

RU

Моделирование и презентация профессионального диалога в иностранной аудитории в контексте межкафедральной интеграции

Гончаренко Н. В., Алтухова О. Н., Воробьева Г. В.

Аннотация. Цель исследования – обоснование необходимости межкафедральной интеграции и тесного сотрудничества кафедры русского языка с клиническими кафедрами в медицинском вузе, изучения дискурсивных особенностей речевого поведения врачей и лингвистических характеристик схемы истории болезни преподавателями-русистами для последующего моделирования профессионального диалога и внедрения интегрированного предметно-языкового обучения русскому языку иностранных студентов-медиков. В статье анализируется проблема формирования способности иноязычной коммуникации в ситуациях профессионального общения у иностранных студентов, обучающихся в медицинских вузах, и роль межкафедральной интеграции в создании условий эффективного обучения. Уделяется внимание методам интегрированного предметно-языкового обучения, которые позволяют сочетать изучение языка с освоением профессиональных знаний. Научная новизна заключается в разработке организационно-методических принципов работы по моделированию и обучению профессиональному диалогу иностранных студентов-медиков в условиях межкафедральной интеграции, методических рекомендаций по организации предметно-языкового обучения русскому языку студентов-иностранцев и комплекса заданий и упражнений для занятий по русскому языку для подготовки к клинической практике. В результате делается вывод о том, что дискурсивный и лингвометодический анализ жанра «расспрос больного», система совместной деятельности русистов и представителей клинических кафедр, применение технологий интегрированного предметно-языкового обучения на занятиях по подготовке к клинической практике в медицинском вузе позволяют сделать работу по обучению профессиональному диалогу более эффективной.

EN

Modeling and presentation of professional dialogue in a foreign audience in the context of interdepartmental integration

N. V. Goncharenko, O. N. Altukhova, G. V. Vorobyova

Abstract. The aim of the study is to substantiate the necessity of interdepartmental integration and close collaboration between the Department of Russian Language and clinical departments in a medical university, the study of discursive features of doctors' speech behavior, and the linguistic characteristics of the medical history chart by Russian language instructors for the subsequent modeling of professional dialogue and the implementation of integrated content and language integrated learning (CLIL) of Russian for foreign medical students. The article analyzes the problem of forming the ability of foreign language communication in situations of professional communication among foreign students studying in medical universities, and the role of interdepartmental integration in creating conditions for effective learning. Attention is paid to the methods of CLIL, which allow combining the study of language with the acquisition of professional knowledge. The scientific novelty lies in the development of organizational and methodological principles for modeling and teaching professional dialogue to foreign medical students in the context of interdepartmental integration, methodological recommendations for organizing CLIL of Russian for foreign students, and a set of tasks and exercises for Russian language classes to prepare for clinical practice. As a result, it is concluded that the discursive and linguo-methodological analysis of the "patient interview" genre, the system of joint activities of Russian language teachers and representatives of clinical departments, and the use of CLIL technologies in preparation for clinical practice in a medical university makes the work on teaching professional dialogue more effective.

Введение

Новейший профессионально ориентированный подход к преподаванию русского языка как иностранного подразумевает формирование у студентов способности иноязычного общения в конкретных профессионально

значимых ситуациях с учетом специфики профессионального мышления. В этом контексте профессиональный диалог в иностранной аудитории становится важным аспектом образовательного процесса, особенно в медицинских вузах, где студенты-медики сталкиваются с необходимостью взаимодействия с пациентами, медицинским персоналом, обмена опытом и участия в научных исследованиях. Моделирование и презентация подобного диалога в рамках межкафедральной интеграции представляют собой актуальную задачу, требующую комплексного подхода и применения современных образовательных технологий. В связи с этим основной целью обучения русскому языку студентов-иностранцев, получающих образование в российских медицинских вузах, является овладение языком будущей специальности, языком профессионального общения. Русский язык для иностранных студентов, являясь рабочим языком, становится инструментом для формирования профессиональных компетенций.

Полноценная профессиональная деятельность на русском языке для иностранных обучающихся – это прежде всего владение определенными языковыми ресурсами (специальной лексикой и терминологией, моделями научного стиля речи), умение использовать этот материал при чтении, в письменной и устной речи. Последний государственный стандарт высшего медицинского образования включает профессиональные компетенции, среди которых «способность и готовность проводить опрос, написание медицинской карты амбулаторного больного, способность и готовность назначать больным адекватное лечение в соответствии с выставленным диагнозом» (ФГОС ВО 3+; ФГОС ВО 3++). Обращает на себя внимание последовательность компетенций, где на первом месте стоит способность и готовность проводить опрос пациента. Поэтому обучение профессиональному диалогу иностранных студентов в медицинских вузах, включающему речевое взаимодействие с больными и медицинским персоналом, является совершенно очевидным. Это позволяет говорить о необходимости обучения профессионально ориентированной коммуникации.

В связи с этим в соответствии с требованиями образовательных стандартов нового поколения основные профессиональные образовательные программы курса русского языка в вузе направлены на повышение качества подготовки специалистов на основе применения новых технологий обучения и создания механизмов эффективного формирования компетенций, необходимых в дальнейшей профессиональной деятельности. Таким образом, данная работа ориентирована на поиск и анализ моделей инновационного обучения (в частности, интегрированного предметно-языкового обучения русскому языку как иностранному), позволяющих синтезировать новые методические подходы и идеи, внедрять эффективные организационные наработки, которые помогают преподавателю-русисту управлять учебным процессом с целью получения оптимальных запланированных результатов.

Для достижения поставленной цели исследования были выделены следующие задачи:

1. Проанализировать научно-методическую литературу по проблеме межкафедральной интеграции, вопросам обучения жанрам медицинского дискурса и профессиональному диалогу в медицинской сфере, а также вопросам применения технологии интегрированного предметно-языкового обучения русскому языку как иностранному в профессиональных целях.

2. Провести дискурсивный анализ речевого поведения врачей в реальной ситуации общения и лингвометодический анализ сбора анамнеза больного в рамках медицинского дискурса для дальнейшего моделирования профессионального диалога при подготовке студентов-иностранцев к клинической практике.

3. Сформулировать принципы работы по моделированию и обучению иноязычному профессиональному диалогу с лингвометодической точки зрения для формирования профессиональной компетенции ведения опроса больного у иностранных студентов-медиков.

4. Разработать методические рекомендации и систему упражнений для успешной реализации интегрированного предметно-языкового обучения студентов-медиков русскому языку как иностранному для подготовки к клинической практике.

Материалом исследования послужили данные анализа научно-методической литературы по исследуемым вопросам, схемы историй болезни и анамнезов различных заболеваний, записи диалогов врачей с больными в реальных ситуациях общения, на основе которых были разработаны адаптированные материалы для обучения профессиональному диалогу иностранных студентов-медиков. В частности, для анализа были использованы следующие источники:

• Абрамова А. А., Белая О. Л., Брагина А. Е. и др. Внутренние болезни: руководство к практическим занятиям по факультетской терапии: учебное пособие / под ред. В. И. Подзолкова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.

• История болезни: учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов / сост. Е. В. Резник, А. В. Струтынский, А. К. Журавлев и др.; под ред. Е. В. Резник, А. В. Струтынского, С. Г. Шаповальянца, А. К. Журавлева, А. С. Дворникова. М.: Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, 2023.

• Моисеев В. С. Внутренние болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. Т. 1-2.

• Скворцова З. С., Скворцов В. В. Основы пропедевтики внутренних болезней: учеб. пособие для студентов медицинских вузов и врачей. СПб.: СпецЛит, 2015.

• Схема истории болезни: учебное пособие для студентов 3 курса лечебного факультета ВолГМУ / сост. В. В. Недогада, З. С. Скворцова, В. В. Скворцов. Волгоград, 2017.

• Схема истории болезни: учебно-методическое пособие / сост. Л. Н. Сорокина, М. А. Нёма, О. Д. Беляева, Е. А. Баженова. СПб.: Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет, 2021.

- Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело. <https://nsmu.ru/sveden11/eduStandarts/eduStandarts2020/ФГОС%20ВО%20Лечебное%20дело.pdf> (ФГОС ВО 3+).
- Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело. https://nsmu.ru/sveden11/eduStandarts/uch_upr/fgos/lec_delo_spec%20_3++.pdf (ФГОС ВО 3++).

Основными методами решения указанных задач стали следующие: анализ научно-методической литературы по проблемам межкафедральной интеграции, интегрированного предметно-языкового обучения иностранным языкам и обучения русскому языку в профессиональных целях; обобщение данных лингводидактики и методики преподавания русского языка как иностранного с целью определения стратегии совершенствования способности ведения профессионального диалога студентами-иностранцами; наблюдение за речевым поведением врачей в реальных ситуациях общения и его дискурсивный анализ, описательный анализ схемы истории болезни с точки зрения лингвометодики с целью моделирования профессионального диалога; метод разработки и внедрения результатов исследования в педагогическую практику для проведения занятий на основе созданных методических рекомендаций и упражнений.

Теоретическую базу исследования составили научные и научно-методические работы по вопросам межкафедральной интеграции (Ковынева, 2016; Березуцкий, 2017; Фомина, Гончаренко, 2017; Ходжаян, Маяцкая, Болкунова, 2017; Попова, Алмазова, Евтушенко и др., 2020; Капранчикова, Завгородняя, Саенко, 2021); профессионально ориентированного обучения русскому языку как иностранному (Прокофьева, Беляева, 2011; Игнатенко, Фатеева, 2017; Колесова, 2017; Куриленко, 2017; Майборода, 2018; Клобукова, Нестерская, Норейко, 2020; Глушкова, Любимова, 2023; Черкашина, 2024), по методике обучения языку специальности (Дьякова, 2016; Фатеева, Фомина, Игнатенко, 2024), дискурсивному анализу жанров медицинского дискурса и схемы истории болезни (Голованова, 2016; Орлова, 2017; Гончаренко, 2018), а также по вопросам организации интегрированного предметно-языкового обучения иностранным языкам и русскому языку как иностранному (Завьялов, 2021; Капранчикова, Завгородняя, Саенко, 2021; Амерханова, 2021; Долбилова, 2023; Ши, 2024).

Практическая значимость состоит в возможности использования материалов статьи в методике преподавания русского языка как иностранного, в том числе при обучении русскому языку для подготовки к клинической практике в медицинских вузах. Результаты проведенного анализа и разработанный комплекс упражнений в рамках интегрированного предметно-языкового обучения могут быть полезны преподавателям-русистам, работающим с иностранными студентами-медиками.

Обсуждение и результаты

Как нам представляется, одним из аспектов преподавания русского языка как иностранного для сферы медицинского общения является моделирование профессионального диалога. Диалоговое взаимодействие позволяет получить информацию в реальном времени при общении с больными и их родственниками, врачами, медсестрами. Анализ литературы и практика преподавания показывают, что совместная работа русистов и специалистов клинических кафедр над обучением профессиональному диалогу иностранных студентов-медиков способствует более эффективному формированию их профессиональной и коммуникативной компетенций. В подготовке иностранных студентов к клинической практике осуществление данной цели можно считать успешным только при тесном сотрудничестве кафедры русского языка и клинических кафедр медицинского вуза, совместной подготовке и обсуждении учебного материала, разработке комплекса упражнений и коммуникативных заданий. Важность и необходимость межкафедральной интеграции отмечается в ряде работ отечественных авторов (Баринов, Айзтулов, Барина и др., 2011; Ковынева, 2016; Березуцкий, 2017; Фомина, Гончаренко, 2017; Ходжаян, Маяцкая, Болкунова, 2017; Попова, Алмазова, Евтушенко и др., 2020). Межкафедральная интеграция позволяет развивать коммуникативную компетенцию, обеспечивающую возможность эффективно использовать изучаемый язык как средство познавательной деятельности и иноязычного профессионального общения.

В последнее время также весьма актуальным является применение технологии одновременного обучения иностранных граждан русскому языку и профессии на интегрированной основе, что также находит отражение в работах ряда авторов (Ходжаян, Маяцкая, Болкунова, 2017; Завьялов, 2021; Долбилова, 2023; Хамраева, Железнякова, Васильева и др., 2024; Ши, 2024). Интегрированное предметно-языковое обучение (ИПЯО) является эффективным подходом, который способствует развитию языковых и предметных (специальных) навыков иностранных студентов. Оно создает инклюзивную и мотивирующую среду обучения, где обучающиеся могут приобрести знания и умения, необходимые для успеха в академической и профессиональной сфере. Преимуществами данного подхода является то, что иностранный язык (в частности, русский как иностранный) не преподается изолированно, а используется как средство обучения предметному содержанию, как инструмент для освоения медицинских знаний. Язык изучается и практикуется в реальных и значимых ситуациях, связанных с предметом (специальностью), при активном вовлечении студентов в процесс обучения с учетом их интересов и потребностей (Амерханова, 2021; Хамраева, Железнякова, Васильева и др., 2024; Ши, 2024). Эффективность ИПЯО также проявляется в способности установления связей между различными предметами (например, грамматика научного стиля речи и тексты по специальности, русский язык и подготовка к клинической практике), предоставляя возможность участникам учебного процесса видеть взаимосвязи

между ними. Например, иностранные студенты-медики могут участвовать в обсуждениях по темам, связанным с их будущей специальностью, на русском языке, а также взаимодействовать с аутентичными текстами (по терапии, хирургии, педиатрии), видео и другими материалами на русском языке (Просвиркина, Фролова, 2024), принимать на себя различные роли и участвовать в симуляциях, связанных с предметным содержанием, на русском языке (диалоги, ролевые игры, презентации, дискуссии, кейсы, групповые проекты).

Отметим, что обучение профессиональному диалогу в медицинской сфере основано на изучении медицинского дискурса и дискурсивных особенностей его жанров (Маджаева, 2016; Ромашова, 2016; Гончаренко, 2018). Проблемам обучения жанрам медицинского дискурса, языку специальности и профессиональному общению, в частности зарубежных студентов, посвящены работы многих русистов, работающих с иностранными студентами-медиками в российских вузах (Куриленко, Макарова, Смолдырева, 2012; Орлова, 2014; 2017; Маджаева, 2016; Куриленко, 2017; Игнатенко, Фатеева, 2017; Sotova, Kolesova, 2016; Сотова, 2017; Черкашина, 2024).

Медицинский дискурс представляет собой сферу профессионально-коммуникативной деятельности специалистов-медиков. В связи с этим речевое поведение врачей является важным объектом лингвистических исследований, результаты которых можно успешно применять в обучении языку профессиональной коммуникации будущих специалистов медицинской сферы, в частности иностранных специалистов. Данный опыт находит отражение в ряде работ (Прокофьева, Беляева, 2011; Куриленко, 2017; Гончаренко, 2018; Попова, Алмазова, Евтушенко и др., 2020; Фатеева, Фомина, Игнатенко, 2024).

Анализ источников исследования и диалогов врачей с больными в реальных ситуациях общения показывает, что с позиции лингвистики основу медицинского дискурса составляет научный стиль речи. Необходимость же соблюдения статусно-ролевого общения требует от участников медицинского дискурса, в частности от врача, владения основами официально-делового стиля, этикетом делового общения, в то время как диалогическая форма врачебного приема определяет его разговорность. Таким образом, с лингвистической точки зрения медицинский дискурс сочетает особенности трех стилей: научного, официально-делового и разговорного.

Научный стиль речи в медицинском дискурсе представлен владением специальной медицинской терминологией и фразеологией, лексико-грамматическими конструкциями данного стиля, знанием структуры опроса больного и его пресуппозитивных составляющих, умением обобщать информацию, отсутствием экспрессивности в речи. Официально-деловое общение проявляется статусно-ролевыми установками, умением устанавливать и поддерживать контакт, инициировать и поддерживать диалог, знанием делового этикета. Разговорность характеризуется персональностью адресации, неподготовленностью и непринужденностью общения, свободой словоупотребления, эмоциональностью.

Известно, что взаимодействие врача и пациента начинается с медицинской диагностики. Диагностировать – значит распознавать, то есть применительно к медицинскому дискурсу определять болезнь на основании всестороннего обследования больного. Ведущим и универсальным методом медицинской диагностики (жанром медицинского дискурса) был и остается *сбор анамнеза*, т. е. опрос больного для постановки диагноза. Е. В. Орлова дает такое определение данного жанра: «Сбор анамнеза представляет собой диалог-расспрос профессиональной тематики, который совмещает в себе особенности устной разговорной речи, устной деловой и устной научной, профессиональной речи» (2014, с. 227). Таким образом, сбор сведений о состоянии здоровья пациента подразумевает сформированные компетенции в устной речи: знание различных типов вопросов и возможность формулировать их в зависимости от языкового материала и характера заболевания, знание схемы или структуры расспроса больного в зависимости от группы заболеваний и системы органов человека, умение интерпретировать информацию со слов больного профессиональным языком.

Расспрос больного относится к устным жанрам медицинского дискурса и имеет цель выяснить, на что жалуется больной, что его беспокоит, какую помощь он хотел бы получить от врача. Результатом расспроса является определение симптомов заболевания, выяснение причин возникших проявлений, составление плана дальнейших действий как со стороны врача, так и со стороны пациента. В медицинской науке разработаны специальные схема и план сбора данных больного и истории его заболевания (Абрамова, Белая, Брагина и др., 2010; Скворцова, Скворцов, 2015; Схема истории болезни, 2021; История болезни, 2023).

Анализ медицинской литературы показал, что в методике сбора анамнеза выделяется перечень пунктов, согласно которому специалистам-медикам рекомендуется проводить опрос в определенно установленном порядке: паспортно-статистические данные, жалобы больного, анамнез заболевания, анамнез жизни (Абрамова, Белая, Брагина и др., 2010; Скворцова, Скворцов, 2015; Схема истории болезни, 2021; История болезни, 2023). Каждому пункту схемы анамнеза соответствуют определенные пункты плана сбора анамнеза, на основе которых формулируются вопросы. Например, план сбора паспортных данных выглядит таким образом:

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Возраст (полных лет).
3. Дата и место рождения.
4. Образование.
5. Семейное положение.
6. Профессия, специальность, должность.
7. Место жительства.
8. Место работы и т. д.

При расспросе больного каждый пункт плана вербализируется. Необходимо отметить, что моделированию профессионального диалога, направленного на выявление паспортных данных больного, жалоб и т. д., предшествует овладение студентами профессиональной лексикой и научным стилем речи. В свою очередь,

основанием для того или иного пункта плана анамнеза и базисом для формулирования того или иного вопроса становятся определенные семантико-прагматические пресуппозиции, закрепленные в медицинской науке, раскрывающие смысл и предназначение каждого вопроса, в частности его диагностическое значение (Гончаренко, 2018). Так, например, необходимость вопроса о возрасте подкрепляется знанием того, что возраст пациента может свидетельствовать о вероятной или невероятной возможности появления у больного определенных заболеваний, поэтому этот пункт плана вербализируется при помощи формулировки *Сколько вам полных лет? Данные о семейном положении пациента (Какое ваше семейное положение? Вы замужем? Вы женаты?)* также могут иметь значение для выяснения психоэмоциональных особенностей пациента, характеристики его нервной системы, половой активности. Для того чтобы понять природу боли, например в области живота, врач должен последовательно определить ее местоположение, время возникновения, характер, продолжительность, силу и повторяемость, связь с приемом пищи, наличие дополнительных жалоб: тошноты, рвоты, изжоги, других диспепсических проявлений и т. д. Нам представляется, что навыки и умение вести расспрос пациента составляют основу коммуникативной компетенции врача. Совместная работа с клиницистами позволяет русистам изучить схему сбора анамнеза и его пресуппозитивных составляющих, что в дальнейшем способствует более эффективному обучению иностранных студентов языку профессионального общения в рамках интегрированного предметно-языкового обучения.

Детальное изучение и анализ схемы анамнеза больного показали, что сбор анамнеза начинается со статистической (паспортной) части (Гончаренко, 2018). После паспортных сведений врач приступает к выяснению жалоб. Жалобы представляют собой вербальные выражения субъективных ощущений больного. Жалобы связаны с симптомами заболевания – явными (объективными) признаками болезни, известными в медицинской науке. Жалобы и симптомы заболеваний условно делятся на основные и дополнительные. На основании сопоставления субъективных жалоб пациента и объективных симптомов заболевания, известных науке, преподаватель-клиницист проводит диагностику и ставит диагноз, вовлекая в этот процесс учащихся. В свою очередь, на занятиях по русскому языку как иностранному работа по обучению умению выяснять жалобы предваряется введением лексико-грамматического материала: глаголов *жаловаться, беспокоить*, конструкций *кто жалуется на что (больной жалуется на что) / кого беспокоит что (больного беспокоит что)*, вопросов *На что вы жалуетесь? / Что вас беспокоит?*, терминологии по симптоматике и т. д.

При вербальном взаимодействии врач расспрашивает пациента с учетом определенной последовательности диагностики. Так, выясняя жалобы, врач определяет основные и второстепенные жалобы и устанавливает их характер (Схема истории болезни, 2017). В качестве примера рассмотрим жалобы больного с диагнозом аппендицит, которые условно можно разделить на 2 группы – основные: *боли в подвздошной области справа, усиление болей при физической нагрузке, кашле, дефекации, перемене положения тела в постели, тошнота, рвота*; и второстепенные жалобы: *повышение температуры тела, учащенное сердцебиение, учащенное мочеиспускание, плохой сон и аппетит*.

Известно, что основными жалобами при аппендиците являются боли. Поэтому, согласно предписаниям (Схема истории болезни, 2021), при детализации жалоб врачу полагается выяснить характер болей (режущие, тянущие или ноющие: *Какие боли вас беспокоят: тянущие, ноющие или режущие?*), интенсивность болей (сильные или слабые), продолжительность болей (постоянные или приступообразные), локализация болей (эпигастральная или подвздошная область: *В каком месте вы чувствуете боли? Покажите*), связь появления болей с приемом пищи (*Боли связаны с приемом пищи или нет?*), усиление болей при физической нагрузке и т. д. При наличии рвоты устанавливается ее однократность/многократность. Характеристика болей также имеет дифференциальное диагностическое значение: сильные постоянные боли в низу живота отмечаются при аппендиците, дивертикуле или паховой грыже. Приступообразные боли в низу живота – при остром или хроническом цистите. Таким образом, изучив основания для сбора анамнеза, преподаватель-русист может презентовать план опроса, что является важным подготовительным этапом в моделировании дальнейших речевых действий студентов. В связи с этим примерный план расспроса о жалобах по заболеванию «Аппендицит» можно представить следующим образом:

1. Имеющиеся жалобы.
2. Локализация болей.
3. Интенсивность болей в подвздошной области.
4. Характер болей в подвздошной области.
5. Продолжительность болей в подвздошной области.
6. Изменение локализации болей.
7. Связь болей с приемом пищи.
8. Усиление болей при физической нагрузке.
9. Усиление болей при кашле, дефекации.
10. Усиление болей при перемене положения тела в постели.
11. Наличие тошноты при болях.
12. Наличие рвоты при болях.
13. Однократность/многократность рвоты.
14. Повышение температуры тела.
15. Характер стула.
16. Характер употребляемой пищи.

17. Нарушения режима питания.
18. Поднятие тяжестей.
19. Другие жалобы. Тахикардия.
20. Учащение мочеиспускания.
21. Характер сна.
22. Характер аппетита.

После выяснения жалоб следует анамнез заболевания (Anamnesis morbi) (Абрамова, Белая, Брагина и др., 2010; Скворцова, Скворцов, 2015; Схема истории болезни, 2017; История болезни, 2023). Данный раздел анамнеза предполагает выяснение характерных черт развития болезни – от начальных признаков к моменту появления пациента в кабинете врача. Сведения этой части анамнеза помогут будущему врачу оценить индивидуальное развитие болезни, определить диагноз и комплексное лечение больного. Так, выясняя характер проявлений заболевания, студент-иностранец под руководством преподавателя последовательно узнаёт, когда и с чего оно началось, остро или постепенно, отмечались ли подобные симптомы ранее или нет, какими были первые/последующие проявления заболевания. Для запроса данной информации вводятся формулировки вопросов: *Когда вы впервые заболели? С чего началось заболевание? Как началось заболевание, остро или нет? Какие жалобы появились сначала?* и т. д. Далее следует выяснение возможных причин и условий возникновения симптомов, их связь с переохлаждением или контактом с инфекционным больным, химическими агентами (*Что вы ели вчера вечером / накануне / перед этим? Контакты с инфекционными больными / химическими агентами были?*). При первичном обращении больного необходимо выяснить его действия, направленные на облегчение проявлений болезни (*Что вы делали, чтобы облегчить свое состояние? Вы принимали какие-нибудь лекарства?*).

В медицинской литературе представлен достаточно объемный материал по сбору анамнеза заболевания (Абрамова, Белая, Брагина и др., 2010; Скворцова, Скворцов, 2015; Схема истории болезни, 2017; 2021; Моисеев, 2019; История болезни, 2023). На наш взгляд, лингвистический уровень студентов-иностранцев требует определенной адаптации данного материала для более эффективного понимания и применения на практике. В связи с этим, адаптированный план расспроса по истории настоящего заболевания может быть представлен в следующем виде:

1. Начало заболевания.
2. Перенесенные ранее заболевания.
3. Развитие заболевания.
4. Первые симптомы заболевания.
5. Последующие жалобы.
6. Лекарства, облегчающие боль.
7. Обращение к врачу.

При обучении сбору анамнеза заболевания учитывается тот факт, что данный вид анамнеза носит универсальный характер. Методика его сбора имеет сходную структуру и варьируется в зависимости от заболеваний разных органов и систем.

Диалогическое общение врача с больным завершается сбором анамнеза жизни (Anamnesis vitae). Сведения о жизни больного собирают с целью выяснения характера настоящего заболевания и установления причин его возникновения. Нами установлено, что схема истории болезни (Схема истории болезни, 2017; 2021; История болезни, 2023) предписывает сбор данных об истории жизни больного также в определенной последовательности. При помощи анамнеза жизни врач определяет причины развития заболевания из предшествующих периодов жизни больного (детского, молодого, зрелого возраста): *Чем вы болели в детстве/прошлом/раньше?*, а также особенности образа жизни (*Какой образ жизни вы ведете, подвижный или малоподвижный?*), умственно-го и физического развития (*Как вы развивались в детстве, по возрасту?*), имеются ли хронические или перенесенные инфекционные заболевания (*У вас есть какие-либо хронические заболевания?*), травмы, операции (*У вас были когда-нибудь травмы или операции?*); наследственные заболевания, вредные привычки (*Вы курите?*), склонности к аллергическим реакциям, социальные факторы и т. д.

Преподаватель-клиницист, в свою очередь, знакомит будущих врачей с понятиями наследственного и семейного анамнеза. Сведения о генетических заболеваниях, передающихся от отца и матери детям, о состоянии здоровья родителей, братьев и сестер и их заболеваниях составляют наследственный анамнез. Семейный анамнез охватывает информацию о контактах внутри семьи и состоянии здоровья мужа, жены, детей. Данная информация запрашивается при помощи вопросов: *Ваши родители болели какими-нибудь заболеваниями сердечно-сосудистой/дыхательной системы?* (наследственный анамнез); *Ваши жена и дети здоровы? Какие заболевания они перенесли недавно?* (семейный анамнез).

При помощи существующего аллергологического анамнеза определяется наличие какой-либо аллергической реакции на пыль, химические агенты, запахи, лекарственные вещества, шерсть животных, морепродукты, растения, пищевой аллергии. Студентам для усвоения предлагаются вопросы, например: *У вас есть аллергия на что-нибудь? У вас есть аллергия на пыль, шерсть животных, морепродукты? У вас бывает пищевая аллергия / аллергия на лекарства?* и т. д. Затем выясняется влияние социальных факторов на развитие болезни: жилищные условия больного и условия его профессиональной сферы, вредные привычки, характер питания, режим труда и отдыха, образ жизни. Задаются вопросы: *В каких условиях вы живете/работаете? У вас есть профессиональные вредности? Вы соблюдаете режим питания? Вы курите, алкоголь употребляете?* и т. д. На занятиях по русскому языку проходит дальнейшая отработка и закрепление данных вопросов.

Таким образом, детальный описательный анализ анамнеза жизни больного помогает оценить полную картину раздела «Развитие заболевания», правильно интерпретировать информацию, предоставленную пациентом. К тому же детальная беседа с пациентом дает возможность будущему врачу установить его интеллектуальный уровень и адаптировать вопросы к уровню его восприятия и понимания, чему способствуют навыки межстилевой трансформации.

Наблюдение за речевым поведением медиков и дискурсивный анализ диалогов врачей с пациентами в реальных ситуациях показывает, что профессиональное общение «врач-больной» в контексте формирования компетенций будущего врача представлено не только опросом, но и осмотром больного. В рамках медицинского дискурса врачебный осмотр сопровождается директивными речевыми действиями (команды врача: *дышите глубже, откройте рот, скажите «а», покажите язык* и др.), а также перформативы – реплики врача, представленные повествовательными высказываниями о предположительном диагнозе и назначении лечения (*Я предполагаю, что у вас ..., Я назначаю вам этот препарат. Направляю вас на физиотерапию*), инструктивы (предписания, назначения, запреты: *Принимайте это лекарство 3 раза в день. Не курите!*), суггестивы (советы, рекомендации, предупреждения: *Советую вам бросить курить!*) и т. д. (Гончаренко, 2015). Команды врача, предположительный диагноз, направление на различные исследования представляют собой форму монологической речи, тем не менее необходимое использование языковых средств партнерами по коммуникации предполагает, как и в других случаях, умение студентов аудировать, а также понимать интонацию и жесты. К названному также можно добавить коммуникативы – простые реплики реагирования (*хорошо, понятно, конечно, ясно, так-так, продолжайте, я вас слушаю...*), что позволяет врачу демонстрировать заинтересованность в беседе и сделать диалог более конструктивным.

Таким образом, дискурсивный анализ сбора анамнеза больного показывает, что следование определенному плану помогает врачу корректно вести опрос, планировать и прогнозировать развитие диалога и управлять его ходом, направлять диалог в нужное русло, чтобы в дальнейшем правильно диагностировать болезнь, подобрать подходящее лечение и меры профилактики заболевания. Клиницисты отмечают, что детально собранные анамнестические данные становятся ведущими в определении клинического диагноза болезни и особенностей ее индивидуального развития (Абрамова, Белая, Брагина и др., 2010; Скворцова, Скворцов, 2015; Моисеев, 2019). В связи с этим вербальное оформление плана расспроса становится ключевым в практике обучения профессиональному диалогу. Поэтому следующим шагом в работе преподавателя-русиста становится моделирование профессионального диалога в рамках применения технологии интегрированного предметно-языкового обучения. Обратимся к анализу методики и принципов работы по моделированию врачебного диалога-расспроса.

На занятиях по русскому языку по подготовке к клинической практике осуществляется так называемое учебное говорение, которое помогает выработать у студентов навыки и умения, необходимые для последующего оформления своих мыслей в ситуации профессионального общения. Отметим, что данный вид работы может иметь место только после тщательного отбора языкового материала профессиональной направленности, объемного введения медицинской терминологии и определенного набора лексико-грамматических моделей научного стиля речи и изучения особенностей русского речевого этикета.

Основу будущего диалога составляет знание различных типов вопросов и умение формулировать их, что играет важную роль в формировании способности его ведения. Поэтому работа над профессиональным диалогом начинается с обучения формулированию различных типов вопросов: общих, специальных, альтернативных, суггестивных, открытых и закрытых типов вопросов, чередование которых способствует более успешному сбору информации. Рассмотрим подробнее основные типы вопросов и методы обучения их формулированию.

Наши наблюдения за речевым поведением врачей в реальной ситуации общения показывают, что наиболее распространенным типом вопросов в речи врача являются **общие вопросы**, предполагающие согласие с высказанной мыслью или ее отрицание. Ожидаемым от собеседника ответом служат только слова *да* или *нет*: *Вас беспокоит слезотечение? (Нет, не беспокоит); У вас бывают рези при мочеиспускании? (Да, бывают); Боль в горле ощущаете? (Да/Нет)*. Это так называемые закрытые вопросы. Они носят конкретный характер, позволяют получать конкретную информацию. Формулируются закрытые вопросы при помощи вопросительной интонации с сохранением порядка слов утвердительного предложения и требуют повышения интонации в конце предложения: *У вас есть насморк? Вас беспокоят отеки? У вас бывает потливость? Вас беспокоит кожный зуд? Вы болели в детстве ветрянкой? Вам делали операции? У вас были травмы?*

Не менее частотны в речи врача **специальные вопросы**, которые задаются при интенции получить конкретную информацию о каком-либо симптоме и его характеристике. Они начинаются с вопросительных слов: *когда? где? почему? кто? какой? сколько? как?* и т. д.: *Когда появилась сыпь (выделения из уха, кровохарканье, отечность, двоение в глазах)? Где вы чувствуете боль? Куда боль отдает? Какое у вас зрение? Какая отрыжка вас беспокоит? Сколько времени продолжается приступ кашля? Как думаете, почему вы заболели?* Специальные вопросы относятся к типу открытых вопросов, на которые пациент может дать развернутый ответ.

Использование **альтернативных вопросов** помогает врачу при детализации жалоб, а также в диалоге с малокоммуникабельными пациентами. Они задаются с целью предложить больному сделать выбор между двумя и более характеристиками симптома. Структурно альтернативный вопрос строится на основе двух общих вопросов, соединенных союзом *или*, либо на основе специального вопроса, причем во второй части предложения обычно опускаются повторяемые элементы, оставляя слова, содержащие альтернативу: *Вас беспокоят боли ноющие или режущие, сильные или слабые? либо Какие боли вас беспокоят, ноющие или режущие, сильные или слабые?; Головокружение бывает утром или вечером? Либо: Когда бывает головокружение, утром или вечером?*

Боль отдает в левую половину тела или в правую? Либо: Куда отдает боль, влево или вправо? Вас беспокоит отрыжка воздухом, кислым или тухлым? Либо: Какая отрыжка вас беспокоит – воздухом кислым или тухлым? Подобные вопросы допускают как выбор одного из симптомов, так и отрицание наличия какого-либо из них. Особенно полезными эти вопросы будут при опросе людей, не способных четко выражать свое мнение.

О сформированной коммуникативной компетенции свидетельствует умение врача формулировать и употреблять **суггестивные вопросы**, т. е. вопросы, содержащие подсказку: *А ночью потливость бывает? Одышка бывает при ходьбе? При мочеиспускании жжение бывает в низу живота? Вы чувствуете боль в глазах, когда моргаете? Сыпь мелкими пятнами или крупными?* Подобные вопросы направляют больного и помогают ему либо соглашаться с врачом, либо отрицать. Обилие лексических вариантов данных вопросов в русской лингвокультуре позволяет варьировать их формулировки.

Таким образом, обучению профессиональному диалогу иностранных студентов-медиков предшествует объемное введение медицинской терминологии, определенного набора лексико-грамматических моделей научного стиля речи, знакомство с различными типами вопросов и их анализ, изучение особенностей русского речевого этикета.

Дискурсивный анализ речевого поведения врачей в реальной ситуации общения, лингвистический анализ различных типов вопросов и практический опыт преподавания позволяют сформулировать основные организационно-методические принципы работы по моделированию профессионального диалога для иностранных студентов-медиков, способствующие их эффективному взаимодействию с пациентами, коллегами и другими участниками медицинского процесса, такие как: 1) принцип тщательного отбора языкового материала профессиональной направленности: языковой материал должен быть тщательно подобран в соответствии со стилистическими характеристиками и терминологическим наполнением и обсужден преподавателями-русистами совместно с клиницистами; 2) принцип реалистичности (соответствия реальной ситуации общения): симуляции должны максимально приближаться к реальным клиническим ситуациям, включая сложные эмоциональные аспекты, временные ограничения, неопределенность информации, различные типы пациентов (с разными культурными и социальными характеристиками); 3) принцип адаптации аутентичного материала с учетом языкового уровня студентов-иностранцев: языковой материал должен быть адаптирован с учетом языкового уровня студентов-иностранцев для достижения максимального понимания и применения в речевой практике; 4) принцип дифференцированности: моделирование должно учитывать различные роли участников (врач, медсестра, родственники пациента, пациент с разными уровнями понимания и восприятия), а также специфику медицинской специальности; 5) принцип многообразия сценариев: необходимо использовать разнообразные сценарии, отражающие различные этические проблемы, медицинские ошибки, конфликтные ситуации, и ситуации принятия сложных решений; 6) принцип интерактивности: моделирование должно быть интерактивным, позволяющим студентам проявлять инициативу, принимать решения в режиме реального времени, прогнозировать ситуации и реагировать на изменения в них; 7) этический принцип: моделирование должно проводиться в рамках этических принципов медицинской деятельности, с акцентом на уважение к пациенту, его правам и конфиденциальности.

Следуя данным принципам работы по моделированию профессионального диалога, дальнейшее обучение формулированию вопросов больному выстраивается на основе плана описания заболевания в соответствии с симптомами заболевания той или иной системы органов. Так, вербализируя пункты плана расспроса о жалобах, характеризующего симптомы хирургического заболевания (аппендицит), формулировки вопросов могут быть представлены следующим образом:

1. Имеющиеся жалобы. *На что вы жалуетесь? Что вас беспокоит?*
2. Локализация болей. *В каком месте у вас болит? Покажите.*
3. Интенсивность болей в подвздошной области. *Боли в низу живота сильные или слабые?*
4. Характер болей в подвздошной области. *Какие у вас боли в низу живота: режущие, тянущие или ноющие?*
5. Продолжительность болей в подвздошной области. *Какого характера боли в низу живота: постоянные или приступообразные?*
6. Изменение локализации болей. *Локализация болей менялась?*
7. Связь болей с приемом пищи. *Как вы думаете, появление болей связано с приемом пищи?*
8. Усиление болей при физической нагрузке. *Боли усиливаются при физической нагрузке: при ходьбе или подъеме по лестнице?*
9. Усиление болей при кашле, дефекации. *Боли усиливаются при кашле, дефекации?*
10. Усиление болей при перемене положения тела в постели. *Боли усиливаются при перемене положения тела в постели?*
11. Наличие тошноты при болях. *Вас тошнит?*
12. Наличие рвоты при болях. *Вас рвало? Рвота была?*
13. Однократность/многократность рвоты. *Сколько раз вас рвало?*
14. Повышение температуры тела. *Температура тела повышалась? До каких цифр повышалась температура?*
15. Характер стула. *Какой у вас стул: регулярный или нерегулярный? У вас часто бывают поносы или запоры?*
16. Характер употребляемой пищи. *Какую пищу вы ели сегодня утром и вчера вечером? Она была свежей?*
17. Нарушения режима питания. *Вы часто переедаете?*
18. Поднятие тяжестей. *Вы часто поднимаете тяжести?*
19. Другие жалобы. Тахикардия. *Вас беспокоит учащенное сердцебиение?*
20. Учащение мочеиспускания. *Вас беспокоит учащенное мочеиспускание?*
21. Характер сна. *Как вы спите ночью? Какой у вас сон? Бессонница беспокоит?*
22. Характер аппетита. *Какой у вас аппетит: хороший или плохой? Какой аппетит был у вас до заболевания?*

Методика проведения опроса по истории настоящего заболевания при аппендиците может быть представлена в следующем виде:

План расспроса	Вопросы врача больному
1. Начало заболевания.	1. Когда вы заболели? С чего началось заболевание?
2. Развитие заболевания.	2. Как развивалось заболевание: быстро или постепенно?
3. Первые симптомы заболевания.	3. Какими были первые симптомы заболевания? Какие жалобы появились сначала?
4. Последующие жалобы.	4. Какие жалобы появились потом?
5. Обращение к врачу.	5. К врачу обращались?
6. Прием лекарственных средств для снятия болевых ощущений.	6. Чем вы лечились? Вы принимали какие-нибудь лекарства? Лекарства помогли снять боли?

Далее представим адаптированный для иностранных студентов вариант ведения опроса по истории жизни больного аппендицитом:

1. Перенесенные ранее заболевания. *Какое заболевание вы перенесли перед этим? Чем вы болели недавно?*
2. Перенесенные инфекционные заболевания. *Вы болели инфекционными заболеваниями?*
3. Перенесенные операции. *Вам делали операции раньше? Вам делали когда-нибудь аппендэктомию?*
4. Наличие заболеваний ЖКТ в прошлом. *Вы болели раньше желудочно-кишечными заболеваниями? Вам когда-нибудь ставили диагноз энтерит, колит, энтероколит?*
5. Наличие травм живота в прошлом. *У вас когда-нибудь были травмы живота?*
6. Наличие онкологических заболеваний у пациента. *Вам когда-нибудь ставили диагноз рак желудка или рак кишечника?*
7. Наличие онкологических заболеваний у родственников. *У ваших родителей были онкологические заболевания? Какие?*
8. Контакты с инфекционными больными. *Контакты с инфекционными больными были?*
9. Наследственный анамнез. *Ваши родители страдали заболеваниями органов пищеварения?*
10. Семейный анамнез. *В семье (муж, жена, дети) все здоровы? Кто-нибудь из членов семьи болеет сейчас инфекционными заболеваниями?*
11. Аллергоанамнез. *У вас есть аллергия на что-нибудь: на пыль, на химические агенты, на лекарства, на пищу?*
12. Проведенные исследования. *Вам когда-нибудь делали УЗИ или эзофагогастроскопию?*
13. Сопутствующие заболевания. *У вас есть другие заболевания? Какие?*
14. Жилищные условия. *В каких условиях вы живете? Вы живете в квартире или в частном доме?*
15. Профессиональные условия. *В каких условиях вы работаете? У вас есть профессиональные вредности?*
16. Характер и режим питания. *Как вы питаетесь? Какую пищу вы предпочитаете: жирную, острую, жареную или любую? Режим питания соблюдаете? Часто переедаете?*
17. Вредные привычки. *Вы курите? Сколько сигарет в день вы выкуриваете? Алкоголь употребляете?*
18. Образ жизни. *Какой образ жизни вы ведете: подвижный или малоподвижный? Спортom занимаетесь?*

Под руководством преподавателя студенты могут формулировать данные вопросы в разных лексических вариантах (общие, специальные и альтернативные, суггестивные). Преподаватель, в свою очередь, может рекомендовать какую-либо одну адаптированную формулировку для запоминания.

Для отработки умения формулировать вопросы различных типов студентам предлагаются следующие упражнения:

1. Вы врач. Уточните у пациента:

- 1) наличие болей в подвздошной области, локализацию, характер болей, интенсивность, усиление болей, связь болей с приемом пищи;
- 2) наличие/отсутствие тошноты, рвоты, однократность/многократность рвоты;
- 3) наличие дополнительных жалоб: повышение температуры, учащение сердцебиения, учащение мочеиспускания;
- 4) характер стула;
- 5) характер сна и аппетита.

2. Сформулируйте реплики-вопросы врача с вопросительными словами (специальные вопросы) и без них (общие, суггестивные вопросы) к данным ситуациям.

Отметим, что для процесса обучения профессиональному диалогу как средству профессионального общения принципиальное значение имеют такие категории общения, как речевая (коммуникативная) ситуация, социальная и коммуникативная роли участников общения. Именно ситуация позволяет сделать диалогическое общение успешным. Как нам представляется, преподаватель русского языка может целенаправленно управлять процессом обучения диалогу. Можно предположить, что целью профессионального диалога является желание одного из участников (в нашем случае врача) получить ответ о каком-либо факте (фамилия, имя, отчество, год рождения и т. д.), симптомах (кашель, температура, наличие мокроты, боль и т. д.). В связи с этим, студенты должны не только знать симптомы различных заболеваний и уметь формулировать необходимые вопросы для уточнения жалоб, но и знать предположительные варианты ответов пациентов, чтобы уметь давать соответствующие речевые реакции на слова пациента. Для этого у студентов должны быть сформированы аудитивные умения. Изучение возможных вариантов ответов пациента на вопросы

врача поможет иностранному студенту прогнозировать диалог, ориентироваться в ходе беседы, адекватно выстраивать свои речевые действия. Так, для развития коммуникативного умения ведения профессионального диалога могут быть предложены следующие упражнения:

1. Прочитайте диалог врача с больным. Обратите внимания на ответы больного.

- Какие у вас боли в подвздошной области: сильные или слабые?
- Сильные.
- Где боли появились сначала? Локализация болей менялась?
- Сначала в области пупка. Потом перешла вниз влево.
- Появление болей связано с приемом пищи?
- Не думаю.
- Какую пищу вы ели сегодня утром и вчера вечером?
- Вчера ел куриный суп. Сегодня утром не завтракал.
- Боли усиливаются при физической нагрузке: при ходьбе или подъеме по лестнице?
- Да. Становятся сильнее.
- У вас была рвота? Сколько раз?
- Дважды (два раза).
- У вас повышалась температура? До каких цифр повышалась температура?
- Да, до 37,5.
- Какой у вас аппетит: хороший или плохой?
- Нет аппетита.

2. Прочитайте вопросы врача. Сформулируйте 2-3 варианта предположительных ответов больного.

3. Замените формулировки реплик-вопросов врача на общие/альтернативные/суггестивные вопросы.

4. Прочитайте диалог по ролям.

5. Восстановите вопросы врача по ответам больного.

6. Составьте диалог «врач – больной».

7. Разыграйте ролевую игру «врач – больной».

8. Оцените ваши речевые действия и действия вашего партнера. Проанализируйте эффективность диалога. Какие вопросы помогают эффективнее выстраивать диалог с больным?

Как показывает практика, кроме составления диалогов по ситуациям существуют различные активные формы работы, позволяющие иностранным студентам принимать на себя различные роли и участвовать в симуляциях, связанных с предметным содержанием, на русском языке. Это вопросно-ответные упражнения, работа в парах, мозговой штурм, ролевые игры и диалоги, анализ и обсуждение клинических ситуаций, решение клинических кейсов в парах или мини-группах. Наличие в учебной работе подобных форм повышает эффективность диалогической речи у иностранных студентов, их языковую компетенцию, способствует улучшению понимания предметного содержания, развитию критического мышления и способности находить решение проблем, мотивации и вовлеченности учащихся в учебный процесс, созданию инклюзивной среды обучения.

Таким образом, ведущими принципами обучения профессиональному диалогу становятся 1) активность: обучение должно быть активным, предполагающим практическую деятельность студентов, а не просто пассивное восприятие информации; 2) принцип ситуативности: обучение строится на реальных или смоделированных ситуациях, позволяющих студентам применять теоретические знания на практике; 3) принцип кооперации: использование групповых методов работы (ролевые игры, диалоги, дискуссии, обсуждения) для развития коммуникативных навыков и умения работать в команде; 4) принцип разнообразия: использование различных интерактивных методов обучения, таких как ролевые игры, кейсы, компьютерные симуляции, анализ видеозаписей, практические упражнения, групповые проекты, для повышения эффективности обучения и достижения максимального эффекта; 5) рефлексия: обязательное включение элементов рефлексии, позволяющей студентам анализировать свои действия, оценивать свои достижения и недостатки и находить пути совершенствования. Следуя этим принципам, можно создать эффективную систему моделирования профессионального диалога и обучения ему студентов-медиков, способствующую развитию их коммуникативных умений и готовности к успешной клинической практике, что, в свою очередь, будет способствовать качественной подготовке иностранных студентов-медиков к коммуникации на русском языке, в частности при прохождении ими клинической практики, так как они учатся применять полученные знания при ведении диалога с пациентами, овладевая навыками свободного профессионального общения в ситуациях «врач – врач», «врач – пациент», «врач – родственники больного» и умениями находить верные коммуникативные решения в разных ситуациях, справляться с коммуникативными трудностями при общении с различными категориями коммуникантов.

Проведенное исследование, анализ теоретического и фактического материала позволяют нам разработать общие методические рекомендации по организации интегрированного предметно-языкового обучения русскому языку иностранных студентов-медиков в условиях межкафедральной интеграции, которые могут быть представлены в следующем виде. Интегрированное предметно-языковое обучение русскому языку – эффективный подход, позволяющий иностранным студентам-медикам успешно осваивать медицинские знания и развивать коммуникативные компетенции на русском языке. Целями ИПЯО становятся формирование предметных знаний медицинской направленности, развитие академических умений (чтение, письмо, аудирование, говорение) в контексте подготовки к клинической практике и способности коммуникации на русском языке в медицинской сфере, подготовка к успешной адаптации к профессиональной деятельности. В связи с этим задачами ИПЯО являются адаптация учебного материала к уровню языковой подготовки студентов, создание

ситуативно-ориентированных учебных заданий, активное использование интерактивных методов обучения, стимулирование коммуникации между студентами и преподавателями, использование современных технологий обучения, совместное обсуждение учебных материалов преподавателями-русистами с клиницистами. При организации учебного процесса необходимо учитывать языковой уровень студентов-иностранцев, придерживаться принципа интеграции языка и предметных знаний (использование медицинской терминологии и фразеологии, научного стиля речи), применять активные методы работы на занятиях (ролевые игры, диалоги, обсуждения, мозговые штурмы, кейсы, ситуационные задачи, групповые проекты), визуальные материалы (схемы истории болезни, изображения, видео) и симуляции медицинских ситуаций, разнообразные формы оценки как предметных знаний, так и языковых навыков (тесты, письменные работы, устные презентации, ролевые игры), моделирование клинических ситуаций и профессиональных диалогов на занятиях по русскому языку по подготовке к клинической практике. При этом должно уделяться внимание роли преподавателя-русиста в процессе обучения иностранных студентов-медиков: преподаватель должен быть компетентным в области русского языка и объяснения медицинской терминологии на русском языке, уметь адаптировать учебный материал к уровню языковой подготовки студентов, использовать разнообразные методы и приемы обучения, обеспечивать обратную связь и поддержку студентам. На наш взгляд, следование данным рекомендациям и разработанный на их основе комплекс заданий и упражнений для занятий по русскому языку по подготовке к клинической практике иностранных студентов-медиков поможет создать условия для достижения высоких результатов в обучении.

Заключение

В результате проведенного исследования мы пришли к следующим выводам.

На основе анализа научной, научно-методической литературы и практического опыта преподавания обоснована необходимость межкафедральной интеграции и внедрения интегрированного предметно-языкового обучения русскому языку как иностранному в медицинском вузе для более эффективного моделирования и обучения профессиональному диалогу иностранных студентов-медиков на занятиях по русскому языку для подготовки к клинической практике.

Проведены дискурсивный анализ речевого поведения врачей в реальных ситуациях общения и лингвометодический анализ сбора анамнеза больного в рамках медицинского дискурса, которые позволяют преподавателю-русисту оценить лингвистическую, лингвокультурологическую и профессиональную значимость данного языкового материала с лингвометодической точки зрения, тем самым повысить эффективность процесса профессиональной подготовки иностранных студентов, помочь им осмысленно подойти к овладению иноязычным материалом, подготовиться к прохождению клинической практики, сформировать у них профессиональную компетенцию ведения опроса больного.

Сформулированы и обоснованы общие принципы работы по моделированию и обучению иноязычному профессиональному диалогу с лингвометодической точки зрения для формирования профессиональной компетенции ведения опроса больного у иностранных студентов-медиков.

Разработаны методические рекомендации и комплекс упражнений для успешной реализации интегрированного предметно-языкового обучения иностранных студентов-медиков русскому языку для подготовки к клинической практике, которые позволяют приблизить обучение к реальной коммуникативной практике в иноязычной среде, погрузить студентов-иностранцев в реальную социокультурную ситуацию общения в медицинской сфере на русском языке, сформировать профессиональную коммуникативную компетенцию будущего врача. Таким образом, система совместной деятельности русистов и представителей клинических кафедр, дискурсивный и лингвометодический анализ расспроса больного как жанра медицинского дискурса, применение технологии интегрированного предметно-языкового обучения русскому языку как иностранному при подготовке к клинической практике, а также разработка преподавателем-русистом комплекса упражнений и заданий и их совместное обсуждение со специалистами клинических кафедр позволяет сделать работу по обучению профессиональному диалогу наиболее успешной.

Перспективы работы мы видим в дальнейшем более детальном анализе дискурсивных особенностей диалогов врачей и пациентов в реальных ситуациях общения и лингвистических особенностей схемы истории болезни с целью выявления новых подходов к моделированию профессионального диалога в условиях межкафедральной интеграции, дальнейшей разработке новых методических рекомендаций и учебных материалов в рамках реализации интегрированного предметно-языкового обучения русскому языку как иностранному. Создание учебных материалов и формирование методической поддержки для преподавателей-русистов позволит сделать работу по обучению профессиональному диалогу и подготовке к клинической практике наиболее эффективной.

Источники | References

1. Амерханова О. О. Особенности внедрения CLIL-курса «Иностранный язык в профессиональной сфере» для студентов неязыковых направлений подготовки // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. 2021. Т. 26. № 192.
2. Баринов Э. Ф., Айзятулов Р. Ф., Баринаева М. Э., Сулаева О. Н. Межкафедральная интеграция как инструмент создания стандарта медицинского образования // Морфология. 2011. № 3.

3. Березуцкий В. И. Междисциплинарные связи как основа обучения иностранных студентов в русскоязычной образовательной среде // Вестник Тульского государственного университета. Серия: Современные образовательные технологии в преподавании естественнонаучных дисциплин. 2017. № 1 (16).
4. Глушкова Н. М., Любимова Т. Н. Профессионально ориентированное обучение иностранному языку: вызовы и возможности // Мир науки, культуры, образования. 2023. № 2 (99).
5. Голованова Е. Н. Устный профессиональный диалог как комплексный речевой жанр // Жанры речи. 2016. № 2 (14).
6. Гончаренко Н. В. Дискурсивные особенности статистической (паспортной) части анамнеза больного и способы их презентации иностранным студентам-медикам // Актуальные проблемы межкультурной коммуникации: материалы международной научной конференции, посвященной 50-летию кафедры русского языка и культуры русской речи (г. Ростов-на-Дону, 22 ноября 2017 г.). Ростов н/Д: Ростовский государственный медицинский университет, 2018.
7. Гончаренко Н. В. Суггестивные характеристики медицинского дискурса: монография. Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2015.
8. Долбилова Д. В. Обучение русскому языку как иностранному в специальных целях и предметно-языковое интегрированное обучение: педагогические условия // Вопросы методики преподавания в вузе. 2023. № 3.
9. Дьякова В. Н. Подготовка к клинической практике. СПб.: Златоуст, 2016.
10. Завьялов В. В. Педагогические условия предметно-языкового интегрированного обучения студентов нелингвистических направлений подготовки (на примере направления подготовки «Юриспруденция») // Общество. Коммуникация. Образование. 2021. Т. 12. № 2. <https://doi.org/10.18721/JHSS.12205>
11. Игнатенко О. П., Фатеева Ю. Г. Профессиональные фразеологизмы в практическом курсе русского языка как иностранного (на материале языка медицины) // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 2: Языкознание. 2017. Т. 16. № 2. <https://doi.org/10.15688/jvolsu2.2017.2.20>
12. Капранчикова К. В., Завгородняя Е. Л., Саенко Е. С. Межкафедральное взаимодействие в аграрном вузе как основа для разработки курса профессионального иностранного языка на основе модели интегрированного предметно-языкового обучения // Вестник Тамбовского государственного университета. 2021. № 190.
13. Клобукова Л. П., Нестерская Л. А., Норейко Л. Н. Модель профессионально ориентированного преподавания русского языка на завершающем этапе обучения иностранных учащихся экономических факультетов вузов РФ // Профессиональное лингвообразование: материалы XIV международной научно-практической конференции (г. Нижний Новгород, 18 сентября 2020 г.). Н. Новгород: Нижегородский институт управления – филиал Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, 2020.
14. Ковынева И. А. Формирование коммуникативной компетенции у иностранных студентов на основе междисциплинарных связей // Университетская наука: взгляд в будущее: материалы международной научно-практической конференции (г. Курск, 04-06 февраля 2016 г.). Курск: Курский государственный медицинский университет, 2016.
15. Колесова Н. Н. Обучение профессиональной русской речи иностранных студентов медицинского вуза (на примере жанра тематической беседы): автореф. дисс. ... к. пед. н. М., 2017.
16. Куриленко В. Б. Непрерывное профессионально ориентированное обучение русскому языку иностранных медиков: теория и практика: монография. М.: Российский университет дружбы народов, 2017.
17. Куриленко В. Б., Макарова М. А., Смолдырева Т. А. Обучение иностранных студентов-медиков общению на профессиональные темы // Современные научные исследования и инновации. 2012. № 3.
18. Маджаева С. И. Функции медицинского документа «История болезни» // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 2: Языкознание. 2016. Т. 15. № 1.
19. Майборода С. В. Проблема формирования коммуникативной компетенции студентов медицинского вуза при подготовке к участию в учебной коммуникации // Новое и традиционное в практике обучения русскому языку как родному и иностранному в российских университетах нефилологического профиля: материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием (г. Санкт-Петербург, 17-18 мая 2018 г.). СПб.: Санкт-Петербургский государственный архитектурно-строительный университет, 2018.
20. Орлова Е. В. Актуальные речевые жанры в рамках профессионально ориентированного обучения русскому языку студентов-медиков // Русский язык за рубежом. 2014. № 5 (246).
21. Орлова Е. В. Диалог как важнейший жанр речи для студентов-медиков // Жанры речи. 2017. № 2 (16).
22. Попова Н. В., Алмазова Н. И., Евтушенко Т. Г., Зиновьева О. В. Опыт внутривузовского сотрудничества в процессе создания профессионально-ориентированных учебников по иностранному языку // Высшее образование в России. 2020. № 7.
23. Прокофьева Л. П., Беляева А. Ю. Профессиональная коммуникация на занятиях по РКИ в медицинском вузе: учебники, методические инновации // Вестник Челябинского государственного университета. Серия: Филология. Искусствоведение. 2011. Вып. 60. № 32 (248).
24. Просвиркина И. И., Фролова А. М. Классификация жанров студенческого мобильного видео, создаваемого на занятиях по русскому языку как иностранному // Педагогика. Вопросы теории и практики. 2024. Т. 9. Вып. 12. <https://doi.org/10.30853/ped20240156>
25. Ромашова О. В. Композиционно-содержательная и речевая организация медицинского документа: диахронический аспект (на материале истории болезни / медицинской карты стационарного больного): дисс. ... к. филол. н. Волгоград, 2016.

26. Сотова И. А. Жанрово-ориентированный подход, жанровая грамотность и жанровая компетентность как категории лингводидактики // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Русский и иностранные языки и методика их преподавания. 2017. Т. 15. № 4. <https://doi.org/10.22363/2313-2264-2017-15-4-427-446>
27. Фатеева Ю. Г., Фомина Т. К., Игнатенко О. П. Расширение поля языковой профессиональной ориентации студентов-иностранцев на занятиях РКИ // Медико-этические и социокультурные вопросы профессиональной коммуникации: сборник научных статей всероссийской научно-практической конференции (г. Волгоград, 05 марта 2024 г.). Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2024.
28. Фомина Т. К., Гончаренко Н. В. Русский язык как иностранный в контексте межкафедральной интеграции в медицинском вузе // Вестник ассоциации вузов туризма и сервиса. 2017. Т. 11. № 4.
29. Хамраева Е. А., Железнякова Е. А., Васильева А. В., Сальман Е. А., Алексинская А. Ю. Внедрение предметно-языкового интегративного изучения русского языка как иностранного в образовательных организациях среднего профессионального образования: обоснование необходимости // Педагогика. Вопросы теории и практики. 2024. Т. 9. Вып. 10.
30. Ходжаян А. Б., Маяцкая Н. К., Болкунова Е. В. Роль межпредметной координации в формировании профессиональной компетентности при обучении студентов-иностранцев в медицинском университете // Медицинское образование и вузовская наука. 2017. № 1.
31. Черкашина Е. Л. Язык специальности как важная составляющая при обучении русскому языку как иностранному в неязыковом вузе // Интерактивность как катализатор развития вузов: сборник статей VI международной научно-практической конференции (г. Москва, 11 апреля 2024 г.). СПб.: Сциентия, 2024.
32. Ши Ц. Экспериментальное исследование эффективности технологии CLIL в обучении иностранных студентов-медиков русскому языку (уровень B2) // Преподаватель XXI век. 2024. № 2-1.
33. Sotova I. A., Kolesova N. N. Teaching foreign medical student's professional Russian speech on base of genre-oriented approach // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Русский и иностранные языки и методика их преподавания. 2016. № 3.

Информация об авторах | Author information

RU**Гончаренко Наталья Владимировна**¹, к. филол. н., доц.**Алтухова Ольга Николаевна**², к. филол. н., доц.**Воробьева Галина Васильевна**³, к. филол. н., доц.¹ Университет имени Сунь Ятсена, г. Гуанчжоу, Китайская Народная Республика² Волгоградский государственный медицинский университет³ Волгоградский государственный технический университет**EN****Natalia Vladimirovna Goncharenko**¹, PhD**Olga Nikolaevna Altukhova**², PhD**Galina Vasilievna Vorobyova**³, PhD¹ Sun Yat-sen University, Guangzhou, The People's Republic of China² Volgograd State Medical University³ Volgograd State Technical University¹ nat_go@mail.ru, ² geeterra@mail.ru, ³ 89093882130@yandex.ru

Информация о статье | About this article

Дата поступления рукописи (received): 08.01.2025; опубликовано online (published online): 11.02.2025.

Ключевые слова (keywords): жанры медицинского дискурса; профессионально ориентированное обучение; межкафедральная интеграция; обучение иностранных студентов-медиков; интегрированное предметно-языковое обучение; genres of medical discourse; professionally oriented teaching; interdepartmental integration; teaching foreign medical students; content and language integrated learning (CLIL).