

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего
образования

**«РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ ИМЕНИ
ПАТРИСА ЛУМУМБЫ»**

На правах рукописи

ФРОЛОВА АНАСТАСИЯ МИХАЙЛОВНА

**ОБУЧЕНИЕ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ДИАЛОГУ-РАССПРОСУ НА БАЗЕ
ТЕХНОЛОГИИ СТУДЕНЧЕСКОГО МОБИЛЬНОГО ВИДЕО**

Специальность: 5.8.2. Теория и методика обучения и воспитания
(русский язык как иностранный, уровень высшего образования)

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата педагогических наук

Научный руководитель –
доктор педагогических наук, доцент
Просвиркина Ирина Ивановна

Москва

2025

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ЛИНГВОДИДАКТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОБУЧЕНИЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ДИАЛОГИЧЕСКОМУ ОБЩЕНИЮ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ	19
1.1. Коммуникативная подготовка к клинической практике как ключевой компонент профессионально ориентированного обучения русскому языку иностраннх студентов медицинского вуза	20
1.2. Обучение иностранных студентов медицинских специальностей профессиональному диалогическому общению в теории и практике современной лингводидактики.....	32
1.3. Студенческое мобильное видео как инновационная технология профессионально-коммуникативной подготовки иностранных студентов-медиков к клинической практике	43
1.4. Лингводидактическая типология студенческого мобильного видео	52
Выводы по главе 1	74
ГЛАВА 2. МЕДИЦИНСКИЙ ДИАЛОГИЧЕСКИЙ ДИСКУРС В ЛИНГВОМЕТОДИЧЕСКОМ ИЗМЕРЕНИИ	76
2.1. Сценарии профессионального дискурсивного взаимодействия «врач – пациент»	76
2.2. Стратегии профессионального медицинского диалога-расспроса: типы, структура	92
2.3. Коммуникативно-речевой портрет пациента как фактор вариативности профессионального медицинского диалога	103
ГЛАВА 3. Моделирование обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу-расспросу на базе технологии студенческого мобильного видео	76
3.1. Модель обучения профессиональному диалогу-расспросу иностранных студентов медицинских вузов на базе технологии студенческого мобильного видео	123
3.1.1. Структура модели обучения профессионально-коммуникативному общению иностраннх студентов-медиков	123
3.1.2. Реализация модели обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу-расспросу на базе технологии студенческого мобильного видео	136

3.2. Результаты опытного обучения иностранных студентов-будущих врачей профессиональному диалогу-расспросу на базе технологии студенческого мобильного видео	153
Выводы по 3 главе	169
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	171
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	173
Приложения.....	198

ВВЕДЕНИЕ

Одна из актуальных проблем, которая стоит перед современным российским образованием, – это «увеличение к 2030 году численности иностранных студентов, обучающихся по образовательным программам высшего образования в российских образовательных организациях высшего образования и научных организациях...»¹. Государственная языковая политика, направленная на продвижение российского образования и на привлечение для обучения иностранных граждан, позволит обеспечить устойчивое экономическое развитие Российской Федерации, благодаря притоку мотивированных на развитие и творчество молодых людей; способствует укреплению государственной национальной политики, направленной на сохранение уникальной культурной идентичности поликультурного российского социума. Привлечение иностранных граждан для обучения в российских вузах также способствует открытости в международных отношениях. Важность поставленной цели и пути её реализации отметил ректор Российского университета дружбы народов О.А. Ястребов, который сообщил, что приемная комиссия 2024 года уже зафиксировала увеличение количества заявлений иностранных граждан. Среди направлений обучения лидируют «Лингвистика», «Стоматология» и «Лечебное дело»². Данная тенденция – интерес иностранных обучаемых к медицинским профессиям – отмечена и в выступлении министра здравоохранения М.А. Мурашко, который подчеркнул, что высокий уровень образовательной системы медицинских вузов³ вызывает интерес у иностранной молодёжи.

По мере роста числа иностранных студентов-медиков растут и требования, предъявляемые к будущим специалистам. Одно из них – владение коммуникацией на русском языке, умелое применение в процессе общения стратегий и тактик, позволяющих эффективно решать профессиональные задачи в процессе речевого

¹ <http://kremlin.ru/events/president/news/73986>

² <https://tass.ru/obschestvo/21567709>

³ <https://ruskiymir.ru/news/329226/>

взаимодействия, в частности, с пациентом: грамотно выстраивать диалоги: «врач – пациент», «врач – родственники пациента» и др., которые позволяют иностранному студенту-медику уже на этапе клинической практики обсуждать профессиональные проблемы с коллегами, согласовывать верный диагноз и выстраивать стратегию лечения, а также доходчиво объяснять её пациенту. Для иностранного специалиста-медика выбрать эффективные модели диалога как с коллегой, так и с пациентом сложнее, чем для носителей русского языка, поэтому обучение профессионально ориентированному общению иностранного специалиста-медика становится важной частью процесса обучения в медицинском вузе.

В современном образовательном пространстве вуза, когда информационные технологии становятся повседневной необходимостью, существенной частью процесса обучения оказываются всевозможные видеоматериалы, которые способствуют подготовке к различным видам деятельности, особенно при тренировке в аудировании и говорении. Доступность видеоконтента, развитие мультимедийных технологий приводят к тому, что преподаватель вынужден искать способы работы с современными материалами, позволяющими совершенствовать образовательный процесс с помощью новых средств, инструментов. Происходит и переосмысление самого видеоконтента: студент может не только анализировать «чужой» опыт, зафиксированный в видеотекстах, но и способен стать «создателем» видеопродукта, посмотрев на него «изнутри», увидев «работу» по превращению письменного текста в видеотекст, а затем включить апробированные диалоги в практику общения.

Таким образом, изменения образовательной среды способствуют возникновению потребности в создании моделей обучения, включающих новые технологии, методы, приёмы, позволяющие формировать у иностранных учащихся профессионально ориентированную коммуникативную способность. Многие способы работы с видеоматериалами обретают новую «оболочку» вследствие чего меняется алгоритмизация процесса.

Актуальность проблемы обусловила выбор темы: «Обучение иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу-расспросу на базе технологии студенческого мобильного видео».

Объектом исследования является процесс обучения иностранных студентов-медиков профессиональной коммуникации на русском языке в образовательной среде современного вуза.

Предметом исследования является методическая организация обучения студентов-медиков профессиональному диалогу-расспросу.

Выбор темы позволил определить цель, гипотезу и задачи исследования.

Цель исследования заключается в разработке, научном обосновании и экспериментальной проверки модели обучения иностранных студентов-медиков диалогу-расспросу с применением технологии студенческого мобильного видео.

Гипотеза исследования: моделирование процесса обучения диалогу-расспросу иностранного студента-медика перед клинической практикой с использованием технологии студенческого мобильного видео обеспечит эффективность развития профессиональных речевых навыков, необходимых будущему врачу, если:

- рассматривать диалог-расспрос как сценарий речевого акта, который неоднократно «проигрывается» иностранным студентом-медиком и в процессе совместной работы может иметь варианты развития сюжета, обусловленные полом, возрастом, социальным статусом пациента;

- определить варианты речевых стратегий, соответствующих коммуникативной ситуации;

- выявить тактики, соответствующие коммуникативной личности пациента-собеседника;

- определить теоретико-методологические и практические предпосылки технологии студенческого мобильного видео;

- описать жанры студенческого мобильного видео, их структуру, отобрать те из них, которые соответствуют ситуациям диалога-расспроса, разработать

методику обучения профессиональному диалогу-расспросу иностранных студентов-медиков с применением технологии студенческого мобильного видео;

- внедрить в образовательную среду вуза технологию студенческого мобильного видео при подготовке к клинической практике иностранного студента-медика, то есть, подготовить студента-медика к успешной профессиональной коммуникативной деятельности в условиях реального медицинского учреждения.

Цель и гипотеза определили необходимость решения следующих **задач**:

- 1) определить теоретико-методологические и практические предпосылки разработки технологии студенческого мобильного видео;
- 2) обосновать совокупность идей и принципов технологии студенческого мобильного видео как методологическую основу обучения диалогическому дискурсу, в частности диалогу-расспросу;
- 3) раскрыть сущностные характеристики, структурно-содержательные компоненты сценариев профессионального диалогического взаимодействия будущих иностранных специалистов-медиков и предложить лингвометодическую классификацию жанров студенческого мобильного видео;
- 4) определить место и роль диалогического дискурса, в частности диалога-расспроса в системе подготовки к клинической практике и профессиональной коммуникации иностранного студента-медика;
- 5) разработать технологию студенческого мобильного видео, отобрав жанры студенческого мобильного видео, позволяющие научить иностранных студентов-медиков конструированию профессиональных диалогов-расспросов на русском языке;
- 6) апробировать и экспериментально проверить эффективность обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу-расспросу с использованием технологии студенческого мобильного видео.

Теоретико-методологические основы исследования образуют:

философия коммуникативной культуры (М.М. Бахтин, М. Бубер, П.А.Флоренский и др.);

психологические аспекты речевой деятельности (И.В. Вачков, А.И.Крупнов, В.А. Петровский, С.Л. Рубинштейн, В.И. Слободчиков и др.);

идеи постоянного самосовершенствования педагогического мастерства (В.А. Сластенин, И.Ф. Исаев, Е.Н. Шиянов и др.);

теория и практика моделирования коммуникативного процесса (А.Н. Баранов, Э. Берн, В.З. Демьянков, Ван Дейк, Е.Н. Зарецкая, О.Я. Гойхман, Э. Гриффин, Г.В. Колшанский, Т.Д. Кэмбелл, А.К. Михальская, Т.М. Надеина, Г.Г. Почепцов, Ю.В. Рождественский, Р. Якобсон и др.);

дискурсивный подход (Н.Д. Арутюнова, Е.И. Голованова, В.И. Карасик, Е.С. Кубрякова и др.);

обучение студентов-иностранцев профессиональной коммуникации (К.В. Ахнина, В.Н. Вагнер, Д.И. Изаренков, В.Б. Куриленко, М.Л. Макаров, А.Г. Мартиросян, Е.И. Мотина, Н.Н. Романова, Н.М. Румянцева, Т.В. Самосенкова, Т.П. Скорикова, Е.Н. Стрельчук, В.М. Шаклеин, А.Н. Щукин, Т.Т. Черкашина, Л.В. Яроцкая и др.);

идеи внедрения интенсивных технологий при обучении иностранцев русскому языку (Т.М. Балыхина, А.Д. Гарцов, Е.Н. Красикова, С.Н. Михайлов, А.И. Сидоренко, Е.Н. Стрельчук, Ю.П. Сурмина и др.);

применение аудиовизуальных материалов, как средства формирования коммуникативной компетенции (С.И. Архангельский, Г.А. Гаспарян, О.А. Глущенко, Е.А. Горлова, С.С. Жданов, Я.А. Коменский, Б.П. Кашенко, Т.К. Кокенова, М.В. Кузьмина, А.Г. Мартиросян, Е.А. Меньших, Е.М. Сычева, К.В. Чирко, А.Н. Щукин, М. Аллан, Anglin, Arcano, GJ. Anglin, Дж. Лонерган, H.Vaez, KL. Cunningham и др.);

использование новых технологий и современных инструментов в методике преподавания иностранного языка (Э.Г. Азимов, А.А. Акишина, О.Н. Алтухова, И.О. Амелина, Н.В. Андреева, М.Г. Андрианова, А.А. Атабекова, Т. Бьюзен, Т.В. Васильева, Л.Л. Вохмина, Н.В. Гончаренко, С.И. Ельникова, В.А. Жильцов, О.П. Игнатенко, Д. Кассани, Е.Н. Кролевецкая, Г.М. Левина, И.А. Лешутина, И.А. Маев, Л.В. Московкин, И.А. Орехова, М.А. Осадчий, В.Н. Поляков,

И.И. Просвиркина, Е.В. Рублева, А.М. Соловьева, Е.Н. Стрельчук, А.В. Тряпельников, Л.В. Ухова, В.М. Филиппова, Е.А. Хамраева, Л.В. Шафирова и др.).

Методы исследования: 1) анализ, синтез, экстраполяция, обобщение, систематизация научной литературы по проблеме; 2) классификация жанров студенческого мобильного видео; 3) конструирование технологии студенческого мобильного видео; 4) моделирование процесса обучения диалогу-расспросу; 5) наблюдение, эксперимент, анализ и оценка продуктов учебной деятельности; 6) количественная и качественная обработка полученных данных.

Наиболее существенные результаты исследования, полученные лично соискателем, и их научная новизна заключаются в том, что впервые:

- разработана и научно обоснована технология студенческого мобильного видео, которая включает идею; принципы; педагогические условия; место, роль и эффективность данной технологии в учебном процессе; моделирование и прогнозирование новых научных концепций, развивающих идеи технологии студенческого мобильного видео;

- на основании компетентностного, коммуникативного, сценарно-стратегического, личностного, этнометодического и системного подходов раскрыты характеристики, структурные, содержательные и функциональные компоненты технологии студенческого мобильного видео, позволяющие организовать обучение профессиональному диалогическому общению иностранных студентов;

- предложена многофакторная лингводидактическая классификация студенческого мобильного видео;

- ситуации профессионального взаимодействия представлены как сценарно-стратегические матрицы диалога-опроса, диалога-интервью и диалога-расспроса, позволяющие смоделировать процесс подготовки к клинической практике иностранных студентов-медиков на основе инновационной технологии студенческого мобильного видео;

- разработана и апробирована модель профессионально-коммуникативной подготовки к диалогу-расспросу иностранных студентов-медиков на основе технологии студенческого мобильного видео.

Теоретическая значимость работы состоит:

- в уточнении научных взглядов на структуру обучения профессиональным диалогическим навыкам иностранных студентов-медиков, готовящихся к клинической практике;

- во введении понятий «студенческое мобильное видео», «жанры студенческого мобильного видео», которые дают возможность расширить научные представления о профессиональной коммуникативной подготовке будущего специалиста-медика, способствуют развитию понятийного аппарата методики РКИ;

- в систематизации и расширении теоретических и практических аспектов обучения коммуникации, осмыслении использования современных инструментов для создания новых технологий, в частности технологии студенческого мобильного видео;

- в создании перспективы для расширения применения технологии студенческого мобильного видео в процессе обучения русскому языку как иностранному.

Практическая значимость исследования заключается в том, что

- сконструирована и апробирована модель обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу-расспросу на базе технологии студенческого мобильного видео;

- разработаны сценарии и методические рекомендации по использованию технологии студенческого мобильного видео при обучении иностранных студентов-медиков диалогическому общению на русском языке;

- представлены результаты исследования, которые могут применяться при разработке учебных, учебно-тематических, контрольных материалов, а также материалов для самостоятельной работы, в основе конструирования которых использована технология студенческого мобильного видео, способствующая

развитию навыков профессиональной коммуникации иностранных студентов-медиков.

- определены материалы, которые могут быть применены в обучении иностранных студентов любой специальности как в офлайн, так и в онлайн форматах, поскольку позволяют быстро и эффективно сформировать необходимые профессиональные коммуникативные навыки диалогического общения.

Положения, выносимые на защиту:

1. Современные образовательные стандарты высших медицинских учреждений ориентированы на качественную организацию учебного процесса. В течение нескольких семестров иностранные студенты-медики овладевают не только языком общего владения, но и погружаются в учебно-научную, собственно профессиональную и научно-профессиональные подсферы. Особая роль в системе обучения русскому языку отводится овладению производственно-практическим общением, которое необходимо иностранному студенту-медику при прохождении клинической практики. Эффективное диалогическое общение современного иностранного студента-практиканта с пациентом является частью его профессиональной компетентности, потому что качественная речь (хорошая дикция, точность формулировок, богатство профессиональной лексики и т.д.) и коммуникативные навыки (слушание и анализ услышанного, выбор стратегий и тактик, умение налаживать контакт с пациентом, выстраивать доверительные отношения) способствуют верной постановке диагноза. Формирование этих умений происходит в процессе подготовки к клинической практике, основой которой является диалог (в нашей работе обучение диалога строится на трёх диалогических моделях (диалог-опрос, диалог-интервью и диалог-расспрос, последний из них в данной триаде является ключевым). Обучение иностранных студентов-медиков диалогу-расспросу базируется на сценарно-стратегическом подходе, суть которого заключается в конструировании различных учебных сценариев и их отработке в моделируемом на занятиях реальном профессиональном пространстве.

2. Студенческое мобильное видео – это технология, основанная на создании обучающимися с помощью современных инструментов аудиовизуальных произведений, при создании которых иностранный студент-медик руководствуется гибким алгоритмом действий (зависит от коммуникативной ситуации), системой предписаний-инструкций, предложенных ему преподавателем. Предлагаемая автором диссертации технология «встраивается» в привычный ритм жизни современного студента, потому что данная форма деятельности 1) понятна обучаемому (он просматривает сотни видео в соцсетях, многие из которых сняты при помощи гаджетов); 2) предлагает «сыграть» при выполнении задания разные роли (сценариста, режиссёра, актёра и т.д.), 3) позволяет взглянуть студенту-иностранцу на процесс обучения и на свою роль в нём по-новому. Данная технология позволяет иностранному студенту-медику творчески подходить к решению учебных задач, вовлекает обучаемого в различные ситуации общения, в том числе и профессиональные, помогает осознанию того, что одна и та же коммуникативная ситуация может иметь различные способы реализации (сценарии).

3. Научные основы технологии студенческого мобильного видео рассматриваются как совокупность теоретических положений, включающих методологические основы, доминирующую идею, принципы, содержание, педагогические условия, которые в совокупности обеспечивают процесс моделирования студентами видеопродукта и способствуют прогнозированию новых методических решений при обучении диалогическому общению иностранных студентов-медиков. Основные теоретические положения технологии базируются на идеях: 1) стимулирования коммуникативной деятельности иностранных студентов-медиков благодаря их вовлечению в творческий процесс создания творческого видеопродукта; 2) реализации творческого коммуникативного замысла иностранного студента-медика от момента написания сценария до презентации готового видео, реализующего ситуацию реального профессионального общения.

4. Технология студенческого мобильного видео построена на основе логической целостности её элементов. Структурными элементами *технологии* являются: 1) цели, которые возможно достичь, и задачи, которые можно решить с её помощью; 2) принципы (подходы), лежащие в основе технологии; 3) содержание; 4) порядок действий; 5) планируемый результат. Каждый структурный элемент адаптируется в зависимости от этапа обучения и конкретной речевой ситуации, в которую погружается иностранный студент-медик, и приводит к конечному результату – овладению профессиональной коммуникативной деятельностью.

В основе технологии студенческого мобильного видео лежат принципы:

- наглядности (благодаря созданным аудиовизуальным произведениям у иностранного студента-медика всегда будет материал для самоанализа; обучаемый, просматривая свои работы, может наблюдать собственное языковое и речевое развитие);

- творчества (иностранному студенту-медику приобретает собственный творческий опыт через создание индивидуального видеопродукта);

- активности (работая над данным видеопродуктом, обучаемый всегда будет вовлечен в активную речевую деятельность на иностранном языке, в частности, русском, а благодаря активной умственной работе быстрее произойдет формирование необходимых навыков);

- индивидуального подхода (реализация которого выражается в оценке уровня владения иностранным языком каждого студента-медика, распределении обязанностей при подготовке к созданию мобильного видео, подборе роли в мобильном видео и формировании навыков самостоятельной работы);

- поддержки (в процессе создания студенческого мобильного видео обучаемый всегда может обратиться за помощью к преподавателю или сокурснику);

- практического применения (данная технология позволяет иностранному студенту-медику применить накопленные теоретические знания в реальной практике).

Технология *студенческого мобильного видео* является эффективной, поскольку позволяет достигнуть следующих целей:

1) обучающая (образовательная): получение и расширение знаний о языке; увеличение словарного запаса; закрепление лексико-грамматического материала и т.д.

2) развивающая: формирование и развитие навыков *говорения* (в процессе обсуждения сценария, при его реализации во время записи видеопродукта), *аудирования* (при просмотре видеопродукта), *письма* (при составлении сценария и оформлении субтитров к видеопродукту) и *чтения* (при просмотре видеопродукта с субтитрами) в соответствии с уровнем обучения; развивает навыки работы с информационными технологиями;

3) контролирующая: возможность использования технологии студенческого мобильного видео в качестве контроля пройденного материала или для организации самостоятельной работы обучаемого, пропустившего занятие.

5. Разработанная нами модель обучения профессиональному коммуникативному общению студентов-медиков, в частности, обучению диалого-расспросу при подготовке к клинической практике с применением технологии студенческого мобильного видео, рассчитана на один год. Моделирование процесса обучения с применением технологии студенческого мобильного видео предполагает контактную работу обучающегося с преподавателем и его самостоятельную работу (индивидуальную и групповую). Контактная работа состоит из 19 аудиторных занятий (38 часов), на которых обучаемые демонстрируют созданный видеопродукт, анализируют и обсуждают его, и консультационной работы (32 часа), в процессе которой преподаватель проверяет, редактирует, обсуждает с обучаемыми созданные ими сценарии, разрабатывает стратегию конкретного диалога, вместе со студентом (или микро группой) отбирает тактики для реализации выбранной стратегии, обсуждает возможные грамматические модели создаваемого диалога-расспроса и т.д.). Самостоятельная работа иностранных студентов-медиков состоит из написания сценария,

распределения ролей и организации съёмки мобильного видео диалога-расспроса. На всех этапах работа студентов контролируется преподавателем.

Опытно-экспериментальной базой исследования стал ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России. В эксперименте приняли участие 68 иностранных студентов-медиков, проходящих обучение на факультете иностранных студентов по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело.

Этапы исследования.

- 1) 2018 – 2019 гг. – погружение в проблемное поле исследования; анализ научных источников; выявление проблемных участков в системе профессиональной коммуникативной подготовки иностранных студентов медицинских вузов; анализ существующих технологий, методов и средств обучения; формулировка цели, задач; генерация концептуальных основ диссертационной работы; уточнение темы исследования.
- 2) 2020 – 2022 гг. – организация констатирующего эксперимента; обобщение и интерпретация полученных результатов; проектирование модели обучения с применением технологии студенческого мобильного видео; апробация формирующего эксперимента для четырех групп иностранных студентов-медиков (по 17 человек в каждой группе): двух контрольных и двух экспериментальных; уточнение и анализ концептуального положения технологии студенческого мобильного видео; корректировка алгоритма действий преподавателя РКИ и иностранных студентов-медиков, направленная на обучение профессиональному диалогу-расспросу.
- 3) 2022 – 2023 гг. – уточнение концепции технологии студенческого мобильного видео; описание и апробация модели обучения иностранных студентов-медиков профессиональной коммуникации с применением технологии студенческого мобильного видео (в том числе в ходе повторной экспертной оценки).
- 4) 2023 – 2024 гг. – завершение формирующего эксперимента; обработка, систематизация полученных результатов обучения профессиональному

диалогу-расспросу с применением технологии студенческого мобильного видео; подведение итогов исследования и оформление текста диссертации.

Апробация и внедрение результатов.

Основные результаты исследования были представлены:

на научно-практических конференциях, конгрессах, форумах и круглых столах:

- Sgem international multidisciplinary scientific conference on social sciences and arts. Болгария, 2018;

- Всероссийская научно-практическая конференция-вебинар «Современные технологии в преподавании русского языка как иностранного». Оренбург, Оренбургский государственный медицинский университет, 2019;

- Всероссийская научно-практическая конференция молодых учёных с международным участием «Актуальные проблемы русского языка и методики его преподавания: традиции и инновации». Москва, Российский университет дружбы народов им. П. Лумумбы, 2020;

- «РКИ Talks: опыт обучения иностранных студентов в российских медицинских вузах». Челябинск, Южно-Уральский государственный медицинский университет, 2022;

- Всероссийская научно-практическая конференция молодых учёных с международным участием «Актуальные проблемы русского языка и методики его преподавания: традиции и инновации». Москва, Российский университет дружбы народов им. П. Лумумбы, 2022;

- Всероссийская научно-практическая конференция-вебинар «Современные технологии в преподавании русского языка как иностранного». Оренбург, Оренбургский государственный медицинский университет, 2023;

- Всероссийская научно-методическая конференция «Университетский комплекс как региональный центр образования, науки и культуры». Оренбург, Оренбургский государственный университет, 2023;

- Международный лингвокультурологический форум «Лингвокультурология и коммуникативная реальность XXI века: новые вызовы – новое осмысление». Москва, Российский университет дружбы народов им. П. Лумумбы, 2023;

- Международный научный конгресс «Русский язык в глобальном научном и образовательном пространстве». Москва, Государственный институт русского языка им. А.С. Пушкина, 2023;

- VII Международный Конгресс преподавателей и руководителей подготовительных факультетов (отделений) вузов РФ «Довузовский этап обучения в России и мире: язык, адаптация, социум, специальность». Москва, Российский университет дружбы народов им. П. Лумумбы, 2023;

- VI Всероссийская научно-педагогическая конференция с международным участием «Медицинское образование. Пути повышения качества». Оренбург, Оренбургский государственный медицинский университет, 2024.

Разработанная автором технология студенческого мобильного видео, на основе которой смоделировано обучение профессиональному общению на русском языке иностранных студентов-медиков, внедрена в учебный процесс на кафедре русского языка в ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Содержание диссертационного исследования соответствует паспорту специальности 5.8.2. Теория и методика обучения и воспитания: иностранные языки, уровень высшего образования (педагогические науки) группа научных специальностей – 5.8. Педагогика:

п. 2. Закономерности, тенденции, модели и стратегии развития предметного образования, в том числе при использовании информационных и коммуникационных технологий.

п. 5. Методические концепции содержания обучения и его проектирования (по областям и уровням образования).

п. 9. Взаимодействие теории, методики и практики предметного образования с отраслями науки, культуры, технологии, производства.

п. 14. Эволюция содержания предметного обучения, в том числе в условиях цифровой трансформации образования.

Основные положения и результаты исследования отражены в 18 научных публикациях автора общим объёмом 12,5 п.л. (авторский вклад составляет 8,8 п.л.), двух главах в коллективных монографиях – 1,8 п.л. (авторский вклад – 1 п. л.), в том числе 1 статья объёмом 0,45 п.л. (авторский вклад – 0,41 п.л.) в научном рецензируемом издании, рекомендованном Учёным советом ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. П. Лумумбы» (Положение о присуждении учёных степеней в ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», утв. 22.01.2024, протокол № УС-1); 6 статей объёмом 2,6 п.л. (авторский вклад – 2,0 п.л.) в научных рецензируемых изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации (постановление Правительства РФ от 26.03.2016 № 237 (ред. от 25.01.2024) «Об утверждении положения о Высшей аттестационной комиссии при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации»).

Структура диссертационного исследования. Диссертация состоит из Введения, трёх глав, выводов по каждой главе, Заключения, списка литературы (250 наименований) и 10 приложений. Работа включает в себя таблицы, схемы и графики. Текст содержит 10 таблиц, 4 диаграммы и 8 схем. Объём основного текста составляет 197 страниц.

ГЛАВА 1 ЛИНГВОДИДАКТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОБУЧЕНИЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ДИАЛОГИЧЕСКОМУ ОБЩЕНИЮ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ

Клиническая практика является неотъемлемой частью обучения иностранных студентов-медиков и играет ключевую роль в их профессиональном становлении. Клиническая практика предоставляет иностранным студентам-медикам возможность научиться применять полученные теоретические знания в реальной профессиональной деятельности. При прохождении практики у обучаемого развивается клиническое мышление (студент учится анализировать симптомы, ставить диагноз, планировать лечение и т.д.), осваиваются практические навыки (проводятся исследования, манипуляции, выдаются лекарства и т.д.). Но главное – во время прохождения клинической практики у иностранных студентов-медиков формируются навыки общения с пациентами: будущий врач строит реальные диалоги для выяснения истории болезни, постановки диагноза, определения стратегии лечения и т.п. Для того чтобы иностранный студент-медик справился с реальными проблемами, получил профессиональный коммуникативный опыт (научился устанавливать контакт с пациентами, страдающими различными заболеваниями, с их родственниками и т.д.) необходима системная подготовка в стенах вуза. О роли клинической практики в системе подготовки будущего врача, в частности иностранного, свидетельствует Приказ Минобрнауки России от 09.01.2023 № 16 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)» (Зарегистрировано в Минюсте России 13.02.2023 № 72334).

1.1. Коммуникативная подготовка к клинической практике как ключевой компонент профессионально ориентированного обучения русскому языку иностранных студентов медицинского вуза

Современные обязательные требования в сфере подготовки специалистов-медиков прописаны в ФГОС ВО – по специальности 31.05.01 Лечебное дело (утвержден приказом Мин. Науки и ВО РФ № 988 от 12.08.20). В этом документе представлены универсальные и общепрофессиональные компетенции выпускника медицинского вуза. Так, независимо от специализации, выпускник медицинского вуза должен быть «способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия» [ФГОС 2020, с. 9], «способен ... проводить обследования пациента с целью установления диагноза» [там же], «способен подготавливать и применять научную, научно-производственную, проектную, организационно-управленческую и нормативную документацию в системе здравоохранения» [там же].

В российских вузах, в том числе и медицинских, преподавание русского языка иностранным студентам ориентируется на Государственный образовательный стандарт, требования по русскому языку как иностранному для учащихся естественнонаучного, медико-биологического и инженерно-технического профилей, II сертификационный уровень владения РКИ и примерные программы по русскому языку как иностранному [Государственный образовательный стандарт. Профессиональные модули ... 2003, 2020, Требования ... 2005, Государственный образовательный стандарт. Общее владение... 1999, Программы ... 2005, 2014].

Современные образовательные стандарты высших медицинских учреждений ориентированы на качественную организацию учебного процесса. Стандарт – это федеральный компонент образования, который определяет: цели обучения, обязательный минимум содержания основных образовательных программ, требования к уровню подготовки обучающихся. В соответствии с

Государственным образовательным стандартом [Государственный образовательный стандарт по РКИ. Общее владение ..., 1999] к концу подготовительного факультета иностранный студент-нефилолог должен:

1) **понимать** на слух текст: объемом 300 – 400 слов (1/2 – 2/3 страницы), в котором количество незнакомых слов не превышает 1,5 %; и который прочитан в темпе 170 – 200 слогов в минуту;

2) **читать** текст объемом 800 – 1000 слов (= 1,5 страницы учебника) со скоростью чтения – около 40 – 50 слов в минуту (4 – 5 строк), в котором незнакомая лексика не должна превышать 5 – 7 % общего объема текста (в противном случае чтение превращается в дешифровку).

В соответствии с действующим образовательным стандартом⁴ активный словарь студента-медика после окончания обучения на подготовительном факультете должен составлять 2300 слов (социально-бытовая, социокультурная, учебно-научная и др. сферы общения), то есть, несмотря на замечание исследователей, что «...язык специальности нужно начинать учить после достижения уровня В2 или хотя бы уровня В1, когда студент уже будет знать такие слова, как “я”, “ты”, “жить” и т.д...» [Андрюшина 1999], в связи с современными прагматическими установками для студентов-медиков изучение русского языка как языка профессии закладывается уже на подготовительном факультете, когда у студента только формируется уровень А2. Под уровнем владения русским языком как иностранным, по мнению Л.П. Клобуковой, понимается «определённая степень сформированности коммуникативной компетенции, позволяющая решать на изучаемом языке экстралингвистические задачи общения в соответствии с условиями коммуникации» [Клобукова 2005, с. 57].

Таким образом, абитуриент, поступающий на первый курс медицинского вуза, который проучился на подготовительном факультете десять месяцев (в лучшем случае), должен иметь уровень В1 и достаточно свободно владеть русским

⁴ Государственный образовательный стандарт по русскому языку как иностранному. Первый уровень. Общее владение / Н.П. Андрюшина [и др.]. – Москва, Санкт-Петербург : Златоуст, 2020. – 27 с.

языком в области социально-бытовой и научно-учебной сферах общения. В течение последующих лет уровень владения русским языком студента медицинского факультета будет складываться из 1) модуля общего владения и 2) профессионального модуля, который построен в соответствии с Государственным образовательным стандартом [Андрюшина 2020], требованиями к разработке программ [Требования... 2008] и примерными программами [Программа... 1977; Программа ... 1985; Программа... 2005; Программа... 2014]. Курс русского языка как языка профессионального владения включает несколько компонентов (подсфер): 1) русский язык как средство обучения профессии (язык академического общения, научно-учебная подсфера); 2) русский язык как средство профессионального общения (язык профессии, язык профессионально-практического общения); 3) русский язык как средство профессионально-научного общения (научно-профессиональная подсфера). Таким образом, обучение языку специальности, то есть, профессиональный модуль для иностранного студента-медика (уровень В2) состоит из трёх подуровней и организуется в соответствии с Государственным образовательным стандартом профессионально ориентированного модуля [Андрюшина 2020]. Каждый элемент профессионального модуля (подуровень) решает определённые коммуникативные задачи; включает работу с актуальными для данных целей типами текстов; определяет приоритетные формы общения и приоритетные виды речевой деятельности; формирует понятие «социокоммуникативная роль» студента-медика в той или иной ситуации общения (академической, профессиональной или научной). Схема 1 (стр. 23) показывает место клинической практики в системе профессионального модуля.

На первой ступени (1 курс (1 и 2 семестры) иностранные студенты-медики погружаются в учебно-научную подсферу и, соответственно, обучение направлено на развитие компетенций, необходимых для эффективной учебно-научной коммуникации, которая включает формирование навыков внимательного слушания, глубокого понимания прочитанного, умения составлять конспекты лекций, а также способности участвовать в работе семинаров, практических и

лабораторных занятий. Учебно-научная подсфера общения связана с чтением, анализом и пересказом текстов лекций и учебников по специальности.



Схема 1. Место клинической практики в системе языковой подготовки иностранных студентов-медиков

Обучение владению русским языком в рамках учебно-научной подсферы рассчитано на 224 часа аудиторных занятий (на самостоятельную работу вне аудитории отводится примерно 100 часов (в зависимости от уровня подготовленности студентов)).

Обучение академическому общению на русском языке иностранных студентов-медиков в данный период направлено на различные формы работы с учебно-научными текстами: чтение, анализ прочитанного и на его основе – конспектирование, реферирование и т.д. Основная форма речи при освоении учебно-научного языка – монолог. С данной формой речи студент встречается на занятиях и на экзаменах – это и тексты учебников, лекции преподавателей, и ответы студентов на семинарских и практических занятиях, и конспекты лекций, и письменные ответы в форме эссе: «Иностранец должен уметь ориентироваться и реализовывать свои коммуникативные задачи в следующих ситуациях общения: в

учебной сфере (лекция, семинар, практическое занятие, консультация, зачет, экзамен, библиотека); в учебно-научной и профессиональной сфере (заседание научного студенческого общества; научно-практический семинар; конференция; обсуждение и защита курсовой, дипломной работы)» [Государственный образовательный стандарт по РКИ. Профессиональные модули... 2000, с. 28].

На данном подуровне важным становится обучение монологической речи и её стратегиям (дискурсивной стратегии информирования об объекте; стратегией объяснения сущности объекта и др.) и тактикам (тактике информирования и объяснения, объяснения и оценки и т.д.). Обучение академическому общению на данном подуровне является пропедевтикой умений и навыков, формируемых на втором подуровне, потому что студенту необходимо уметь: «... определять дискурсивную стратегию автора текста-источника (информирования, объяснения и т.д.) и воспроизводить её в собственном монологическом сообщении; дифференцировать основную и второстепенную информацию текста-источника, в полном объеме передавать в собственном монологическом сообщении основные компоненты содержания текста-источника [Программа по русскому языку как иностранному. Профессиональный модуль «Медицина. Биология» 2014, с. 54].

Как видим, студент овладевает устной и письменной монологической речью, которые в дальнейшем трансформируются в диалогические формы.

Цель обучения на второй ступени (2 курс – 3, 4 семестры): «формирование знаний, навыков и умений *учебно-профессионального* общения» [Там же, с. 6]. Учебно-профессиональное общение необходимо иностранному студенту-медику для прохождения клинической практики. Приоритетными жанрами коммуникации становятся различные виды учебно-профессионального диалога и полилога (общение практиканта со специалистами, пациентами и т.д.), оформление профессионально-деловой документации. На овладение учебно-профессиональным регистром отводится 144 часа аудиторной работы, примерно 144 часа – самостоятельной (внеаудиторной), которой должен руководить преподаватель. Именно на втором подуровне иностранного студента-медика необходимо подготовить к реальному диалогическому общению в реальной

профессиональной среде. Согласно ФГОС ВО пятого поколения студенты-медики ежегодно проходят производственные практики, которые являются своеобразными «ступенями» к клинической практике. Важной составляющей всех производственных практик, и в частности, клинической как основной, является умение коммуницировать с пациентами, коллегами и т.д.

Так как именно производственная практика является показателем коммуникативной профессиональной зрелости иностранного студента медицинского вуза, большое внимание уделяют именно подготовке к клинической практике как неотъемлемой составляющей учебного и воспитательного процесса вуза. Клиническая практика является важным параметром при аттестации студента-медика, в том числе и иностранного. Именно клиническая практика является показателем того, насколько квалифицирован специалист-медик, насколько он готов к профессиональной деятельности.

Для иностранных студентов медицинского вуза клиническая практика является важным и самым сложным элементом их профессионального образования, потому что подготовка к данному виду практики включает не только изучение медицинской терминологии, но и развитие коммуникативных навыков общения с различными пациентами, их родственниками, коллегами, специалистами в области здравоохранения и т.д. Коммуникативная подготовка к клинической практике включает следующие элементы: 1) углублённое изучение русского языка; 2) обучение специальному вербальному профессиональному общению специалиста медицинского профиля в разных регистрах; 3) обучение невербальной форме коммуникативного взаимодействия с различными пациентами.

При подготовке иностранного студента медицинского вуза к клинической практике важное значение имеет то, насколько глубоко он знает русский язык и умеет осознанно пользоваться лингвистическими знаниями в различных регистрах. В соответствии с Государственным стандартом и примерной программой в данный период иностранный студент-медик должен освоить общеупотребительную лексику, зафиксированную в Лексическом минимуме второго сертификационного

уровня (уровня В2). Параллельно иностранный студент-медик осваивает общенаучную и специальную медицинскую терминологию «в объёме терминологического минимума» [Там же, с. 61]. При обогащении словаря иностранного студента-медика профессиональной лексикой необходимо помнить, что знание значения слова-термина – это не главное. Важно, чтобы обучаемый знал значение термина, понимал «...синтагматические свойства терминологических единиц и правила их сочетаемости, употребления; системные связи и отношения (родо-видовые и др.) терминов и терминосоответствий, <...> употреблять их в речи в соответствии с этими связями и отношениями» [Рабочая программа дисциплины «Русский язык для специальных целей» 2023, с. 3].

Также необходимо проводить работу по анализу учебно-научных текстов, их композиции, синтаксических структур (простых, осложнённых, сложных, многочленных конструкций), обучать выделению ключевых слов (микрочленов), микротем; определять тему и рему в каждом предложении, понимать, какие средства связывают предложения, превращая их в текст.

Обучение специальному вербальному профессиональному коммуникативному общению специалиста именно медицинского профиля базируется на умении применять лингвистические знания в практике общения, с помощью речевых навыков совершать коммуникативные действия, которые требует ситуация общения, то есть «решать профессионально-коммуникативные задачи в производственно-практической сфере, соблюдать нормы социально-статусных взаимоотношений» [Государственный образовательный стандарт по РКИ. Профессиональные модули... 2000; Программа... 2014].

Иностранному студенту медицинского вуза «... должен уметь осуществлять речевое общение в устной и письменной формах в рамках общенаучной и узкоспециальной тематики, актуальной для реализации его коммуникативных целей в <...> профессиональной сфере общения» [Государственный образовательный стандарт по РКИ. Профессиональные модули... 2000; Программа... 2014].

Вступая в общение с пациентом, иностранный студент-медик должен овладеть различными видами диалога: «запрашивать информацию, побуждать собеседника к действию, отвечать на вопросы (например, ведение диалога-расспроса с пациентом или его родственниками)» [Государственный образовательный стандарт по РКИ. Профессиональные модули... 2000; Программа... 2014].

Вербальное общение – это не просто взаимодействие между иностранным студентом-медиком, хорошо знающим медицинскую теорию и владеющим определёнными знаниями в профессиональной области, и пациентом, но и сам по себе «оздоровительный процесс», который может значительно повлиять на психологическое состояние пациента и в дальнейшем на результаты лечения. Правильно выбранная со стороны врача форма диалога позволит определить стратегию и тактику, получить полную информацию о состоянии пациента, определить точный диагноз, настроить пациента на лечение и т.д. Для реализации всех задач, на наш взгляд, при подготовке к клинической практике целесообразнее учить иностранного студента-медика следующим видам диалога: диалог-опрос (сбор информации о пациенте: паспортные данные), диалог-расспрос (сбор анамнеза, выяснение истории заболевания и т.п.), диалог-интервью (выяснение истории жизни); диалог-беседа (объяснение диагноза, назначение лечения, консультирование), диалог-консультация (обсуждение сложных случаев с коллегами, координация действий, обмен информацией). Особое место занимает в этом ряду диалог-расспрос – самый сложный для иностранного студента, потому что требует не только знания и умения в области языка и речи, но и нуждается в глубоком понимании культуры и социума, коммуникативного пространства, в которое его погружает клиническая практика, а именно: понимание невербальных средств, соблюдение медицинской этики и т.п.

Невербальная форма коммуникативного взаимодействия не менее актуальна для иностранного студента медицинского вуза, потому что в процессе реализации каждого из вышеперечисленных диалогов требуется не только знание грамматики, специальной медицинской лексики, но и знание невербалики: необходимость

поддерживать зрительный контакт с пациентом, который помогает установить доверие, демонстрирует заинтересованность в собеседнике, в его проблемах; потребность проявлять эмпатию, используя для этого мимику, адекватную тем эмоциям, которые ожидает от врача пациент и которые отражают дружелюбное отношение к собеседнику и помогают понять его настроение. Важную функцию выполняют и жесты, которые дополняют речь, подчеркивают важные моменты, могут служить самостоятельным языком общения; поза – которая выражает уверенность, открытость, заинтересованность или, наоборот, закрытость, неуверенность, нежелание общаться; соблюдение пространственной дистанции, позволяющей определять степень близости между собеседниками, влиять на комфортность общения.

Соблюдение профессиональных норм поведения (медицинской этики), конфиденциальность, уважение к пациентам, ответственность за свои действия – это тоже необходимые навыки, которые должен приобрести иностранный студент-медик. При подготовке к клинической практике иностранный студент-медик должен научиться работать с медицинской документацией: заполнять истории болезни, составлять протоколы исследований, вести медицинские карты.

Как видим, иностранный студент медицинского вуза должен не только знать о различных формах коммуникации (устной и письменной, монологической и диалогической), но и уметь использовать знакомые формы общения на практике. От умения выстраивать коммуникативное взаимодействие с пациентами, коллегами, медицинским персоналом, родственниками пациентов будет зависеть качество профессиональной деятельности иностранного студента-медика и уровень доверия к нему пациентов и коллег. Только освоив различные формы коммуникации и научившись использовать их эффективно, иностранный студент медицинского вуза сможет стать успешным специалистом, который не только компетентен в своей профессиональной области, но и успешен в коммуникации: умеет строить доверительные отношения с пациентами и коллегами.

При прохождении клинической практики иностранные студенты-медики сталкиваются с большими трудностями при непосредственном контакте с

русскоговорящими пациентами и медицинским персоналом, потому что соприкасаются с живой русской речью и обилием «народных» медицинских терминов. В связи с этим важна систематическая работа, направленная на развитие навыков устной речи, речевого поведения в условиях профессиональной коммуникации, а также навыка ведения диалога с пациентами на русском языке. При подготовке к клинической практике необходимо создавать ситуации, приближенные к реальным, для включения иностранного студента-медика в предполагаемую коммуникативную ситуацию «врач – пациент».

Очень важный навык диалогического общения, который тоже входит в подготовку к клинической практике иностранных учащихся медицинского университета, – это анализ, оценка и корректировка этапов общения (использование языковых средств в соответствии с ситуацией общения, интонационное оформление собственной речи, использование невербальных средств, которые бы способствовали установлению контакта с пациентом, умение активно слушать собеседника и т.п.). Также иностранный студент-медик должен научиться понимать культурные особенности носителей русского языка (обычаи, традиции), их реакции на озвученный диагноз и т.п. Развитие эмпатии (способности сопереживать, ставить себя на место пациента и предполагать, какие чувства может испытывать пациент в данной ситуации общения с корректировкой на национальный российский менталитет).

Иностранному студенту-медика в период подготовки к клинической практике следует овладеть правилами медицинской этики (общемировыми и российскими), а именно: соблюдать конфиденциальность полученной информации о состоянии здоровья, информировать пациента о заболевании, учитывая его психологическое состояние, тяжесть заболевания; уважать права пациента на получение полной информации о диагнозе и ходе лечения и т.д. При обучении профессиональному общению на этапе подготовки к клинической практике необходимо обучать методам разрешения конфликтных ситуаций и подготовке к «трудным» переговорам с пациентами, их родными и близкими.

Как видим, подготовка к клинической практике иностранных студентов-медиков – это комплексный процесс, включающий формирование коммуникативной, дискурсивной, социолингвистической, социокультурной, стратегической, предметной и прагматической компетенций. Именно успешное коммуникативное общение врача и пациента являются свидетельством успешности будущего врача: позволяют правильно поставить диагноз, убедить пациента в правильности выбранной стратегии лечения и т.п.

Клиническая практика является неотъемлемой частью обучения студентов-медиков и играет ключевую роль в их профессиональном становлении. Она предоставляет им возможность: применить теоретические знания на практике, развивать клиническое мышление (анализировать симптомы, ставить диагнозы, планировать лечение и т.д.), осваивать практические навыки (проводить исследования, манипуляции, давать лекарства и т.д.), но главное – способствует формированию навыков общения с пациентами: учит строить реальные диалоги для выяснения их истории болезни, постановки диагноза, определения стратегии лечения и т.п.

Коммуникативная подготовка иностранных студентов-медиков – это комплексный процесс, который требует моделирования эффективного процесса обучения с привлечением всего имеющегося на сегодняшний день методического опыта, новых технологий и инструментов. Эффективная коммуникация является краеугольным камнем успешной клинической практики, и её развитие должно быть приоритетом в образовательных программах. Уделяя должное внимание этому аспекту, мы можем подготовить высококвалифицированных специалистов, способных эффективно взаимодействовать с пациентами и коллегами, учитывая все культурные, этические и профессиональные нюансы.

Целью третьей ступени (4 курс (5, 6 семестры) является «формирование знаний, навыков, умений научно-профессионального общения: работа с научной статьей по специальности, написание научно-квалификационной работы» [Программа по русскому языку как иностранному. Профессиональный модуль «Медицина. Биология» 2014, с. 6]. Приоритетные жанры текстов данного

подуровня – это научная статья, специализированные интернет-издания; выступление на научных конференциях, участие в научных дискуссиях и т.п.

Третий подуровень профессионально ориентированного владения языком – это 56 часов аудиторных занятий и 52 часа на самостоятельную работу вне аудитории.

Следует отметить, что, когда мы говорим о владении профессиональным русским языком, особенно остро понимаешь глубину мысли, высказанной П. Соловей: «Освоить новый язык за несколько недель невозможно в принципе, пусть даже некоторые курсы (в рекламных целях) обещают такие чудеса. Даже при самых благоприятных условиях это процесс длительный. Только через четыре года усердных занятий я осмелилась читать лекции на английском языке. После года в стране я и мечтать об этом не смела» [Соловей 2005, с. 4].

Таким образом, система обучения профессиональному русскому языку иностранных студентов-медиков должна быть выстроена так, чтобы уже на этапе прохождения практик, в том числе и клинической, будущий врач мог справиться с реальными проблемами общения (вести диалог с пациентами с различными заболеваниями, находить верные коммуникативные решения в непредсказуемых ситуациях); наблюдать за работой опытных врачей и задавать им вопросы, адекватные ситуации; сформировать собственное видение профессиональной ситуации, высказать и доказать собственную точку зрения; улучшить коммуникативные навыки (работать в команде, обсуждая профессиональные проблемы; свободно взаимодействовать с пациентами, их родственниками и коллегами в онлайн и офлайн форматах); работать с медицинской документацией (грамотно заполнять истории болезни, вести записи о состоянии пациента); то есть получить навыки работы в медицинской среде, научиться справляться с возможными коммуникативными трудностями.

1.2. Обучение иностранных студентов медицинских специальностей профессиональному диалогическому общению в теории и практике современной лингводидактики

Формирование коммуникативной компетенции, способствующей эффективному диалогическому общению специалиста-медика с пациентом на русском языке необходимо, потому что постановка врачом диагноза связана с его умением профессионально выстроить диалог, в частности диалог-расспрос, получить необходимую информацию, проанализировать её и, определив заболевание, назначить лечение. Как видим, именно плодотворное общение врача и пациента определяет эффективность лечения больного. Для иностранного специалиста-медика выстраивать эффективную коммуникацию с пациентом гораздо сложнее, чем для носителей русского языка, поэтому основной целью обучения русскому языку иностранных студентов-медиков является обучение профессионально ориентированной коммуникации, построенной на апробированных моделях общения. К вопросам обучения иностранных студентов-медиков профессиональному общению в научно-педагогическом сообществе регулярно возникал интерес – об этом свидетельствуют труды К.С. Итинсон, О.Л. Королевой, В.Б. Куриленко, И.В. Маталовой, В.М. Чирковой и др.

Мы проанализировали научные работы, связанные с определением места и роли профессиональной коммуникативной деятельности в общей подготовке иностранного специалиста медицинского профиля. Прежде всего, обращает на себя внимание диссертационное исследование С.В. Маталовой (Маталова 2012), в котором автор отмечает важность системы непрерывного «профессионального образования иностранных студентов медицинского вуза <...> на основе компетентностного подхода» [Маталова 2012, с. 5]. Ценным замечанием автора, на наш взгляд, является определение особой значимости, цели и места клинической практики в системе подготовки иностранного студента-медика. По мнению С.В. Маталовой, именно клиническая практика:

«- обеспечивает полное погружение студентов в иноязычную профессиональную среду;

- обеспечивает приобретение первого опыта самостоятельной профессиональной деятельности на русском языке <...>;

- как вид профессиональной деятельности отражает трехуровневую структурную организацию профессионального общения;

- дает возможность реализовать все три функции профессионального общения: коммуникативную, интерактивную и перцептивную;

- позволяет выявить предметное содержание профессионального общения, обеспечить формирование профессионального тезауруса во всех видах речевой деятельности <...>;

- требует соблюдения основных норм медицинской этики и деонтологии, т.е. овладения социокультурной субкомпетенцией;

- требует от студента владения двумя вариантами языка профессионального общения (врача и пациента), поскольку только знание двух вариантов профессионального языка позволяет добиться успеха в профессиональной деятельности;

- требует от студента овладения речевыми механизмами: осмысления, памяти <...>, прогнозирования речи» [Маталова 2012, с. 12 – 13].

Научному анализу специфики медицинского профессионального дискурса студентов-медиков, его роли в процессе коммуникативной деятельности будущего врача посвящена диссертация В.Б. Куриленко (2017), в которой автор выстраивает систему непрерывного коммуникативного образования специалистов данного профиля на основе «дискурсивного, когнитивного, стратегического подходов... и теории иноязычного культурно-языкового образования» [Куриленко 2017, с. 120]. Таким образом, исследователь определяет вектор направления всех исследований в области профессиональной подготовки иностранных студентов медицинских вузов. Ценным мы считаем и замечание автора о том, что исследования медицинского академического дискурса поставили «перед лингвометодикой новые цели – разработку технологий обучения межкультурному академическому

взаимодействию...» [Куриленко 2017, с. 24]. Мы считаем, что именно предлагаемая нами технология студенческого мобильного видео способствует 1) формированию коммуникативной профессиональной компетенции иностранного студента-медика, 2) ориентации иностранного специалиста-медика в условиях цифровизации современного коммуникативного пространства, требующего самонаправляемого обучения. На последнее обстоятельство указывает В.Б. Куриленко: «Как мы видим, большинство развитых стран мира активно включается в систему информатизации здравоохранения, считая приоритетными задачами создание электронного паспорта здоровья (EHR), электронного рецепта, национальных информационных инфраструктур здравоохранения, центров медицинской информации (RHIO), развитие технологий электронного обмена медицинской информацией...» [Куриленко 2017, с. 36].

Научному анализу различных проблемных аспектов, с которыми связан процесс коммуникативной подготовки иностранных студентов, обучающихся в медицинских вузах РФ, посвящена диссертация К.С. Итинсон (2017). Автор отмечает не только значимость для будущего врача языковой подготовки, но и указывает на новые формы работы с современными текстами, с которыми приходится специалисту иметь дело в профессиональном письменном и устном общении. К.С. Итинсон указывает, что вызовы времени изменили формы коммуникации и поэтому при конструировании системы, способной усовершенствовать подготовку коммуникативному общению для прохождения клинической практики, автор предлагает использовать в качестве дидактического материала для организации аудирования аудио- и видеозаписи реальных или моделированных кем-то в специальных целях видео из врачебной практики (например, опрос пациента врачом, к которым предлагается система различных заданий) [Итинсон 2017, с. 98 – 99]. Данное исследование свидетельствует не только о роли профессиональных коммуникативных навыков для врача, но и о его внутренних коммуникативных ресурсах, которые необходимы для построения эффективного общения в ситуациях профессионального взаимодействия: готовности вступать в общение в различных формах (онлайн и офлайн).

Диссертационное исследование В.М. Чирковой (2011) посвящено формированию аналитических навыков иностранных студентов-медиков на основе технологии аналитического тренинга, включающего следующие компоненты: «экспозицию, составление логико-смысловой карты, перекодирование информации, логико-смысловой анализ, направляемую и свободную дискуссию, решение творческих профессиональных проблемных задач» [Чиркова 2011, с. 8]. Данная технология способствует развитию аналитических навыков иностранных студентов-медиков и, на наш взгляд, окажет существенное влияние на формирование коммуникативной компетенции.

В диссертации О.Л. Королева (2000) поднимает проблему важности целенаправленного обучения русскому языку для иностранных студентов-медиков в контексте их подготовки к клинической практике. Автором выявлены и описаны типичные ситуации в учебно-профессиональной сфере общения; определены «макро- и микроструктуры профессиональной деятельности медика» [Королева 2000, с. 9 – 10]. Ценным в работе, на наш взгляд, является то, что О.Л. Королева «расчленила» профессиональный процесс общения (макроструктуру) на отдельные компоненты (коммуникативные акты) «в соответствии с интенциями: <...> а) запрос информации о больном, об истории его жизни, условиях труда, о наследственной предрасположенности к некоторым заболеваниям; б) информирование больного, его родственников об установлении диагноза и назначении соответствующего лечения, сообщение родственникам о судьбе больного; в) выражение отношения врача к профессиональным действиям коллег, обмен информацией с медицинским персоналом в процессе выполнения ими их профессиональных действий, обмен информацией о пересмотре диагноза больного и метода лечения, о новых методах лечения, ознакомление с мнением коллег по вопросам обследования, диагностики и лечения в ходе решения серьезных проблем спасения больного, консультаций с другими врачами и т.д.» [Королева 2000, с. 10 – 11]. Фактически, разделив коммуникативный процесс «врач – больной» на отдельные речевые акты, О.Л. Королева систематизировала логику поэтапной

подготовки иностранного студента-медика к клинической практике. Мы, следуя логике исследователя, соотнесли каждый речевой акт с жанром диалога, а именно:

1) **Диалог-опрос** пациента для выяснения его *паспортных данных* и их фиксацию в медицинской карте больного. На данном этапе иностранный студент-медик готовится к запросу и получению информации (диалогу-опросу) и письму на основе клишированных фраз-конструктов. Обучая диалогу-опросу, необходимо сформировать умение задавать короткие точные понятные вопросы, правильно интонировать вопросительные предложения и при необходимости – запросить дополнительную информацию.

2) **Диалог-расспрос** проводится иностранным студентом-медиком для того, чтобы на *основе жалоб пациента* выявить симптомы болезни, уточнить их и сделать соответствующую запись в медицинской карте. На данном этапе развивается умение выспрашивать, уточнять, добывать даже ту информацию, с которой пациент не желает делиться, потому что испытывает чувство неловкости. Такая форма диалога требует от будущего врача умения не только понимать вербально представленные сведения, но и читать невербальную, скрываемую информацию.

3) **Диалог-расспрос об истории заболевания** пациента и последующего оформления соответствующих сведений в медицинской карте формирует умение следовать определённой стратегии и анализировать полученную информацию, систематизировать её и делать соответствующие профессиональные выводы.

Для выявления жалоб пациента и выяснения истории заболевания, на наш взгляд, иностранному студенту-медика необходимо овладеть навыками диалога-расспроса, а именно: научиться формулировать не только основные вопросы, но и те, которые адекватны полученной от пациента информации, то есть уметь «перестраивать» вопросы в зависимости от ответов больного; уметь задавать уточняющие вопросы, выстраивать стратегию и тактики речевого поведения, зависящие от социокультурных факторов.

4) **Диалог-опрос**, на наш взгляд, наиболее актуальная форма диалога с пациентом для получения *сведений об истории жизни пациента* и их фиксации в

медицинской карте. Данная форма диалога позволяет иностранному студенту собирать информацию о биографии пациента и делать последующую запись данных в медицинскую карту.

5) **Диалог-интервью** (разговор) реализуется как форма запроса информации при осмотре пациента. На основе осмотра и результатов инструментального исследования, а также объективного анализа оформляется запись в медицинской карте.

Для всех этапов коммуникативного взаимодействия иностранного студента-медика и пациента автором предлагаются опорные вопросы. Конечно, ведение диалога по шаблонам, разработанным преподавателем, актуальны, но, на наш взгляд, важно ещё и обучать студента-иностранца не просто диалогу, а диалогу-расспросу, в котором важны не только задаваемые будущим врачом вопросы, но и ответы пациента, которые могут повлиять на формулировку последующих вопросов врача. При ведении диалога-расспроса важны и используемые студентом-медиком стратегии и тактики, зависящие не только от подготовленных стандартных вопросов, но и от тех ответов, с которыми может столкнуться студент в реальной ситуации при прохождении клинической практики и которые повлияют на его выбор конкретной стратегии и тактики – отличной в каждом реальном акте коммуникации. То есть, многократное «проигрывание» одной и той же коммуникативной ситуации позволит будущему врачу отработать различные стратегии и тактики в одной и той же ситуации общения и в дальнейшем увереннее чувствовать себя при общении с разными пациентами. Именно технология, которую мы назвали студенческое мобильное видео, позволяет иностранному студенту-медику многократно «проиграть» стандартную ситуацию и решить проблему с обучением диалогу-расспросу – одному из самых сложных и важных элементов в системе подготовки к клинической практике. Специализированные речевые навыки, которые реализуются при проведении диалога-расспроса, приобретают особую значимость, когда личная коммуникация с пациентами является обязательным аспектом для эффективной профессиональной работы. Это

обстоятельство подчеркивает важность поиска новых способов, технологий для изучения русского языка как профессионального инструмента общения.

В последние годы в работах зарубежных исследователей и отечественных учёных активно обсуждается проблема зависимости врачебных ошибок от неспособности врача определить и использовать при проведении профессионального диалога с пациентом стратегии и тактики, позволяющие получить полную информацию о заболевании (Е.А. Белая, Ч.Г. Гутуева, Л.М. Кравченко, S. Kuhn, F. Jungmann, Н.С. Зверева). А в связи с развитием телездравоохранения, телемедицины и внедрения в практику онлайн-консультаций, как новой формы взаимодействия «врач – пациент», «врач – врач» и т.п., для иностранных студентов-медиков становится острой необходимостью приобретение новых коммуникативных навыков, связанных с коммуникативной компетентностью, направленной на создание атмосферы для бесконфликтного общения больного со специалистом-медиком (Gabay G., Ornoy H., Moskowitz H. 2022; Kuhn S., Jungmann F. 2018) в любых формах (онлайн или офлайн). Вопросы коммуникации в телемедицине, онлайн-медицине активно обсуждаются, потому что данный формат высветил новые формы профессионального общения в деятельности врача и показал его современные функции, которые «интегрируют в себе профессиональные навыки общения медика, психолога, педагога, менеджера, диктора телевидения» [Камалова 2022, с. 242 – 263].

Как видим, для коммуникативной деятельности современного врача необходимы такие умения, как: хорошая дикция, слушание и анализ услышанного, выбор стратегии задавания вопросов и т.п., а также для будущего специалиста-медика очень важно владеть техниками межличностного общения, потому что в наш век эффективность лечения зачастую тесно связана с умением врача установить доверительные отношения с пациентом и в процессе коммуникации получить сведения, необходимые для постановки диагноза. Все вышеназванные навыки необходимо формировать в процессе подготовки к клинической практике. А для того, чтобы это сделать за короткий срок – нужны новые технологии, методы, приёмы.

Таким образом, анализ научных трудов, посвящённых подготовке иностранного студента-медика именно к профессиональному диалогическому общению, отличается полипарадигмальностью в области подходов к процессу конструирования образовательного процесса. Каждый исследователь определяет тот подход, который считает оптимальным для решения очерченных задач, которые определяют изменяющиеся условия и требования.

Мы, вслед за В.Б. Куриленко, И.В. Маталовой, О.Л. Королевой считаем, что подготовка к клинической практике, основой которой является диалог, в частности диалог-расспрос, должна базироваться на следующих подходах: *сценарно-стратегическом, компетентностном и культурно-языковом* (или этносоциокультурном). Сценарно-стратегический подход, занимает особое место в контексте решаемых в данной работе задач. Суть данного подхода – создание и использование учебных сценариев для развития профессиональной компетенции (Шляхов 2010).

Основой технологии студенческого мобильного видео является как раз создание иностранными студентами-медиками (при помощи и руководства преподавателя) сценария, который является составным элементом процесса создания студенческого мобильного видео. Иностранцы студенты медицинского вуза вначале описывают моделируемую профессиональную ситуацию, которая адекватна определённому этапу взаимодействия «врач – больной». Каждая микрогруппа создаёт свой сценарий по стандартной ситуации, например, расспрос пациента о симптомах лёгочных заболеваний, но, конструируя речевой акт, каждая отдельная группа получает в качестве отправной точки «портрет пациента»: пол, возраст, социальный статус, национальность и т.п. Исходная информация, представленная в инструкции, ставит каждого иностранного студента-медика перед выбором набора стратегий, которые могут быть использованы для решения поставленной задачи. Просматривая и обсуждая созданные СМВ, иностранные студенты-медики как бы «проигрывают» возможные варианты развития диалога. Таким образом, имитация клинических ситуаций помогает будущему врачу использовать язык как средство диагностики и даже лечения

(психотерапевтический эффект коммуникации). Конечно, важным элементом организации процесса подготовки иностранных студентов-медиков является культурно-языковое образование, потому что коммуникативное пространство медицинского учреждения – это особая среда, в которой наряду с профессиональным языком используется профессиональный, региональный сленги, просторечия, фразеологические обороты, прецедентные высказывания, которые связаны с культурными контекстами. Знание и понимание культурных особенностей носителей языка позволяет иностранному студенту-медику избежать недопонимания, возникновения конфликтных ситуаций при общении с пациентами, носителями языка. Таким образом, культурно-языковое образование является важным элементом профессионального коммуникативного образования иностранного студента-медика, потому что позволяет будущему врачу адаптироваться к межкультурной среде.

Анализ современных исследований в области новых технологий позволяет нам отметить их разнообразие. В отечественной педагогике, опираясь на опыт зарубежных коллег (Т. Сакамато, Дж. Керролл, Б. Блум, Д. Бренер, Г. Гейс, В. Коскарелли), в научный оборот вошли следующие терминологические сочетания: *«образовательная технология»*, *«педагогическая технология»* и *«технология обучения»*. Термин «педагогическая технология» пришёл в Россию благодаря программированному обучению, позволяющему разрабатывать четкие алгоритмы действий, регламентирующих действия как учащихся, так и преподавателей, то есть учебный процесс предлагается рассматривать как поэтапный процесс, имеющий структуру и особенности в том или ином учебном коллективе.

Мнения о соотношении этих понятий разделились. Одни ученые (Г.К. Селевко) считают, что понятие «образовательная технология» значительно шире, поскольку, помимо педагогических, может включать в себя психолого-педагогические, экономические, социальные, медицинские и другие аспекты. Но в тоже время другие ученые (П.П. Пидкасистый, В.В. Гузеев, М. Эраут, Р. Кауфман, С. Ведемейер) напоминают, что педагогика включает в себя обучение, воспитание и развитие, которые составляют образование человека, поэтому предлагают

понятия «педагогическая технология» и «технология обучения» считать взаимозаменяемыми. В современной науке понятие «педагогическая технология» рассматривается в трёх аспектах: 1) научном, как часть педагогической науки, изучающая и разрабатывающая цели, методы и содержание и проектирующая педагогические процессы; 2) процессуальном, как алгоритм процесса, совокупность целей, содержание, методов и средств достижения планируемых результатов обучения; 3) деятельностном, как педагогический процесс, функционирование всех личностных, инструментальных и методологических средств [Селевко 2006].

В педагогическом словаре В.И. Загвязинского, А.Ф. Закировой, Т.А. Строковой предлагается следующая трактовка термина «технологии обучения» – это «способ реализации содержания обучения, предусмотренного учебными программами; представляет собой систему форм, методов и средств обучения, обеспечивающую наиболее эффективное достижение поставленных целей» [Загвязинский, Закирова, Строкова 2008, с. 73]. Авторы трактуют «технологии обучения» как систему, подчиняющуюся алгоритму действий и операций, условий, обеспечивающих получение запланированных результатов или как поэтапное осуществление процедур обучения.

Из «технологии обучения» вычленяется понятие «технология профессионально ориентированного обучения», которое обозначает процесс реализации ФГОС и квалификационных требований, представляющий собой систему форм, приемов и методов, обеспечивающий достижение поставленных целей профессиональной подготовки будущего квалифицированного специалиста.

На сегодняшний день существует четыре основных точки зрения на понимание термина «образовательные технологии». Образовательная технология (технология обучения) может рассматриваться как:

1) производство и использование методического инструментария, аппаратуры, учебного оборудования и ТСО для процесса обучения (данная позиция изложена в трудах Б.Т. Лихачёва, С.А. Смирнова, Р. Де Киффер и др.);

2) коммуникативный процесс; способ (техника, модель) выполнения учебных задач, основанный на алгоритме, программе, системе взаимодействия участников учебного процесса (разработкой и внедрением бихевиористских методов и методов системного анализа для улучшения обучения занимались В.П. Беспалько, А.М. Кушнир, В.М. Монахов, Б. Скиннер, В.А. Сластенин, Т. Сакамото, М.А. Чошанов и др.);

3) обширная область знаний, которая, опираясь на данные социальных, управленческих и естественных наук, занимается разработкой оптимальных обучающих систем (сбором данных и разработкой систем занимались С. Ведемейер, В.В. Гузеев, Р. Кауфман, П.И. Пидкасистый, М. Эраут и др.);

4) многомерный процесс, включающий в себя несколько значений «образовательной технологии» одновременно: «образовательная технология – это система совокупностей и порядка функционирования всех личностных, инструментальных и методологических средств, используемых для достижения образовательных целей» [Кларин 1989]; «педагогическая (образовательная) технология – это система функционирования всех компонентов педагогического процесса, построенная на научной основе, запрограммированная во времени и в пространстве и приводящая к намеченным результатам» [Селевко 2005, с. 38].

Мы в работе придерживаемся определения: «технология обучения – совокупность приемов, обеспечивающих эффективность обучения (адекватный выбор приемов обучения, объяснение осваиваемых действий, использование ТСО и т.д.)» [Щукин 2010, с. 129]. И вслед за Е.Н. Кролевецкой выделяем три этапа технологии: 1) моделирующе-целевой, 2) содержательно-процессуальный и 3) рефлексивно-перспективный. По мнению Е.Н. Кролевецкой, каждый этап технологии может включать следующие компоненты: цель, содержание, основных участников взаимодействия (индивидуальные и коллективные субъекты), главную стратегию взаимодействия, педагогические условия и инструменты, с помощью которых эта технология работает (Кролевецкая 2023).

Как видим, любая образовательная технология должна обладать *системностью, структурированностью, научностью, эффективностью,*

воспроизводимостью, современностью и совместимостью с образовательным процессом. Кроме этого она должна быть внутренне организованной – иметь цель, содержание, концепции; иметь возможность диагностического целеполагания, планирования и проектирования обучения; синтезировать опыт и достижения науки и практики; существовать в конкурентных условиях, достигать результата, быть оптимальной по затратам; гарантировать достижение определенного стандарта в обучении; давать возможность применения её в других образовательных учреждениях другими субъектами образования; соответствовать стандартам высшего образования; соответствовать интересам студентов, в нашем случае – иностранным студентам-медикам.

В следующих параграфах нашего исследования описана технология студенческого мобильного видео (далее СМВ), которая, на наш взгляд, является эффективной при обучении русскому языку как иностранному, особенно в период подготовки к клинической практике студентов медицинских вузов, так как позволяют формировать коммуникативную профессиональную компетенцию в соответствии с современными образовательными запросами.

1.3. Студенческое мобильное видео как инновационная технология профессионально-коммуникативной подготовки иностранных студентов-медиков к клинической практике

Изменения в современном коммуникативном пространстве повлекли за собой трансформацию профессионального пространства, в частности в медицинской сфере. В медицинском учреждении (поликлинике, больнице и т.д.) при общении с различными субъектами используется своеобразный понятийно-терминологический аппарат, а также возникают новые формы профессионального общения (онлайн-общение, офлайн-общение, смешанные формы (например, голосовое сообщение и СМС-сообщение). Для того, чтобы будущий врач был подготовлен к профессиональной коммуникации с носителями русского языка необходимо уже на этапе вузовской подготовки «включать» студента в реальную

профессиональную языковую среду, в которой используется не только особая медицинская терминология, но и её разговорная интерпретация, часто зависящая от многих причин (от возраста пациента, от уровня его образования, от региона проживания и т.п.). Также, обучая профессиональному общению в медицинской сфере, необходимо научить иностранного студента-медика пользоваться различными типами устной речи (монологом, диалогом, полилогом), а также показать, как анализировать социальные роли участников коммуникативного процесса (врача, больного, коллеги, родственников больного и т.д.). Таким образом изменение коммуникативного пространства влияет на способы профессионального общения: на помощь будущему врачу приходят новейшие гаджеты – телефон, планшет, смартчасы, ноутбук и т.д. Также от изменений в профессиональном коммуникативном процессе зависит выбор способов, технологий, методов, которые бы позволили сформировать умения и навыки, необходимые для применения в профессиональной деятельности. Обилие современных инструментов, которые позволяют преподавателю РКИ работать над «обновлением» методического аппарата, а иногда не только реконструировать, но и создавать новые технологии, моделировать методы, изобретать приёмы и т.п., позволяющие не только сформировать у обучаемых способность перерабатывать новую информацию, но и по-новому представлять её в образовательном процессе, а затем и в коммуникации (устной или письменной). В процессе организации учебного процесса в медицинском вузе особое место занимает подготовка к клинической практике иностранного студента-медика, которая позволяет обучить иностранного студента-медика коммуникации, максимально приближенной к реальному общению в российском медицинском учреждении. Прежде всего для подготовки иностранца к профессиональному общению на русском языке, в частности для обучения диалогу-расспросу, мы используем технологию СМВ, отлично сочетающую в себе традиционные достижения методики РКИ и образовательные вызовы времени. Основанием для разработки данной технологии послужили идеи взаимосвязанного обучения всем видам речевой деятельности (В.П. Григорьева, И.А. Зимняя, В.А. Мерзлякова, Р.П. Неманова, Л.В.

Петропавлова, Д. Бирн, Д. Буэно, Х. Буэно и др.), благодаря которым формируются умения и навыки обучаемого в области устной речи, в частности профессионального диалогического общения иностранных студентов медицинского вуза. В нашем случае основой для обучения диалогическому общению (диалогу-расспросу) служит видеотекст, создаваемый студентами под руководством преподавателя. Теоретические основы технологии СМВ формировались под влиянием идей компьютерной лингводидактики, а именно научных работ О.И. Руденко-Моргун, в которых отмечается, что «...современная компьютерная технология позволяет одновременно осуществлять предъявление информации в виде статических и анимированных изображений со звуковым сопровождением (текста, рисунка, фильма, мультфильма, речи и музыки), т.е. создать многофункциональную учебную среду, которая действует на все каналы восприятия информации и обучает всем видам речевой деятельности» [Руденко-Моргун 1994, с. 8]. О.И. Руденко-Моргун разработала совместно со студентами игровое приложение в картинках, позволяющее «провести интересную работу на творческом уровне по сравнению содержания уроков учебного пособия с фильмами телекурса, а затем, разыгрывая аналогичные ситуации, выйти в непосредственную коммуникацию» [Руденко-Моргун 1994].

Помогли оформить технологию студенческого мобильного видео некоторые идеи электронной лингводидактики, позволяющие выявить «...закономерности, основные компоненты содержания и организации процесса усвоения нового языка и формирования коммуникативно-речевой компетенции с помощью электронных средств» [Гарцов 2009, с. 11], благодаря чему учебный процесс становится интерактивным, многофункциональным, мультимедийным, мобильным и доступным.

Также при создании технологии СМВ мы опирались на научные работы об использовании аудиовизуальных материалов в учебном процессе. Конечно, аудиовизуальные средства очень разные, и А.Н. Щукин предлагает отличать «специально разработанные в учебных целях, и аутентичные – документальные, художественные и мультипликационные фильмы и записи телевизионных

передач» [Щукин 1981, с. 113 – 122]. Аудиовизуальные средства, которые создаются специально для использования на занятиях должны соответствовать уровню обучения, а аутентичные материалы (фрагменты фильмов, теле- или радиопередач, Интернет-контент) должны быть проанализированы преподавателем и подобраны в соответствии с целями и содержанием учебного процесса. «В образовательных целях можно использовать игровые, документальные, анимационные фильмы, телевизионные сюжеты и программы, обучающие подкасты, социальные ролики и видеосюжеты, размещаемые в сети интернет, на компакт-дисках, других цифровых носителях» [Кузьмина 2014, с. 57]. Также в образовательном процессе авторы предлагают использовать образовательное видео – это видео, созданное непрофессионалами (преподавателем или учащимся), но соответствующее учебным целям. Образовательное видео становится неким инструментом, с помощью которого создаётся продукт речемыслительной деятельности (подобно эссе, презентации, устному сообщению, объединённых категорией текста). То есть образовательное видео – это текст, а текст – это всегда продукт речемыслительной деятельности, созданный при помощи технических средств.

В отечественной методике учебные видеоматериалы предлагают классифицировать следующим образом: 1) видео, непосредственно обучающие языку (*directteachingvideo*); 2) видео, выступающие в качестве дополнительного источника для обучения языку (*resourcevideo*) [Томалин 1986].

Видео первого типа помогают в освоении языковых явлений: грамматических конструкций, структурных языковых схем и направлены на формирование языковой компетенции.

Видео второго типа содержат познавательную, живую, иногда лингвострановедческую информацию, демонстрирующую язык в различных коммуникативных актах. Это могут быть небольшие, не несущие большой смысловой нагрузки эпизоды, в которых учитывается степень сложности и речевые функции [Леонтьева 1995].

Представляет интерес работа испанских учёных (Silvia De la Flor López, Francesc Ferrando, Albert Fabregat-Sanjuan), в которой авторы описывают как один из интерактивных методов – создание видеороликов. Исследователи экспериментально доказывают эффективность обучения машиностроению при обучении студентов конструированию видеороликов [López, Ferrando, Fabregat-Sanjuan 2016].

Исследователи Дж. Лонерган и М. Аллан тоже предлагают создавать на занятиях видеоролики как особый тип учебного видео при обучении иностранному языку. По мнению исследователей, сам процесс создания видеоролика вовлекает обучаемых в различные виды речевой деятельности: обсуждение будущего видеоролика, планирование съёмки, сценария – это развитие речевых навыков. По мнению Дж. Лонергана и М. Аллана, использование видеоматериалов способствует формированию устойчивых умений и навыков, особенно речевых. R. Petterson отмечает, что создание каких-либо средств наглядности, овладение навыками графического дизайна важны для формирования коммуникативной компетенции изучающих английский язык, поэтому рекомендует «поощрять использование учебного видео в классе, поскольку оно позволяет им стимулировать умственные усилия для активного обучения...» [Petterson 2004, с. 150].

Наглядные средства обучения, в том числе и видеоматериалы, в современном образовательном пространстве качественно меняются – на этот факт указывают GJ. Anglin и H. Vaez. KL. Cunningham отмечает: «В настоящее время нельзя отрицать одну вещь: наши студенты живут в медийном мире, в котором большая часть информации обеспечивается визуальным вводом данных с помощью различных технологических устройств. Таким образом, к новым средствам наглядности можно отнести не только те аудио, видеоматериалы, которые преподаватель черпает в информационном пространстве, но и те, которые обучаемый способен создать сам» [KL. Cunningham 2004].

Идее создания технологии СМВ способствовало также появление в киноискусстве жанра мобильное кино, догоняющее сегодня по популярности

профессиональное полнометражное кино и считающееся кинематографом будущего. Индустрия мобильного кино активно развивается уже на протяжении пятнадцати лет. Её история начинается с работ западных режиссеров, таких как Гэри Олдман, Спайк Ли, Пак Чхан Ук и Шон Бейкер. Примерно в 2014 году в индустрию «вливаются» и российские режиссеры. В 2015 году в России появляется специализированный проект Mobile Filmmaker, посвященный съёмке мобильного кино на собственный мобильный телефон. А в 2018 году начали выходить первые российские полнометражные фильмы, полностью снятые на мобильный телефон, что, несомненно, является прорывом в российской индустрии мобильного кино и позволяет задуматься над использованием данной идеи в образовательных целях.

Таким образом, идеи российских учёных в области электронной лингводидактики, взаимосвязанного обучения, технологии использования видеоматериалов в учебном процессе и возникновение нового киножанра позволили нам разработать и апробировать при обучении русскому языку как иностранному технологию СМВ. Данная технология представляет собой алгоритм обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу-расспросу. Студенческое мобильное видео – это технология, объединяющая достижения методики РКИ и инструменты научного прогресса, позволяющая создавать комплекс методов и приёмов, с помощью которых выстраивается стратегия обучения иностранных студентов, в частности медиков.

В основе технологии СМВ лежат принципы:

- наглядности (благодаря созданным аудиовизуальным произведениям у студента-медика всегда будет материал для самоанализа; учащийся, просматривая свои работы, сможет анализировать свое языковое и речевое развитие, вносить коррективы в освоенные диалогические модели, предопределять тактики в зависимости от изменения стратегии или адресата и т.п.);

- творчества (иностраный студент-медик приобретает речевой творческий опыт через создание индивидуального видеопродукта);

- активности (работая над созданием студенческого мобильного видео, иностранный студент-медик вовлекается в активную речевую профессиональную

деятельность на русском языке, и, благодаря погружению в различные виды деятельности, формирование необходимых коммуникативных навыков происходит быстрее);

- индивидуального подхода (реализация которого выражается в оценке уровня владения русской устной речью, в частности стратегиями и тактиками диалога-расспроса каждого иностранного студента-медика, распределении обязанностей при подготовке к созданию СМВ, подборе роли для каждого студента-медика, «коммуникативное вживание» в выбранную роль, формируются навыки самостоятельной работы и т.д.);

- поддержки (в процессе создания СМВ студенты-медики всегда могут обратиться за помощью к преподавателю или к сокурснику);

- практического применения (создание СМВ позволяет практически применить накопленные теоретические знания и практические умения).

Итак, в процессе преподавания русского языка иностранным студентам-медикам мы объединили новые достижения в области информационных технологий, нового киножанра с давно известными методами, приемами и на их основе предложили новую технологию, рабочее название которой *студенческое мобильное видео* (или СМВ). Технология СМВ представляет ряд алгоритмизированных этапов, объединённых общей целью – сформировать навык устной речи, в частности обучить профессиональному диалогу-расспросу. В основе технологии СМВ – создание учащимися аудиовизуального произведения, снятого на мобильные устройства в соответствии с поставленными преподавателем целями и задачами. Создание СМВ состоит из нескольких этапов: подготовительный или моделирующе-целевой (обсуждение лексического и грамматического наполнения, написание сценария, его обсуждение и т.д.); основной (содержательно-процессуальный), включающий индивидуальную или групповую работу иностранного студента-медика по созданию видеопродукта; аналитический (рефлексивно-перспективный), предполагающий анализ видеоматериалов.

Моделирующе-целевой этап работы по созданию СМВ представляет подготовительную работу: преподаватель формулирует задание (цель), объясняет

с помощью каких мобильных приложений можно снять видео (у современных студентов обычно не возникает с этим сложностей); демонстрирует уже имеющиеся видеопродукты, разработанные критерии анализа видеопродукта; знакомит учащихся с инструкцией по созданию СМВ.

Создание СМВ может быть организовано на занятии под руководством преподавателя (или при работе в парах или группах в качестве самостоятельной работы). Преподаватель формулирует цель и тему, предоставляет студентам дидактический материал для создания диалога (лексический и грамматический материал, различные диалогические модели и т.п.); объясняет цель создаваемого видео; комментирует инструкцию, в которой прописаны задачи; предлагает выбрать стратегию диалога в соответствии с задачами; объясняет, как в соответствии с выбранной стратегией и адресатом подобрать адекватные тактики и помогает в написании пробного сценария (Мы придерживаемся традиционного определения понятия сценарий: «... произведение с подробным описанием действия и реплик, предназначенное для создания кино- или телефильма ...» [Ожегов 2003, с. 783]); затем, совместно со студентами-медиками создаётся пробное СМВ, которое анализируется по критериям (см. Приложение 1). На этапе, когда иностранные студенты-медики уже овладели алгоритмом работы по созданию СМВ, преподаватель может только сообщить тему и цель создаваемого видеопродукта; предоставить инструкцию, в которой прописан алгоритм работы, а также предоставить необходимый дидактический материал. Работая в группах (или в парах) иностранные студенты-медики обсуждают будущий сценарий диалога-расспроса «врач – больной»; распределяют «роли» участников СМВ, если студентам необходимо снять мобильное видео-диалог или полилог. При необходимости студентами могут быть привлечены к выполнению социальных ролей дополнительные участники (например, медсестра, родственники больного и т.п.).

В содержательно-процессуальный этап работы СМВ входят:

- самостоятельное написание сценария (текст будущего видео, в котором прописаны все детали: описание места действия, интерьер, действующие лица, их

месторасположение в помещении, детали гардероба, действия, позы, мимика, жесты; выбор места съемки, выбор инвентаря и т.п.);

- проверка и коррекция сценария преподавателем, обсуждение деталей мобильной съемки;

- съёмка и монтаж студенческого мобильного видео.

Рефлексивно-перспективный этап работы – это представление готовых СМВ на занятии; анализ представленных студентами-медиками СМВ, их обсуждение и оценка.

Итак, структурными этапами технологии СМВ являются: 1) цели, которые возможно достичь и задачи, которые можно решить с помощью создания данного видеопродукта; 2) порядок действий; 3) анализ результата. Каждый этап технологии может быть адаптирован под различные цели (создание монологического высказывания, создание диалога «врач – врач», «врач – родственники пациента» и т.п.), в зависимости от этапа обучения устной речи и определённой конкретной речевой ситуации. Таким образом, данная технология является адаптивной при обучении различным видам профессионального коммуникативного общения.

Кроме формирования навыков профессионального общения в заданных рамках нашего исследования (обучение профессиональному диалогу-расспросу) технология СМВ позволяет: оптимизировать процесс обучения русской устной речи иностранных студентов-медиков; превратить будущего врача в активного участника профессионального общения не только в учебном процессе, но и в реальном медицинском учреждении; повысить уровень интереса и мотивации у иностранных студентов-медиков; сформировать чувство ответственности.

В основе технологии СМВ лежит гибкий алгоритм действий, система предписаний, позволяющих организовать профессиональную речевую деятельность, в частности, обучить иностранных студентов-медиков диалогу-расспросу. Технология СМВ позволяет эффективно решать образовательные цели, формировать устойчивые профессиональные навыки речевого взаимодействия у иностранных студентов-медиков. Данная технология в целом способствует

профессиональной коммуникативной подготовке иностранных студентов-медиков к клинической практике.

1.4. Лингводидактическая типология студенческого мобильного видео

Так как технология СМВ применялась в процессе обучения русскому языку как иностранному на разных этапах обучения и с различными целями, нами, на основе разнообразных критериев, выделены различные жанры данного видеопродукта. При определении жанра мы руководствовались тем, что в зависимости от цели обучения создаваемое СМВ обладает определённой организацией речевого материала и устойчивыми элементами композиции. В процессе обучения используем СМВ, входящие в различные классификации. Отнесение СМВ к какой-либо классификации зависит от основополагающего критерия, но некоторые жанры могут входить в разные классификации.

Авторы «мобильного кино» предлагают классифицировать его на основе корпуса жанра фильмов:

- 1) постановочное (fiction): игровое, имитационное, анимационное кино;
- 2) документальное (non fiction): репортаж, наблюдение, эссе, интервью и др.;
- 3) смешанное (mockumentare): докудрама, псевдодокументальное кино.

Мы, вслед за ними, предлагаем на *основе событий, приближенных к реальности происходящего*, тоже выделить:

1. Постановочное студенческое мобильное видео, основанное на сценарии, который и определяет сюжет; предполагаемые реплики диалога, образы коммуникантов (врач, пациент и т.д.), описание обстановки и т.п., то есть видеопродукт, имитирующий или воссоздающий предполагаемую действительность. Постановочное СМВ является одним из самых сложных жанров. Иностранные студенты-медики должны «вжиться» в роль (врач – врач, врач – пациент, врач – родственники пациента и т.д.); представить ситуацию общения; написать сценарий коммуникативной ситуации; систематизировать лексический и грамматический материал; продумать изобразительное решение видео; подробно

прописать всё в сценарии. Сценарий постановочного СМВ по структуре похож на киносценарий, в котором прописываются реплики (вербальные средства); невербальные средства (мимика, жесты коммуникантов), языковые портреты коммуникантов; описываются место, время действия, примерный хронометраж и др.

Прежде чем написать сценарий, учащиеся получают пошаговую инструкцию (на начальном этапе обучения инструкция написана на родном языке обучаемого), подготовленную преподавателем.

Приведём пример инструкции постановочного СМВ:

1. Напишите сценарий постановочного студенческого мобильного видео на тему «Приём больного в поликлинике»:

1) Определите образы героев вашего сценария: *врач (имя студента), медицинская сестра (медбрат), пациент – женщина (мужчина), возраст пациента {ребёнок, подросток, 20 – 25 лет, 25 – 30 лет, 30 – 40 лет и т.д.}, социальный статус, уровень образованности, место проживания (сельский или городской житель). Если пациент несовершеннолетний, возможно присутствие одного из родителей: папы (или мамы).*

2) Продумайте форму приветствия в соответствии с образом героя и временем врачебного приёма больного: доброе утро (день, вечер), здравствуйте, приветствую вас, привет, салют.

3) Продумайте форму обращения к пациенту: господин (госпожа), уважаемый (уважаемая), по имени (по имени и отчеству).

4) При написании сценария вы можете использовать следующие слова и словосочетания: (фамилия, имя, отчество, возраст, семейное положение (не) женат, (не) замужем, разведен(а), постоянное место жительства, жаловаться, беспокоить, ощущать, характер боли и т.д.).

5) При написании сценария рекомендуется использовать следующие конструкции: *сколько кому? Д.П. лет; жаловаться на что? В.П.; беспокоит что? И.П.; чем? Т.П. сопровождается что? И.П.; через сколько чего? Р.П. повторяется что? И.П. и т.д.*

2. Продумайте композицию сцены (*сидит на стуле, сидит за столом, на столе компьютер, карта пациента, стоит у стола*), костюмы героев диалога (*одежда, обувь и т.д.*), – действия, позволяющие импровизировать реальный приём врача в поликлинике.

3. Продумайте интонацию, жесты каждого участника коммуникативной ситуации.

4. Обсудите сценарий со студентами и с преподавателем. Для обсуждения сценария с преподавателем подготовьте вопросы, например: *Правильно ли мы использовали грамматические конструкции? Чем можно заменить это слово? Сколько времени должно длиться видео?*

5. Проведите репетицию будущего студенческого мобильного видео (можно несколько раз).

6. Снимите коммуникативную ситуацию на мобильный телефон.

7. При необходимости добавьте титры и звуковые эффекты и т.д.

После подробного ознакомления с инструкцией начинается самостоятельная работа студентов по написанию сценария, в котором должны быть использованы рекомендованные преподавателем лексика и синтаксические конструкции.

II. Документальное студенческое мобильное видео, фиксирующее диалог-расспрос реального пациента настоящим врачом (или иностранным студентом, проходящим практику) в конкретной больнице, которое может быть использовано для анализа на занятии и как образец для создания аналогичного видеопродукта при подготовке к клинической практике.

Если иностранный студент-медик фиксирует камерой своего мобильного телефона реальную действительность, например, снимает видеобзор приёмного покоя, в котором он проходит практику; рассказывает и показывает инфраструктуру поликлиники, роддома, медицинского центра – то такое видео можно классифицировать как документальное СМВ. Иностранный студент-медик фиксирует реальные факты из своей практики или интересные факты из опыта своих друзей, знакомых, используя лексический, грамматический запас и новые социокультурные знания из нового профессионального опыта. При создании

документального СМВ студент-медик пишет сценарий, но он приблизительный и студент может его строго не придерживаться, допускать в комментарии некоторые лексические вольности: главное, сохранить форму подачи материала, при комментировании видеоряда использовать возможности невербальных средств. Документальное СМВ предоставляет иностранному студенту-медику свободу в выборе языковых средств, в выборе локаций для съемки.

Предлагая студентам-медикам создать СМВ, преподаватель объясняет специфику документального мобильного видео, предоставляет инструкцию и комментирует её.

Примерная инструкция документального СМВ:

1. Напишите план-сценарий *документального студенческого мобильного видео* на тему «Больница (поликлиника), в которой я прохожу клиническую практику». При написании плана-сценария укажите: как называется медицинское учреждение, где оно располагается, какое здание (современная постройка / старая постройка / располагается в историческом здании), сколько зданий занимает медицинское учреждение, какую территорию занимает, какая территория (есть ли цветники, скамейки и т.д.). Продумайте маршрут, по которому вы пройдёте по медицинскому учреждению, где проходите практику. Обратите внимание на историю медицинского учреждения, его роль в жизни села, города, региона.

2. Обсудите план-сценарий с преподавателем.

3. Используйте конструкции, например: (*«что? И.П. находится где? П.П.»*); предлоги: *рядом с, около, за, перед, напротив*; глаголы движения и т.п.

4. Снимите мобильное видео на ваш телефон, показывая и рассказывая, что находится на территории медицинского учреждения, постарайтесь показать самые важные кабинеты больницы, описать её достоинства.

5. Подготовьтесь после показа созданного вами видеопродукта ответить на вопросы зрителей: *Для кого вы сняли ваше мобильное видео? Может ли оно быть полезным пациентам?*

Примерный макет плана-сценария документального студенческого мобильного видео «Больница {поликлиника}, в которой я прохожу клиническую практику»:

Место: Городская клиническая больница имени Н.И. Пирогова

План-сценарий:

а) Больница имени Н.И. Пирогова располагается в зданиях {современной и старой} постройки.

б) Больница занимает пять зданий и располагается {находится / размещается} на большой территории.

в) Территория больницы {красивая / живописная / большая / маленькая / обширная}; вокруг больничных корпусов {находятся / располагаются / имеются / размещаются}; газон {лужайка / трава / клумба / цветник / розарий / альпийская горка}. На территории много {скамеек / деревьев / фонтанов / водоёмов}; перед главным входом находится {памятник / статуя / скульптура} Н.И. Пирогову; справа от главного корпуса расположен {храм / часовня / церковь}.

г) На практику я обычно {приезжаю на автобусе / на такси / на мопеде / на скутере / на скейборте / на самокате / на роликах}, прихожу пешком}. Я захожу на территорию больницы со стороны {улицы Шевченко / дворца «Россия» / проспекта Победы / улицы Томилинской}. Справа от меня находится {здание детской поликлиники / женская консультация / отделение сосудистой хирургии / хирургическое отделение / эндоскопическое отделение / нейрохирургическое отделение / приёмное отделение}, а слева {новое многоэтажное здание кардиологии / отделения анестезиологии-реанимации / терапевтическое отделение / отделение паллиативной медицинской помощи / неврологическое отделение /}, в котором находится наша кафедра. На первом этаже {находится / размещается / располагается / имеется} стойка администратора {гардероб / лифт / холл}; слева располагается {размещается / находится} кабинет УЗИ {рентген-кабинет / смотровой кабинет / перевязочная}; на пятом этаже находится {реанимационное отделение / процедурный кабинет}; направо от него – {ординаторская / палаты пациентов / столовая}.

д) Больница работает с 1954 года; как поликлиника; небольшой стационар; для работников машиностроительного завода; с 1998 года стала городской клинической больницей. В больнице есть {хирургическое / кардиологическое / неврологическое} отделение, в котором я прохожу практику.

III. Смешанное студенческое мобильное видео сочетает элементы постановочного и документального мобильного видео. Смешанное СМВ может быть снято по частично написанному сценарию, в котором принимают участие подготовленный иностранный студент-медик и реальный пациент (или любой неподготовленный студент). Студент-медик заранее прописывает плану опроса и варианты возможных ответов пациента. Смешанное СМВ сочетает элементы постановочного и документального видео продукта.

Перед написанием сценария важно объяснить студентам, что в данном случае от них требуется определить свою роль в диалоге, написать опорный список вопросов, но при составлении вопросов нужно продумать и стратегию, которая связана с ответами пациента. В зависимости от ответа пациента будут меняться реплики врача, поэтому нет необходимости в простом заучивании вопросов и их порядка. Инструкция может выглядеть следующим образом:

Пример инструкции смешанного мобильного видео.

1. Определите место и количество действующих лиц. Напишите сценарий смешанного мобильного видео на тему «Диалог врача с больным бронхитом». Используйте опорные вопросы и примерные ответы, предложенные преподавателем (см. в конце инструкции). Расположите их в соответствии с ответами пациентов. Пропишите все варианты диалога.

2. При написании сценария ориентируйтесь на разделы медкарты стационарного больного и на ответы пациента, поэтому в сценарии пропишите не только примерные вопросы врача, но и примерные ответы пациента (с вариантами). При составлении примерных вопросов врача используйте уточняющие вопросы, проявите такт, эмпатию, продумайте невербальные средства, которые вы используете в процессе диалога (интонацию, позу, выражение лица).

3. Обсудите сценарий с преподавателем.

4. Перед записью диалога-расспроса получите согласие больного (*Вы не против, если я запишу нашу беседу? Это нужно, чтобы я точнее заполнил карту и проанализировал нашу беседу и уточнил примерный диагноз*).

5. Перед началом записи на мобильный телефон диалога-расспроса положите перед собой сценарий и включите запись (запись может проводить медицинская сестра (или брат)).

Опорные вопросы и ответы для написания диалога.



Пример макета сценария смешанного студенческого мобильного видео.

Тема: «Диалог врача с больным».

Место: больница, отделение пульмонологии.

Действующие лица: врач, медицинская сестра (брат), пациент.

Диалоги, составленные студентами⁵ (см. Приложение 2).

Включение в процесс обучения того или иного конкретного вида СМВ зависит от различных факторов: уровня обучения, цели; коммуникативной задачи, которую нужно обучаемым решить на занятии; этнопсихологических особенностей обучаемых; профиля обучения и т.д. В связи с вышесказанным СМВ представляется нам многоаспектным видеопродуктом, выполняющим в учебном процессе различные функции и различное предназначение, поэтому мы предлагаем ещё несколько классификаций, основанных на иных критериях. Так, например, если классифицировать СМВ на основе *количества коммуникантов* (собеседников), участвующих в решении коммуникативной задачи, то можно выделить:

I. Студенческое мобильное видео-монолог и его подвиды: видеообзор, видеорепортаж (репортаж-описание; репортаж-рассказ; репортаж-рассуждение), видеообращение и т.д.

II. Студенческое мобильное видео-диалог и его варианты: видеобеседа, видеоразговор (разговор-просьба; разговор-совет; разговор-конфликт; разговор-интервью); видеодискуссия и т.д.

III. Студенческое мобильное видео-полилог и его виды: видео-деловая беседа, видео-консилиум, видео-круглый стол, видео-совещание, видео-дискуссия и т.д.

Работа по созданию различных видов СМВ поможет иностранцу, изучающему русский язык, предугадать развитие коммуникации, грамотно планировать монолог или диалог, адекватно реагировать на реплики собеседника и

⁵ Пример сценария студенческого мобильного видео-монолога см. в Приложении 2

достигать намеченные коммуникативные цели. Далее мы подробнее остановимся на каждом виде СМВ.

Студенческое мобильное видео-монолог – это аудиовизуальное произведение, в котором один обучаемый произносит текст, который сопровождается невербальными элементами. Можно выделить следующие подвиды видеомонолога: видеообзор, видеорепортаж и видеообращение. Видеообзор, на наш взгляд – это один из подвидов СМВ, который основан на показе предмета (предметов) или явления (явлений) действительности и рассказа-комментария. Рассказ-комментарий содержит название предмета, информацию о предмете, его функционале, действие с предметом. Кроме того, что видеообзоры иностранные студенты-медики могут создавать уже на элементарном уровне после знакомства с первой лексикой (с целью повторения, закрепления и расширения материала), обучаемые могут использовать созданный видеопродукт как подготовительную работу при онлайн-консультировании пациента. Иностранцами студентами-медиками могут быть сконструированы СМВ, демонстрирующие различные виды термометра (медицинского обыкновенного, электронного медицинского, цифрового электронного и т.д.), разновидности тонометра (механического, автоматического, полуавтоматического), пульсометра и др.

Также, если иностранные студенты-медики овладели навыками видеомонтажа, то в созданный видеопродукт можно добавить титры (то есть у иностранного студента формируются навыки письма), а также при просмотре видео и чтении титров совершенствуются навыки чтения. Как видим, при создании данного вида СМВ совершенствуются все виды речевой деятельности (чтение, говорение, слушание, письмо).

Студенческое мобильное видео-обзор – это разновидность студенческого мобильного видео-монолога, знакомство с которым можно начинать уже на уровне А1, когда студент владеет достаточным количеством лексики, чтобы записать видеомонолог о себе, о своей семье, о своей комнате, о своем городе и т.д. Когда мы говорим об СМВ, мы имеем в виду, что обучаемый не просто снимает всё, что видит, а следует при его создании алгоритму, которому его научили. Естественно,

что при создании *студенческого мобильного видео-обзора* предметов, которые используются в профессиональной деятельности будущего врача, студенты осваивают профессиональную терминологию, которая, благодаря многократному повторению и анализу лексемы прочно входит в их активный словарь. Так, например, студенты медицинского профиля могут представить или отдельные профессиональные инструменты (скальпель, пинцет, лигатура и т.п.), или показать обзор кабинета специалиста, описать спецодежду, перечислить сферы услуг и др. Отличительной чертой данного вида СМВ является лаконичность фраз. Форма звучащей речи может быть *внутрикадровой* (говорящий находится в кадре), *внекадровой* (она звучит в сцене, но говорящего мы не видим) и *закадровой* (озвучка видео на этапе монтажа) [Нехорошев 2009, с. 50 – 62].

Работа по созданию видеообзора (как и других видеомонологов) организуется поэтапно: ***подготовительный*** (введение лексического и грамматического материала), ***ориентирующий*** (получение задания и инструкции), ***основной*** (внеаудиторная самостоятельная работа студента и консультация преподавателя), ***заключительный*** (просмотр и анализ созданных студентами видео). Алгоритм создания студенческого мобильного видео-обзора на тему «Приёмный покой больницы»:

1. На занятии вводится новая лексика: лечебно-диагностическое отделение, зал ожидания, регистратура, смотровой кабинет, диагностический кабинет, санпропускник, изолятор, процедурный кабинет, операционная, рентгенологический кабинет, лаборатория, кабинет дежурного врача, кабинет заведующего приёмным отделением, туалетная комната, помещение для хранения одежды поступивших больных, регистрация пациентов, медицинская документация (карта больного), врачебный осмотр, кушетка, санитарно-гигиеническая обработка, неотложная помощь и др.

2. После изучения необходимой лексики и грамматических конструкций за 20 – 25 минут до конца занятия студенты-медики получают задания, которые подготовят к написанию сценария и инструкцию, которая позволит обучаемому самостоятельно создать видеопродукт. Преподаватель вместе со студентами

обсуждают полученные задания, выясняют, как можно трансформировать лексический материал урока, выбирают синтаксические конструкции, которые позволят при написании сценария использовать точные и лаконичные предложения. Далее преподаватель знакомит студентов с подобными работами старшекурсников или с видео, которые выложены в интернет (но проанализированы и отобраны преподавателем). Затем студенты знакомятся со специальными приложениями и программами (или вспоминают алгоритм работы с приложениями и программами, например, с приложением «видеокамера»), которые могут быть загружены в телефон и позволяют создавать качественный видеопродукт. Главное, студенты должны понимать, что в процессе создания студенческого мобильного видео-обзора важны не спецэффекты, а качество сопроводительного текста.

3. Полученная инструкция – это маршрут выполнения домашнего задания (написание сценария и создание студенческого мобильного видео-обзора). Преподаватель при создании видеопродукта рекомендует студентам-медикам представить, что они снимают материал для видеоблога, в котором будущий врач рассказывает о важном медицинском оборудовании или показывает студенту-медику, который не был ни разу ни на одной из практик в медицинском учреждении, процедуру первичного приёма пациента и т.п.

Некоторые рекомендации в инструкции СМВ могут повторяться, например, *кроме новой лексики не забывайте использовать следующие слова: слева, справа, наверху, внизу* и т.п. В зависимости от уровня владения русским языком и от этнопсихологических особенностей обучаемых в каждой инструкции прописывается основной дидактический материал (материал темы урока) и вспомогательный (уже изученный и, возможно, не всегда актуализируемый студентом). Студенту обязательно даётся система упражнений на группировку или перегруппировку дидактического материала, на выделение ключевых фраз, предложений; составление вопросов к выделенным преподавателем предложениям и т.д.). При выполнении задания и следования указаниям инструкции развиваются навыки чтения и письма, потому что студенту предлагается прочитать инструкцию

по созданию сценария СМВ (на уровнях А2, В1, В2, С1, С2) и только после её прочтения написать сценарий. При обсуждении сценария с преподавателем уточняются детали съёмки, вносятся коррективы в правильность речи (расставляются ударения, уточняется орфоэпия), проверяется качество составленных титров. При желании студент может использовать музыкальное сопровождение, если оно уместно в данной ситуации и не заглушает голос автора⁶ (пример сценария видео-обзора см. в Приложении 3).

4. Просмотр и анализ студенческого мобильного видео-обзора проводится на следующем занятии на этапе проверки домашнего задания. Целью является проверка усвоения изученного ранее материала (лексики, грамматики и т.д.); проверка сформированности навыков говорения, аудирования, чтения и письма; анализ фонетической стороны звучащей речи.

После выборочного просмотра и анализа видеообзоров, студентам предлагается выполнить несколько заданий. Например, в качестве первого задания можно предложить стандартные вопросы, которые подойдут для первичного обсуждения СМВ любого типа: *Вам понравилось студенческое мобильное видео, которое вы сейчас увидели? Чем оно вам понравилось/не понравилось? Какие слова, которые мы учили на прошлом занятии, были использованы в данной творческой работе?*

Были ли допущены автором видео продукта грамматические {лексические, фонетические} ошибки? Были ли соблюдены правила этикета?

Специфика второго задания зависит от целей и темы студенческого мобильного видео-обзора: могут быть предложены задания или вопросы на понимание лексического значения изученных слов, словосочетаний, на проверку усвоения содержания текста; вопросы, предполагающие рассуждение и т.д. Обычно, второе задание мы предлагаем для выполнения только после повторного просмотра видеопродукта.

⁶ Пример сценария студенческого мобильного видео-обзора см. в Приложении 3

Третье задание предполагает рассказ «зрителя» о том, что он увидел на экране, о чём услышал, что понял из увиденного. Данное занятие помогает развивать и проверять навыки аудирования и говорения (примерные задания см. в Приложении 2).

Студенческое мобильное видео-репортаж – это один из жанров устной речи, сообщающий коммуникантам о чём-то новом. Главными признаками студенческого мобильного видео-репортажа являются: повествовательный характер, динамичность развития действия, оперативность, наглядность, информативность, наличие фабулы, завязки, кульминации и развязки. Обучающийся должен донести до зрителя новую или уже известную информацию, вербально и визуально оформить ситуацию, используя изученную лексику и грамматику. В создаваемом видеорепортаже может быть использован небольшой процент новой, незнакомой лексики, которую студент почерпнул из других источников. Но такая лексика должна быть представлена наглядно в видеопродукте или объяснена (вербально, невербально или контекстуально). Видеорепортаж, как правило, ведется от одного лица, но возможны и совместные творческие работы (репортаж могут вести несколько человек). В нашей практике на основе основных типов речи использованы три типа студенческого мобильного видео-репортажа: видеоописание, видеорассказ, видеорассуждение.

Студенческое мобильное видео-описание изображает какое-либо явление и его признаки. Развития действия, как правило, в таком студенческом мобильном видео нет. Автор видеопродукта может описать место события, город, страну, климат, природу, внешность и характер человека и т.п. Главное верно составить текст-описание к подобранному видеоряду. В таком тексте важную роль выполняют прилагательные, которые иностранный студент-медик начинает изучать уже на элементарном уровне и которые важны в его профессиональной речи. Инструкция по созданию студенческого мобильного видео-описания может быть такой:

1. Напишите сценарий студенческого мобильного видео-описания на тему «Здоровая (или больная) печень».

В сценарии должны быть использованы прилагательные, описывающие внешний вид здоровой или больной печени человека (железистый орган, желтушный оттенок, однородный цвет, тёмно-красный или коричневый цвет, грушевидная (конусообразная) форма, рыхлая или плотная поверхность, гладкая и мягкая на ощупь поверхность и т.д.); конструкции «*что?* И.П. – это *что?* И.П.»; «*что?* И.П. имеет *что?* В.П.», «*что?* И.П. зависит от *чего?* Р.П.»; «*что?* И.П. свидетельствует о *чём?* П.П.»⁷. (Примеры описания см. в Приложении 3)

2. Обсудите сценарий с преподавателем.

3. Снимите видео на мобильный телефон. Следите за правильностью речи и чистотой звука. Не записывайте видео в шумных кафе, магазинах, на улице около дорог.

4. При монтаже видео вы можете использовать «титры»; музыку, если она является частью описания и не мешает слышать голос автора.

5. Заключительный этап (просмотр и анализ) проводится по алгоритму, описанному выше.

Студенческое мобильное видео-рассказ – это форма работы, в которой обучаемый должен рассказать о действии или событии в его временной последовательности. Студенческое мобильное видео-рассказ имеет завязку (начало действия), развитие действия, кульминацию (наиболее яркий и важный момент во всей ситуации) и развязку (конец действия, результат).

Студенческое мобильное видео-рассказ отличается от видеоописания тем, что в тексте сценария используются лексические средства, выражающие временную последовательность действий, глаголы в форме прошедшего времени, глаголы движения, глаголы совершенного и несовершенного вида, сложные предложения, конструкции косвенной речи, междометия и др. Также обучаемым необходимо соблюдать правила произнесения интонационных конструкций. Темами для видеорассказа могут послужить различные события, случаи из студенческой жизни, из практики др.

⁷ Примеры студенческого мобильного видео-описания см. в Приложении 3

Инструкция по созданию студенческого мобильного видео-рассказа:

1. Напишите сценарий мобильного видео-рассказа на тему «Мой первый день клинической практики». Составьте таблицу тех вербальных и невербальных средств, которые вы используете для написания сценария. При создании текста сценария необходимо использовать существительные, указывающие на место; глаголы движения; прилагательные, описывающие ваши чувства, эмоции. Выберите из составленной вами таблицы такие вербальные и невербальные средства, которые помогут зрителю понять ваше отношение к происходящему событию.

2. Покажите сценарий преподавателю, обсудите с ним те моменты, в которых вы не уверены, в частности – невербальные средства.

3. Снимите видео на мобильный телефон.

4. При монтаже видео вы можете использовать «титры»; музыку, если она является частью описания и не мешает слышать голос автора.

5. Заключительный этап (просмотр и анализ) проводится по алгоритму, описанному выше.

Студенческое мобильное видео-рассуждение. Согласно словарю Ожегова С.И. «рассуждение – это умозаключение, ряд мыслей, изложенных в логически последовательной форме» [Ожегов 2003, с. 665]. В рассуждении последовательно отстаивается идея, главная мысль, называются причины и определяются следствия. Для иностранного студента-медика создание студенческого мобильного видео-рассуждения является самым сложным заданием, поскольку для того, чтобы создать видеопродукт такого типа необходимо иметь не только хорошее знание русского языка, но и уметь анализировать, делать самостоятельные выводы, собирать доказательства и выстраивать их в систему. Сложной для иностранного студента-медика является и структура самого текста-рассуждения, который лежит в основе сценария: тезис – утверждение, которое необходимо доказать или опровергнуть; аргументация автора, создающего сценарий студенческого мобильного видео; вывод, не противоречащий тезису. Важно перед написанием

сценария предоставить студенту для анализа и обсуждения образцы текстов и видеотекстов, построенных по модели рассуждения.

При написании инструкции для иностранного студента-медика необходимо включить в упражнения перечень слов, словосочетаний, которые обычно используют при введении аргументов и подведении итогов: *это можно доказать следующим образом; приведу пример, доказывающий мою точку зрения; например; допустим; предположим; во-первых; во-вторых; таким образом; итак, обобщая сказанное, следовательно и др.*

Инструкция по созданию студенческого мобильного видео-рассуждения фактически повторяет пять этапов, описанных в исследовании выше (см. Инструкцию к созданию студенческого мобильного видео-описания и рассказа).

Студенческое мобильное видео-обращение – это разновидность видео-монолога, в котором автор обращается к своей целевой аудитории, в частности, к потенциальным пациентам. Тематика видеообращений может быть различной: видеопоздравление, видеообъявление, видеообращение врача и др.

При составлении сценария студенческого мобильного видео-обращения необходимо изучить того, к кому обращён монолог и в соответствии с адресатом уделить внимание отбору языковых оценочных средств и формам этикета. Инструкция по созданию студенческого мобильного видео-обращения состоит из пяти этапов, описанных выше. Отличие будет только в тех вербальных и невербальных средствах, в заданиях, которые преподаватель включает в подготовительную работу и инструкцию.

Все разновидности студенческого мобильного видео-монолога являются важным элементом подготовки к созданию видео-диалогов.

Студенческое мобильное видео-диалог – это форма речевого общения между коммуникантами, индивидами, каждый из которых имеет право на речь и на слушание. В зависимости от коммуникативной установки можно выделить следующие виды мобильных видео-диалогов: диалог-беседа, диалог-разговор, диалог-просьба, диалог-совет, диалог-конфликт, диалог-дискуссия, диалог-

репортаж, диалог-расспрос и др⁸. В зависимости от этапа обучения могут быть использованы различные виды вышеназванных диалогов. Так, на начальном этапе (А1, А2) наиболее эффективным видом является *студенческое мобильное видео диалог-беседа* – вид речевого общения между двумя собеседниками, которые могут обменяться мнением, мыслями, оценочными суждениями по какому-либо общеизвестному или личному вопросу. Несмотря на то, что техника организации беседы сложна, потому что иностранный студент-медик сразу вовлекается в несколько видов речевой деятельности: говорение, аудирование, письмо, и потому требует активной работы обоих собеседников. Тем не менее диалог-беседа всегда затрагивает личные темы и предполагает искреннее общение, комплименты, признания, извинения, одобрение. Студенческое мобильное видео диалог-беседа строится на вопросно-ответных, восклицательных и побудительных репликах и используется в ежедневном общении. Собеседники разговаривают на свободные темы: рассказывают друг другу шутки и истории, делятся своими ежедневными бытовыми проблемами, заботами, поэтому иностранные студенты-медики уже на начальном этапе хорошо осваивают данную технологию.

Студенческое мобильное видео диалог-расспрос в рамках профессиональной подготовки иностранного студента-медика занимает центральное место. И несмотря на то, что в технологии диалога-беседы и диалога-расспроса на первый взгляд мало общего, именно с обучения диалога-беседы начинается обучение расспросу. Мы считаем, что это связано с тем, что диалог-расспрос, который используется как рабочий инструмент в деятельности врача и с которым иностранные студенты-медики вплотную соприкасаются во время прохождения клинической практики, – это особый смешанный жанр, сочетающий характеристики диалога-беседы и диалога-расспроса.

Студенческое мобильное видео диалог-разговор – это всегда обмен сведениями, цель данного СМВ – донести информацию до собеседника. В качестве зачина разговора могут быть использованы фразы, указывающие на

⁸ Примеры различных видов диалогов см. в Приложении 3

заинтересованность собеседника в получении информации: «У меня есть к тебе (вам) разговор», «Давай(-те) поговорим», «У меня к тебе (вам) неприятный разговор». Для разговора характерны вопросно-ответные реплики, причем роль лидера разговора играет спрашивающий, со своими переспросами, уточнениями, уговорами и т.д.

Можно на основе цели говорящего выделить несколько типов *студенческого мобильного видео диалогов-разговоров*: разговор-просьба, который отличается наличием глаголов «прошу», «помогите», «дайте», «подскажите» и др.; разговор-совет, характеризуется побудительными, развернутыми, аргументированными репликами и использованием глагола «советую»; разговор-конфликт может быть построен при помощи глаголов «требую», «не согласен», «настаиваю» и направлен на выяснение отношений; разговор-интервью, является довольно популярным способом получения и сбора информации; диалог-дискуссия, целью которого является продвижение собственной точки зрения.

Студенческое мобильное видео-полилог – видеопродукт, в создании которого участвует несколько коммуникантов, решающих коммуникативную задачу, в нашем случае – профессиональную. Студенческое мобильное видео-полилог строится на постепенном накоплении информации, вносимой каждым его участником. На основе деловой взаимосвязи между людьми можно выделить: студенческое мобильное видео-переговоры, студенческое мобильное видео-консилиум, студенческое мобильное видео-круглый стол, студенческое мобильное видео-дискуссия.

Целью *студенческого мобильного видео-переговоров* является решение важных вопросов, касающихся профессиональной деятельности говорящих, в частности, студентов-медиков, медицинских работников. В студенческом мобильном видео данного типа могут быть «обыграны» переговоры коллег по профессиональным проблемам, предполагаемое собеседование молодого врача или студента-интерна при приёме на работу и др. При написании сценария обучающимся следует учесть, что в данной коммуникативной ситуации важно соблюдать социальный статус собеседников и строго ранжировать реплики

полилога: вначале «дают слово» «лидерам», соблюдая правила этикета (вначале лидер-гость, затем лидер-хозяин) и т.д., затем – остальным участникам переговоров, а в заключении необходимо сформулировать общее решение.

Студенческое мобильное видео-консилиум – совещание специалистов для единогласного решения проблемы. В наше время онлайн-медицина активно использует в практике видеоконсультации и, особенно, видеоконсилиумы, позволяющие обсудить проблему с врачами, работающими в одной больнице или в разных уголках мира, когда требуется принять важное решение, касающееся лечения пациента. Организация консилиума, особенно, онлайн – это современная новая форма полилога, требующая глубокой проработки обсуждаемого вопроса и тщательной подготовки каждого из специалистов, принимающих участие в анализе проблемы.

Инструкция студенческого мобильного видео-консилиума может быть такой:

1. Напишите сценарий полилога-консилиума по ситуации. Ситуация: в больницу была доставлена больная в тяжёлом состоянии. Один врач не может поставить точный диагноз и назначить лечение, поэтому собирается консилиум (несколько специалистов обсуждают диагноз и предлагают варианты лечения). Каждый из врачей должен высказать своё профессиональное мнение и обсудить возможный диагноз.

2. Используйте изученные фразы, характерные для описания состояния больного с жалобами на органы дыхания – *больной с жалобами на что? В.П.; первыми признаками болезни были какие; при осмотре/при пальпации/при аускультации выявлено что? И.П.*, терминологию: *кашель, мокрота, кровохарканье, одышка, хрипы, заложенность, дыхание, вдох, выдох и др.* Для высказывания своей точки зрения «врач» должен использовать глаголы *думать, считать, полагать, предлагать и др.*

3. Продумайте, какие речевые конструкции, невербальные средства вы можете использовать при общении с коллегами; продумайте стратегию убеждения. Обсудите с преподавателем сценарий.

4. Для съёмок организуйте кабинет, подготовьте необходимый медицинский реквизит.

5. Снимите студенческое мобильное видео-консилиум на ваш мобильный телефон.

6. Посмотрите вместе с другими студентами ваш видеопроduct и обсудите его: определите, насколько понятна и убедительна речь каждого участника; чья стратегия оказалась более удачной и т.п.

Сценарий студенческого мобильного видео-консилиума вписывается в бланк-матрицу:

Форма проведения: онлайн / офлайн

Место: (кабинет главного врача, переговорная, ординаторская и т.д.)

Участники: главный врач, заведующий пульмонологическим отделением + 3 врача больницы

План:

1) Один из врачей знакомит остальных специалистов с анамнезом пациента.

2) Каждый участник консилиума выдвигает свою точку зрения на диагноз.

3) Обсуждение результатов обследования, совещание и постановка диагноза.

4) Обсуждение стратегии лечения⁹.

Студенческое мобильное видео-круглый стол – это собрание ведущих специалистов для обсуждения какой-то глобальной проблемы, которые сообщают своё видение вопроса и не комментируют мнение других специалистов. Цель такого мероприятия – получение полной и разносторонней информации по какому-либо важному вопросу. Форма инструкции аналогична той, которая предлагается при создании студенческого мобильного видео-консилиума (см. выше).

⁹ Примерный сценарий см. в Приложении 3

Студенческое мобильное видео-дискуссия – коллективное обсуждение важного вопроса; спор, решаемый корректным путем. Сценарий полилога-дискуссии может отличаться от диалога-дискуссии только количеством участников. По сути и по структуре, а также по форме организации, написания инструкции данный видеопродукт создаётся по аналогии с диалогом-дискуссией (см. выше).

Как известно, эмоциональная память позволяет хранить информацию, благодаря потрясениям и радостям, пережитым человеком в прошлом. Эмоциональная память хранит не только сами события, коммуникативные ситуации, стратегии и тактики, которые в подобной речевой ситуации были эффективными, но и связанные с ними чувства, а также невербальные реакции. Более того, для будущего врача очень важное умение – проявлять эмпатию, а для иностранного студента-медика необходимо научиться проявлять эмпатию теми вербальными и невербальными средствами, которые ему могут быть непонятны в силу разницы культур. Современный студент, в том числе и иностранный визуал, поэтому обучение эмоциям, которые были бы адекватны ситуации общения (разговор с пациентом, с родственниками больного и т.п.), возможно также и благодаря аудио- и видеоэффектам, которые позволят создать определённую атмосферу (например, микроклимат больницы, поликлиники); усилить эмоциональную составляющую коммуникативной ситуации; изобразить её напряжённой, трагичной, передать сочувствие и т.п.

Таким образом, можно предложить классификацию СМВ по наличию **аудио- или видеоэффектов**:

- 1) студенческое мобильное видео с использованием только аудиовизуального ряда;
- 2) студенческое мобильное видео с использованием аудиовизуального ряда и графических эффектов.

Студенческое мобильное видео с использованием только аудиовизуального ряда – это когда учащийся создаёт видеопродукт без дальнейшего монтажа и

обработки. При создании такого студенческого мобильного видео совершенствуются навыки говорения, а при просмотре – аудитивные умения.

При создании студенческого мобильного видео с использованием аудиовизуального ряда и графических эффектов добавляется ещё один этап в инструкции: параллельно со сценарием пишутся субтитры на русском языке и размещаются внизу экрана. Размещение субтитров, которые представляют для иностранного студента-медика зрительную опору звучащего с экрана иноязычного текста, не всегда фонетически чистого, помогают полному и точному пониманию смысла произносимого и запоминанию отдельных слов, фраз и конструкций, поскольку одновременно происходит анализ акустического и графического образа слова/текста, а также наличие субтитров способствует развитию навыка чтения. Кроме того, использование аудиовизуального ряда и графических эффектов, помимо навыка говорения, формирует у учащихся навыки письменной «печатной» речи: необходимый текст нужно набрать на русской раскладке телефонной клавиатуры. Фактически, любое студенческое мобильное видео может быть с аудио- или видеоэффектами. Более того, дополнительная работа по «украшению» видеопродукта способствует закреплению материала.

Как мы уже отмечали выше, аудиторных часов, отведённых на формирование профессиональных коммуникативных навыков, необходимых для подготовки к клинической практике, немного, поэтому вовлечение иностранного студента в конструирование разных типов студенческого мобильного видео поможет им окунуться в приближенные к реальным профессиональные коммуникативные ситуации, «прожить» одну и ту же ситуацию несколько раз.

При организации процесса подготовки иностранного студента-медика к клинической практике необходимо научить вербально и невербально реализовывать следующие интенции при профессиональном общении с пациентом: контактоустанавливающую, позволяющую начать диалог-расспрос и поддержать его, в соответствии с нормами речевого этикета; регулирующую, побуждающую обнадёжить пациента; информативную – запрашивать информацию о заболевании, выяснять симптомы, расспрашивать об истории заболевания;

оценочные, выражающие морально-этическую поддержку и др. Все студенческие мобильные видео, создаваемые на этапе подготовки к клинической практике, связаны тематически с профессией врача и формами его деятельности: приём пациента, опрос пациента, расспрос больного о его проблемах со здоровьем и т.п. на практике иностранный студент-медик должен самостоятельно инициировать и поддерживать диалог на профессиональные темы любой сложности, демонстрируя полное знание системы русского языка и средствами его выразительности.

Выводы по главе 1

В системе обучения русскому языку иностранных студентов-медиков подготовка к клинической практике является важным этапом профессионального общения в реальных условиях медицинского учреждения. Будущий врач должен быть готов вести диалоги с пациентами с различными заболеваниями, находить верные коммуникативные решения в непредсказуемых ситуациях; наблюдать за работой опытных врачей и задавать им вопросы, адекватные ситуации; формировать в речевой форме собственное видение профессиональной ситуации, высказывать и доказывать собственную точку зрения; улучшать коммуникативные навыки (работать в команде, обсуждая профессиональные проблемы; свободно взаимодействовать с пациентами, их родственниками и коллегами в онлайн и офлайн форматах); работать с медицинской документацией (грамотно заполнять истории болезни, вести записи о состоянии пациента). То есть, до того, как иностранный студент-медик приступит к прохождению клинической практики, он должен получить навыки работы в реальной профессиональной медицинской среде, научиться справляться с коммуникативными трудностями.

Эффективной технологией, которая способствует качественной подготовке иностранного студента-медика к клинической практике, одному из приоритетных направлений в системе обучения современного специалиста в медицинских вузах, является технология СМВ. Именно технология СМВ позволяет преподавателю быстро и эффективно решать задачи в профессиональной образовательной сфере:

- научить иностранного студента-медика моделировать профессиональный диалог-расспрос в зависимости от темы, цели, структуры диалога;

- научить иностранного студента медицинского вуза, готовящегося к прохождению клинической практики, выбирать стратегии и тактики, ориентируясь на конкретного пациента, участвующего в диалоге, в зависимости от особенностей участника диалога (гендерной, национальной, возрастной, образовательной, региональной и т.п.);

- расширить возможности обучающихся благодаря доступности технологии и её гибкости в зависимости от индивидуальных образовательных потребностей и способностей иностранного студента-медика;

- изменить стиль преподавания: «уйти» от традиционной трансляции знаний к интерактивному общению с обучающимися;

- сформировать субъектную позицию иностранного студента-медика относительно изучения русского языка, его профессиональной функции и использовать сложившуюся точку зрения для эффективности образовательного процесса;

- персонализировать обучение, развить у обучающихся способность самостоятельно формировать свои учебные цели и определять пути их достижения.

Технология студенческого мобильного видео – это написание сценария, на основе которого создаётся видеопродукт; производство видео вовлекает иностранного студента-медика в реальную ситуацию общения, в которой будущий врач «играет роль» реального врача в ситуации профессионального коммуникативного общения «врач – пациент».

В рамках данной технологии нами разработаны, в зависимости от основополагающих принципов (оснований), различные жанры студенческого мобильного видео. На основе некоторых из них (СМВ диалог-опрос, диалог-интервью и диалог-расспрос) смоделирован процесс обучения диалогу-расспросу иностранных студентов-медиков при подготовке к клинической практике.

ГЛАВА 2. МЕДИЦИНСКИЙ ДИАЛОГИЧЕСКИЙ ДИСКУРС В ЛИНГВОМЕТОДИЧЕСКОМ ИЗМЕРЕНИИ

Во второй главе мы постараемся разобраться, какое наполнение вкладывают учёные в понятия «диалог», «диалогический дискурс»; насколько широко исследуется в методике русского языка как иностранного проблематика профессионального диалогического дискурса, в частности медицинского, и на основе каких подходов. Проведём анализ современных исследований медицинского диалогического дискурса, особенностей профессиональных коммуникативных стратегий и тактик, которые реализуются в рамках сценарного (В.И. Шляхов) и стратегического (О.С. Иссерс) подходов и зависят от того, о каких группах заболеваний беседует врач с пациентом.

2.1. Сценарии профессионального дискурсивного взаимодействия «врач – пациент»

Помнится, что ещё Авицена отмечал, что «У врача есть три средства в борьбе с болезнью – слово, растение, нож» [цитата приводится по: Каримов, Хуршут 1994, с. 186]. Начиная с 70-х годов прошлого столетия не угасает интерес исследователей к изучению профессионального диалогического общения (диалога), который, по мнению Д.И. Изаренкова, является продуктом дискурса (речевой ситуации) [Изаренков 1986, с. 19]. Особое внимание исследователи проявляют к профессиональному диалогическому дискурсу. Об этом свидетельствуют диссертационные исследования в области лингвистики и лингводидактики: М.И. Барсуковой (2007); Л.С. Бейлисон (2001); О.М. Буртасенковой (2014); Е.В. Волковой (2021); Л.М. Галановой (2003); Л.А. Гаспарян (2014); Л.М. Гончаровой (2001); В.В. Жура (2008); Л.П. Зосимовой (1997); Н.Н. Колесовой (2017); В.Б. Куриленко (2017); И.В. Михалкиной (1998); Мохаммед Саид Хизам Ахмед (2005); И.М. Субботиной (2008); Т.П. Фроловой (2014); Т.Т. Черкашиной

(2011); А.В. Чубукова (2005) и др., а также статьи в научных журналах и сборниках конференций. Особый интерес проявляют зарубежные и отечественные учёные к профессиональной речи медицинских работников, потому что исследования психологов, социологов свидетельствуют об имеющихся проблемах общения врачей с пациентами, в следствие которых возникают ошибки при постановке диагноза. Таким образом коммуникативная подготовка будущего врача становится неотъемлемым компонентом его профессии. Подтверждают данную мысль слова Н.Н. Колесовой о том, что полноценное овладение профессией врача невозможно без овладения профессиональной речью, которую автор считает «особым видом коммуникации, речевым взаимодействием специалистов (как с коллегами, так и с пациентами и их родственниками) в типичных ситуациях профессионального общения в ходе решения коммуникативно-речевых задач в сфере медицины» [Колесова 2017, с. 25].

Владение профессиональной русской речью необходимо будущему иностранному специалисту-медику для планирования и прогнозирования хода коммуникации, адекватной реакции на коммуникативные действия пациента, умения избегать конфликтных ситуаций и достигать поставленных целей. То есть немаловажным профессиональным качеством медицинского работника является умение эффективно общаться с пациентом. А задача преподавателя РКИ адаптировать имеющиеся системы, модели в преподавании русского языка иностранным студентам под требования современной образовательной среды, сконструировав образовательную модель, позволяющую организовать учебный процесс таким образом, чтобы иностранный студент-медик был вовлечен в процесс профессионального общения, а также побудить обучающихся к использованию в процессе выполнения профессиональных обязанностей грамотной русской речи.

Современные исследователи поднимают различные проблемы, связанные с профессиональным диалогическим общением медицинского работника: это и проблемы обучения иностранных студентов медицинских вузов профессиональному общению в полилоге (Бутенко, 1988); и характеристика диалогического общения врача с пациентом (Зосимова, 1997); и анализ

характерных особенностей медико-педагогического дискурса (Бейлисон, 2001); и обучение стратегиям научной дискуссии (Галанова, 2003); и анализ стратегий и тактик речевого поведения врача (Барсукова, 2007); и описание дискурсивной компетенции врача в устном профессиональном общении (Жура, 2008); и проблемы обучения устному общению будущего врача в его различных профессиональных сферах (Гаспарян, 2014); и непрерывное профессионально ориентированное обучение иностранных студентов-медиков (Куриленко, 2017); и обучение профессиональной тематической беседе (Колесова, 2017); и анализ профессиональной языковой личности врача в медиадискурсе (Волкова, 2021).

Не умаляя достоинств всех выше названных научных исследований, мы хотим отметить, что в данной научной области по-прежнему остаётся много нерешённых проблем. Например, при наличии разнообразных классификаций диалогических жанров, нет классификации жанра медицинских диалогов на основе их функционала, нет системы обучения диалогическому общению, которая способствует тому, чтобы иностранный студент-медик был готов к профессиональной коммуникации при прохождении клинической практики, нет перечня эффективных стратегий и тактик, которые помогли бы иностранному студенту-медику организовать эффективно профессиональный диалог с пациентом и т.д.

Диалог считается одной из основных форм функционирования языка (монолог, диалог, полилог), и его анализ в течение многих веков привлекает внимание учёных из разных областей научных знаний, а именно: *языкознания*: Н.Д. Арутюнова (2002), М.М. Бахтин (1975), И.Н. Борисова (2001), О.С. Иссерс (2008), В.В. Красных (2001), Е.В. Падучева (2008), Г.Г. Полищук (1999), О.Б. Сиротинина (1994), Л.Н. Чурилина (2011), Е.Н. Ширяев (1981), К.В. Кожевникова (1979), А. Стельмашук (1998), Н.И. Формановская (2007) и др.; *педагогике*: Г.А. Бордовский (2008), М.Н. Скаткин (1966), Д.Б. Эльконин (1998); *психологии*: А.А. Леонтьев (1979), А.У. Хараш (1979), Г.М. Кучинский (1983), А.А. Бодалев (1982), А.Г. Ковалев (1987), А.Ф. Копьев (1999), Т.А. Флоренская (1991), Л.А. Радзиховский (1988), Е.Т. Соколова (2019), Г.В. Дьяконов (2003),

Г.Л. Станкевич (1997) и др.; *психологии изучения иностранного языка*: Б.В. Беляев (1964), Л.С. Выготский (1982), Л.Ш. Гегечкори (1978), И.А. Зимняя (1989), Н.И. Жинкин (1965), Г.А. Китайгородская (1986); *этнопсихологии*: А.С. Баронин (2000), В.С. Кукушкин (2003), Т.Г. Стефаненко (2008); *литературоведения*: В.В. Виноградов (1994), Б.А. Ларин (1923), М.Б. Борисова (1973), О.Б. Сиротинина (1994), Г.Г. Полищук (1999), А. Стельмашук (1988), Е.П. Артеменко (1981), Ю.И. Левин (1998), В.В. Одинцов (2017); *философии* – Сократ, Платон, В.С. Библер (1991), Ф. Розенцвейг (2002) и др.

Многообразие исследовательских подходов к изучению данного коммуникативного феномена, а также разнообразие проблем, связанных с различными аспектами его изучения только подчеркивают сложность и многоаспектность явления.

Для нашего исследования при анализе диалогической формы речи важно было определить ключевую функцию, определяющую лингвистическое наполнение, коммуникативную роль данной речевой формы, а также разработать технологию, позволяющую решить вопрос обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогическому общению. В первую очередь, нам необходимо было установить, что именно подразумевается под понятиями «диалог» и «диалогическая речь». Определение понятия «диалог» неоднозначно. Древнегреческие философы считали, что диалог есть «речь, состоящая из вопросов и ответов» [Лаэртский 1986, с. 164]. В философии, а позже в логике и риторике диалог рассматривался, прежде всего, как процесс полемики, противоборства двух точек зрения, доказательства истинности идей, взглядов; как «логико-коммуникативный процесс взаимодействия людей посредством выражения своих смысловых позиций» [Берков 2002, с. 4]. Функциональный подход, который определяет диалог, как форму социально-речевого взаимодействия, как форму непосредственного общения между людьми, представлен в исследованиях Л.В. Щербы (1957); Н.Ю. Шведовой (1960); Е.А. Брызгуновой (1979); Д.И. Изаренкова (1981), П.С. Пустоваловой (1987); Л.П. Якубинского (1996); Т.Г. Винокур (1998) и др.

В Большом лингвистическом словаре диалог рассматривается как «...процесс общения (разговор), заключающийся в непосредственном обмене высказываниями между двумя или несколькими лицами...» [Стариченок 2008, с. 171]. А диалогическая речь определяется автором словаря как «...речь, во время которой происходит обмен высказываниями между двумя и более участниками разговора...» [Стариченок 2008, с. 171 – 172]. Фактически в определении «собранны» характерные черты, свойственные диалогу, прежде всего: «ситуационная (зависимость от условий и обстановки разговора) и контекстуальная (зависимость от предыдущего высказывания) обусловленность...» [Стариченок 2008, с. 171].

Т.Г. Винокур отмечала, что понимание смысла высказывания в разговоре обретает смысл только в контексте остальных фраз и в рамках конкретной ситуации общения. Исследователь утверждает, что это связано с тем, что в каждом новом высказывании информация, содержащаяся в предыдущих, сокращается, а также с тем, что на лексический состав высказывания, структуру предложений «взаимно влияет непосредственное восприятие речевой деятельности говорящих» [Винокур 1998, с. 119]. Все вышесказанное говорит о ситуативности и контекстности любого диалога, в том числе и профессионального.

Важной характеристикой диалога является взаимосвязь реплик. Об этой особенности писал ещё Л.В. Щерба, который указывал, что диалог – это единая «цепь реплик» [Щерба 1957, с. 114]. Связность обеспечивает цельность диалога. Н.Ю. Шведова называет ее «диалогическим единством» [Шведова 1960, с. 280-281]. Л.П. Якубинский тоже подчеркивал важность взаимосвязи между репликами в диалоге. Он отмечал, что «сцепление» реплик обеспечивает в диалоге единство. Кроме того, для получения полной и последовательной информации необходимо учитывать экстралингвистические факторы, включающие невербальные элементы (паузы, жесты, мимику, интонацию), которые влияют на смысл беседы (1996). Таким образом, ситуативность, контекстность и смысловая связность делают диалог особым видом текста.

Для обучения иностранных студентов, в частности, медиков важно определить 1) единицу диалога; 2) суть смысловой взаимосвязи единиц диалога; 3) цель, на основе которой устанавливается взаимосвязь реплик. Д.И. Изаренков единицей диалога предложил считать реплику. Основой для смысловой связи одной реплики с другой является речевое действие – «высказывание, имеющее единую цель, оформленное как предложение или сочетание логически связанных предложений (не превышающее по форме и содержанию размера умозаключения), обращенное к собеседнику вызывающее у него ответную реакцию» [Изаренков 1981, с. 17].

Таким образом, обучение диалогу должно строиться на умении соединять соседние реплики по содержанию и по форме, то есть иностранному студенту-медику необходимо овладеть механизмом порождения совместного взаимосвязного текста. На наш взгляд, точный механизм порождения диалогического текста, на основе которого происходит слияние реплик в единый текст, предложил Д.И. Изаренков.

На основе «диалогического единства» Дмитрий Иванович выделяет шестнадцать типов диалогических единств: «1) сообщение – сообщение, 2) сообщение – вопрос, 3) сообщение – побуждение; 4) сообщение – восклицание, 5) вопрос – сообщение, 6) вопрос – вопрос, 7) вопрос – побуждение, 8) вопрос – восклицание, 9) побуждение – сообщение, 10) побуждение – вопрос; 11) побуждение – побуждение, 12) побуждение – восклицание, 13) восклицание – сообщение, 14) восклицание – вопрос, 15) восклицание – побуждение, 16) восклицание – восклицание» [Изаренков 1986]. Следуя логике исследователя, жанры диалогического общения можно выделить на основе диалогических единств: восклицание, сообщение, побуждение и т.п.

В нашей работе мы обратились к анализу некоторых исследований в области профессиональной речи специалистов-медиков, которые оказали существенное влияние на формирование наших идей в области обучения иностранных студентов медицинских вузов профессиональному диалогу-расспросу на базе технологии студенческого мобильного видео. Прежде всего, это диссертационное

исследование О.Л. Королевой (2000), в котором автор определяет макро- и микроструктуры профессиональной деятельности медика, включающие различные сферы профессионального общения: с больными, с медицинским персоналом и т.п. «Каждый из этих компонентов мог бы быть представлен в виде соответствующих микроструктур. В микроструктуру мы включаем следующие компоненты: ориентировочный (знакомство с пациентом, сбор анамнеза), когнитивный (поиск симптомов), диагностический (установление диагноза, принятие решения) и исполнительный (сам процесс лечения)» [Королева 2000, с. 10 – 11]. Все интенции профессиональных диалогов иностранного студента-медика, по мнению О.Л. Королевой, можно свести, фактически к трём: запрос, информирование, выражение отношения. Данное наблюдение исследователя показывает, что при подготовке к клинической практике всё многообразие профессионального диалогического общения можно ограничить обучением *диалогу-запросу* («запрос информации о больном, об истории его жизни, условиях труда, о наследственной предрасположенности к некоторым заболеваниям» [Королева 2000, с. 11], *диалогу-информированию* («информирование больного, его родственников об установлении диагноза и назначении соответствующего лечения..., сообщение родственникам о судьбе больного» [Королева 2000]), *диалогу-выражению* чувств («выражение отношения врача к профессиональным действиям коллег» [Королева 2000]). Таким образом, следуя логике исследователя, для подготовки к клинической практике иностранный студент-медик должен быть научен трем речевым жанрам: *диалогу-запросу*, *диалогу-информированию*, *диалогу-сочувствию*.

В вопросе классификации речевых жанров нет однозначного подхода, тем более, если речь идет о жанрах профессионального диалогического общения. Не вдаваясь в подробности научной дискуссии о речевых жанрах, подробно освещённой в монографии В.В. Дементьева [Дементьев 2010, с. 77 – 155], мы руководствовались мнением В.А. Салимовского о том, что «... объект жанроведения не имеет строгих очертаний, <...> он не ограничен высказыванием <...>, но выходит в область собственно коммуникации...» [Салимовский 2002, с. 52]. Таким образом, понятие речевого жанра многопланово и зависит от различных

критериев, на которые опираются исследователи при их классификации (М.М. Бахтин, 1996; К. Кожевникова, 1979; Y. Brown, 1983; Н.Д Арутюнова, 1992; О.Б. Сиротинина, 1999; М.В. Китайгородская и Н.Н. Розанова, 1999; и др.).

Как отмечает Н.В. Орлова, сложность определения речевых жанров заключается в поиске адекватного основания для классификации (Орлова 1997). В нашем исследовании мы руководствовались для определения жанровой принадлежности, прежде всего, идеями методистов, в частности тех, которые связаны с анализом профессиональных типов речи медицинских работников (Д.И. Изаренков, О.Л. Королёва, В.Б. Куриленко и др.), и исходили из того обстоятельства, что для успешного прохождения клинической практики иностранного студента-медика его необходимо научить определённым типам диалога. О том, что для решения различных профессиональных задач требуется обучение соответствующим жанрам, свидетельствуют научные работы Л.А. Гаспарян (2014), А.А. Календр (2017), Ф.Л. Косицкой (2017), С.В. Майбороды (2001), Т.В. Шмелевой (1997) и др.

Так, например, исследование Л.А. Гаспарян посвящено обучению одному из жанров речевого профессионального общения – медицинской консультации, её разновидностям и структуре. Примечательно, что автор, следуя за идеями Д.И. Изаренкова, рассматривает речевой акт как макроситуацию, которая состоит из различных микроситуаций (с учётом типов микродиалогов). Обучение будущего врача иноязычному профессиональному общению предлагается автором организовывать в рамках речевого акта «медицинская консультация» на основе ситуативно обусловленных диалогов. Каждая микроситуация (диалог) имеет структуру: «а) этапа консультации; б) количества субъектов обращения; в) функций лечебного учреждения; д) цели-результата общения; е) места и времени консультации» [Гаспарян 2014, с. 9]. Для обучения данному речевому жанру автор предлагает методику обучения, включающую различные виды консультационного общения, которые являются частью повседневной работы медицинских работников в поликлиниках, стационарах, отделениях неотложной помощи, а также во время проведения специализированных выездов к пациентам на дом,

вызовов бригад скорой помощи, также диалоги с пациентами и их близкими, обсуждение значимых медицинских решений, врачебные консилиумы, собрания, клинические доклады и научные конференции [Гаспарян 2014, с. 10]. Автор считает, что «Медицинская консультация является основной, доминирующей формой организации врачебной деятельности в сфере практического здравоохранения и типовой формой организации устного речевого общения с присущими для данной коммуникативной ситуации компонентами. Для субъект-субъектного взаимодействия врача и пациента характерна высокая значимость внешнего и внутреннего контекстов общения, включающих профессиональные, психологические, социокультурные, этические и деонтологические аспекты, которые выполняют ограничительные и моделирующие функции при общении с «другими»: представителями другой расы, национальности, религии, пола, определяя использование лингвистических и экстралингвистических средств» [Гаспарян 2014, с. 11].

Исследователь Е.Ю. Толмачева считает, что профессиональный медицинский речевой акт – это «проблемно-конструктивный диалог», который «...подразумевает наличие вопроса, который необходимо решить, для чего требуется сначала вычленить саму проблему, определить способ её решения, привести соответствующую аргументацию и, наконец, разработать план действий по устранению проблемной ситуации» [Толмачева 2020, с. 4]. Исследователь подчёркивает, что «устные виды речевой деятельности, воплощённые в диалоге, представляют собой взаимозависимый процесс кодирования и декодирования информации, проходящий несколько этапов. Собеседник слушает высказывание, воспринимает и анализирует информацию, требующую не только буквального понимания, но и глубокого осмысления того, что имеет в виду говорящий, какова истинная цель речевого посыла, каков уровень знаний собеседника, его статус» [Толмачева 2020, с. 8].

Таким образом, поиск универсального профессионального медицинского жанра приводит различных исследователей к продуктивным находкам и решениям. Мы считаем, что диалогическая профессиональная речь медицинского работника

разнообразна, так как в силу профессии иностранный студент, будущий врач, решает разнообразные задачи, попадает в различные ситуации, требующие в том числе соблюдение определённого алгоритма коммуникативных действий.

Для нашего исследования мы выбрали только одну речевую ситуацию: *диалог врача с пациентом*, потому что считаем, что у иностранного студента-медика именно организация данного речевого взаимодействия при прохождении клинической практики вызывает массу проблем. В связи с этим мы вслед за Д.И. Изаренковым считаем, что данный диалог равен акту общения, но он состоит из элементов, каждый из которых решает частную задачу и выполняет определённую функцию, а также каждый компонент связан с параллельным заполнением карты больного.

По классификации Д.И. Изаренкова диалог «врач – пациент (больной)» можно трактовать как диалог осложнённого типа, то есть состоящий из нескольких речевых актов, объединённых общей целью. Составные части диалога осложнённого типа (их пять в соответствии с разделами карты пациента), в которых инициатором выступает коммуникант, выполняющий роль врача. На каждом этапе (акте общения) перед иностранным студентом-медиком, выполняющим социальную роль врача, стоят разные промежуточные задачи:

- 1) *получить* информацию о пациенте (паспортные данные больного);
- 2) *выяснить* симптомы, а для этого *расспросить* пациента;
- 3) *узнать* историю заболевания, *выяснить* факты, предшествующие расспросу;
- 4) *выяснить* обстоятельства жизни пациента;
- 5) *провести* осмотр и *уточнить*.

1) Выяснение паспортных данных больного – это, пожалуй, самый простой речевой акт, который можно соотнести с жанром диалога-опроса (запроса), основанном на модели «*вопрос – сообщение*». Для того чтобы у иностранного студента, готовящегося к клинической практике, не возникало сложностей, необходимо выучить «правильные» вопросы или предложения-просьбы, то есть те,

на которые врач получит полный ответ, адекватный предполагаемой запрошенной информации.

Например, логичнее вместо вопросов предлагать предложения «просьбы-подсказки», представленные в Таблице 1:

Таблица 1. *Выяснение паспортных данных больного.*

№	вопрос или предложение-просьба	примерный ответ	
1	Назовите, пожалуйста, свои фамилию, имя, отчество.	Иванов Иван Иванович	Петрова Татьяна Ивановна
2	Графа _____ заполняется студентом-медиком самостоятельно	муж.	жен.
3	Сколько вам лет? Сколько вам полных лет?	22 года.	Мне 40 лет.
4	Вы закончили школу? Или техникум? Или колледж? Или университет?	Университет. Колледж. Техникум. Училище. Школу. Еще не закончил(а) университет.	
5	Вы замужем (женаты)? Вы разведены?	холост, женат, разведён, вдовец	замужем, не замужем, разведена, вдова
6	Какая у вас профессия? Кем вы работаете? Какая у вас должность?	врач, учитель, инженер, фармацевт, IT-специалист, менеджер, дизайнер, водитель, строитель, программист, маркетолог, психолог, официант, бизнесмен, курьер, финансовый аналитик.	
7	Где вы работаете? Где вы учитесь?	Учусь в ОГУ. Еще учусь в школе.	Я работаю в кондитерском

			доме «Винни-Пух».
8	Назовите ваш домашний адрес. Вы живёте в городе? В поселке? В селе? На какой улице вы живёте? Какой номер дома, в котором вы живёте? Назовите номер квартиры (комнаты), в которой вы живёте?	город Оренбург {поселок Ростоши, село Раздольное} улица Совхозная {переулок Дмитриевский, проспект Ленина, Краснознаменная площадь, Шарлыкское шоссе} дом 2, корпус 3 квартира 35 {комната 35}	
9	Назовите номер вашего домашнего телефона (если есть) и мобильного телефона.	Мобильный 8-987-876-43-94	34-87-65
10	Назовите номер рабочего телефона.	У меня нет рабочего телефона.	55-98-00
11	Вы живёте один (одна)? Назовите, с кем вы живёте? Назовите домашний адрес и номер телефона вашего родственника (родителей, брата, сестры и т.д.).	Я живу с родителями. Адрес тот же.	Адрес сестры: г. Оренбург, пр-т Победы, 166/1, кв. 519.

2) Жалобы больного – это этап, на котором необходимо *выяснить* симптомы заболевания, то есть *расспросить, разузнать*, используя разные стратегии и тактики с учётом особенностей пациента. В Таблице 2 представлены стратегии и тактики ведения диалога-расспроса по разделу «Жалобы больного».

Таблица 2. *Выяснение жалоб больного.*

вопросы	дополнительные вопросы	пациент	выбор стратегии	выбор тактик	примерные ответы
Где локализуется боль?	Где именно вы чувствуете боль? Покажите!	Взрослый	Диагностирующая. Прямое получение информации . Блиц-опрос	Запрос конкретной информации Контроль за пониманием информации	- Вот здесь, слева. - Под ложечкой все горит. - Да везде болит.
	Где у тебя болит? Покажи. Животик болит? Покажи, где.	Ребенок	Диагностирующая. Прямое получение информации Эмоционально-настраивающая стратегия	Запрос конкретной информации Тактика сближения.	А) Вот тут. Живот болит.
Какого характера боли вас беспокоят?	Какие боли вас беспокоят: сжимающие, давящие, ноющие или колющие? Как болит: как будто что-то давит, сжимает или колет, как иголочками?	Взрослый	Прямое получение информации Блиц-опрос.	Уточнения информации	- Тянет и колет иногда. - Горит как будто лом горячий воткнули в живот.
		Ребенок		Тактика фасцинации.	Я не знаю. Просто болит.
Чем сопровождается приступ боли? Что еще вы ощущаете?	Тошнота, рвота бывают? Ощущение тяжести в животе бывает?	Взрослый	Прямое получение информации Блиц-опрос.	Тактика акцентирования внимания	- Бывает тошнит. Изжога мучает после печеностей. Отрыжки не замечала.

	Отрыжка, изжога не беспокоят?				- В моем возрасте всех, наверное, тяжесть мучает. Что ни съем, так живот полный. Изжога, конечно, мучает, говорю же горит все здесь.
	Бывает в животе ощущение тяжести? Как будто съел слона? Сейчас не тошнит? А вчера?	Ребенок	Прямое получение информации	Тактика «горячая картошка». Тактика шутки. Тактика примера.	- Вчера тошнило после блинов. - А что такое изжога?

3) Выяснение истории настоящего заболевания пациента – это третий этап (узнать, выяснить).

4) История жизни пациента (больного) со стороны врача – это просьба-побуждение, *запрос информации (побуждение – сообщение)*. Ситуация со стороны пациента требует развёрнутого ответа – рассказа о его образе жизни, привычках и т.п. Конечно, в процессе общения иностранный студент-медик может задавать уточняющие вопросы, но речевая нагрузка в большей степени лежит на коммуниканте, который выполняет роль пациента. Для слушающего (иностранного студента медицинского вуза) его роль заключается в том, чтобы «расшифровать» речь пациента – особую форму устной речи: спонтанную, обладающую избыточностью языковых форм, афористичностью, языковым творчеством носителей языка и т.д.

5) При проведении осмотра иностранному студенту-медику необходимо получить информацию о физическом состоянии пациента (диалог-опрос), поэтому будущему врачу приходится применять в общении облигативы (группа побудительных

речевых актов). В нашем случае к облигативам относятся: *команды* (Встаньте! Откройте рот!), *предписания* (Задержите дыхание!), *инструкции* (Когда я буду прощупывать живот, скажите, где вы почувствуете боль), *запреты* (Не дышите! Не разговаривайте! Не закрывайте рот!) и *разрешения* (Дышите! Сплюньте слюну! Одевайтесь!). Для данной ситуации общения естественным является то, что статус говорящего (иностранный студент-медик) выше, чем статус адресата и реализация побуждаемого действия первично выгодна говорящему (для постановки или подтверждения диагноза), а затем и самому адресату, в случае разрешения или рекомендации (Сядьте! Принимайте ...! Ешьте! Отдыхайте!). Для того чтобы расположить к себе пациента, проявить доброжелательность, будущий врач может прибегать к использованию различной оценочной лексики, например, имён существительных с уменьшительными суффиксами: *пеленочка, стульчик, ручка, ножка и др.* Языковые средства оценки, умело использованные в процессе осмотра, выполняют психотерапевтическую функцию, помогают успокоить пациента, показать сочувствие, наладить контакт с больным.

Но помимо вербальной коммуникации, которая осуществляется средствами языка, установить контакт с пациентами иностранному студенту-медику могут помочь средства невербальной коммуникации. Умение считывать невербальные знаки пациента особенно важно при наличии языкового барьера, когда вербальную коммуникацию можно дополнить мимикой, жестами, интонацией. Особенно навыки невербального взаимодействия полезны, если пациентом является ребенок или пожилой человек. Например, дети с трудом могут ответить на вопрос о характере боли, времени её возникновения и интенсивности, связи боли с каким-то событием, например, приёмом пищи и т.д., а наблюдения за позой, мимикой и жестами маленького пациента помогают в более точной диагностике.

На качественную подготовку к прохождению клинической практики иностранных студентов-медиков влияет также их осведомлённость о лингвокультурологических особенностях построения речевого взаимодействия. Так, в работе О.Г. Хохловской диалогический дискурс рассматривается как «форма дискурсивной практики (диалога культур), в процессе которой в результате

столкновения культурных логик формируются тексты, отражающие поликультурность сознания и когнитивных процессов говорящих» [Хохловская 2006, с. 45]. Автор подчёркивает, что диалогический дискурс (диалог) тесно связан «с моделью лингвокультурологического поля» [Хохловская 2006]. В данном поле присутствует «лингвокультурологическая доминанта», которая фактически моделирует эмоциональное поле коммуникативного пространства диалога. Эмоциональное поле формируется благодаря взаимодействию языковых, внеязыковых и фоновых единиц: «форм речи, типов языкового мышления, культурных смыслов, текстов с разной культурологической функцией» [Хохловская 2006]. Также учёный вводит понятие сопряжённости участников диалога. «Сопряженность – это речемыслительная деятельность участников диалога, ориентированная на учет поликультурности (наличия множества взаимодействующих и взаимодополняющих культурных логик в сознании и мышлении) или инокультурности (приоритета норм и правил другой культуры в сознании и мышлении) собеседника [Хохловская 2006]. Таким образом, представители различных культур, в частности индийской и русской, обладают разной логикой мышления, которая уже сформирована, с одной стороны, в сознании иностранного студента-медика(индийца) и, с другой стороны, – пациента, обладающего лингвокультурой носителя русского языка. Столкновение различных типов мышления, различных моделей общения, в частности индийской и русской, могут стать причиной недопонимания смыслов, эмоционального напряжения. Таким образом, обучение профессиональному диалогу-расспросу – это еще и погружение иностранного студента-медика в коммуникативное пространство профессиональной лингвокультуры. Технология СМВ позволяет в процессе обучения профессиональному диалогическому общению «проработать» с иностранными студентами-медиками несколько вариантов одного и того же сценария, «погрузить» обучаемого в профессиональную и социокультурную языковую среду не только на занятии, но и после него – во время написания сценария, его обсуждения, репетиций и т.д.

2.2. Стратегии профессионального медицинского диалога-расспроса: типы, структура

Фундаментальные идеи стратегического подхода были заложены в работах Джона Остина и Джона Серля (о теории актов речи), впервые предложивших рассматривать высказывания как инструменты для осуществления определенных речевых действий. Их новаторские идеи нашли свое продолжение в исследованиях теории коммуникационного воздействия российских и зарубежных учёных, таких как: Р.М. Блакар (1987), Т.Н. Николаева (1990), В.Ф. Петренко (1990), В.А. Плотникова (1999), В.Н. Панкратова (2001), В. Сергеечева (2002), Л.М. Хобракова (2003), М.Р. Желтухина (2003), Т.А. Воронцова (2006), В.А. Мальцева (2011), И.М. Дзялошинский (2012), Е.В. Шелестюк (2014), Т. Гун (2019), Н.Ю. Рысев (2020). На данный момент разработано большое количество дефиниций стратегии дискурса (В.З. Демьянков (1981), Gumperz (1982), А.А. Романов (1988), Б.Ю. Городецкий (1989), Е.С. Кубрякова (1991), М.Л. Макаров (1998), И.Н. Борисова (2001), И.В. Труфанова (2001), Н.Ф. Алефиренко (2005), Г.И. Мясищев (2021), О.Н. Садовникова (2021) и др.

В отечественной науке одним из первых обратил внимание на вопросы реализации стратегий общения В.З. Демьянков. Под стратегиями он предлагает понимать «прагматические правила ведения диалога, которые могут быть заранее спланированы или осуществляемые на уровне подсознания» [Демьянков 1981, с. 373]. Если для носителей языка выбор стратегий может осуществляться на уровне подсознания благодаря пониманию культуры той профессиональной среды, в которой он находится длительное время, то для иностранного студента-медика данная среда незнакомая, чужая, поэтому все стратегии (и их варианты) должны быть продуманы и соотнесены с ситуацией общения.

В рамках прагмалингвистического подхода стратегия понимается как «совокупность речевых действий» [Труфанова 2001, 58]. При обучении каждому диалогическому взаимодействию иностранного студента-медика и

предполагаемого пациента им должны быть освоены варианты «цепочки коммуникативных действий и средств языка, выбранных говорящим» [Макарова 2003].

В рамках когнитивного подхода О.С. Иссерс определяет стратегию как «совокупность речевых действий, направленных на решение общей коммуникативной задачи (цели) говорящего» [Иссерс, 2008, с. 182 – 183]. По определению С. Дацюка, стратегия – это «концептуально положенное в технологии мировоззренческое намерение и его действенное осуществление касательно производства содержания коммуникативного процесса, т.е. выбор того или иного коммуникативного пространства, той или иной среды коммуникации, того или иного типа взаимодействия, того или иного места порождения смысла, и, тем самым, одного или нескольких дискурсивных измерений, относительно которых мы строим дискурс коммуникации» (цитата приводится по [Дзялошинский, Пильгун 2014, с. 11–12]). Данное определение заставляет задуматься об обучении стратегии, как единстве цели факторов, которыми руководствуется коммуникант при выборе тактик, особенно о типе взаимодействия в определённой профессиональной среде коммуникации (в нашем случае, медицинской).

Изучение научных трудов с точки зрения стратегий профессионального медицинского общения показывает, что данный аспект был тщательно проработан в трудах С.Г. Борзенко (1983), Ж.В. Бутенко (1988), Д.А. Журкина (1992), Т.В. Кочетковой (1998), И.А. Иванчук (1998), Л.С. Бейлинсон (2001), М.И. Барсуковой (2007), Э.В. Акаевой (2007), В.В. Жура (2008), Л.И. Васецкой (2008), В.В. Белого (2011), Е.Н. Озеровой (2011), А.В. Коробковой (2011), Л.А. Гаспарян (2014), В.Б. Куриленко (2017) и др.

Профессиональный медицинский диалогический дискурс (диалог) представляет особый вид общения, главным признаком которого является ритуальность действий в поведении участников коммуникативного акта. Участники общения могут быть не знакомы друг с другом, но знакомы с нормами поведения, ритуалами, шаблонами данной ситуации. Профессиональный диалогический дискурс (диалог) – это «вербально опосредованная коммуникация

как процесс контролируемого взаимодействия субъектов профессиональной деятельности, характеризующийся определенным комплексом норм, стереотипов мышления и поведения. Профессиональный дискурс представляет собой род институционального, или социально-ориентированного, дискурса. Количество разновидностей профессиональных дискурсов соответствует количеству выделяемых профессиональных сфер деятельности» [Голованова, с. 32 – 33].

На протяжении последних десятилетий результаты исследования разных аспектов медицинского диалогического дискурса (диалога), в частности стратегий диалогического общения, были представлены в работах зарубежных (S. Poirier, D. Brauner, J. Kuipers, P. Atkinson, J. Wilce, M. Gotti) и российских (Л. П. Зосимова 1997, С.А. Мишланова 2003, М.И. Барсукова 2007, Т.В. Кочеткова 2007, В.Э. Акаева 2007, В.В. Жура 2008, Л.С. Бейлинсон 2009, К.В. Ахнина 2014, Т.Г. Карымшакова 2015, Е.Ю. Гагарина 2016, М.С. Невзорова 2017, С.В. Майборода 2021 и др.) исследователей. Все вышеназванные научные работы затрагивают ту или иную проблему, связанную со стратегиями диалогического дискурса (диалога) медицинской сферы. Л.П. Зосимова (1997) анализирует общение между врачом и пациентом в аспекте теории стратегий медицинского профессионального диалога. Предметом исследования М.И. Барсуковой (2007) стал этический аспект речевых стратегий врача. Т.В. Кочеткова (2007) пишет о том, как тип языковой личности врача влияет на выбор стратегий при общении с пациентами. В диссертации Э.В. Акаевой (2007) рассматриваются коммуникативные тактики и стратегии врачей разных специализаций. В.В. Жура (2008) изучает дискурсивную компетенцию в устной коммуникации врача. Л.С. Бейлинсон (2009) рассматривает профессиональный дискурс в нескольких аспектах, применяемых к коммуникативной практике логопеда. Т.Г. Карымшакова (2015) изучает лингвистические тактики речевого воздействия в медицинском дискурсе. Е.Ю. Гагарина (2016) анализирует коммуникативное поведение языковой личности виртуального врача, особенности его стратегий в медицинском интернет-дискурсе. Объектом исследования М.С. Невзоровой (2017) является стратегия коммуникации равностатусных участников медицинского дискурса (врач – врач). В работе С.В.

Майбороды (2021) исследуются когнитивные, речевые стратегии и тактики типичные для авторитарного или коллегиального типов дискурса, функционирующих в профессиональной медицинской речевой практике.

Ориентируясь на системообразующие признаки профессионального диалогического дискурса (диалога), описанные М.Ю. Олешковым, можно выделить отличительные признаки медицинского диалогического дискурса (диалога): *цель общения* – оказание медицинской помощи; *участники общения* – врачи, сотрудники НИИ, студенты-медики; *условия общения* – обслуживание пациентов в медицинских учреждениях; *специфика профессиональных институциональных символов* – спецодежда, оборудование кабинетов, инструменты, медицинская документация и др.; *основные жанры общения*: опрос больного, консультация, лекция и т.д.

Таким образом, профессиональный медицинский диалогический дискурс (диалог) представляет собой особую форму общения, которая характеризуется не только специфическими языковыми особенностями (терминология, клише и т.п.), но и «совокупностью запланированных заранее и реализуемых в ходе коммуникативного акта теоретических ходов, направленных на достижение цели» [Клюев 2002, стр. 18], а также правилами и нормами взаимодействия между медицинскими работниками и пациентами, то есть стратегиями и тактиками. По мнению О.Я. Гойхмана и Т.М. Надеиной, стратегия – это «...определение направления и организация взаимодействия в интересах достижения цели общения» [Гойхман 2001, с.208]. Исследованию стратегий (речевых, дискурсивных, коммуникативных, лингвокогнитивных) уже несколько десятилетий уделяется внимание в гуманитарных науках, в частности в лингвистике и лингводидактике.

Общепринятой классификации стратегий в научной литературе нет, так как процесс коммуникации – явление сложное и неоднозначное, поэтому выбор стратегии часто зависит не только от речевых и коммуникативных показателей, но и от сферы, с которой связано общение, и от лингвокультурологических факторов, оказывающих влияние на коммуникативное пространство.

В работах, исследующих медицинский диалогический дискурс, нет единой классификации коммуникативных стратегий. В целом, эффективное медицинское профессиональное ведение диалога предполагает создание атмосферы доверия, взаимопонимания и сотрудничества, – всё, что способствует улучшению качества общения при оказании медицинской помощи.

Так, в работе М.И. Барсуковой представлена классификация стратегий, основанная на исследованиях В.И. Карасика и Л.С. Бейлинсон, которые предлагают выстраивать коммуникативное общение на основе трёх стратегий: *диагностирующей, лечащей и рекомендующей*, отмечая, что их границы не всегда различимы [Барсукова 2007]. Но Л.С. Бейлинсон выделяет ещё и дополнительные стратегии *постановки диагноза, лечебного упражнения, лечебного контроля, лечебной оценки, объяснительной рекомендации* [Бейлинсон 2001].

Э.В. Акаева придерживается позиции О.С. Иссерс и выделяет две группы стратегий: основные и вспомогательные. К основным относится *когнитивная стратегия убеждения и внушения*. К вспомогательным – *прагматические, диалоговые и риторические*. Прагматические речевые стратегии существуют в двух видах: *эмоционально-настраивающей стратегии* и *стратегии самопрезентации* [Акаева 2007].

В.В. Жура отмечает такие виды стратегий как *информативные* и *интерактивные* [Жура 2008]. Также исследователь отмечает специфический признак медицинского диалогического дискурса (диалога), который определяют специфику его стратегии: *персональность* устного медицинского дискурса в диаде «врач – больной», которая «определяется его терапевтическими целями и реализуется при помощи различных средств его деформализации для сокращения коммуникативной дистанции между участниками общения» [Жура 2008, с. 8].

В.Б. Куриленко (2017) выделяет ещё один важный признак медицинского диалогического дискурса (диалога), определяющий стратегию общения – *лингвотерапевтическая направленность*, нацеленность на «лечение словом». Врач посредством специфических приемов (суггестии и эмпатии) должен создать атмосферу доверия, в которой пациенту будет легче адаптироваться к информации

о состоянии его здоровья, будут снижаться уровень тревоги и стресса, и формироваться позитивные установки, настраивающие его на благоприятный исход болезни. Лингвотерапия позволяет использовать коммуникацию в процессе терапии и профилактики заболевания, избавить больных от неверных убеждений, снижать уровень тревоги и стресса, создавать психологически комфортную атмосферу в процессе лечения.

Анализ научных работ, медицинских стандартов и клинических рекомендаций практикующих врачей позволяет классифицировать используемые в профессиональном медицинском дискурсе стратегии на основе:

- 1) коммуникативного воздействия (информирование, экспликация, аргументативная, инструктивная, гармонизация);
- 2) клинической картины заболевания (аллергический ринит, атеросклероз, язвенный колит, бронхолегочная дисплазия и др.).

Мы считаем, что коммуникативная стратегия медицинского дискурса – это осознанный процесс конструирования диалога врача с больным на основе анализа клинической картины заболевания и выбора речевого поведения, которое позволит создать атмосферу доверия и сотрудничества.

Так как медицинский диалогический дискурс (диалог) направлен на эффективность профессионального общения, то в его рамках используются различные тактики, которые могут быть как вербальными, так и невербальными. В различных научных источниках предлагают разные тактики, которые можно использовать для достижения цели профессионального общения. В научном труде В.Б. Куриленко рассматриваются некоторые тактики, присущие профессиональному медицинскому дискурсу, например, тактики *прямой и косвенной диагностики*, имеющие лингвотерапевтический эффект. Также исследователь к тактикам прямой речевой диагностики относит *устную вербализацию состояния и письменную патбиографию* (подробный устный или письменный рассказ пациента о своих жалобах и о развитии заболевания). Нельзя не отметить тактики *паралингвистической, лингвистической и речеповеденческой диагностики*, благодаря которым врач может оценить состояние больного по его

способности говорить, писать или по невербальным жестам, позе, мимике [Куриленко 2017, с. 139 – 140]. Также Виктория Борисовна описывает тактики коррекции состояния пациента: информирующие, эмотивные и аксиологические. Тактики, которые гармонизируют психоэмоциональное состояние больного и которые связаны с особенностями диагноза и типа пациента (тактики *эмоционального поглаживания, эмпатического слушания, фасцинации* и др.). Помимо тактик, помогающих организовать коммуникацию с пациентом, можно отметить деструктивные тактики, которые, наоборот, затрудняют и даже разрушают общение: *неосознанное внушение больному симптомов предполагаемого заболевания, несовпадение кодов общения, неспособность разобрать аггравацию симптомов, невнимательность к пациенту* [Куриленко 2017, с. 142].

М.И. Барсукова отмечает, что диагностирующая стратегия реализуется с помощью тактик, которые тоже периодически взаимозаменяются: *тактика запроса конкретной информации, сближения, убеждения, побуждения, разъяснения, формирования хода мысли, «честь мундира», презентации* (Барсукова 2007).

Э.В. Акаева пишет, что стратегию убеждения врач реализует с помощью тактик: *экспликация причинно-следственных связей, апелляция к тяжелым последствиям, к жизненному и профессиональному опыту больного*. Речевая стратегия внушения совершается при помощи тактик: *поощрение, предупреждение, преувеличение тяжести состояния, апелляция к опыту врача*. Прагматические стратегии осуществляются через тактики *утешения, создания психологического комфорта, комплимент*. Риторические стратегии используют тактики *метафоризации и мифологизации* [Акаева 2007].

Таким образом, все тактики можно распределить на:

- 1) основные (тактики прямой и косвенной диагностики);
- 2) дополнительные (тактики гармонизации в медицинском дискурсе).

В связи с целями нашей работы для обучения диалогу-расспросу иностранного студента-медика мы предлагаем обучать следующим стратегиям и тактикам, которые способствуют реализации обозначенных стратегий:

1. Стратегия *прямого получения информации (или стратегия «страйк»)*. Врач задает вопрос и получает на него адекватный ответ. Задав один вопрос, врач может получить ответ сразу на несколько вопросов, на которые пациент отвечает в соответствии с логикой заданного вопроса.

Например,

- *На что вы жалуетесь?*

- *У меня такой сильный кашель с мокротой и болит горло. Наверное, это потому, что я сплю с включенным кондиционером.*

Получить прямую информацию от пациента помогают тактики *устной вербализации состояния* (Куриленко) и *запроса информации* (Барсукова), *запроса анамнеза, спирального ведения диалога* (вопросы как будто вытекают один из другого).

2. Стратегия *перекрестных вопросов (или «горячая картошка»)*. Врач задает вопрос, но пациент его не понимает, потому что не владеет медицинской терминологией или плохо владеет русским языком и т.п. В связи с возникшим затруднением врач задает уточняющий вопрос или предлагает варианты ответа, объясняет значение слов, которые не понимает пациент.

Например,

- *Какой у вас кашель сухой или влажный?*

- *Что значит влажный? У меня сильный кашель.*

- *Влажный кашель – это кашель с мокротой, которая удаляется из дыхательных путей. Влажный кашель может быть сильным или слабым (не сильным).*

Для реализации этой стратегии можно использовать тактики *убеждения, разъяснения*.

3. Стратегия *«блиц-опрос»*. Врач задает вопрос с единичным или множественным выбором ответа, но чаще всего ответом на такой вопрос является «да» или «нет».

Например,

- Вы откашливаете мокроту? Или горло как будто дерет, когда вы кашляете? /

Во время кашля выделяется слизь?

- Нет, ничего не выделяется. Горло дерет.

- Одышка бывает?

- Да, иногда.

Также можно использовать тактики *уточнения информации, разъяснения примера, акцентирования внимания.*

Необходимо отметить, что стратегии и тактики – это своеобразный «двигатель» диалогического общения, который не даёт нам полной картины речевой ситуации, потому что не может учесть все типы предполагаемых участников общения (коммуникантов), особенности коммуникативного пространства, в котором происходит действие и т.п. О полной картине профессионального диалогического дискурса (диалога), в том числе и медицинского, можно судить по набору «типичных для данной сферы ситуаций общения, представлений о типичных моделях речевого поведения при исполнении тех или иных социальных ролей, определенной (ограниченной) тематике общения, специфическом наборе интенций и вытекающих из них речевых стратегий» [Шейгал, с. 59 – 60]. Таким образом, только видение полной структуры коммуникативной ситуации, учитывающей все вышеназванные параметры, позволяет иностранному студенту-медику научиться определять цель речевой ситуации, конструировать в её рамках диалоги различного типа, понимать, в каком направлении нужно двигаться в каждой конкретном случае.

В диссертационном исследовании В.И. Шляхова для решения подобных задач предложен **сценарный подход**. Данный подход позволяет взглянуть на речевой акт как на цельную воспроизводимую единицу речевого взаимодействия. Сценарный подход эффективен при обучении иностранных студентов-медиков, потому что «заучивание» и многократное воспроизведение типичных профессиональных ситуаций приведёт к тому, что будущий специалист-медик научится интерпретировать речевые события в определённых регламентированных

ситуациях, добиваться эффективного взаимодействия в рамках уже привычного сценария (например, опрос больного). При сценарном подходе стратегия обеспечивает связность диалогического дискурса (диалога): «стратегия организует все речевые поступки, подчиняет их главной цели общения, позволяет выстраивать последовательность и иерархию тактических речевых приемов от замысла до завершения» [Шляхов 2008, с. 152], а также «...реализованные стратегии поддаются анализу, их можно поименовать и выявить особенности и характерные черты» [Шляхов 2008, с. 153].

Как мы можем судить, коммуникативные стратегии и тактики структурируют взаимодействие между врачом и пациентом, придают ему смысл. Стратегия служит исходным планом для начала диалога и определяет его направление, тактики способствуют развитию общения, ведут его от первоначальной идеи к её завершению: «Функционирование языка в реальном времени – это дискурс, стратегии придают направленность и связность дискурсу» [Шляхов 2008, с. 167].

Важно отметить, что коммуникативные стратегии в медицинском диалогическом дискурсе (диалоге) могут варьироваться в зависимости от ситуации, контекста и индивидуальных особенностей пациента. Сама ситуация представляет собой определённую модель, сконструированную по определённому шаблонному сценарию для тех событий, которые часто повторяются в коммуникации, особенно в профессиональной. Каждый человек имеет представление о типичных сценариях, например, «Поход к стоматологу (или терапевту)». Каждый сценарий – это элемент речевого взаимодействия врача и пациента (макроэлемент), в частности диалог «врач – пациент». В диссертационном исследовании В.И. Шляхова определены характерные черты макроэлементов (или сценариев), представляющих диалогические единства. Во-первых, они представляют собой *более сложные структуры*, чем отдельные речевые акты: «...это статико-динамическая структура, включающая в себя несколько речевых действий, связанных между собой отношениями зависимости и подчинения...» [Шляхов 2008, с. 169]. Во-вторых, в отличие от простых речевых актов, сценарии представляют собой *более многогранные и многослойные конструкции* «сценарии не существуют без

стратегий и тактик общения и сюжета» [Шляхов 2008, с. 179]. Конфигурация и структура сценария формируется под воздействием различных факторов: цели, намерения участников общения, их коммуникативные роли, социальный статус и множество других обстоятельств, которые могут оказывать влияние на процесс коммуникации. Важно отметить, что сценарии не существуют в вакууме: они функционируют внутри коммуникативного пространства диалога, и это придает им определенную протяженность во времени и подразумевает наличие четко определенных начальных и конечных точек. Эти характеристики делают сценарии важным инструментом для понимания структуры диалога. В-третьих, сценарии обладают двойственной сущностью, они проявляются как в форме схем, так и в виде полноценного текстового произведения. Схемы (модели) сохраняются в сознании иностранного студента-медика, но они содержат в себе возможные сюжетные линии, которые обеспечивают логическую последовательность в ряде аналогичных речевых актов. В процессе построения профессионального диалога «врач – пациент» иностранный студент-медик следует определённым сюжетным направляющим в рамках сценария ситуации, то есть сценарии предоставляют участникам диалога определённый простор для выбора. В-четвёртых, сценарии характеризуются повторяемостью: они возникают в разговоре как ответ на потребность в общении и соответствуют целям, которые ставит перед собой говорящий «... воспроизводит «готовый к употреблению» фрагмент по-разному, примеряясь к ситуативным обстоятельствам» [Шляхов 2008, с. 180].

Таким образом, если разработать совместно с иностранными студентами-медиками сценарии диалогического общения ситуации «Опрос пациента» и предложить им «развивать» данные ситуации, меняя цели (опрос пациента, у которого проблемы с органами...), социальный статус собеседника (дедушка, юноша и т.п.), предлагая различные стратегии и тактики, и снимать созданный творческий продукт – то это значительно улучшит коммуникативные навыки, необходимые для прохождения клинической практики. Именно сценарный подход и технология СМВ позволят нам сконструировать модель обучения

профессиональному общению иностранных студентов медицинских вузов для подготовки к клинической практике.

2.3. Коммуникативно-речевой портрет пациента как фактор вариативности профессионального медицинского диалога

Для выбора эффективной стратегии общения врачу необходимо понять, какой пациент находится перед ним, поскольку к каждому нужен определенный коммуникативный подход и набор тактик ведения профессионального медицинского диалога.

В работе А.С. Батышева, Т.Т. Батышевой представлены приемы экспресс-диагностики личности, которые могут помочь врачу построить эффективную коммуникацию с пациентом. Так, авторы выделяют директивный (15%), дружелюбный (35%), экспрессивный (15%) и аналитический (35%) психотипы больных [Батышев 2011].

Обладатели директивного психотипа отличаются уверенными движениями: рукопожатием, походкой и др., малоэмоциональной мимикой, поддержанием прямого зрительного контакта с собеседниками, громким, ритмичным голосом, быстрой, убедительной речью без «воды». С такими пациентами врач должен говорить лаконичными фразами, приводить убедительные аргументы, не проявлять излишней эмоциональности. Детальные объяснения могут вызвать раздражение. Фразы, которые ждет директивный пациент: «Вы должны быстро почувствовать эффект от данных препаратов», «Мы начнем активное лечение» и др.

Дружелюбный психотип пациента проявляется в его желании понравиться, в мягких плавных движениях и походке, сдержанных, располагающих к себе жестах, живой мимике, избегании негатива, тихой, спокойной речи. Люди дружелюбного психотипа предпочитают привычные хорошо известные методы лечения. С такими пациентами можно использовать следующие фразы: «Я вас хорошо понимаю», «Мой опыт мне подсказывает», «Этому препарату можно доверять» и др.

Экстравагантные, громкие и резкие пациенты относятся к экспрессивному психотипу. Они стремятся привлечь к себе внимание резкими эмоциональными жестами, живой богатой мимикой, громким голосом, эмоционально-окрашенной лексикой. Подход к таким пациентам можно найти, используя эмоции, юмор, акценты на новизне: «Это средство просто сенсация», «Используем революционные методы», «Всего три таблетки и вы опять в строю» и т.п.

Характерными чертами пациента с аналитическим психотипом являются взвешенность, логика и педантичность. Такие пациенты стараются держаться на большой дистанции с собеседником, у них размеренные, сдержанные жесты и мимика, зрительный контакт почти не поддерживается, речь структурированная, рациональная, голос спокойный и монотонный. От врача ждёт сдержанных детальных разъяснений, точных данных, доказательств.

Не менее важно учитывать особенности пациента в зависимости от темперамента. *Холеричный пациент* – нетерпеливый, вспыльчивый, раздражительный, но быстро отходчивый, любит шутки и юмор. *Пациент с меланхолическим типом темперамента* выделяется мнительностью, тревожностью, острой реакцией на невнимательность и бестактность. *Пациент-флегматик* – спокойный, уравновешенный, сдержанный. Такие пациенты малообщительны и неразговорчивы, поэтому сами редко подробно рассказывают о жалобах. *Пациенты-сангвиники* выделяются из всех типов общительностью, разговорчивостью, оптимистическим настроением. Такие пациенты верят в благоприятный исход болезни, но иногда бывают легкомысленны и не выполняют предписания врача.

Также при осмотре пациента следует учитывать тип его ведущей сенсорной системы. Для *пациента-визуала* важна внешность собеседника. Он обращает внимание на выражение лица, жесты, мимику, позу и др. Такого пациента раздражает и отталкивает неопрятный, мятый белый халат, отсутствие эмоций на лице врача, беспорядок на рабочем столе и т.д.

Пациент-аудиал в начале общения обращает внимание на голос собеседника: на тон, тембр, выразительность. Такого пациента обычно раздражают посторонние звуки.

Для *пациента-кинестетика* важны тактильные ощущения. Для того чтобы он был расположен к доверительной беседе, ему необходимо создать комфортные условия: удобный стул, мягкое кресло, инструменты комфортной температуры. Такой пациент одобрительно относится к касаниям врача в качестве утешения.

Также проводится учёными типизация больных на основе коммуникативных характеристик [Billings 1999; Coulehan 2001a; Swartz 2002]. Выделяют четыре типа пациентов:

1. Малообщительный, который в беседе с врачом не проявляет инициативы; отвечает неполными предложениями; скрывает истинные причины заболевания и т.п. Причинами такого коммуникативного поведения могут быть врождённые качества (характер, темперамент, психотип); подавленное психологическое состояние в данный момент; страх перед врачом; стереотип: в беседе с врачом пациент является лишь слушателем.

2. Разговорчивый, который стремится в мельчайших подробностях описать своё состояние и причины его возникновения. Данный тип пациентов пытается управлять процессом общения с врачом, увеличивает время, отведённое врачу для проведения опроса больного, что иногда может сказываться на качестве диалога.

3. Непоследовательный, который даёт невразумительные непоследовательные ответы на вопросы врача. Не успев закончить одну мысль, перескакивает на другую. Это может быть вызвано спутанностью сознания, нервным состоянием или свойством характера. Коммуникация с данным типом пациентов сложна, особенно для иностранного студента-медика.

4. Агрессивный пациент всегда стремится оказывать влияние на медицинский персонал. Его речь эмоционально выраженная, резкая, не всегда громкая, может быть спутанной и невнятной.

В.В. Жура отмечает, что на развитие общения врача и пациента влияет эмоциональный дейксис или «эмоциональная позиция языковой личности,

представляющая собой результат взаимодействия следующих параметров: эмотивной интенции, качества, оценочного знака и направленности эмоций, переживаемых субъектом речи в момент создания высказывания» [Жура 2008, с. 37]. А на эмоциональный дейксис влияют психоэмоциональные типы пациентов, описанные в работе Coulehan:

- 1) *Требовательный тип* стремится удерживать внимание всего медицинского персонала на себе, предъявляет большое количество жалоб и требует немедленной реакции врача. При отсутствии срочного решения проблемы такие пациенты становятся агрессивными, озлобленными и грубыми.
- 2) Одним из положительных типов пациентов является *организованный тип*, который стремится получить всю необходимую информацию. Данный тип пациентов всегда заранее планирует интересующие его вопросы. В коммуникации с врачом даёт четкие вдумчивые развернутые ответы.
- 3) Пациенты *склонные к драматизации* зачастую гиперболизируют свои жалобы, считают себя обделёнными вниманием и могут обвинять врачей в некомпетентности.
- 4) *Многострадальный тип* пациентов ходит от врача к врачу, но, по его мнению, не получает должного лечения. В беседе делится своими неудачами, бедами и разочарованиями в плане медицины вообще, и в будущем может трансформироваться в *параноидальный тип* пациента, который не верит врачам, открыто высказывает свое негативное мнение о медицинских работниках, ранее оказывавших им помощь, ругает систему здравоохранения и всех, кто с ней связан.
- 5) Также возмущением и враждебностью отличается пациент *высокомерного типа*, который требует к себе особого внимания и почтения [Coulehan 2001a, с. 196-204].

Дискурсивное поведение пациентов также рассматривается с позиции гендерной принадлежности (Григорян 2004, Земская 1993, Кирилина 1998, Ainsworth-Vaught 1998, James 1993, Lakoff 1975, 2003 Linn 1984, Tannen 1993, West 1983, 1987, 1993). Гендерные особенности изучаются путем сравнения речевой деятельности с нормативными концепциями и видами деятельности, которые присущи мужчинам и женщинам, нормы поведения которых отражаются в

гендерных стереотипах. Так, например, женщинам свойственна тенденция к гармонизации общения, в то время как мужчины тяготеют к соперничеству, что объясняется их доминантными позициями в социальной жизни (Tanner 1993).

«Женщинам более свойственны фатические речевые акты. Они легче переключаются, «меняют» роли в акте коммуникации» [Телия 1991, с. 32]. Мужчинам сложнее, чем женщинам, переключаться с одной темы на другую, и в беседе они могут не реагировать на фразы, не связанные с темой разговора. К особенностям женской речи В.Н. Телия относит аргументацию случаями из личной жизни или опытом людей ближайшего окружения.

Работы по изучению коммуникации в медицине также указывают на актуальность исследования гендерного аспекта. Гендерная принадлежность пациентов определяет некоторые особенности коммуникации (Tannen 1993, West 1984a). Речь пациентов мужчин стремится к точной коммуникации, изобилует терминами, но в то же время пестрит стилистически сниженной и бранной лексикой. Речь пациенток отличается экспрессивностью: используется большое количество междометий и эмоционально-оценочных слов.

Помимо гендерной принадлежности на коммуникативно-речевые особенности пациентов влияют возраст и социальный статус. Можно выделить следующие возрастные группы пациентов: дети, подростки, взрослые и пожилые. Когда пациентом является ребенок, то большую часть информации о его самочувствии предъявляют родители. Также может обстоять дело и с пожилыми пациентами: они могут сами участвовать в коммуникации с врачом, либо за них это делают ближайшие родственники.

Изучая особенности социального статуса пациента, В.В. Жура предлагает включать в это понятие 1) положение человека в обществе, 2) общую степень его интеллектуального развития и воспитания, 3) уровень образованности [Жура 2008].

Также на коммуникацию может влиять тяжесть заболевания пациента. Так, Н. Эйнсворт-Вогн после проведенного исследования отметил, что пациенты, страдающие онкологическими заболеваниями, задают в два раза больше вопросов [Ainsworth-Vaughn 1998, с. 34]. «В консультациях по поводу тяжелых и

терминальных заболеваний пропозициональное содержание часто оказывается в значительной степени детерминированным эмоционально-оценочной модальной рамкой» [Жура 2008, с. 43].

На основе типологии пациентов, представленных выше, мы разработали рекомендации для иностранных студентов-медиков и примерные сценарии диалога-расспроса.

I. Малообщительный пациент на первый взгляд может показаться проблемным в коммуникативном плане, но с ним, в сравнении с другим типом пациентов можно установить тесный контакт и выявить нужный объем и тип информации. Если пациент не идет на контакт, врачу стоит обрисовать ему возможное развитие заболевания. Так как такой пациент отвечает неполными односоставными предложениями, ему необходимо задавать как можно больше вопросов, требующих развернутого ответа. Кроме того, малообщительный пациент может избегать взгляда врача, поэтому следует чередовать пристальный взгляд на пациента со взглядом в сторону. Но при озвучивании наиболее важной информации всё же следует смотреть в глаза, тем самым показывая свою заинтересованность. В общении с неразговорчивыми пациентами важно обращать внимание на невербальные средства общения, которые помогают найти стратегию и определить тактику для установления доверительных отношений. Не стоит использовать фразы, которые могут вызвать у пациента непредполагаемую реакцию. (*Расскажите подробнее. Я вас внимательно слушаю, говорите*). Задавать лучше конкретные вопросы (например, *Боли возникают утром или вечером? Головные боли вас беспокоят? Рвота бывает?*). Пример диалога-расспроса с малообщительным пациентом представлен в Таблице 3.

Таблица 3. *Пример диалога-расспроса врача с малообщительным пациентом в стационаре.*

Пациент-мужчина	Пациентка-женщина
------------------------	--------------------------

<p>- Здравствуйте! Как вы себя чувствуете? Расскажите, пожалуйста, что с вами случилось.</p> <p>- Здравствуйте. Уже нормально. Я же все рассказывал врачу в скорой помощи.</p> <p>- Да, все верно. Я познакомился с вашими жалобами при поступлении. Но я хотел бы узнать о вашем самочувствии на сегодняшний день.</p> <p>- Ну чуть отпустило.</p> <p>- То есть, сегодня не было приступов боли?</p> <p>- Нет.</p> <p>- Когда последний раз вы чувствовали боли в области сердца?</p> <p>- Вчера.</p> <p>- Какие боли вы ощущали: сжимающие, давящие или колющие?</p> <p>- Не знаю.</p> <p>- На грудь давило (<i>показывает ладонью давление</i>)? Может быть, было трудно дышать? Или периодически кололо, как будто иголками?</p> <p>- Кололо.</p> <p>- На вдохе усиливалось?</p> <p>- Да.</p>	<p>- Здравствуйте! Как вы себя чувствуете? Рассказывайте, что случилось.</p> <p>- Умираю, наверное.</p> <p>- Врач здесь я, давайте я буду ставить диагнозы (<i>поддерживающая улыбка</i>). Покажите, где болит.</p> <p>- Тут (<i>показывает на область сердца</i>).</p> <p>- Давит, колет, сжимает?</p> <p>- Горит огнем.</p> <p>- Как долго длится боль?</p> <p>- С утра.</p> <p>- С одинаковой интенсивностью? Или уменьшается, увеличивается?</p> <p>- Одинаковой.</p> <p>- Интенсивные жгучие боли? Сильные?</p> <p>- Терпимо.</p> <p>- Чем сопровождается боль?</p> <p>- Ничем.</p> <p>- Голова не кружится?</p> <p>- Ну немного. Плакать хочется. Думаю, что умру.</p> <p>- Такое состояние допустимо при вашем диагнозе. Но вы сейчас здесь, под наблюдением, поэтому думайте о хорошем. Скажите, тошнота, рвота бывают?</p>
---	---

- Боль появлялась, когда вы лежали в постели или двигались? Вы ходили куда-нибудь?

- Лежал, куда тут у вас ходить.

- Сколько времени продолжался приступ боли?

- Лекарство ваши медсестры дали, прошло все.

- Вы сразу сообщили на пост, что вам плохо?

- Почти.

- Или прошло минут 10 – 20?

- Ну, наверное. Сейчас уже ничего не болит. Выпишите меня домой.

- Я понимаю ваше желание вернуться домой. Дома, как говорится, и стены лечат, но при наличии у вас таких симптомов вам необходимо наблюдаться в течение нескольких суток для того, чтобы посмотреть ЭКГ в динамике, посмотреть анализы в динамике, нет ли нарастания ишемии. Если мы вас сейчас выпишем, то возможные варианты развития – это нарастание ишемии, перетекание в полноценный инфаркт с вытекающими отсюда нарушениями ритма, осложнениями, вплоть до летального исхода.

- Нет.

- Какое у вас «рабочее» артериальное давление?

- Низкое.

- 110/70 или ниже?

- 105, 110. Точно не знаю.

- Понятно. Давайте руку, сейчас проверим.

<p>- Ладно, уже не первый раз же. Пройдет.</p> <p>- Находясь дома проконтролировать все эти показатели невозможно никак, поэтому настоятельно рекомендуем вам остаться в стационаре в течение ближайших нескольких дней. При необходимости в условиях стационара сделаем коронаграфию. <i>(пациент тяжело вздыхает)</i></p> <p>- Если показатели стабилизируются, если мы увидим, что нет угрозы для вашей жизни, то мы сразу вас выпишем.</p>	
--	--

II. Опрос **разговорчивого пациента** может быть осложнен слишком подробным рассказом о симптомах с множеством деталей, не относящихся к заболеванию, которые могут сбивать врача с толку. Опытные специалисты рекомендуют в таких ситуациях возвращать пациента в состояние здесь и сейчас с помощью вопроса: «Что вас беспокоит именно сейчас?». В конце беседы следует уточнить у пациента все ли он понял, потому что разговорчивый тип пациентов зачастую слышит только себя. Чтобы не показаться невнимательным и нежелающим разговаривать, можно добавить: «Я знаю, мы ещё не все обсудили, но у нас будет время завтра на утреннем обходе». Пример диалога-расспроса с разговорчивым пациентом представлен в Таблице 4.

Таблица 4. *Пример диалога-расспроса врача с разговорчивым пациентом в стационаре.*

Пациент-мужчина	Пациент-женщина
------------------------	------------------------

- Что вас беспокоит?

- Неделю работал сутками, говорил прорабу, что сил нет уже, заменяет пусть меня, а у него планы, сметы, вот и слег. Тут давит, там сжимает.

- То есть вы считаете, что причиной приступа боли является стресс и утомляемость на работе?

- А что еще?! Умрёшь на работе, никто и не заметит. Поднимут и заставят дальше строить. Им же быстрее надо дом сдать, деньги поучить, а на рабочих плевать.

- Скажите, что вас беспокоит именно сейчас?

- Болит сердце. Да так, что в руку отдаёт. Что это инфаркт? Или невралгия? Напарник говорил мне, что продуло, наверно, вот и щемит. А мне и дышать больно было. Жена говорила, что это пневмония. Антибиотиками пичкала.

- Какого характера боли вас беспокоят: сжимающего, давящего или колющего?

- Давящего. Как кирпич лежит на груди. Дышать тяжело.

- Боль постоянная или приступами?

- Что беспокоит?

- Колет в груди, как будто иголками. Делаю вдох, и боль становится сильнее. И так уже несколько дней.

Меня это так беспокоит. У меня скоро отпуск, я планировала на море улететь, а тут эти приступы.

- Боли постоянные или приступообразные?

- Ну не всегда. Колет несколько минут, и так несколько раз в день. Вчера было раза три. Сегодня с утра уже несколько раз кололо.

- Когда начались приступы боли?

- Первый раз заболело сердце в августе. Я была на огороде. Убирали с мужем всё и тут прихватило.

- То есть начало заболевания связано с физическими нагрузками?

- Ну можно и так сказать. Ещё и на работе перед отпуском сплошные отчеты, нужно доделать все документы. Никто за меня это не сделает.

- Итак, боли возникают при физических нагрузках и при стрессе?

- Да.

<p>- Поболит и отпустит. Ладно хоть так.</p> <p>- Как долго длится боль во время приступа: несколько минут или несколько часов?</p> <p>- Минуты 3 – 4, но повторяется каждый час. У моей тещи тоже было так. Померла лет 5 назад.</p> <p>- А кто-нибудь из ваших родственников по линии отца или матери страдал заболеваниями сердечно-сосудистой системы?</p> <p>- У отца был инсульт. Или это не сердечно-сосудистая система? У бабки давление вроде высокое было.</p> <p>- Вы сказали, что боль отдает в руку. В левую или в правую?</p> <p>- В левую. Вот, где сердце. Туда какой-то теплотой разливается. Рука вроде и немеет, и в тоже время болит. Так бывает, когда отлежишь руку ночью. Вот недели две назад после смены уснул неудобно – тоже так болела.</p> <p>- Тошнота, рвота бывает?</p> <p>- Да вроде нет. В прошлом месяце отравился, прям полоскало несколько дней.</p> <p>- Сегодня тошноты не было?</p>	<p>- Приступ боли сопровождается сердцебиением или одышкой? Бывает трудно дышать?</p> <p>- Мне кажется у меня начинается паника, поэтому дыхание сбивается. А сильного сердцебиения не замечала. Иногда бывает, когда по лестнице поднимаюсь на 5 этаж, то и сердцебиение, и дыхание сбивается.</p> <p>- Вы принимаете какие-нибудь лекарства? Чем до этого снимали приступ боли?</p> <p>- «Валидол», «Корвалол». Помогали бы они. Мне соседка «Авокард» советовала, ей помогает, я не пробовала ещё. Столько названий препаратов! А цены на них! Я в аптеке обычно прошу подобрать мне аналоги.</p> <p>- То есть «Валидол» и «Корвалол» приступ боли не снимали?</p> <p>- Нет. Боль уменьшалась на какое-то время. Но все равно повторялась.</p> <p>- При поступлении у вас было давление 160/100 мм.рт.ст. Страдаете гипертонией?</p> <p>- Нет. Бывает, что голова болит. Давление мерить некогда. Кофе выпью, иногда помогает. Это же</p>
---	--

<p>- Нет.</p> <p>- Дышать тяжело постоянно? И в состоянии покоя и когда двигаетесь?</p> <p>- Да, вот сейчас лежу, на грудь давит и дышать трудно, я в интернете читал, что это – признаки инфаркта. ЭКГ же сделали, что там. Инфаркт ведь.</p> <p>- Давайте не будем верить всему, что пишут в интернете. Сейчас клиническая картина указывает на приступ стенокардии, а не инфаркта. Проследим состояние в динамике.</p> <p>Вы сказали, что принимали антибиотики. Вспомните название препарата?</p> <p>- Нет, конечно. У нас дома жена как врач, всех лечит. В прошлом году я в больницу даже ни разу не ходил. Она про всё знает.</p> <p>- Это хорошо, когда есть кому позаботиться, но все же я бы не рекомендовал в будущем заниматься самолечением. Сейчас отдыхайте, скоро придет медсестра и отвезёт вас на повторное ЭКГ.</p>	<p>значит, что давление, наоборот, низкое. В роддоме, наверное, последний раз фиксировали высокое давление.</p> <p>- Если бывали случаи критического повышения давления, то необходимо постоянно его контролировать. Нужно обратиться к врачу за назначением специальных препаратов для профилактики инсульта. Гипертония – это не шутки.</p> <p>- Ваши родители или кто-нибудь из родственников страдают заболеваниями сердечно-сосудистой системы?</p> <p>- Да, мама мучилась с высоким давлением. Чем мы её только не лечили. В больницу она отказывалась ложиться. Зять даже из Израиля что-то привозил, но чему быть, того не миновать. Умерла от инфаркта.</p> <p>- Если вовремя начать специализированное лечение, то многих осложнений можно и избежать. Этим мы с вами и займемся. Сегодня в 12:00 вам нужно сходить на повторное ЭКГ.</p>
--	---

	Все ли понятно? Если возникнут вопросы, обратитесь на пост к медсестре.
--	---

III. Как мы уже отмечали выше, **непоследовательного пациента** отличает сбивчивая речь, но это может свидетельствовать и о возбуждении нервной системы, вызванном волнением или приёмом большого количества лекарств. Следует уточнить у больного о его состоянии и о принимаемых им препаратах. Также похожее поведение можно наблюдать у дезориентированных больных, которые с трудом ориентируются в пространстве и в ситуации в следствие системного неврологического заболевания. Таким пациентам нужна поддержка, поэтому с ними следует установить визуальный или тактильный контакт.

Если врач замечает нарушение когнитивной деятельности, то следует обратить внимание на оценку психического статуса больного, проверяя уровень сознания и памяти.

В конце расспроса непоследовательного пациента требуется резюме, чтобы убедиться в правильности интерпретации информации: «Насколько я понял болезнь началась с сжимающих болей в затылочной области, возникающих в конце рабочего дня, а потом присоединились боли в сердце и одышка». Пример диалога-расспроса непоследовательного пациента представлен в Таблице 5.

Таблица 5. *Пример диалога-расспроса врача с непоследовательным пациентом в стационаре*

Пациент-мужчина	Пациентка-женщина
- Как вы себя чувствуете?	- Как вы себя чувствуете?
- Хорошо.	- Все болит.
- Жалоб нет?	- Давайте по порядку. Где болит сильнее?
- Нет. А что случилось?	- Сильнее всего в ушах шумит.
- Вы поступили в больницу в карете скорой помощи.	- Голова не кружится?

<p>- А, ну это жена вызвала, я говорил не надо. Первый раз что ли.</p> <p>- То есть ранее у вас уже были боли в области сердца?</p> <p>- У меня не сердце болит, а живот.</p> <p>- Но вы держите руку на груди.</p> <p>- Ну это так, разливается сюда.</p> <p>- Разливается? Отдает в грудную клетку?</p> <p>- Да, печёт немного.</p> <p>- Сейчас не тошнит?</p> <p>- Нет. Да ничего у меня не болит.</p> <p>- Поднимите футболку. Сейчас я буду прощупывать живот, скажите, в каком месте вы почувствуете боль. Здесь больно? А здесь?</p> <p><i>(выражение лица показывает, что пациенту больно)</i></p> <p>- Как я понимаю болит здесь.</p> <p>- Угу.</p> <p>- Ну это, наверное, от яблочного уксуса.</p> <p>- Вы пили яблочный уксус? Для чего?</p> <p>- Печень чистил. Жена прочитала в журнале. Зато сразу печень болеть перестала.</p> <p>- Сама печень болеть не может, в ней отсутствуют нервные окончания.</p>	<p>- Кружится.</p> <p>- Какого характера головокружения: предметы перемещаются по отношению к вам или вы перемещаетесь по отношению к окружающим предметам?</p> <p>- Я сама уплываю на каком-то корабле, где море шумит в ушах, и кто-то по голове бьёт.</p> <p>- В какую часть головы «бьёт»?</p> <p>- Вот здесь, сзади.</p> <p>- Головная боль длительная или быстро проходит?</p> <p>- Сейчас у меня не болит голова.</p> <p>- Я понимаю. Но когда вы раньше чувствовали головную боль, она была длительная?</p> <p>- Да. Как обручем голову сжимало.</p> <p>- Боли в области сердца бывают?</p> <p>- А ещё перед глазами летают какие-то точки.</p> <p>- Сейчас или при головной боли?</p> <p>- Сейчас.</p> <p>- Итак, сейчас у вас головокружение и мелькание точек перед глазами.</p> <p>- Да, и в сердце колоть уже начало. Я устала, долго мы ещё будем беседовать.</p>
--	---

<p>Покажите, где болело? Нажимаю, что чувствуете?</p> <p>- Неприятно. Так что от печени в сердце отдает что ли?</p> <p>- Когда в последний раз вы делали УЗИ печени и желчного пузыря?</p> <p>- Никогда.</p> <p>(пауза)</p> <p>- Подождите, вот в истории болезни есть подтвержденный диагноз холецистит.</p> <p>- Ой, я что всё помнить должен. Жене обычно врачи всё говорят. Спросите у неё.</p> <p>- Давайте, прежде чем назначить анализы ещё раз уточним все. Вы чувствуете боль в эпигастральной области, вот здесь, которая отдает в сердце. Также вы ощущаете болезненность при прощупывании печени.</p> <p>- А тошноту не записали? И ещё меня рвало утром.</p> <p>- Какого цвета были рвотные массы? Примеси крови не замечали?</p> <p>- Я не разглядывал. Крови не было вроде.</p>	<p>- Покажите, где колет. Раньше часто бывала боль в сердце?</p> <p>- Ну, если понервничаю с детьми, покричу.</p> <p>- То есть при стрессе. А после физических нагрузок?</p> <p>- Я спортом не занимаюсь. Нет у меня нагрузок никаких. Можно мне таблетку от головокружения, а то сейчас вырвет уже.</p> <p>- Лекарства все переносите? Какие препараты вы обычно принимаете?</p>
--	---

IV. Агрессивный пациент. Причин для агрессивного поведения у больного может быть много: острая боль, серьёзное заболевание, проблемы на работе и дома,

а также чувство одиночества, которое он хочет компенсировать, привлекая внимание к себе таким образом. Агрессия проявляется в грубых ответах, резких телодвижениях, жестах, а иногда и в рукоприкладстве. Иногда серьёзный сосредоточенный вид врача пациент может интерпретировать как недовольный и отстранённый, поэтому врачу во время беседы с пациентом следует «надевать маску» с доброжелательным выражением.

Несмотря на грубый тон пациента его необходимо расспросить, выяснить, что беспокоит, поскольку причиной такого поведения может быть нестерпимая боль. Можно попросить оценить интенсивность боли по шкале от 1 до 10 и принять позицию «активного слушателя». Это может помочь стабилизировать эмоциональное состояние больного.

Также можно использовать приём конфронтации, который поможет пациенту понять, что именно его раздражает: «Вы говорите, что вы спокойны, но ваши руки дрожат, и вы периодически держитесь за грудь. У вас там болит?». Пример диалога-расспроса агрессивного пациента представлен в Таблице 6.

Таблица 6. *Пример диалога-расспроса врача с агрессивным пациентом в стационаре*

Пациент-мужчина	Пациентка-женщина
<p>- Что вас беспокоит?</p> <p>- Медицина ваша меня беспокоит. Бардак во всей системе. Все распродали. Вот в СССР были нормальные специалисты. Все развалили.</p> <p>- Меня радует, что вы переживаете за страну. Но давайте вернемся к вашему самочувствию, сейчас это важнее. По словам врача скорой</p>	<p>- Здравствуйте. Как вы себя чувствуете после введения этого препарата?</p> <p>- Да ещё хуже, чем было. Что за медсестры у вас здесь? Посмотрите на мои руки, все синие, в вену нормально попасть не могут.</p> <p>- Боли за грудиной усилились?</p> <p>- Нет, не усилились. Но с таким отношением к пациентам тут и без болей помрешь.</p>

помощи, вы жаловались на боль в области сердца.

- Ага, только пока они приехали, у меня уже рука отнялась, и голова разламывалась. Час ждать скорую помощь. Они что из Москвы ехали?

- Я понимаю ваше недовольство, но сейчас вы под наблюдением, поэтому нам лучше как можно скорее выяснить всю симптоматику. Попробуйте оценить интенсивность боли по шкале от 1 до 10.

- 12.

- Вам ввели препарат, который купирует боль в ближайшее время. Сейчас, чтобы не тревожить вас расспросами, мы сначала возьмем общий анализ крови, сдадим на тропонин и биохимический анализ. А также сделаем коронаграфию.

- А потом назначите лечение за миллион долларов.

- *(Врач улыбается)* Постараюсь на полмиллиона. Сейчас вам лучше не разговаривать. Пересаживайтесь на кушетку.

- *(Врач добродушно улыбается)* Не переживайте, умереть мы вам не позволим! Расскажите, когда началось заболевание? Какие признаки появились вначале, какие потом?

- Я что десять раз должна одно и то же рассказывать, прочитайте в карте, или этот мальчик со скорой ничего не записал.

- Сергей Сергеевич передал всю полученную им информацию на пост, но я хотел бы лично с вами побеседовать, поскольку теперь я ваш лечащий врач и хочу подобрать именно для вас лучшую стратегию лечения. Итак, сколько времени вы уже чувствуете эти боли? Неделю или больше?

- Больше месяца. Периодически начинает колоть в груди.

- Головные боли беспокоят?

- А как вы думаете? В моём возрасте! Хотя откуда вам знать, вы, наверное, вот только университет закончили.

- Наличие головных болей от возраста, к сожалению, не зависит. Покажите, в какой части головы локализуются боли?

- Вот тут, в затылке.

Иностранному студенту-медику, готовящемуся к клинической практике, необходимо быть знакомым с основными типами пациентов, с их коммуникативно-речевыми характеристиками, потому что на моделирование диалогического общения в рамках диалога-расспроса влияет линия поведения больного. Знание особенностей пациента влияет на выбор врачом стратегий, тактик и вербальных средств при ведении профессионального медицинского диалога.

Выводы по главе 2

Одним из важных аспектов профессии иностранного студента, будущего врача – является овладение профессиональной речью (в частности, диалогической), поскольку именно эффективное общение в медицине является ключевым элементом успешного лечения и укрепления доверия между пациентом и больным. Задачей преподавателя является создание условий, поиск методических решений для подготовки иностранных студентов-медиков к профессиональному диалогическому общению, в том числе и для подготовки к прохождению клинической практики в медицинских учреждениях, где будущий врач оказывается в условиях реального общения и встречается с русской разговорной речью, которая существенно отличается по лексическому составу и грамматическому оформлению от академической речи. Профессиональный медицинский диалогический дискурс представляет собой особую форму общения, которая отличается от других дискурсов не только языковыми особенностями, но и заранее спланированными ходами (стратегиями), направленными на достижение цели (выяснение симптомов, истории жизни больного, диагностики и т.п.).

Как показывают исследования российских и зарубежных исследователей, а также опыт врачей-клиницистов, нет единого «рецепта» в выборе стратегий и тактик во время ведения диалога «врач – пациент», потому что на данный процесс влияют различные факторы. Моделирование диалога будущего врача с больным основывается на выборе эффективного типа речевого поведения для достижения

продуктивной коммуникации в атмосфере доверия и сотрудничества и может базироваться на трёх основных стратегиях ведения профессионального диалога будущего врача с больным: 1) прямое получение информации или «страйк»; 2) задавание перекрестных вопросов или «горячая картошка»; 3) «блиц-опрос». Данные стратегии могут использоваться по отдельности или вместе в логической последовательности, диктуемой типом заболевания пациента, особенностями психотипа больного, лингвокультурной составляющей коммуникативного пространства, ситуацией общения и т.п. Иностранному студенту-медику при прохождении клинической практики следует научиться использовать основные стратегии и выбирать тактики, позволяющие эффективно реализовывать выбранную стратегию в каждом конкретном случае.

Конструирование модели обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу-расспросу на базе технологии студенческого мобильного видео осуществляется на основе идей сценарного подхода: в процессе диалогического общения обучаемый следует заранее продуманным вариантам развития (сюжетным линиям) речевого взаимодействия, что дает ему, с одной стороны, заданный вектор развития диалога, а с другой стороны – простор для творчества, для вариативности решения коммуникативной задачи. В основе модели обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу-расспросу на базе технологии студенческого мобильного видео лежит система регламентированных последовательных действий: студентами совместно (и при контроле преподавателя) конструируются шаблоны ситуаций медицинского диалога-расспроса на заданную преподавателем тему, которые иностранные студенты-медики должны дополнять и изменять в зависимости от психотипа или социального статуса больного, вида заболевания и т.д. Сконструированные сценарии режиссируются иностранными студентами-медиками в студенческое мобильное видео, которое становится предтечей будущих речевых актов, осуществляемых при прохождении клинической практики и в будущей профессиональной деятельности.

ГЛАВА 3. Моделирование обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу-расспросу на базе технологии студенческого мобильного видео

Переход отечественного образования на инновационную стратегию развития повлек за собой изменения в образовательной среде и рост интереса к её способам и методам. Образовательная среда высшей школы рассматривается как многокомпонентный педагогический феномен. Образовательная среда разнообразна и специфична в каждом учебном заведении: в нашем исследовании мы имеем в виду образовательную среду медицинского университета, специфику которой составляют своеобразный понятийно-терминологический аппарат, биоэтика и деонтология, локализация учебного процесса в учебных и лечебных учреждениях.

Новый взгляд на образовательную среду стал возможным благодаря активному внедрению информационных и телекоммуникационных технологий в образовательный процесс. Инновационный этап развития образовательной среды влечет за собой потребность в специалистах, способных решать задачи в различных средах, в том числе и в образовательной среде медицинского учреждения (вуза, поликлиники, больницы и т.д.). Педагогические сообщества освоили возможности новых информационных технологий и инструментов, которые позволили вести образовательную деятельность, неограниченную пространством и временем, и расширили возможность непрерывного образования для всех категорий граждан.

Изменение и развитие образовательной среды, особенно в медицинской сфере, влечет за собой изменение подхода к процессу преподавания. Более того, современная образовательная среда позволяет исследователям-методистам работать над «обновлением» технологий, методов и приёмов, а иногда и конструировать технологии, изобретать методы и приёмы, позволяющие научить иностранного студента-медика не только перерабатывать новую информацию, но и по-новому представлять её в образовательном процессе, а затем и в

коммуникации (устной или письменной). В процессе нашей образовательной деятельности разработана технология студенческого мобильного видео, которая отлично сочетает в себе традиционные достижения методики РКИ и образовательные вызовы времени.

3.1. Модель обучения профессиональному диалогу-расспросу иностранных студентов медицинских вузов на базе технологии студенческого мобильного видео

3.1.1. Структура модели обучения профессионально-коммуникативному общению иностранных студентов-медиков

Структура модели обучения профессиональному коммуникативному общению иностранных студентов-медиков, в частности, профессиональному диалогу при прохождении клинической практики с применением технологии студенческого мобильного видео сконструирована нами на основе компетентностного, коммуникативного, сценарно-стратегического, личностного, этнометодического и системного подходов.

Компетентностный подход направлен на формирование необходимых общекультурных и профессиональных компетенций, а именно: лингвистической (языковой), социолингвистической, дискурсивной (речевой), социокультурной, социальной, стратегической (компенсаторной), предметной, прагматической и профессиональной компетенций (Л.П. Клобукова).

Использование технологии студенческого мобильного видео позволяет перейти в профессиональном образовании от ориентации на знания к их применению. У обучающихся формируется способность решать проблемные задачи различной сложности, способность работать в группе, умение логически отбирать и использовать информацию. В широком понятии под компетенцией понимается способность личности к какой-либо деятельности [Азимов 2009, с. 107]. В образовательной среде компетенция рассматривается как внешнее

требование к образовательной подготовке учащихся, компетентность учащихся – результат овладения различными компетенциями, отвечающими за способность выполнения каких-либо действий [Хуторской 2003].

Коммуникативный подход направлен на развитие смыслового восприятия и адекватного понимания русской речи. Различные виды студенческого мобильного видео создаются в соответствии с актуальными ситуациями, соответствующими определённой теме и коммуникативным потребностям обучаемых, и тем самым способствуют формированию коммуникативной компетенции. Коммуникативная компетенция включает в себя различные компоненты, отражающие степень готовности иностранного студента-медика к коммуникативной деятельности в иноязычной среде:

- *лингвистическую (языковую) компетенцию* – умение использовать правильные грамматические и синтаксические формы, понимать устную и письменную речь, построенную на основе существующих норм русского языка.

- *социолингвистическую компетенцию* – умение использовать при конструировании профессионального диалога-расспроса нужную лингвистическую форму, чтобы выразить свою мысль в зависимости от ситуации и цели говорящего;

- *дискурсивную (речевую) компетенцию* – коммуникативные умения в четырех видах речевой деятельности (говорении, слушании, чтении и письме), позволяющие создавать связные логически осмысленные диалогические тексты в устной/письменной, монологической/диалогической форме в момент возникновения мысли;

- *социокультурную компетенцию* – знания о культурных ценностях страны изучаемого языка, умение находить сходства и различия в культурных традициях родной страны и страны изучаемого языка;

- *социальную компетенцию* – умение и желание вступать в коммуникацию с любым пациентом, умение ориентироваться в ситуации профессионального общения;

- *стратегическую (компенсаторную) компетенцию* – умения и навыки, позволяющие компенсировать недостаток знаний русского языка невербальными способами при передаче или получении информации. Владение данной компетенцией позволяет иностранному студенту-медику во время говорения вносить поправки в свою речь; во время чтения определять значение незнакомых слов, опираясь на контекст или на структуру слова; во время аудирования обратиться к партнеру за помощью (например, попросить повторить сказанное или выразить мысль иными языковыми средствами);

- *предметную компетенцию, которая заключается в умении ориентироваться в содержании общения, различать формы взаимодействия в рамках профессиональной сферы (с коллегой, пациентом и т.п.);*

- *прагматическую компетенцию, состоящую в умении выбрать подходящий языковой материал, в зависимости от типа диалога (диалог-опрос, диалог-интервью, диалог-расспрос и т.п.) и ситуации общения.*

Сценарно-стратегический подход построен на реальных моделях социокультурных систем и основан на целевом объединении усилий иностранных студентов-медиков для поиска совместного решения задачи, поставленной преподавателем. При использовании сценариев медицинского дискурса для обучения русскому языку иностранных студентов-медиков появляется необходимость «проанализировать дискурсивные события полилогического, диалогического и монологического характера; определить статусные и ролевые характеристики собеседников, их коммуникативные цели; уточнить избранные стратегии и тактики для достижения поставленной цели» [Синьей 2019, с. 135 – 136]. Важную роль играет этап выбора лексики, поскольку одной из задач обучения является формирование навыка трансформации общеупотребительной лексики и медицинскую терминологию и наоборот.

Применение технологии СМВ позволяет познакомить иностранных студентов-медиков с тонкостями профессиональной и социокультурной среды при помощи работы по созданию сценария видеопродукта и его обсуждения. У обучаемых появляется возможность многократно проиграть один и тот же

сценарий в разных вариациях (в зависимости от вида и тяжести заболевания, типа пациента и т.д.), выбирая ту или иную стратегию. Работа по созданию СМВ позволит иностранным студентам-медикам научиться прогнозировать и моделировать диалог с пациентом в будущем. Именно сценарный подход принимает во внимание стратегии и тактики, выбранные собеседниками и многовариативность их поведения.

Личностный подход позволяет в процессе обучения формировать и совершенствовать определённые коммуникативные и профессиональные навыки, необходимые иностранным студентам-медикам для прохождения клинической практики. Применение технологии студенческого мобильного видео позволяет создавать реальные профессионально ориентированные коммуникативные ситуации, в которых используются фразы, микро- и макровысказывания, осмысленные и значимые, в том числе и обладающие культурно значимым смыслом. Данный подход позволяет в процессе деятельности формировать личностные профессиональные и коммуникативные качества.

Этнометодический подход подразумевает, что при обучении русскому языку иностранных студентов-медиков необходимо использование заданий, ориентирующих на развитые и устойчивые стороны этнопсихики данной категории обучающихся, а также на особенности национального менталитета, структуру родного языка обучаемого, культурные традиции. При конструировании модели обучения профессиональному коммуникативному общению индийских студентов-медиков с применением технологии студенческого мобильного видео были учтены этнокультурные особенности обучаемых, их культурные, религиозные и психоповеденческие особенности.

Системный подход, реализующийся через связь внеурочной деятельности с учебным процессом, позволяет построить модель обучения профессиональному диалогу-расспросу на основе технологии студенческого мобильного видео как единое целое, связанное: цели обучения, содержание, алгоритм действий, структура занятий.

Обучение иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу с применением технологии СМВ представлено следующими взаимосвязанными компонентами: целевым, содержательным, организационным и контрольно-оценочным.

I. Целевой компонент модели обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу, в частности диалогу-расспросу, на базе технологии СМВ имеет следующую структуру (схема 2):

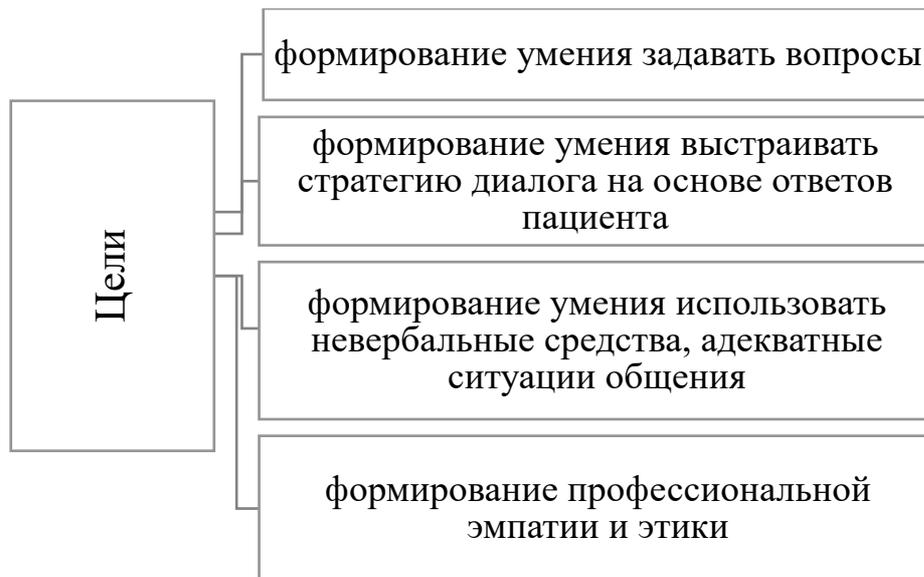


Схема 2. Целевой компонент модели обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу на базе технологии студенческого мобильного видео

Целевой компонент интегрирует: 1) формирование умения задавать вопросы, в том числе и уточняющие, которые необходимы при организации профессиональных диалогов-расспросов; 2) обучение стратегиям и тактикам общения в зависимости от социального статуса пациента, его этнокультурных предпочтений, а точнее – от его ответов; 3) определение невербальных средств, адекватных данной ситуации и выбранной стратегии общения; 4) формирование профессиональных этических ценностей и эмпатии.

II. Содержательный компонент (представленный на схеме 3, с. 129) модели обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу-расспросу включает четыре базисных компонента:

1) Формирование профессионального медицинского мировоззрения необходимо совершенствовать в русле новых изменений профессиональных ценностей и неполного совпадения с национальными ценностями обучаемых, то есть необходимо расширять кругозор иностранного студента-медика в области российских профессиональных традиций, современной профессиональной культуры.

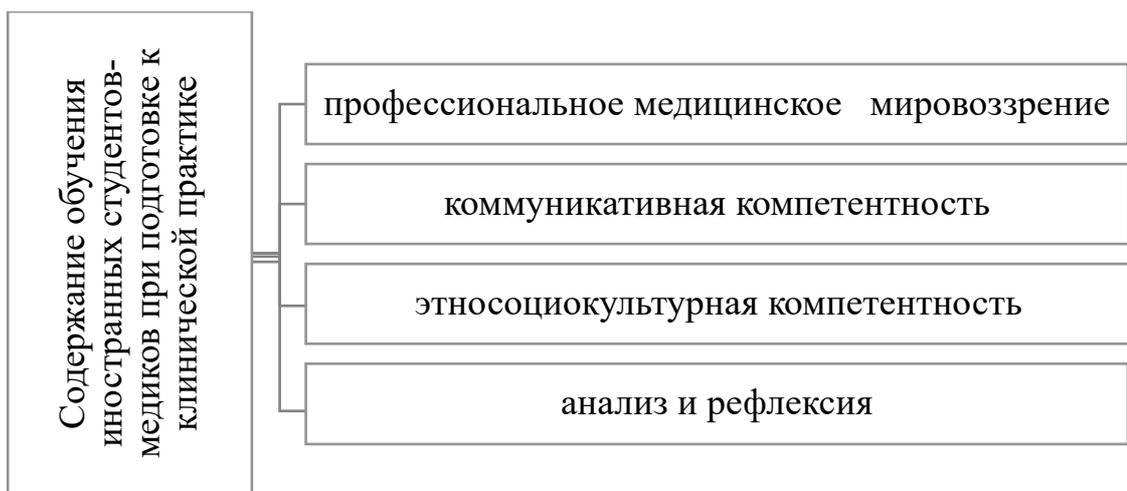


Схема 3. Содержание обучения иностранных студентов-медиков при подготовке к клинической практике

2) Коммуникативная компетентность в иноязычной среде включает лингвистическую (языковую), социолингвистическую, дискурсивную (речевую), социокультурную, социальную, стратегическую (компенсаторную), предметную, прагматическую и профессиональную компетенции (Клобукова). Стоит обратить внимание, что современный социальный заказ направлен на формирование профессиональной коммуникативной личности, а для выполнения данной задачи необходимо создать условия, способствующие формированию всех вышеназванных её компонентов.

3) Этносоциокультурная компетентность связана, с одной стороны, со знанием национальных особенностей многонациональной России, а, с другой стороны, с процессами социокультурной адаптации иностранных студентов медицинского вуза, отсутствие которой является причиной языковых и

психологических барьеров. Например, Е.В. Крапивник и В.В. Бессмертная отмечают, что для адаптации иностранного студента необходимо учитывать историю страны, её географию, климат, политические и экономические особенности родной страны обучающихся, тип культуры и национального характера, особенности методики преподавания иностранных языков в их стране, особенности строя родного языка и письменности [Е.В. Крапивник и В.В. Бессмертная]. Анализ научных работ [Л.А. Бархударова, В.С. Горбунова, Е.Н. Каюда, Н.В. Сафронова, К. Сулабхи и др.], а также наш опыт работы в индийской аудитории позволили сделать некоторые выводы об основных характеристиках индийского национального характера, особенностях системы обучения в Индии, специфики языковой ситуации (особенности диалектов и письменности), – то есть, факторах, влияющих на выбор технологий, методов, приёмов при обучении русскому языку и при подготовке к клинической практике, в частности, индийских студентов-медиков. Как отмечает И.А. Пугачев, у студентов из стран Азии может быть хорошо развит навык письменной речи (хотя, по нашим наблюдениям, индийские студенты быстро теряют концентрацию при выполнении письменных заданий), но могут возникнуть трудности с устной речью. Особенно Иван Алексеевич делает акцент на низком уровне способности трансформировать диалогическую речь в монологическую, что подтверждают и наши наблюдения. Анализ поведения индийских студентов показывает, что они отличаются коммуникабельностью и артистизмом, смело и с удовольствием вступают в общение, их привлекает игровая форма работы, но в процессе диалога, они не отслеживают языковые, речевые нормы, поэтому их речь трудно воспринимается и понимается носителями русского языка (будущими пациентами). В связи с этим возникает необходимость постоянного акцентирования внимания иностранного студента-медика на потребности самоконтроля речи, анализа грамматических норм русского языка и т.п.

4) Анализ и рефлексия – это компонент, который формирует способность и готовность к самоанализу, самооценке собственных профессиональных коммуникативных качеств, профессионального поведения в определённой

ситуации делового общения, в готовности иностранного студента-медика выстраивать собственный маршрут для самообразования, саморазвития и профессионального самосовершенствования.

Содержательный компонент обучения профессиональному коммуникативному общению студентов-медиков с применением технологии СМВ мы наполняли с учётом вышеописанных компонентов, а также принимали во внимание рекомендуемую тематику, современные профессиональные тексты, обусловленные социокультурным пространством и социоэтнокультурные особенности обучаемых. Определяя содержание модели обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу, основанной на системном использовании технологии СМВ, прежде всего мы обозначили круг коммуникативных ситуаций, актуальных для нашей целевой аудитории – студентов-медиков, обучающихся по специальности «Лечебное дело». Вместе с преподавателями, ведущими специальные дисциплины, и преподавателями, которые руководят клинической практикой иностранных студентов-медиков, нами были отобраны и проанализированы те жанры диалогов, которые соответствуют реальным ситуациям общения и которые необходимы иностранным обучаемым для успешной коммуникации на русском языке при общении с пациентами во время прохождения клинической практики (Таблица 7).

Таблица 7. *Сопоставление ситуаций общения с жанром диалога*

ситуация общения	жанр диалога
Установление паспортных данных пациента	диалог-опрос
Жалобы больного	диалог-расспрос
История настоящего заболевания (в соответствии с пятью основными группами заболеваний)	диалог-расспрос
История жизни больного	диалог-опрос
Осмотр больного	диалог-интервью

Таким образом, на основе актуальных для данного этапа ситуаций общения были определены жанры СМВ (диалог-опрос, диалог-интервью и диалог-расспрос),

необходимые для подготовки иностранного студента-медика к прохождению клинической практике.

III. Организационный этап модели обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу содержит педагогические условия (Схема 4) и включаемые на данном этапе обучения жанры СМВ (Схема 5), которыми необходимо овладеть обучаемым при подготовке к клинической практике:

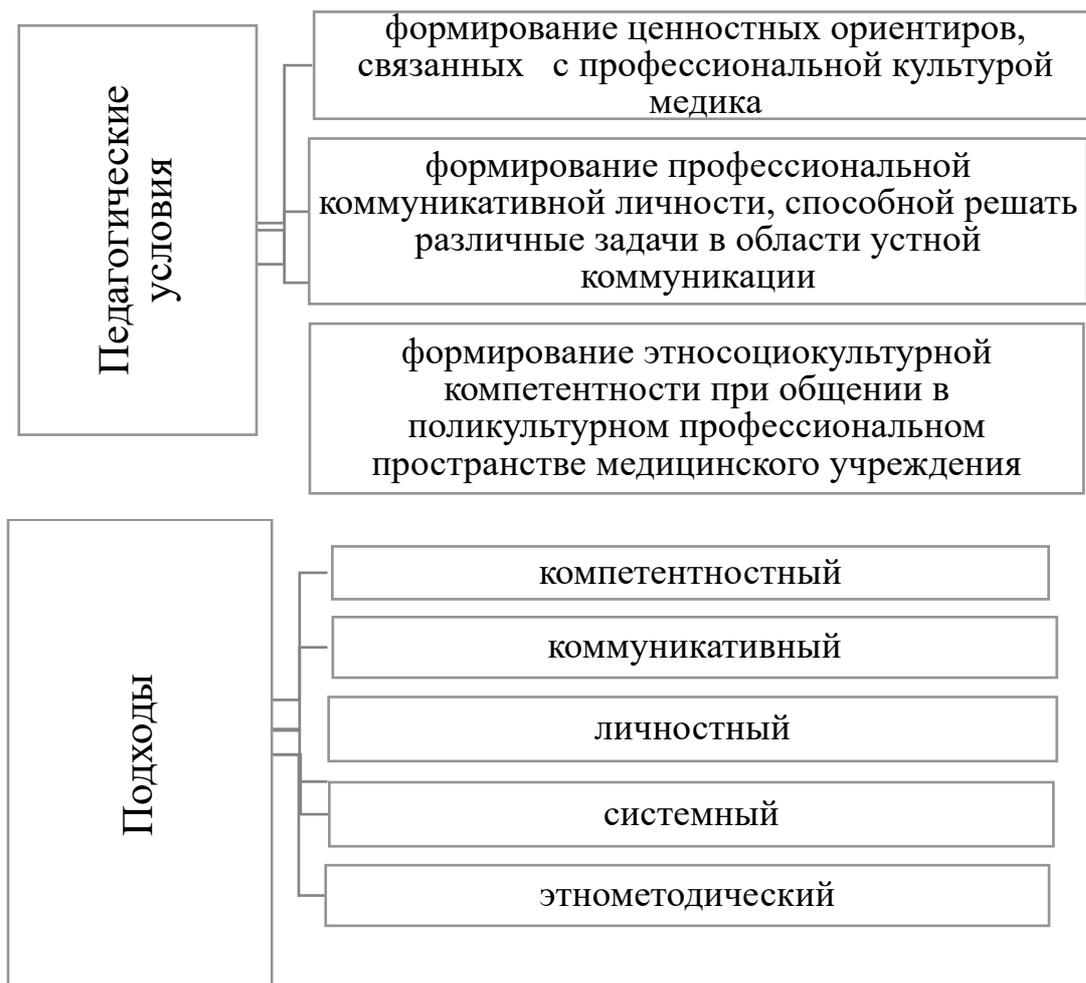


Схема 4. Педагогические условия и подходы.

Определение педагогических условий связано с пониманием специфики обучения профессиональному диалогическому общению иностранных студентов-медиков, готовящихся к прохождению клинической практики в российском медицинском учреждении (в больнице, поликлинике) и анализом этнокультурного «портрета» обучаемого. Так, например, в Оренбургском государственном медицинском университете профильное образование получают иностранные

студенты из Индии, которых отличает то, что, несмотря на коммуникабельность, все неподготовленные высказывания в рамках живого устного общения представляют для обучаемых сложность, потому что, во-первых, индийские студенты-медики, проживая в стране изучаемого языка, пользуются русским языком в практике редко и небрежно; во-вторых, потому что у них не сформирована профессиональная культура, соответствующая ценностным ориентирам российских медицинских работников; в-третьих, они плохо адаптированы в полиэтничное российское общество. В этой связи педагогическими условиями моделирование обучения профессиональному общению иностранных студентов медицинских вузов на базе технологии СМВ становятся: формирование ценностных ориентиров, связанных с профессиональной культурой медика; формирование профессиональной коммуникативной личности, способной решать различные задачи в области устной коммуникации; формирование этносоциокультурной компетентности при общении в поликультурном профессиональном пространстве медицинского учреждения.

На качественную подготовку к ведению профессионального диалога на русском языке при прохождении клинической практики иностранными студентами-медиками существенно влияет внедрение технологии СМВ. При использовании данной технологии на занятиях русского языка как иностранного мы ориентировались на специфику профессиональной деятельности студента-медика во время прохождения клинической практики и на значимость в данном процессе владения навыками ведения диалога, в частности диалога-опроса, диалога-интервью, диалога-расспроса (Схема 5).



Схема 5. Жанры технологии студенческого мобильного видео, используемые для реализации модели при подготовке к клинической практике

Использование в процессе подготовки к клинической практике технологии СМВ позволяет оптимизировать процесс обучения профессиональной диалогической речи на различных этапах занятия русского языка как иностранного, при организации самостоятельной работы студентов во внеаудиторной деятельности, а также делает процесс познания не только продуктивным, но и увлекательным. Самым сложным жанром, которым должен овладеть иностранный студент-медик при подготовке к клинической практике, является диалог-расспрос. Причины затруднения вызваны реактивностью данного жанра: «Во-первых, ответная реакция собеседника может быть непредсказуема, поэтому трудно придерживаться определенной логики разговора. Во-вторых, студенты могут не владеть необходимыми социальными навыками диалогической речи. Это проявляется, прежде всего, в отсутствии умений контактировать с людьми, проявлять заинтересованность содержанием высказывания собеседника, вежливо отвечать на вопросы и т.д. В-третьих, в процессе диалога собеседники зависят друг от друга. Им необходимо не только уметь говорить, но и слушать» [Дмитриева 2017, с. 32]. Также трудности связаны с освоением морфологической терминологии и грамматических конструкций, необходимых для устной речи будущего врача, умения слушать и отвечать, адекватно задаваемому вопросу, применять стратегии и тактики для убеждения пациента и т.д.

IV. Контрольно-оценочный этап модели обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу, в частности, диалогу-расспросу, представлен тремя компонентами (Схема 6).

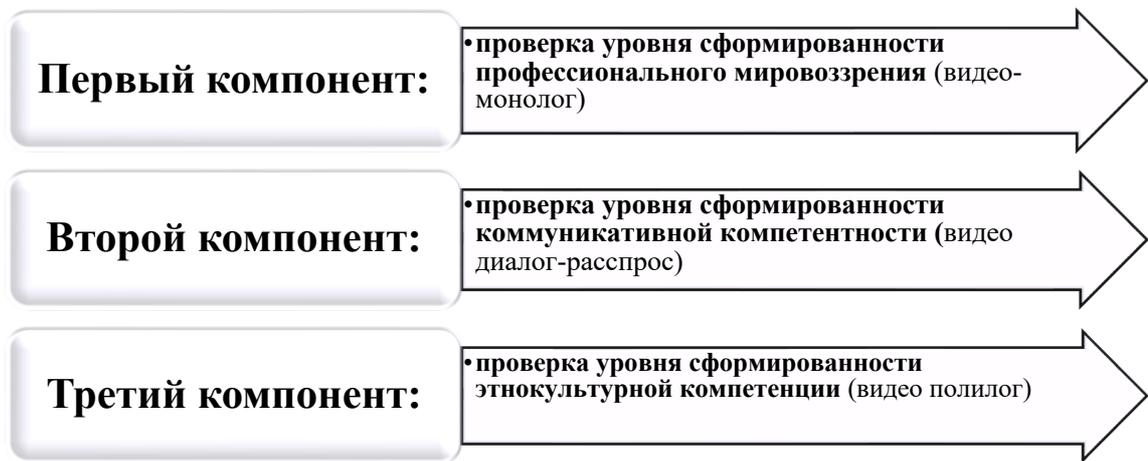


Схема 6. Контрольно-оценочный компонент модели обучения иностранных студентов-медиков профессиональному общению на основе СМВ

Первый компонент контрольно-оценочного этапа – это создание видео-монолога, связанного с рассказом обучаемого об опыте его участия в конструировании СМВ в процессе подготовки к клинической практике. В видео-монологе иностранному студенту-медику необходимо на основе плана, предложенного преподавателем, рассказать о своём участии в создании видеопродуктов и высказать собственное мнение о пользе (или отсутствии пользы) относительно занятий по русскому языку, на которых обучаемый становится создателем творческих видеопродуктов. Проверка сконструированного обучаемым СМВ осуществляется по рейтерской таблице, в которой параметрами оценки являются ответы на вопросы плана: степень участия в создании и обсуждении сценария, понимание иностранным студентом-медиком собственной роли при конструировании СМВ, степень участия в различных видах речевой деятельности (при написании сценария, при обсуждении сценария, при воплощении сценария в видеопродукт и т.д.), сложности, возникающие лично у обучаемого при участии в процессе создания СМВ.

Второй компонент направлен на проверку сформированности умения применять полученные знания о типах пациентов, стратегиях и тактиках ведения диалога и их творческой интерпретации в конкретной, предложенной преподавателем ситуации общения при диалоге-расспросе больного о его заболевании.

Третий компонент включает групповое обсуждение диагноза предполагаемого пациента по заданию преподавателя и создание на его основе СМВ. Каждый иностранный студент-медик получает задание, затем студенты распределяются по группам и начинают работать над составлением сценария полилога, имитирующего консилиум и т.д.

Контрольно-оценочный этап включает формы проверки (создание видеопродуктов разных жанров), которые позволяют определить уровень профессионального мировоззрения, сложившихся профессиональных и оценочных понятий; коммуникативные способности иностранного студента-медика при ведении диалога с различными типами пациентов, коллегами; а также способность в процессе общения взаимодействовать с различными субъектами этнокультурного процесса.

Таким образом, сконструированная модель обучения профессиональному коммуникативному общению иностранных студентов медицинских вузов на базе технологии СМВ состоит из целевого, содержательного, организационного и контрольно-оценочного компонентов. Каждый компонент продуман с учётом требований современной образовательной среды, социоэтнокультурных ценностей обучаемых, рекомендаций нормативных документов. Предложенная нами модель может быть реализована в два этапа: на первом происходит формирование навыка ведения диалога-опроса, диалога-интервью, а на втором – диалога-расспроса, как основной форм взаимодействия иностранного студента-медика с пациентом во время прохождения клинической практики.

3.1.2. Реализация модели обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу-расспросу на базе технологии студенческого мобильного видео

Сконструированная нами модель обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу-расспросу, основанная на системном использовании технологии СМВ.

Компонент технологии на каждом этапе (в соответствии с концепцией Е.Н. Кролевецкой) включает в себя:

- цель данного этапа,
- содержание данного этапа,
- основных участников полисубъектного взаимодействия (индивидуальные иностранные студенты-медики и коллективные субъекты иностранных студентов-медиков),
- доминирующую стратегию взаимодействия, свойственную диалогу-расспросу;
- педагогические условия,
- инструменты, в частности технологию СМВ (Кролевецкая).

Целью первого этапа реализации технологии (2 курс, 4 семестр) является формирование навыка ведения диалога, в частности диалога-опроса и диалога-интервью.

Содержание: для организации обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу на первом этапе были отобраны ситуации общения с учетом рекомендаций примерных образовательных программ (Программа по русскому языку как иностранному. Профессиональный модуль «Медицина. Биология». I – II сертификационные уровни владения РКИ; Программа по русскому языку как иностранному. Профессиональный модуль. Второй уровень владения русским языком в учебной и социально-профессиональной макросферах. Для студентов, обучающихся в вузах медико-биологического профиля / И.К. Гапочка, В.Б. Куриленко, Л.А. Титова, М.А. Макарова, Т.А. Смолдырева), опыта учёных-исследователей (В.Б. Куриленко, О.Л. Королева), специфики профессиональной

деятельности студентов-медиков, под которыми, мы вслед за О.Л. Королевой понимаем «совокупность речевых и неречевых условий взаимодействия партнеров (врач – пациент, врач – врач, врач – медсестра, врач – родственники больного) в процессе решения конкретных профессиональных задач, в которых речевое общение представляется возможным, необходимым, предпочтительным, целесообразным и соответствующим ролевым предписаниям профессиональной деятельности и принятому регламенту» [Королева 2000, с. 30].

Обучение профессиональному диалогу врача с больным организуется с использованием учебных материалов [Дьякова 2014, 2015], а также материалов, собранных и обработанных автором. Обучение профессиональному диалогу ведется в соответствии с жанрами диалога: от простого к сложному. Вначале на первом этапе обучаем диалогу-опросу («Паспортная часть», «История жизни больного»), диалогу-интервью («Осмотр больного»).

Раздел «Паспортная часть» позволяет студентам осваивать навыки ведения диалога-опроса с больным, который требует умения задавать стандартные вопросы и дополнительные, уточняющие, в соответствии с ответом пациента для уточнения паспортных/анкетных данных.

Раздел «История жизни больного» предусматривает обучение навыкам ведения диалога-интервью для получения информации об истории жизни пациента. Если диалогу-опросу можно учить на базе стандартных основных (*Как вас зовут?*) и стандартных уточняющих (*Назовите ваше имя, ваше отчество, вашу фамилию?*) вопросов, то обучение диалогу-интервью («История жизни больного», «Осмотр больного») уже требует дополнительных умений: гибкости в формулировке вопроса в зависимости от социокультурных особенностей пациента; составлять лаконичные конкретные понятные вопросы; дополнительные вопросы должны быть нейтральными, безоценочными (*Расскажите подробнее?*); важна невербалика студента-медика – она тоже должна быть нейтральной.

Содержание первого этапа подготовки иностранных студентов-медиков к клинической практике с использованием технологии СМВ:

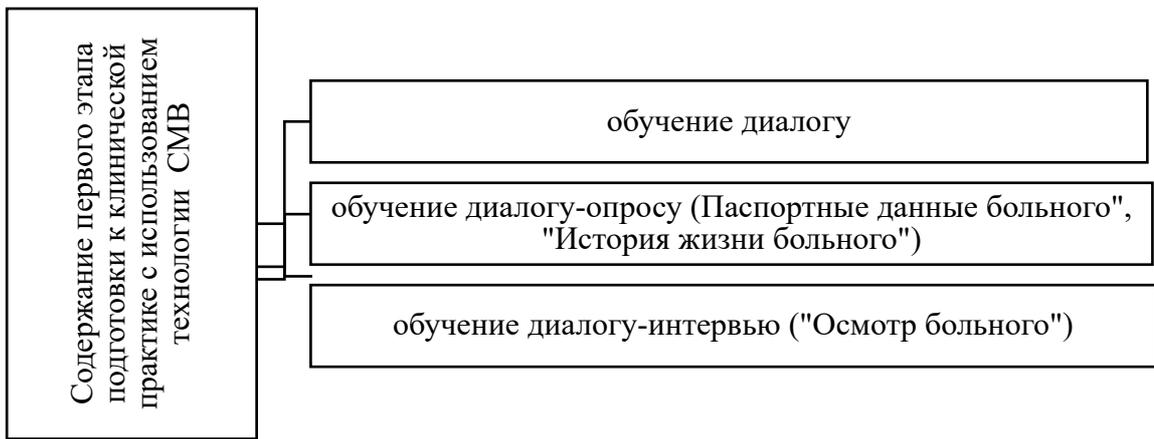


Схема 7. Содержание первого этапа подготовки иностранных студентов-медиков к клинической практике с использованием технологии СМВ

Участниками могут выступать индивидуальные (врач, пациент) и коллективные субъекты (пациент и его родственники), которые объединены профессиональной деятельностью и выступают как целостный субъект, потому что им необходимо достичь определённой цели (врач должен поставить диагноз, а пациент получить рекомендации по лечению).

В процессе данного взаимодействия для иностранного студента-медика определяется доминирующая **стратегия взаимодействия** (обучение диалогическому взаимодействию), основанная на ценностных ориентирах, связанных с профессиональной культурой медицинского работника, развивающая профессиональные коммуникативные качества в области устной коммуникации.

Основным **инструментом**, способствующим формированию профессионального общения иностранных студентов медицинских вузов, становится технология создания различных жанров СМВ, отвечающих задачам данного этапа. Знакомство с технологией СМВ произошло уже на элементарном уровне обучения, но, как мы писали выше, каждая разновидность СМВ имеет свои особенности при введении его в образовательный процесс и при организации работы с ним. На специальном пропедевтическом занятии-консультации преподаватель, рассказывая об особенностях СМВ-диалога, формулирует цели данного вида работы; напоминает студентам о специальных программах, позволяющих записывать и редактировать видеоролики на телефоне;

демонстрирует и предлагает проанализировать СМВ данного жанра, созданные ранее студентами других групп. При выборе демонстрационного СМВ преподаватель всегда руководствуется целями и задачами этапа обучения и темой занятия. Далее преподаватель объясняет, какова структура примерного сценария СМВ-диалога, помогает написать совместно сценарий, предлагая дидактический материал (слова, словосочетания, фразы, вопросы). В дальнейшем, по мере освоения работы с технологией СМВ-расспроса, иностранный студент медицинского вуза может сам добавлять ключевые слова и фразы, необходимые для написания сценария. Затем преподаватель помогает произвести совместную съемку пробного СМВ-диалога на уроке и организует обсуждение созданного видеопродукта в аудитории, акцентируя внимание на достоинствах и недостатках.

На втором курсе иностранные студенты-медики уже знакомы с технологией СМВ, но не знакомы с технологией профессионального диалогического общения, поэтому на данном этапе начинается работа по обучению СМВ-диалога, которая совпадает с подготовкой к клинической практике. Мы предлагаем на данном этапе организовывать обучение СМВ диалогу-опросу и диалогу-интервью в соответствии с тремя ступенями:

Первая ступень – моделирующе-целевая – проводится на этапе объяснения домашнего задания. В рамках данного этапа происходит определение темы будущего СМВ диалога (опроса или интервью), знакомство с инструкцией, включающей в себя информацию, необходимую для написания сценария, некоторые правила мобильной видеосъемки. Также организуется обсуждение деталей сюжета, декораций и т.п. будущего видеопродукта. На этом же этапе преподаватель распределяет студентов по парам или группам (Примерные темы СМВ можно посмотреть в Приложении 3).

Вторая ступень – содержательно-процессуальная – включает внеаудиторную работу: подробное ознакомление с инструкцией, написание сценария, выбор места съемки, распределение ролей (студенты могут подойти творчески и вводить дополнительных персонажей, например, родственников пациента) и мобильную съемку видео. На этом этапе формируются навыки чтения

(изучается инструкция), письма (пишется сценарий), говорения и аудирования (организуется групповая дискуссия-обсуждение во время написания сценария, что способствует формированию навыков свободной устной речи, в том числе фонетических и грамматических).

При написании сценария происходит актуализация изученной профессиональной лексики и её «непрофессиональных» аналогов из речи предполагаемых пациентов; формируется способность выбора определенной стратегии при задавании вопросов и тактик ведения диалога в зависимости от цели и особенностей диалогического жанра. На этом этапе студентам необходима постоянная «обратная связь» с преподавателем, его комментарии и советы. Съёмка СМВ диалога-опроса (интервью) – это та часть самостоятельной работы, которая представляет собой творческое осмысление коммуникативной ситуации, её репетиция и приближенное к реальной обстановке воспроизведение, записанное на видеокамеру мобильного телефона. На первом этапе реализации технологии СМВ при подготовке к клинической практике мы включаем не только диалогические ситуации опроса больного (выяснение его паспортных данных), но и диалог-интервью, связанный с получением иностранным студентом-медиком информации о жизни больного, о его ощущениях при проведении обследования. Мы считаем, что диалог-интервью является «переходным» поджанром, потому что требует не просто воспроизведения набора вопросов, но и уточнения некоторых деталей в ответах пациентов. Также при обучении диалогу-опросу и диалогу-интервью немаловажным является умение адекватно «...реагировать на реплики партнера, а также <...> реализовывать речевые функции с помощью различных языковых и речевых средств» [Соловова, 2005: 183], поэтому в задачи иностранного студента-медика входит научиться прогнозировать ответы пациента. Большую роль играют инструкция и дидактические материалы, которые предлагаются иностранному студенту-медику для создания сценария диалога-опроса и диалога-интервью.

Сложности, возникающие у иностранных студентов, связаны, во-первых, с совмещением практически всех видов профессиональной деятельности: чтение, письмо, говорение и аудирование; во-вторых, с умением построения точных

профессиональных вопросов пациенту с использованием вопросительных слов и логических ударений и т.д. Инструкция всегда обсуждается и выясняется, понятна ли иностранным студентам-медикам цель и задачи. В тексте-инструкции всегда имеется система подготовительных заданий.

Примерная инструкция:

Задание 1. Напишите сценарий диалога врача с больным (пациентом), который болен гастритом, по разделу «Паспортные данные». В сценарии должны быть отражены следующие данные: ФИО, возраст, семейное положение, образование, профессия, должность, место работы, место жительства, номер телефона, наличие родственников в этом городе, адрес и телефон родственников.

Задание 2. Прочитайте слова и словосочетания: женáт, не женáт, зáмужем, не зáмужем, разведён, разведená, вдовéц, вдова́; гóрод, селó, áдрес, приéзжий, приéзжая, óбласть, райóн, населённый пункт, мéсто жítельства, постоя́нное мéсто жítельства, мéсто жítельства по пропíске.

Задание 3. Пóлных лет, пол, нóмер квартíры, респúблика, посёлк, деревня, úлица, переúлок, дом, кóрпус, квартíра; домáшний áдрес и телефóн рóдственника; женáт, не женáт, зáмужем, не зáмужем, разведён, разведená, вдовéц, вдова́; рабóчий, рабóчая, слúжащий, слúжащая, дóлжность, учáщийся, учáщаяся, инвали́д, предпринимáтель, пенсионёр, пенсионёрка, иждивéнец, иждивénка, дошкóльник, дошкóльница, ясли, мéсто рабóты, мéсто учёбы.

Задание 4. Ответьте на вопросы:

- 1) Прочитайте инструкцию и подчеркните слова и словосочетания, которые важны для выполнения задания.
- 2) Прочитайте основные вопросы, которые есть в инструкции. Какие дополнительные вопросы можно сформулировать? Почему?
- 3) Выпишите незнакомые слова и словосочетания, которые вам предложены в инструкции.

Задание 5. Распределите слова и словосочетания из задания 1 и 2 по разделам медкарты:

Фамíлия, íмя, óтчество _____

Пол _____

Вóзраст _____

Образовáние _____

Семéйное положéние _____

Профéссия, специáльность, дóлжность _____

Мéсто работы _____

Мéсто учёбы _____

Задание 6. Напишите сценарий и обсудите его с преподавателем.

Задание 7. Снимите СМВ по данному сценарию на мобильный телефон.

P.S. Используйте необходимый реквизит (белый халат, медицинские инструменты, документы и т. д.).

Третья ступень – рефлексивно-перспективная – это аудиторное занятие (или его часть), которое включает просмотр подготовленных студентами СМВ диалогов-опросов и диалогов-интервью с их последующим анализом. Созданные учащимися СМВ позволяют проверить уровень усвоения профессиональной лексики и грамматических конструкций; сформированность навыков говорения (в видео и при групповом обсуждении в аудитории), чтения (при прочтении инструкции и титров в видео), письма (при написании сценария и титров в видео) и аудирования (при просмотре творческих работ в аудитории).

На занятии организуется просмотр и групповой анализ СМВ диалога-опроса. На этом этапе проверяются сформированные навыки говорения и аудирования. Студенты демонстрируют выполненные работы, одноклассники отвечают на вопросы, заданные преподавателем по просмотренному видео. Преподаватель может задать вопросы: *Как зовут больного? Сколько ему полных лет? Где работает пациент?*

Также после просмотра СМВ диалога-опроса можно предложить задания, развивающие монологическую речь обучаемого, например: *Представьте, что вы на медицинском консилиуме. Познакомьте коллег с историей болезни пациента, расскажите, что вы узнали из просмотренного диалога.*

Цель второго этапа – формирование навыков диалога-расспроса, как основной формы взаимодействия иностранного студента-медика во время прохождения клинической практики.

Моделирующе-целевой компонент второго этапа, обычно, реализуется на занятии: определяется тема будущего СМВ-диалога (темы, инструкции и примеры сценариев СМВ можно посмотреть в Приложении 10), проводится словарная работа, повторяются конструкции, иностранного студента-медика знакомят с инструкцией-алгоритмом, включающим систему действий по написанию сценария. Обычно преподаватель распределяет студентов (по парам, на малые группы или предлагает выполнить индивидуальное задание).

Содержание второго этапа обусловлено развитием профессиональных знаний и коммуникативными потребностями будущего врача. Диалог-расспрос – это основной жанр, которым должен овладеть иностранный студент-медик для того, чтобы грамотно определять диагноз пациента при прохождении клинической практики. Данный тип СМВ создаётся для выяснения у больного жалоб, связанных с заболеванием, анамнезом жизни больного (разделы «Жалобы больного», «История настоящего заболевания»). Именно при изучении жалоб больного и выяснении истории заболевания формируются навыки ведения диалога-расспроса: задавание вопросов связано с различными умениями (анализировать и самоопределяться по поводу полученной от пациента информации; формулировать дополнительные вопросы в соответствии с ответом пациента и т.п.), которыми должен овладеть иностранный студент-медик. Важным навыком для иностранного студента-медика является умение выбрать и выстроить коммуникативно-целесообразную стратегию и тактики речевого поведения, которые должны соответствовать социокультурным традициям россиян и медицинской этики. На данном этапе формируется навык ведения диалога по основным группам заболеваний. Поэтому для данного этапа важно отобрать ситуации общения, которые будут соответствовать профессиональным потребностям иностранного студента-медика при прохождении клинической практики: диалог-расспрос о болезнях органов дыхательной системы, болезнях печени, болезнях сердечно-

сосудистой системы, ревматических болезнях, болезнях органов пищеварительной системы, болезнях органов мочевыделительной системы, патологиях эндокринной и нервной систем, болезнях системы крови.

В пособиях по подготовке к клинической практике (В.Б. Куриленко, М.А. Макарова, Т.А. Смолдырева, В.Н. Дьякова, В.В. Белый, Е.В. Орлова и др.) обычно представлена работа с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (стенокардия, гипертоническая болезнь, атеросклероз); органов дыхательной системы (бронхит, туберкулез), органов пищеварительной системы (гастрит, язва, желчекаменная болезнь, панкреатит), печени (гепатит), органов мочевыделительной системы (нефрит, пиелонефрит мочекаменная болезнь). Но мы провели опрос среди практикующих преподавателей клинических кафедр нашего университета и выяснили, что, помимо представленных ситуаций, наиболее частотными на сегодняшний день являются заболевания дыхательной системы (пневмония), нервной системы (инсульт, энцефалопатия), эндокринной системы (сахарный диабет), ревматические заболевания (ревматический артрит, остеопороз) и болезни системы крови (анемии, гемофилии, лейкозы). Мнение учёных и советы практикующих преподавателей клинических кафедр определили темы для создания СМВ.

Содержание *второго этапа* подготовки иностранных студентов-медиков к клинической практике с использованием технологии СМВ представлены на схеме 8.

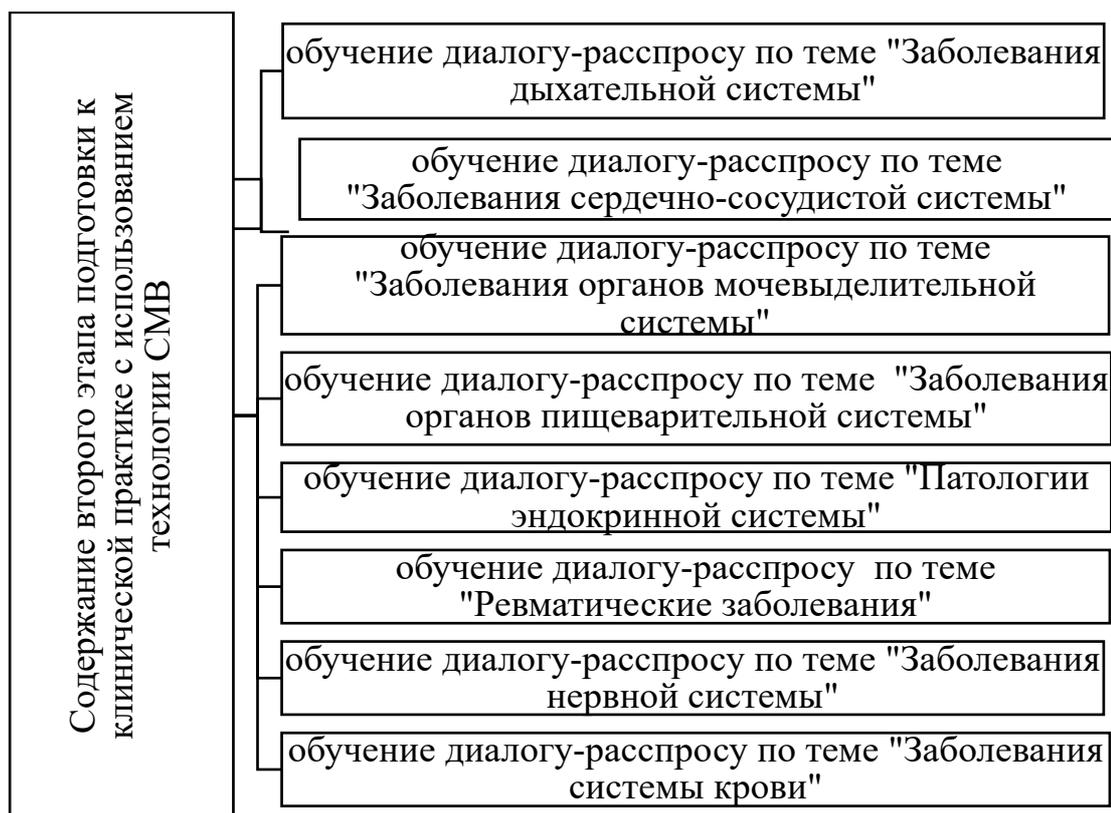


Схема 8. Содержание второго этапа подготовки иностранных студентов-медиков к клинической практике с использованием технологии СМВ

Из каждой группы частотных патологий выбрано по одному конкретному заболеванию, с которыми чаще всего встречаются иностранные студенты-медики во время прохождения клинической практики, и организовано обучение диалогу-расспросу с применением технологии СМВ. Занятия, на которых иностранные студенты-медики создавали СМВ в соответствии с отобранными темами, включены в программу дисциплины «Устная профессиональная коммуникация в клинической практике», по которой работает кафедра. До того, как иностранные студенты-медики вовлекаются в работу по созданию СМВ диалога-расспроса проводится подготовительная работа (Таблица 8).

Таблица 8. Часть рабочей программы дисциплины «Устная профессиональная коммуникация в клинической практике».

№	Модули рабочей программы	Темы рабочей программы	Кол. часов

1	Общая характеристика патологического процесса	Общая характеристика патологического состояния. Клиническая картина заболевания.	2
		Словообразование глаголов и наречий	2
		Словообразование существительных и сложных слов.	2
		Словообразование прилагательных и причастий.	2
		Особенности речи больного.	2
		Способы трансформации синтаксических единиц: устная речь больного – письменная речь врача.	2
2	Сбор паспортных данных	Паспортные данные больного. Лексика, называющая фамилию, имя, отчество, семейное положение, возраст больного.	4
		Паспортные данные больного. Лексика, называющая образование, профессия и должность больного.	4
		Паспортные данные больного. Лексика, называющая место работы/ учебы/ жительства, категорию родства больного.	4

Первый видеопроduct мы предлагаем создавать после завершения второго модуля «Сбор паспортных данных». Подготовка к созданию данного видео организуется на двух занятиях (4 часа): 1) «Стратегии ведения диалога-опроса по паспортной части медкарты» и 2) «Диалог врача с больным по паспортной части медкарты».

Начиная с третьего модуля программы «История жизни больного» (дисциплина «Устная профессиональная коммуникация в клинической практике») проводится целенаправленная систематическая работа по обучению диалогу-интервью и диалогу-расспросу с внедрением технологии СМВ: её место в рабочей программе представлено в таблице 9.

Таблица 9. Место СМВ в рабочей программе дисциплины «Устная профессиональная коммуникация в клинической практике».

№	Модули рабочей программы	Часы	Темы рабочей программы	Часы	Тема СМВ	Часы
---	--------------------------	------	------------------------	------	----------	------

3	История жизни больного	16	Лексика, характеризующая периоды жизни больного.	2		
			Лексика, характеризующая жилищно-бытовые и производственные условия больного.	2		
			План опроса больного по разделу медицинской карты «История жизни больного».	4		
			Стратегии ведения диалога-интервью врача с больным гипертонической болезнью по разделу медицинской карты «История жизни больного».	2	Диалог врача с больным гипертонической болезнью по истории жизни больного.	2
			Диалог-интервью врача с больным гипертонической болезнью по истории жизни больного.	2	Диалог врача с больным гипертонической болезнью по истории жизни больного.	2
4	Объективное состояние больного: осмотр	16	Способы образования глагольных форм побуждения к действию.	2		
			Профессиональная речь врача при осмотре больного.	2		
			Объективное состояние больного.	4		
			Стратегии ведения диалога-интервью при осмотре больного гастритом.	2	Диалог врача с больным гастритом при осмотре.	2
			Диалог-интервью врача с больным гастритом при осмотре.	2	Диалог врача с больным гастритом при осмотре.	2
5	Жалобы больного	42	План расспроса больного по разделу медицинской карты «Жалобы больного».	2		
			Диалог-расспрос врача с больным с патологией дыхательной системы.	5	Бронхит	3
			Диалог-расспрос врача с больным с патологией сердечно-сосудистой системы.	5	Ишемическая болезнь (ИБС) / Гипертоническая болезнь	3

			Диалог-расспрос врача с больным с патологией мочевыделительной системы.	5	Пиелонефрит	3
			Диалог-расспрос врача с больным с патологией пищеварительной системы.	5	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) / Гастрит / Синдром раздражённого кишечника (СРК)	3
			Диалог-расспрос врача с больным с патологией эндокринной системы.	5	Сахарный диабет	3
			Диалог-расспрос врача с больным с ревматическими заболеваниями.	5	Ревматоидный артрит	3
			Диалог-расспрос врача с больным с патологией нервной системы.	5	Геморрагический инсульт	3
			Диалог-расспрос врача с больным с заболеваниями крови.	5	Анемия	3
6	История настоящего заболевания	28	Лексика, называющая возможные причины заболевания, виды обследований, методы диагностики и лечения.	4		
			План опроса больного по истории острого заболевания.	4		
			План опроса больного по истории хронического заболевания.	4		
			Стратегия ведения диалога-расспроса больного по истории острого заболевания.	4	Диалог-расспрос врача с больным мочекаменной болезнью по истории острого заболевания.	2
			Диалог-расспрос врача с больным мочекаменной болезнью по истории острого заболевания.	4	Диалог-расспрос врача с больным мочекаменной болезнью по истории острого заболевания.	2
			Стратегия ведения диалога-расспроса больного по	4	Диалог-расспрос врача с больным	2

			истории хронического заболевания.		мочекаменной болезнью по истории хронического заболевания.	
			Диалог-расспрос врача с больным мочекаменной болезнью по истории хронического заболевания.	4	Диалог-расспрос врача с больным мочекаменной болезнью по истории хронического заболевания.	2

Седьмой модуль «Рекомендации врача», на который в программе дисциплины отводится 10 часов, шесть из которых мы отводим для СМВ монолога («Рекомендации больному гипертонической болезнью» / «Рекомендации больному сахарным диабетом» / «Рекомендации больному гастритом») и 4 часа – контрольная работа, для которой иностранный студент-медик выбирает по своему усмотрению тему для диалога-расспроса по любому заболеванию. При создании СМВ иностранные студенты-медики в видеопроducte должны вербально и невербально реализовывать следующие интенции:

1) контактоустанавливающие, позволяющие завязать и поддержать диалог, в соответствии с нормами российского речевого этикета;

2) регулирующие, побуждающие собеседника к совершению речевого действия;

3) информативные, позволяющие получать, выяснять, уточнять информацию о физическом состоянии пациента; о событиях, предшествующих появлению симптомов заболевания; о фактах жизни больного, которые свидетельствуют о первых признаках болезни или о факторах, спровоцировавших заболевание;

4) оценочные, выражающие и выясняющие морально-этическую и эмоциональную оценку.

Подготовительное занятие может иметь следующую структуру:

1) Получение задания и оценочной таблицы перед просмотром СМВ, в нашем случае – диалога-расспроса. Обычно предлагаются задания, направленные на проверку первичного впечатления от просмотра СМВ.

2) Просмотр одной творческой работы, выполненной студентами старших курсов.

3) Анализ учебного материала, рекомендованного преподавателем. Предлагаются задания и вопросы, позволяющие 1) выявить фактологическую точность понятий иностранными студентами-медиками профессиональной информации; 2) обсудить качество задаваемых вопросов и правильность ответов; 3) определить адекватность выбранной стратегии; 4) согласовать вербальные и невербальные средства, соответствующие ситуации общения; 5) установить оценку качества языка диалога и съёмки и т.д.

Конструируя СМВ, иностранный студент-медик опирается на примерную схему диалога-расспроса: 1) общие жалобы больного; 2) возникновение симптомов и порядок их появления; 3) этимология заболевания; 4) постановка предположительного диагноза; 5) варианты лечения. В каждой конкретной инструкции данная схема может варьироваться, уточняться.

Примерная инструкция к уроку «Болезни органов кровообращения. Гипертоническая болезнь»:

Задание 1. Прочитайте слова, словосочетания и предложения, характеризующие жалобы больного. Незнакомые слова и словосочетания запишите в тетрадь.

Боли́т се́рдце. Но́ет се́рдце. Боли́т голо́ва. Сжима́ет заты́лок. Жме́т заты́лок. Си́льно бьётся се́рдце. Бы́стро бьётся се́рдце. Кру́жится голо́ва. Тошни́т. Рве́т. Не могу́ спать. Трудно дыша́ть. Не могу́ дыша́ть. Не хвата́ет во́здуха. Шуми́т в уша́х. Мелька́ет в глаза́х.

Задание 2. Прочитайте слова, словосочетания и предложения, характеризующие симптомы заболевания.

Боль в о́бласти се́рдца. Но́ющая боль в о́бласти се́рдца. Боль в о́бласти се́рдца, но́ющего ха́рактера. Головна́я боль. Сжима́ющая боль в заты́лочной

области головы́. Боль в затылочной области головы́, сжимающего характера. Тахикардия́. Головокруже́ние. Тошнота́. Рвота́. Бессонница́. Одышка́. Приступ удушья́. Шум в уха́х. Мелькание то́чек пе́ред глаза́ми.

Задание 3. Соотнесите жалобу больного с симптомом.

1. Болит сердце.	А. Одышка.
2. Сжимает затылок.	Б. Тахикардия.
3. Не сплю по ночам.	В. Головокружения.
4. Трудно дышать.	Г. Боли в области сердца.
5. Кружится голова.	Д. Сжимающая боль в затылочной области головы.
6. Сильно бьется сердце.	Е. Бессонница.

1.	2.	3.	4.	5.	6.

Задание 4. Составьте вопросы врача с предложенными глаголами.

жаловаться + на что?

локализоваться + где?

прекращаться + когда?

сопровождаться + чем?

длиться + как долго? сколько времени?

продолжаться + как долго? сколько времени?

появляться + когда? при каких условиях?

возникать + когда?

иррадиировать + куда?

являться (о причине заболевания) + чем?

Далее студентам предлагается посмотреть СМВ диалог-расспрос врача с больным, у которого имеется заболевание органов кровообращения. В процессе

просмотра студенты должны услышать, вычленить и дифференцировать вопросы врача и ответы пациента, а также заполнить таблицу (см. задание 5).

Задание 5. Посмотрите фрагмент мобильного видео «Диалог врача с больным». Во время просмотра видео заполните таблицу (в виде ключевых слов).

Жалобы больного	Ключевые слова
Локализация болей	
Характер и интенсивность болей	
Иррадиация болей	
Время возникновения и продолжительность болей	
Причина возникновения болей	

После просмотра СМВ мы предлагаем студентам ответить на вопросы, проверяющие фактологическую точность понятой ими информации, и вопросы, направленные на развитие коммуникативных умений:

1) На что жаловался больной? Какой характер и интенсивность болей? Где локализуется боль? Условия возникновения болей? Какова причина возникновения болей? Какие симптомы появились первыми, а какие последующими?

2) Как вы думаете данный расспрос больного позволяет поставить верный диагноз? Что помогло или помешало бы вам поставить диагноз?

3) Заметили ли вы ошибки в вопросах студента-будущего врача или ответах студента-больного?

4) Какой вопрос о характере боли можно было задать, чтобы пациент дал более точный ответ?

5) Какие вербальные и невербальные средства использовал/мог использовать врач?

б) Что помогло/помешало вам понять смысл диалога?

После демонстрации диалога-расспроса мы предлагаем задания, развивающие монологическую речь:

Вариант 1. Вы на консилиуме. Расскажите коллегам историю болезни вашего пациента. Обсудите стратегии дальнейшего лечения.

Вариант 2. Вы разговариваете с родственниками пациента. Расскажите им о состоянии здоровья больного, используя доступную для их понимания лексику.

Все этапы ведения диалога-расспроса с использованием технологии СМВ направлены на развитие умения адекватно использовать языковые средства при ответе на вопрос предполагаемого пациента; ориентироваться в ситуации, применять стратегии и тактики и преодолевать коммуникативные затруднения.

3.2. Результаты опытного обучения иностранных студентов-будущих врачей профессиональному диалогу-расспросу на базе технологии студенческого мобильного видео

В методике преподавания русского языка как иностранного одним из способов, позволяющих подтвердить или опровергнуть достоверность выдвинутой гипотезы, обычно являются специальные методы исследования: опытное и экспериментальное обучение. Опытное обучение относится к числу методов исследования, который, по мнению А.Н. Щукина: «... предусматривает проведение массового обучения по предложенной исследователями программе; служит средством внедрения в практику обучения научно обоснованных рекомендаций...» [Щукин 2006, с. 193]. В ходе экспериментального обучения «исследователь проверяет различные варианты решения интересующего его вопроса...» [Щукин 2006, с. 382]. Для того чтобы проверить нашу гипотезу, были применены оба метода исследования, то есть была проведена опытно-экспериментальная работа.

Цель опытно-экспериментального обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу, в частности диалогу-расспросу, заключалась в апробации разработанной нами технологии СМВ и проверки её эффективности.

Опытно-экспериментальное обучение включало следующие этапы:

- **констатирующий и итоговый эксперименты** направлены на выявление исходного и итогового уровней владения профессионально-коммуникативной

компетенцией (термин С.В. Маталовой) иностранных студентов-медиков в области ведения диалогического общения, в частности диалога-расспроса на профессиональные темы;

- **формирующий эксперимент** направлен на разработку и внедрение модели обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу-расспросу на базе технологии СМВ;

- **оценка** полученных результатов исследования, их соответствия цели, задачам, гипотезе, определение перспектив исследований.

В констатирующем эксперименте объектом исследования явился процесс подготовки иностранных студентов-медиков к клинической практике (2 курс).

Целью констатирующего эксперимента стало определение уровня сформированности профессионально-коммуникативной компетенции будущего врача перед внедрением модели обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу-расспросу на базе технологии СМВ.

Задачи констатирующего эксперимента: подобрать диагностическую методику, позволяющую определить уровень сформированности профессионально-коммуникативной компетенции до внедрения модели обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу-расспросу на базе технологии СМВ.

Для определения исходного уровня профессионально-коммуникативной компетенции и для реализации дальнейшего опытного обучения с использованием технологии СМВ было проведено входное тестирование четырёх групп (68 человек) иностранных студентов-медиков (две экспериментальные и две контрольные), в составе каждой группы по 17 иностранных студентов-медиков, владеющих русским языком в объёме уровня В1.

В двух экспериментальных группах (далее ЭГ) проводилось обучение иностранных студентов медицинских вузов профессиональному общению с использованием всех компонентов модели, описанной в предыдущей главе, автором диссертационного исследования, в контрольных группах (далее КГ) – по традиционной методике при участии других преподавателей кафедры ОрГМУ.

Учитывая тот факт, что, по мнению С.В. Маталовой, уровнями профессионально-коммуникативной компетенции выступают языковая, речевая и социокультурная субкомпетенции, нами были составлены задания, направленные на проверку сформированности всех этих компонентов, а именно:

Для проверки сформированности языковой субкомпетенции профессионально-коммуникативной компетенции иностранных студентов-медиков, то есть, чтобы проверить «комплекс знаний, навыков и умений, позволяющий понимать и продуцировать адекватно оформленную (фонетически, грамматически и лексически) речь специалиста медицинского профиля и неспециалиста на уровне предложения во всех видах речевой деятельности» [Маталова 2012, с. 18], нами были разработаны задания в тестовой форме по аналогии с типовым ТРКИ для профессионального уровня, направленные на проверку чтения, письма, аудирования и говорения (Приложение 4).

Задание первой части теста (субтест «Чтение») направлено на выявление сформированности языковой и речевой субкомпетенций в области чтения: иностранным студентам-медикам предлагалось прочитать несколько мини-текстов (половина микротекстов – учебные, половина – аутентичные). К текстам предлагались задания, например: а) выпишите из текстов синоним к названию заболевания ринит, который использовал пациент; б) какие вопросы-синонимы (или ответы) соответствуют описанию боли и др. Таким образом проверялось понимание смысла при чтении различных текстов медицинской тематики. Критерии оценки сформированности языковой, речевой субкомпетенций при чтении оценивалось максимально десятью баллами (за каждый правильный ответ – 2 балла; частично выполненное задание – минус 1 балл; неверно выполненное задание – 0 баллов).

Уровень сформированности письменной профессиональной коммуникации при чтении каждого иностранного студента-медика рассчитывался по формуле:

$$\text{Уровень сформированности навыка} = \frac{\text{количество баллов за верный ответ}}{\text{максимальное количество баллов}(10)} * 100$$

Задание по субтесту «Чтение» выявляет умение подбирать синонимы к медицинским терминам и наоборот; догадываться по контексту о значении слова; выделять главную информацию из общей.

Вторая часть теста (субтест «Письмо») направлена на выявление сформированности языковой и речевой субкомпетенций при письме: иностранным студентам-медикам предлагалось прочитать десять реплик (история жизни больного, жалобы больного) предполагаемых пациентов и оформить их запись в карту больного на «языке врача». Таким образом проверялось понимание непрофессиональной речи пациента и её «перевод» в профессиональную медицинскую терминологию, отслеживались лексические и грамматические ошибки. Критерии оценки сформированности языковой, речевой субкомпетенций при письме оценивалось максимально двадцатью баллами (правильно оформленная адекватная фиксация информации в карте больного без лексических и грамматических ошибок – 2 балл; частичная фиксация информации – 1,5 балла (за наличие лексических ошибок – минус 0,5; за наличие грамматических ошибок – минус 0,5); несоответствие записи смыслу представленной информации – 0 баллов); дополнение записи правильными синонимическими моделями, которые не изучались студентами + 0,5 баллов).

Уровень сформированности письменной профессиональной коммуникации при письме каждого иностранного студента-медика рассчитывался по формуле:

$$\text{Уровень сформированности навыка} = \frac{\text{количество баллов за верный ответ}}{\text{максимальное количество баллов(20)}} * 100$$

Задание третьей части теста (субтест «Аудирование») направлено на выявление сформированности языковой и речевой субкомпетенций при слушании (аудировании): иностранным студентам-медикам предлагалось на слух определить содержание десяти реплик (паспортные данные больного, жалобы больного) и идентифицировать их с ответами предполагаемых пациентов. Таким образом проверялось понимание медицинской терминологии (профессиональное знание «языка врача») и узнавание её интерпретации в ответах пациентов (умение понимать «язык пациента»). Критерии оценки сформированности языковой и

речевой субкомпетенций при слушании оценивался максимально десятью баллами (полное понимание информации – 1 балл; частичное понимание информации – 0,5 балла; непонимание информации – 0 баллов).

Уровень сформированности устной профессиональной коммуникации при аудировании каждого иностранного студента-медика рассчитывался по формуле:

$$\text{Уровень сформированности навыка} = \frac{\text{количество баллов за верный ответ}}{\text{максимальное количество баллов(10)}} * 100$$

Задание четвертой части теста (субтест «Говорение»). Первые два задания данной части разработаны нами для проверки сформированности речевой субкомпетенции профессионально-коммуникативной компетенции «комплекс знаний, навыков и умений, позволяющий вести диалог со специалистом медицинского профиля <...>» [Маталова с.18].

Первое задание было направлено на проверку умения поддержать и продолжить диалог в зависимости от выбранной стратегии. Иностранным студентам-медикам необходимо было показать варианты развития диалога, опираясь на последний ответ больного.

Третье задание позволило проверить способность иностранных студентов-будущих медиков инициировать диалог, выбирая стратегии и тактики в зависимости от социального статуса, гендерной и возрастной характеристики пациента. Студенты, познакомившись с ситуацией, должны были начать диалог. Четвертое задание данной части направлено на проверку социокультурной субкомпетенции профессионально-коммуникативной компетенции иностранных студентов медицинских вузов – «знания правил этикета России, деонтологии и умения применять их на практике во всех видах речевой деятельности» [Маталова с.18]. Именно данная субкомпетенция включает знание социокультурного контекста речевого акта. Задания, проверяющие сформированность речевой и социокультурной субкомпетенций, включены в устную часть типового ТРКИ. Четвертое задание позволило проверить не только умение построения монологического высказывания, но и соблюдение норм поведения, норм общения, речевого этикета и медицинской деонтологии. На основе прочитанных жалоб и

результатов обследования больного студенту нужно было составить два текста: рассказать пожилой матери больного о его состоянии (учитывая её возраст, ближайшее родство и социальный статус) и предоставить информацию о состоянии здоровья этого же больного на консилиуме для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики ведения пациента (используя «язык врача»).

Критерии оценивания сформированности речевой субкомпетенции при говорении оценивались максимально пятьюдесятью пятью баллами (5 баллов за каждый правильно сформулированный вопрос в четвёртом и пятом заданиях; десять баллов за рассказ из шестого задания); минус 0,5 за нарушение норм речевого этикета; минус 0,5 за наличие лексических/грамматических ошибок; поощрительные баллы за развернутый уточняющий вопрос + 1 балл; + 1 балл за использование новой (неизученной на занятиях) профессиональной лексики).

Уровень сформированности устной профессиональной коммуникации при говорении каждого иностранного студента-медика рассчитывался по формуле:

$$\text{Уровень сформированности навыка} = \frac{\text{количество баллов за верный ответ}}{\text{максимальное количество баллов}(55)} * 100$$

При организации контрольного эксперимента иностранным студентам-медикам были предложены задания, формирующие профессионально-коммуникативную компетенцию, которые составлены аналогично заданиям констатирующего эксперимента, но с усложнением лексического и грамматического материала. А также было предложено дополнительное задание, проверяющее развитие навыков аудирования и письма. Студенту предлагалось прослушать пятнадцать реплик диалога, содержащих в себе жалобу, которую нужно было услышать и перевести на «язык врача». За каждую «услышанную жалобу» (пусть не трансформированную) иностранный студент-медик получал по одному баллу. За каждую правильную трансформацию жалобы в симптом – тоже один балл. Полбалла снимались за грамматическую ошибку. Максимум, который студенты могли получить за выполнение этого задания – 30 баллов. Задания контрольного эксперимента представлены в Приложении 5.

Оценка заданий контрольного эксперимента производилась по параметрам, которые использовались при анализе результатов констатирующего эксперимента.

Обучение в экспериментальных группах проводилось автором диссертации на основе модели обучения профессиональному диалогу-расспросу на базе технологии студенческого мобильного, а в контрольных – по традиционной методике коллегами автора. Констатирующий и контрольный эксперименты проводились автором диссертационного исследования во всех группах в присутствии преподавателей, проводивших обучение традиционным способом. Количество аудиторных часов, отводимое на обучение, в экспериментальных и контрольных группах было одинаковым – 144 ч.

Результаты констатирующего эксперимента

Результаты констатирующего эксперимента в контрольных и экспериментальных группах можно увидеть на диаграмме 1 и в Приложении 6.

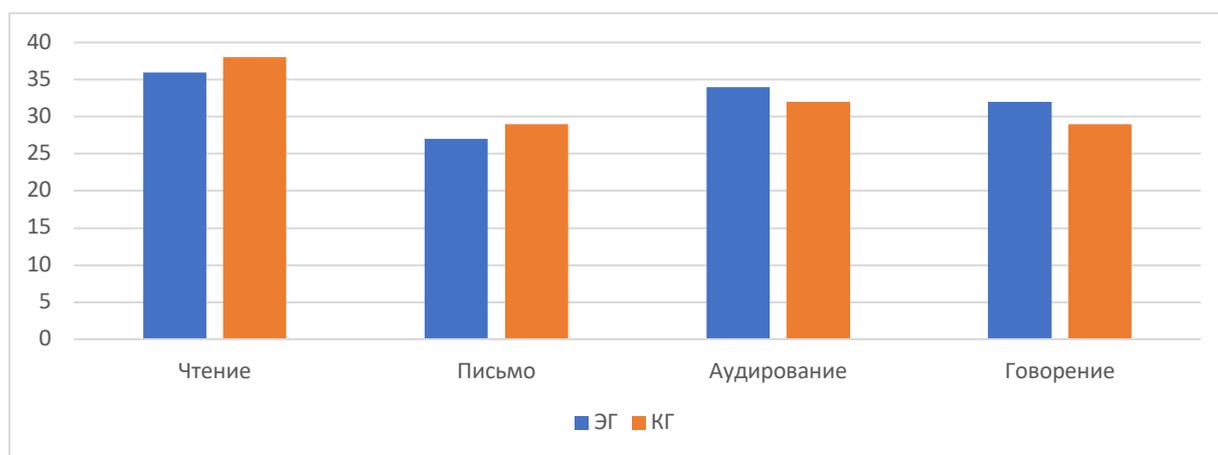


Диаграмма 1. Результаты констатирующего эксперимента

Результаты констатирующего эксперимента показали, что навыки чтения, письма, аудирования и говорения в экспериментальных и контрольных группах на данном этапе сформированы практически одинаково. В экспериментальных группах несколько ниже показатели в субтестах «Чтение» и «Письмо», а в контрольных ниже показатели в субтестах «Аудирование» и «Говорение». Анализ показателей сформированности языковой и речевой коммуникации в чтении показал, что большую сложность у иностранных студентов-медиков вызвали

учебные тексты о пути передачи инфекции и об этимологии заболевания. Это говорит о том, что они недостаточно хорошо владеют профессиональными медицинскими терминами.

Анализ результатов выполнения второго задания (проверка языковой и речевой компетенции) подтвердил, что у студентов недостаточно лексического запаса для трансформации слов пациента в профессиональную терминологическую лексику, например, студенты не могут «перевести» на «язык врача» такие слова как «знобит», «мурашки по коже», «млеет», «немеет», «ватные ноги» и др.

При проверке третьего задания мы обратили внимание на то, что студенты с трудом могут подобрать ответ к дихотомическим вопросам (подразумевающим ответы да/нет), а вот реплики с вопросительными словами помогают им чаще подбирать правильный ответ.

Результаты выполнения четвертого задания свидетельствуют, что иностранные студенты-медики не сразу формулируют следующий вопрос и выстраивают верную стратегию диалога, если получают не тот ответ пациента, который предполагают услышать.

Пятое задание позволило проверить сформированность социокультурной субкомпетенции в говорении. У иностранных студентов-медиков возникли проблемы со знанием медицинской терминологии при составлении монолога для консилиума, а также сложности в мягкой и гибкой подаче информации пожилой матери о тяжёлом состоянии её сына.

Отметим, что результаты всех выполненных заданий контрольного эксперимента показывают, что все четыре группы (две экспериментальные и две контрольные) имеют достаточно низкий уровень развития субкомпетенций (языковой, речевой и социокультурной) коммуникативной компетенции во всех видах речевой деятельности.

Причины таких результатов мы видим в том, что студенты плохо владеют медицинской терминологией, а также способами трансформации слов больного на «медицинский язык», например, боль отдает – боль иррадиирует, желудок крепит – запор и др.; иностранными студентами сложно различать паронимы и паронимазы

в речи русского населения; иностранные студенты, будущие медики, испытывают затруднение при ведении диалога не «по бумажке», и не всегда могут перестроить стратегию диалога с ориентацией на последнюю реплику пациента.

Организация опытного обучения

Для того, чтобы доказать эффективность внедрения модели обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу-расспросу на базе технологии СМВ в процесс подготовки к клинической практике и для проверки сформированности профессионально-коммуникативной компетенции (лингвистической, социолингвистической, дискурсивной, стратегической, прагматической), мы провели опытное обучение в двух группах иностранных студентов-медиков Оренбургского государственного медицинского университета.

Разработка опытного обучения и конструирование занятий осуществлялось с учётом результатов констатирующего эксперимента. Особое внимание уделялось развитию навыков *говoreния*, в частности, умению задавать вопросы, выстраивать стратегию диалога и т.д., и навыков *аудирования*, в частности, слушанию и пониманию звучащей речи пациента. Автором сконструированы занятия и маршрутные листы (инструкции) для организации самостоятельной работы, следуя которым, иностранные студенты-медики (под руководством преподавателя) учатся моделировать профессиональные диалоги разных жанров и, как итог, – коллективно создают творческий продукт – СМВ. Каждое занятие по технологии СМВ проводилось в два этапа. Общая цель первого и второго этапов: расширение лексического минимума (профессионального и социокультурного общения), позволяющего иностранному студенту-иностранцу понимать звучащий текст, с которым он может встретиться при прохождении клинической практики. Важно введение конструкций, актуальных для выстраивания профессиональных диалогов (например, конструкции с обозначением компонентного состава объекта, с обозначением функции объекта, сравнения объектов, классификации процессов, стадийности процесса, причинно-следственных связей, изменения качественных и количественных характеристик процесса и т.д.).

Реализация модели обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу-расспросу на базе технологии учебного студенческого мобильного видео осуществляется параллельно с дисциплиной, которую студенты изучают во втором триместре второго курса, – «Устная профессиональная коммуникация в клинической практике» (144 часа) – и которая, фактически, углубляет один из важнейших аспектов профессиональной подготовки будущего врача: его общение с пациентом, коллегами, родственниками больного, младшим медицинским персоналом и т.п. Содержание вышеназванной дисциплины выстроено в соответствии с разделами медицинской карты стационарного больного: «Паспортная часть», «Жалобы больного», «История настоящего заболевания», «История жизни больного», «Объективное состояние больного: осмотр». Наша же модель обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу-расспросу на базе технологии СМВ сконструирована на основе сложности жанров диалогов, которым мы обучаем иностранных студентов-медиков (см. Таблицу 10):

Таблица 10. *Жанры модели обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу-расспросу.*

I этап – пропедевтический	
1	Диалог-опрос «Паспортные данные пациента»
2	Диалог- опрос «История жизни больного»
3	Диалог-интервью «Объективное состояние больного: осмотр»
II этап – основной	
4	Диалог-расспрос «Жалобы больного»
5	Диалог-расспрос «История настоящего заболевания»

Опытное обучение (144 аудиторных часа и 18 часов самостоятельной работы), основанное на применении технологии СМВ, было проведено в двух экспериментальных группах автором данного исследования. Обучение опиралось на следующие модули:

1. Общая характеристика патологического процесса (14 ч). Модуль посвящен формированию языковой компетенции (изучение общеупотребительной лексики,

общенаучных и узкоспециальных терминов). Также на занятиях проводится работа с узкоспециальной лексикой определённого заболевания, включая лексические аналоги «народной терминологии»; работе с грамматическими конструкциями, с коммуникативными моделями.

2. Сбор паспортных данных (16 ч). Модуль посвящен обучению диалого-опросу по разделу «Паспортная часть». Данный жанр диалога предполагает сбор информации о пациенте на основе стандартных вопросов и ответов. Конечно, такой диалог является свободной формой общения, но официальный профессиональный диалог-опрос разделу «Паспортная часть» имеет жесткую конструкцию и строго очерченные темы для вопросов, которые направлены на получение конкретной информации: фамилия, имя, отчество, день, месяц, год рождения и т.п. Обучение профессиональному диалого-опросу иностранных студентов-медиков с применением технологии СМВ начинается с обучения диалого-опросу («Паспортные данные пациента»), направленного на изучение грамматических конструкций, позволяющих выявить у пациента его паспортные и контактные данные. Иностранные студенты-медики уже знакомы с технологией, поэтому на данном этапе наша задача: научить организовывать профессиональный диалого-опрос. Структура занятия состоит из трех этапов: преддемонстрационный, демонстрационный и последемонстрационный. Преддемонстрационный этап включает упражнения, ориентированные на подготовку к просмотру и восприятию СМВ, созданного русскими студентами, специально для этих целей. Демонстрационный этап направлен на активную познавательную деятельность во время просмотра. Последемонстрационный этап включает первичную проверку понимания видефрагмента, а затем переход к подготовке своего мобильного видео. Преподаватель предоставляет инструкцию, в которой прописан план диалого-опроса больного по разделу «Паспортные данные пациента», конструкции, необходимые для корректной постановки вопроса, примерные ответы пациентов. Студентам предлагается работать в парах: написать сценарий диалого-опроса, распределить роли «врач-больной» и т.п. Данный раздел не требует дополнительного специфического реквизита (белый халат и тетрадь для

записей у иностранных студентов-медиков всегда с собой), поэтому первое профессионально-ориентированное СМВ студенты снимают уже на занятии.

3. История жизни больного (16 ч). Обучение диалогу-интервью на основе заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь).

4. Объективное состояние больного: осмотр (16 ч). Обучение диалогу-интервью на основе заболевания пищеварительной системы (гастрит).

5. Жалобы больного (42 ч). Обучение диалогу-расспросу на примере заболевания дыхательной системы (бронхит, ишемическая болезнь сердца, пиелонефрит, язвенная болезнь, сахарный диабет, ревматоидный артрит, геморрагический инсульт, анемия).

Работа по созданию СМВ диалога-расспроса также состоит из трёх этапов: подготовительного, основного, итогового. Подготовительный этап проводится в конце изучения модуля «Жалобы больного» после того, как иностранные студенты-медики уже имеют опыт создания диалога-опроса и диалога-интервью и готовы отрабатывать навыки ведения профессионального диалога-расспроса, самого сложного, потому что, несмотря на относительную шаблонность, ситуация может иметь разные варианты развития сюжета, которые зависят от непредсказуемости ответов пациентов. Именно ответы больного влияют на сценарий, который иностранный студент-медик вынужден конструировать в процессе диалога. Поэтому при обучении иностранных студентов-медиков диалогу-расспросу важное значение имеет подготовительная работа, которая должна предложить обучаемому несколько вариантов развития одной ситуации. После подготовительной работы, на которую отводится от 45 до 90 минут иностранные студенты-медики получают инструкцию, в которой прописан план расспроса больного по разделу «Жалобы больного» (в соответствии с определённым программой заболеванием), необходимые лексические аналоги «народной терминологии», а также частотные грамматические конструкции разговорной речи.

Основной этап включает в себя написание сценария видео диалога-расспроса, консультацию с преподавателем и мобильную съёмку. Создание

сценария осуществляется студентами во внеаудиторное время. Написание сценария профессионально-ориентированного СМВ диалога-расспроса предполагает формирование умений конструирования и интерпретации профессионального диалога, определение стратегии диалога, выбор тактик диалога по заданным параметрам, а также демонстрацию знания речевого этикета. Затем, после проверки сценария преподавателем, учащиеся продумывают и обсуждают порядок действий, место, реквизит для создания приближенного к реальности видео.

На заключительном этапе производится групповой анализ мобильного видео: проверяются сформированные навыки говорения и аудирования. Студенты демонстрируют выполненные работы, одноклассники отвечают на вопросы, заданные преподавателем, по содержанию просмотренного видео.

6. История настоящего заболевания (28 ч). Обучение диалогу-расспросу на примере заболевания мочевыделительной системы (мочекаменная болезнь).

7. Рекомендации врача (10 ч). Обучение диалогу-интервью на основе заболевания эндокринной системы (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, гастрит).

В соответствии с содержанием тематики рабочей программы, ориентацией на авторитетный опыт учёных, врачей-клиницистов, данные искусственного интеллекта о заболеваниях, которые являются наиболее частотными, мы составили приложение к рабочей программе в виде списка тем для СМВ диалога-расспроса (см. в таблице на стр. 145 – 148).

Организация обучения диалогу (диалогу-опросу, диалогу-интервью, диалогу-расспросу) строится на основе модулей программы дисциплины «Устная профессиональная коммуникация в клинической практике» и состоит из аудиторной и внеаудиторной работы.

Таким образом к концу изучения дисциплины «Устная профессиональная коммуникация в клинической практике» каждый иностранный студент-медик ЭГ принял участие в создании шестнадцати СМВ, посвященных основным разделам

медицинской карты (примеры инструкций и сценариев представлены в Приложениях 3 и 10).

Созданные учащимися СМВ-диалоги позволяют сформировать навыки говорения (в видео и при групповом обсуждении в аудитории), чтения (при прочтении инструкции и титров в видео), письма (при написании сценария и титров к видео), аудирования (при просмотре творческих работ в аудитории), то есть повысить уровень развития профессиональной компетенции.

Результаты контрольного эксперимента

Результаты контрольного эксперимента в контрольных и экспериментальных группах представлены на диаграммах 2, 3, 4 и в Приложениях 7 и 8.

Контрольный эксперимент в целом показал рост показателей сформированности профессионально-коммуникативной компетенции (включающей языковую, речевую и социокультурную субкомпетенции) во всех видах речевой деятельности. Но в контрольных группах рост показателей оказался незначительным: в чтении составил 6%, в письме – 8%, в аудировании – 6%, в говорении – 6%. В то время как в экспериментальных группах рост в чтении – 34%, в письме – 51%, в аудировании – 52%, в говорении – 57%.

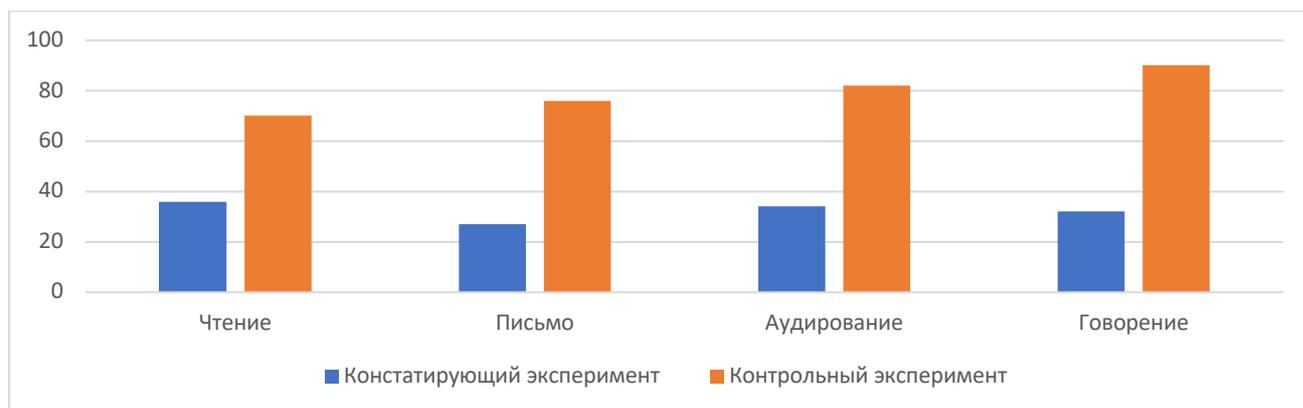


Диаграмма 2. Показатели сформированности профессионально-коммуникативной компетенции во всех видах речевой деятельности в экспериментальных группах (%)

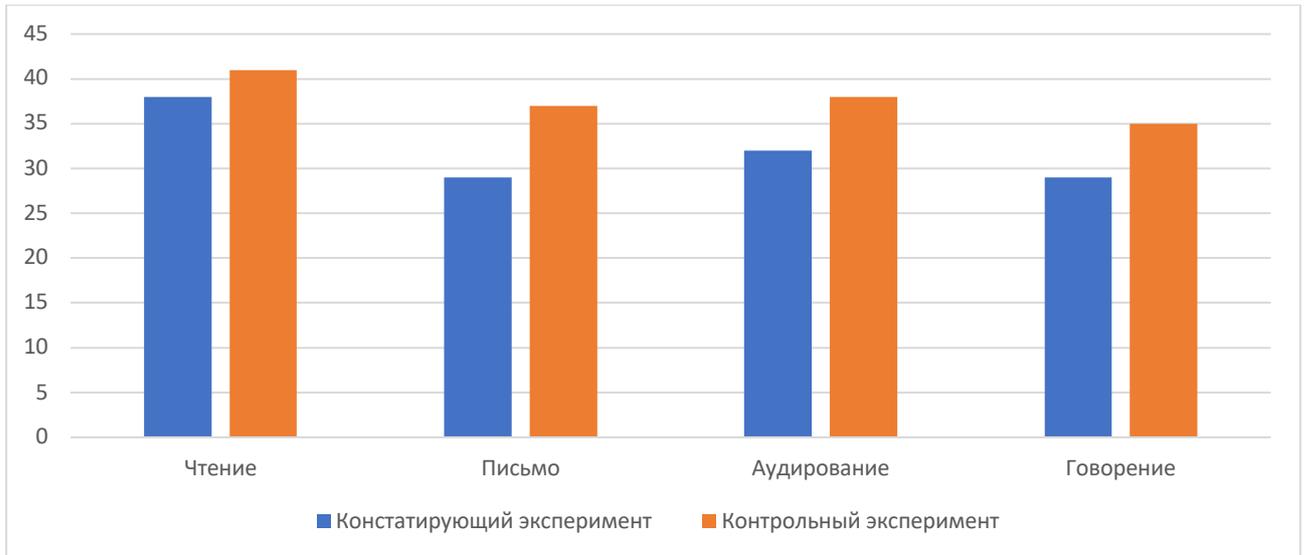


Диаграмма 3. Показатели сформированности профессионально-коммуникативной компетенции во всех видах речевой деятельности в контрольных группах (%)

Итоги контрольного эксперимента показывают разницу между сформированностью профессионально-коммуникативной компетенции в области чтения, письма, аудирования, говорения в контрольных и экспериментальных группах.

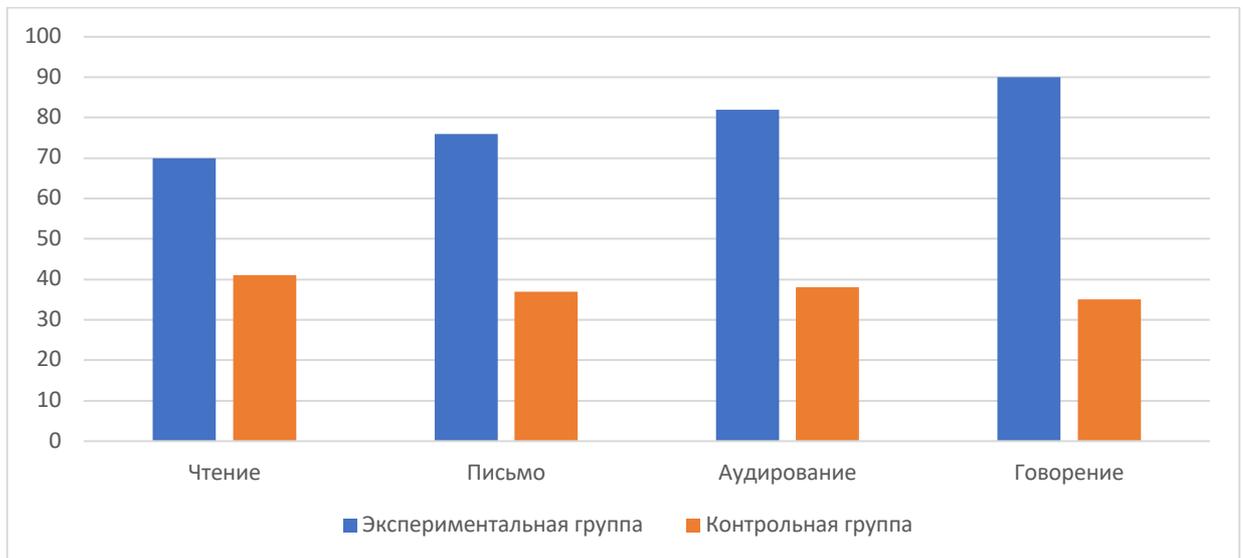


Диаграмма 4. Результаты итогового эксперимента в контрольных и экспериментальных группах (%)

Во всех четырех группах (двух экспериментальных и двух контрольных) выросла скорость техники чтения, но вместе с этим мы отметили, что студенты экспериментальных групп быстрее ориентируются в содержании текста, могут

найти необходимый термин и подобрать к нему общеупотребительный синоним. Студенты экспериментальных групп легко и свободно вступают в коммуникацию, дают рекомендации пациенту.

76% студентов ЭГ без ошибок трансформировали слова больного в научный стиль (в «язык врача»), при этом в речи использовали различные конструкции и языковые средства, часто не только те, которые прорабатывались на занятиях.

90% студентов ЭГ и 35% студентов КГ четко и грамотно проводили расспрос больного, но студенты из экспериментальных групп легко задавали уточняющие вопросы, заменяли непонятные медицинские термины эквивалентами из разговорной речи, давали рекомендации и указания пациентам, были вежливы и проявляли эмпатию. То есть, мы можем констатировать, что у студентов из экспериментальных групп уровень сформированности языковой, речевой и социокультурной субкомпетенций выше во всех видах речевой деятельности. Следовательно, большая часть иностранных студентов-медиков ЭГ, которые обучались на основе технологии студенческого мобильного видео, владеют техникой проведения профессионального диалога-расспроса больных, а значит, готовы к прохождению клинической практики и к профессиональной деятельности в медицинских учреждениях.

В контрольный эксперимент было включено дополнительное задание (см. задание 7 в Приложении 5), проверяющее умение трансформировать жалобы больного в профессиональный медицинский язык и заполнять медицинскую документацию. Иностранным студентам нужно прослушать диалог (он предъявлялся один раз), классифицировать все жалобы больного и грамотно оформить запись в медицинскую карту. На данном этапе проверялась сформированность речевой субкомпетенции в аудировании и письме.

Результаты данного задания представлены в Приложении 8 и являются свидетельством эффективности модели обучения, основанной на системном использовании технологии СМВ: в контрольных группах общее число справившихся с заданием студентов – 21%, а в экспериментальных – 85%. Данные эксперимента свидетельствуют о том, что обучающиеся ЭГ успешно овладели

профессионально-коммуникативной компетенцией (лингвистической, социолингвистической, дискурсивной, стратегической, прагматической).

Выводы по 3 главе

Модель обучения профессиональному коммуникативному общению иностранных студентов медицинских вузов на базе технологии СМВ может быть реализована в два этапа: 1) формирование навыка ведения диалога-опроса, диалога-интервью 2) и диалога-расспроса, как основной формы взаимодействия иностранного студента-медика с пациентом во время прохождения клинической практики. Внедрение данной модели в обучение и проведение экспериментальной проверки показали, что показатели уровня сформированности профессиональной коммуникативной компетенции и её субкомпетенций (языковой, речевой, социокультурной, стратегической, прагматической) в экспериментальных группах значительно выше уровня показателей в контрольных группах. Сравнение результатов сформированности навыков всех видов речевой деятельности в экспериментальных группах до обучающего эксперимента и после него свидетельствуют о росте показателей более, чем на 50%.

Результаты итогового эксперимента подтвердили, что опытное обучение на основе разработанной нами модели обучения профессионально-коммуникативному общению иностранных студентов медицинских вузов на базе технологии СМВ эффективно. Технология СМВ, построенная на базе коммуникативного, сценарно-стратегического, компетентностного, личностного, этнометодического, системного подходов, открывает дополнительные возможности для преподавателя и обучающихся в совершенствовании профессионально-коммуникативной компетенции, соответствует современным требованиям и может быть внедрена как в аудиторный учебный процесс, так и применима для организации самостоятельной работы иностранных студентов-медиков.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современное высшее образование носит профессионально ориентированный характер: иностранный студент медицинского вуза должен свободно владеть коммуникацией на русском языке, решать с её помощью задачи и демонстрировать умения и навыки в области профессионального общения уже на этапе клинической практики. Для решения данной проблемы при моделировании обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу-расспросу необходимо использовать наряду с традиционными способами обучения современные технологии, инструменты, особенно на этапе подготовки иностранных студентов-медиков к клинической практике.

Анализ научных трудов, посвященных проблемам структуры и содержания обучения русскому языку как иностранному через призму формирования профессионально ориентированной коммуникативной компетенции у иностранных студентов-медиков позволил 1) обозначить проблему, 2) определить идеи, подходы, сконструировать технологию СМВ. Таким образом, в результате поисков для решения эффективных способов обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогу-расспросу разработана технология СМВ, определены и описаны её методологические основы. Данная технология представляет последовательную взаимосвязанную систему действий преподавателя русского языка как иностранного и обучающихся, которая побуждает к созданию профессионально значимых аудиовизуальных произведений, формирующих устойчивые умения и навыки устной и письменной речи. Гибкий алгоритм действий, система предписаний-инструкций позволяет вовлекает иностранного студента-медика в различные профессиональные ситуации общения, в частности в диалог «врач – пациент», помогает «прожить» одну и ту же ситуацию несколько раз, но реализовать её коммуникативную составляющую различными способами (в зависимости от адресата, коммуникативного пространства, социокультурных факторов). Технология СМВ

позволяет иностранному студенту-медику при реализации творческого замысла актуализировать в различных видах речевой деятельности лексику, грамматику, невербалику и т.п.

Для обучения профессионально-коммуникативному общению иностранных студентов медицинских вузов на базе технологии СМВ разработана модель обучения, позволяющая подготовить обучающихся к организации и ведению диалога-расспроса. Для конструирования данной модели были определены подходы (компетентностный, коммуникативный, сценарно-стратегический, личностный, этнометодический, системный); компоненты модели (целевой, содержательный, организационный и контрольно-оценочный); продумано содержание обучения (с учётом требования современной образовательной среды, социоэтнокультурных ценностей обучаемых, рекомендаций нормативных документов); определены жанры СМВ, актуальные для студента-иностранца, который готовится к клинической практике (диалог-опрос, диалог-интервью и диалог-расспрос); определены педагогические условия (ценностные ориентиры профессиональной культурой медика; умение общаться в поликультурном профессиональном пространстве медицинского учреждения и т.д.).

Диалог-расспрос, который является важным компонентом при обучении профессиональному общению иностранных студентов-медиков, реализуется в сценарно-стратегических матрицах, включающих цель, коммуникантов (участников диалога), особое поликультурное профессиональное коммуникативное пространство. Все вышеназванные компоненты определяют стратегии и тактики конкретного диалога-расспроса, позволяют будущему врачу эффективно общаться в профессиональной среде. В рамках диссертационного исследования были определены варианты речевых стратегий («страйк», «горячая картошка», «блиц-опрос»), соответствующих коммуникативным ситуациям диалога-расспроса; выявлены тактики ведения диалога, присущие разным типам пациентов. При создании СМВ студенты моделируют диалоги-расспросы врача с больным, следуя определенным сюжетным линиям сценария, которые могут меняться в зависимости от выбранной стратегии. Данные сценарии становятся

основой СМВ, которое служит эффективным инструментом в подготовке к клинической практике.

Модель обучения иностранных студентов-медиков диалогу расспросу с применением технологии СМВ была апробирована в ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России. В опытном обучении и экспериментальной проверке его эффективности приняли участие 68 иностранных студентов-медиков, проходящих обучение на факультете иностранных студентов по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело. Результаты итогового эксперимента показали, что уровень развития профессионально-коммуникативной компетенции во всех видах речевой деятельности в экспериментальных группах значительно выше, чем в контрольных, что свидетельствует о потенциале внедрённой нами технологии СМВ.

Перспективы исследования мы видим в создании на одной из образовательных платформ обучающего курса по разработке технологии студенческое мобильное видео для этапа подготовки иностранных студентов-медиков к клинической практике, полезной, с одной стороны, преподавателям РКИ, которые смогут использовать её в учебном процессе; с другой стороны, – иностранным студентам-медикам, которые готовятся к клинической практике; а также иностранным выпускникам медицинских вузов, которые испытывают сложности в диалогическом общении.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Государственный образовательный стандарт по русскому языку как иностранному. Второй уровень. Общее владение / Иванова Т.А. и др. – М. – СПб: “Златоуст”, 1999. – 40 с.
2. Государственный стандарт по русскому языку как иностранному. Второй уровень владения русским языком в учебно-профессиональной сфере. Для учащихся естественнонаучного, медико-биологического и инженерно-технического профилей / И.К. Гапочка, В.Б. Куриленко, Л.А. Титова. – М.: Изд-во РУДН, 2003.
3. Государственный образовательный стандарт по русскому языку как иностранному. Первый уровень. Общее владение / Андриюшина Н.П. и др. – М. – СПб.: "Златоуст", 1999. – 36 с.
4. Государственный образовательный стандарт по русскому языку как иностранному. Профессиональные модули. Первый уровень. Второй уровень / Н. П. Андриюшина, Т. Е. Владимирова, Л. П. Клобукова [и др.]. – Москва, Санкт-Петербург : Златоуст, 2020. – 48 с.
5. Государственный образовательный стандарт по русскому языку как иностранному. Первый уровень. Общее владение / Н.П. Андриюшина [и др.]. – Москва, Санкт-Петербург : Златоуст, 2020. – 27 с.
6. Программа по русскому языку для студентов-иностранцев, обучающихся в нефилологических вузах СССР. – М.: «Русский язык», 1977.
7. Программа по русскому языку для студентов-иностранцев, обучающихся на нефилологических факультетах вузов СССР. – 2-е изд., перераб. – М.: «Русский язык», 1985.
8. Программа по русскому языку как иностранному. Профессиональный модуль «Медицина. Биология». I – II сертификационные уровни владения РКИ. – М.: РУДН, 2014. – 188 с.

9. Рабочая программа дисциплины «Русский язык для специальных целей». – М.: РУДН, 2023. – 12 с.
10. Программа по русскому языку как иностранному. Профессиональный модуль. Второй уровень владения русским языком в учебной и социально-профессиональной макросферах. Для студентов, обучающихся в вузах медико-биологического профиля / И.К. Гапочка, В.Б. Куриленко, Л.А. Титова, М.А. Макарова, Т.А. Смолдырева. – М.: Изд-во РУДН, 2005.
11. Требования по русскому языку как иностранному. Второй уровень владения русским языком в учебной и социально-профессиональной макросферах. Для учащихся естественнонаучного, медико-биологического и инженерно-технического профилей / И.К. Гапочка, В.Б. Куриленко, Л.А. Титова. – М.: Изд-во РУДН, 2005.
12. Требования по русскому языку как иностранному. Второй уровень владения в учебной и социально-профессиональной макросферах: для учащихся естественнонаучного, медико-биологического и инженерно-технического профиля. – М.: РУДН, 2008.
13. Требования по русскому языку как иностранному. Второй уровень владения русским языком в учебной и социально-профессиональных макросферах. Для учащихся естественнонаучного, медико-биологического и инженерно-технического профилей // Авт. колл.: И.К. Гапочка, В.Б. Куриленко, Л.А. Титова и др. – М.: РУДН, 2008.
14. Аванесов Р.И. Основы научной организации педагогического контроля в высшей школе. М. МИСиС, 1989. – 167 с.
15. Аванесов В.С. Применение образовательных технологий и педагогических измерений для модернизации образования // Современная высшая школа: инновационный аспект. 2015. – № 1.
16. Азимов Э.Г., Бакони, И., Бертольд, Э., Щукин, А. Н. Средства массовой информации и ТСО на современном этапе развития методики. В сб.: Русский язык и литература в общении народов мира: проблемы функционирования и преподавания. М., 1990.

17. Азимов Э.Г., Самуйлова, Н.И., Шамшин, Л.Б. ТСО на современно этапе развития методики преподавания русского языка как иностранного. Ж. Русский язык за рубежом, 1994. – № 2.
18. Азимов Э.Г., Щукин, А.Н. Новый словарь методических терминов и понятий (теория и практика обучения языкам). – М.: Издательство ИКАР, 2009. – 448 с.
19. Акаева Э.В. Коммуникативные стратегии профессионального медицинского дискурса: дис. ... канд. филол. наук. Омск, 2007. – 149 с.
20. Алексеева Л.М., Мишланова С.Л. Медицинский дискурс: теоретические основы и принципы анализа. Пермь: Изд-во Перм. ун-та, 2002. – 200 с.
21. Артеменко Е.Б. К вопросу о языковой природе композиционных блоков в стихотворном фольклоре // Сюжет и композиция литературных и фольклорных произведений. Воронеж: Изд-во Воронеж, ун-та, 1981. – С. 49–61.
22. Арутюнова Н.Д. Дискурс. Речь // Лингвистический энциклопедический словарь / глав. ред. В.Н. Ярцева. – М.: Научное издательство «Большая Российская энциклопедия», 2002. – С. 136–37.
23. Арутюнова Н.Д. Лингвистический энциклопедический словарь / гл. ред. В.Н. Ярцева. – 2-е изд., доп. – М.: Большая рос. энцикл., 2002. – 709 с.
24. Баронин А.С. Этническая психология. – Киев : Тандем, 2000. – 264 с.
25. Барсукова М.И. Медицинский дискурс : 10.02.01 Барсукова, Марина Игоревна Медицинский дискурс (стратегии и тактики речевого поведения врача) : дис. ... канд. филол. наук : 10.02.01 / Марина Игоревна Барсукова. – Саратов, 2007. – 141 с.
26. Батышев А.С., Батышева Т.Т. Врач + пациент: философия успеха. – М.: ВК, 2011. – 522 с.
27. Бахтин М.М. Вопросы литературы и эстетики. – М.: Художественная литература, 1975. – 430 с.
28. Бахтин М.М. Творчество Франсуа Рабле и народная культура средневековья и Ренессанса. – М.: Художественная литература, 1990. – 543 с.
29. Бахтин М.М. Эстетика словесного творчества. – М.: Художественная литература, 1979. – 412 с.

30. Бейлинсон Л.С. Профессиональный дискурс как предмет лингвистического изучения // Вестник ВолГУ. Серия 2: Языкознание. 2009. – № 1.
31. Бейлинсон Л.С. Функции институционального дискурса // Вестник ИГЛУ. 2009. – № 3 (7).
32. Бейлинсон Л.С. Характеристики медико-педагогического дискурса (на материале логопедических рекомендаций): дис. ... канд. филол. наук. Волгоград, 2001. – 168 с.
33. Белая Е.А., Гутуева, Ч.Г. Проблема взаимоотношений между врачом и пациентом в настоящее время [Текст] / Е.А. Белая, Ч.Г. Гутуева// Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2017. – Т.7. – № 1. – С. 133–135.
34. Беляев Б.В. Психологические основы усвоения лексики иностранного языка. - М.: Просвещение, – 1964. – 136 с.
35. Библер В.С. От наукоучения - к логике культуры. Два философских введения в двадцать первый век. М., 1991.
36. Бирн Д. Преподавание устного английского языка. – Лонгман-хаус, – 1976. – 131 с.
37. Бодалев А.А. Восприятие и понимание человека человеком. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1982.
38. Борисова И.Н. Категория цели и аспекты тестового анализа / И.Н. Борисова // Жанры речи. – 1999. – Вып. 2. – С. 81–97.
39. Борисова И.Н. Русский разговорный диалог: проблема интегративности Автореф. дис. на соиск. учен. степ. д.филол.н., Спец. 10.02.01 / Борисова И.Н.; [Урал. гос. ун-т им. А. М. Горького]. – Екатеринбург, 2001. – 43 с.
40. Борисова М.Б. Еще раз об «общей образности», «упаковочном материале» и их отражении в словаре писателя // Вопросы стилистики. – Саратов: Изд-во Саратов, ун-та, 1973. – Вып. 6. – С. 98–108.
41. Борботько В.Г. Принципы формирования дискурса: от психолингвистики к лингвосинергетике. Изд. 3-е, испр. М.: Книж. Дом «ЛИБРОКОМ», 2009. – 288 с.
42. Бордовский Г.А., Гончаров, С. А. Культурно-философский контекст развития современного университетского образования // Модернизация современного

- университетского образования в контексте инновационного развития: Учебно-методическое пособие. СПб.: Академия исследования культуры, 2008. – С. 9–26.
43. Браун, Х. Д. Принципы изучения языка и преподавания (4-е изд.). – Нью-Йорк. Лонгман. – 2001. – С. 245.
44. Буртусенкова О.М. Формирование диалоговой компетенции студентов бакалавриата технического вуза на основе продуктивного подхода: на материале английского языка: автореф. дис. ... канд. пед. наук.: 13.00.02 / Ольга Михайловна Буртусенкова – СПб., 2014. – 21 с.
45. Бутенко Ж.В. Обучение профессиональному общению в полилоге иностранных студентов медицинского вуза: дис. канд. пед. наук: 13.00.02/ Бутенко Жанна Васильевна. – М., 1988. – 200 с.
46. Буэно А., Мадрид, Д., Макларен, Н. (ред.) TEFL в системе среднего образования. – Гранада. Редакционный университет Гранады. – 2006. – С. 321.
47. Виноградов В.В. Избранные труды. Язык и стиль русских писателей. От Гоголя до Ахматовой/ В.В. Виноградов; Отв. Ред. А.П. Чудаков; Ин-т русского языка им. В.В. Виноградова. М.: Наука, 2003. – 390 с.
48. Виноградов В.В. История слов. М., 1994. – 1138 с.
49. Винокур Т.Г. Диалог [Текст] / Т.Г. Винокур // Русский язык: энциклопедия / Гл. ред. Ю.Н. Караулов. – М.: Большая российская энциклопедия: Дрофа, 1998. – С. 119–120.
50. Волкова Е.В. Профессиональная языковая личность врача в медиадискурсе (коммуникативно-прагматический аспект): диссертация на соискание ученой степени кандидата филологических наук: 10.02.01 / Волкова Евгения Владимировна; науч. рук. Мишанкина Н. А.; Томский политехнический ун-т. – Томск : [б. и.], 2021. – 264 с.
51. Воробьев В.В. Лингвокультурология: теория и методы. / В.В. Воробьев. – М.: изд. РУДН, 1998. – 331 с.
52. Выготский Л.С. Мышление и речь. Собр. соч. в 6-ти томах /Л.С. Выготский. М.: Педагогика, 1982. – Т.2. – 243 с.

53. Гагарина Е.Ю. Коммуникативное поведение языковой личности виртуального врача в медицинском интернет-форуме: диссертация ... кандидата Филологических наук: 10.02.19 / Гагарина Елена Юрьевна; [Место защиты: Московский государственный областной университет]. – Москва, 2016. – 170 с.
54. Галанова О.А. Обучение стратегиям научной дискуссии на иностранном языке в неязыковом вузе: автореф. дисс. ... к. пед. н. Екатеринбург, 2003. – 24 с.
55. Гарцов А.Д. Электронная лингводидактика в системе инновационного языкового образования: автореф. дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.02/ Гарцов А.Д. – М., 2009. – 41 с.
56. Гаспарян Л.А. Обучение иноязычному устному речевому общению будущего врача в сфере практического здравоохранения: автореф. дис. ... канд. пед. наук. – Екатеринбург, 2014. – 23 с.
57. Гегечкори Л.Ш. Основы методики интенсивного обучения взрослых устной речи на иностранном языке : (на материале французского языка) : автореф. дис. . д-ра пед. наук : (13.00.02) / Л. Ш. Гегечкори ; Тбилисский гос. ун-т, НИИ содержания и методов обучения АПН СССР. – Москва : [б. и.], 1977. – 41 с.
58. Гегечкори Л.Ш. К проблеме интенсификации процесса обучения взрослых иноязычной речи. Тбилиси: Изд-во Тбилисского университета, 1975.
59. Гойхман О.Я., Надеина Т.М. Речевая коммуникация. М., 2001.
60. Голованова Е.И. Категория профессионального деятеля: Формирование. Развитие. Статус в языке. Челябинск: Челяб. гос. ун-т. 2004. – 330 с.
61. Гузеев В.В. Системные основания образовательной технологии. – Москва: Знание, 1995. – 135 с.
62. Гузеев В.В. Эффективные образовательные технологии: Интегральная и ТОГИС. – М.: НИИ школьных технологий, 2006. – 208 с.
63. Дементьев В.В. Теория речевых жанров. – М.: Знак, 2010. – 600 с.
64. Дмитриева Д.Д. Педагогические условия профессионально-ориентированного обучения русскому языку как иностранному в медицинских вузах // КНЖ. 2017. – № 3 (20). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pedagogicheskie-usloviya->

professionalno-orientirovannogo-obucheniya-russkomu-yazyku-kak-inostrannomu-v-meditsinskih-vuzah.

65. Дьякова В.Н. Диалог врача с больным: пособие по развитию речи для иностранных студентов-медиков. – 6-е изд. – СПб. : Златоуст, 2014. – 228 с.
66. Дьякова В.Н. Подготовка к клинической практике: пособие по развитию речи для иностранных студентов-медиков. – 6-е изд. – СПб.: Златоуст, 2014. – 308 с.
67. Дьяконов Г.В. Диалогическая концепция и классификация чувств и эмоций // Психология общения: социокультурный анализ. Материалы Международной конференции / Под ред. А. А. Бодалева, П. Н. Ермакова, В. А. Лабунской. – Ростов-на-Дону: Изд-во РГУ, 2003. – С. 116–118.
68. Жинкин Н.И. Психологические основы развития речи / Н.И. Жинкин // Вестник практической психологии образования : научно-методический журнал / ред. В. В. Рубцов. – 2012. – № 4 (33). – С. 39–41.
69. Жура В.В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении : автореферат дис. ... доктора филологических наук : 10.02.19 / Жура Виктория Валентиновна; [Место защиты: Волгогр. гос. пед. ун-т]. – Волгоград, 2008. – 40 с.
70. Загвязинский В.И. Педагогический словарь: учеб. Пособие для студ. Высш. учеб. заведений / [В.И. Загвязинский, А.Ф. Закирова, Т.А. Строкова и др.]; под ред. В. И. Загвязинского, А. Ф. Закировой. – М. : Издательский центр «Академия», 2008. – 352 с.
71. Зверева Н.С. Психологические особенности отношений "врач – пациент" в современном российском обществе // Акмеология. – 2016. – № 4 (60). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-otnosheniy-vrach-patsient-v-sovremennom-rossiyskom-obschestve> (дата обращения: 11.09.2023).
72. Земская Е.А., Китайгородская М.В., Ширяев Е.Н. Русская разговорная речь : Общие вопросы. Словообразование. Синтаксис / Е. А. Земская, М. В. Китайгородская, Е. Н. Ширяев. – М. : Наука, 1981. – 276 с.
73. Зимняя И.А. Психология обучения неродному языку: (На материале русского языка как иностранного). – М.: Русский язык, 1989. – 219 с.

74. Зимняя И.А. Лингвopsихология речевой деятельности. - М.: Московский психолого-социальный институт, Воронеж: НПО «МОДЕК», 2001. – 432 с.
75. Зосимова Л.П. Общение врача и пациента с точки зрения теории диалога: Дис. канд. фил. наук. М., 1998. – 185 с.
76. Ибн Сина Абу Али Канон врачебной науки. Избранные разделы. Ч.1./ Составители: У.И. Каримов, Э.У. Харшут. – М. – Ташкент: Издательство МИКО «Коммерческий вестник», Издательство «Фан» АН РУз, 1994, – 400 с.
77. Изаренков Д.И. Обучение диалогической речи. – 2-е изд., испр. – М. : Рус.яз., 1986. – 160 с.
78. Иссерс О.С. Коммуникативные стратегии и тактики русской речи / О. С. Иссерс. – Москва: ЛКИ, 2008. – 288 с.
79. Итинсон К.С. Информатизация обучения русскому языку иностранных студентов-медиков как основа для их подготовки к клинической практике в лечебных учреждениях: дис. канд. пед. наук: 13.00.02/ К. С. Итинсон. – Курск, 2017. – 231 с.
80. Камалова Л.А., Гайфуллина Р.Ф., Умбетова М.Ж., Новгородцева И.В. Механизмы общения студентов-медиков с пациентами в телездравоохранении в условиях пандемии COVID-19. Образование и саморазвитие. Изд-во: КФУ, Казань, 2022. Выпуск 7. – № 3. – С. 242–263.
81. Карасик В.И. Языковой круг: личность, концепты, дискурс. Волгоград: Перемена, 2002. – 476 с.
82. Карымшакова Т.Г. Лингвистические технологии речевого воздействия в медицинском дискурсе : диссертация ... кандидата филологических наук : 10.02.19 / Карымшакова Татьяна Геннадьевна; [Место защиты: Бурят. гос. ун-т]. – Улан-Удэ, 2016. – 198 с.
83. Китайгородская Г.А. Методические основы интенсивного обучения иностранным языкам. М.: Изд-во МГУ, 1986. – 176 с.
84. Ковалев Г.А. Три парадигмы в психологии – три стратегии психологического воздействия // Вопросы психологии. 1987. – № 3. – С. 41–49.

85. Колесова Н.Н. Обучение профессиональной русской речи иностранных студентов медицинского вуза (на примере жанра тематической беседы): автореф. дисс. канд. пед. наук. М., 2017. – 24 с.
86. Копьев А.Ф. Взаимоотношение «Я-Другой» и его значение для практической психологии // МПЖ, 1999, – № 2, с. 48–60.
87. Королева О.Л. Методическое обеспечение профессионально-ориентированного обучения иностранных студентов-медиков общению на русском языке в процессе подготовки к клинической практике: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.02 / Королева Ольга Леонидовна. – М., 2000. – 24 с.
88. Котик Б. Как выучить иностранный язык. Пособие для взрослых / Б. Котик, П. Соловей. – Москва : Когито-Центр, 2005. – 144 с.
89. Кочеткова Т.В. Слово самый главный терапевт. Речевая культура врача / Т.В. Кочеткова // Русский язык и культура общения для государственных служащих. / Под редакцией О. Б. Сиротининой, Саратов: Изд-во «Слово». 1998. – С. 44–52.
90. Кочеткова Т.В. Языковая личность в лекционном тексте / Т.В. Кочеткова. – Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1998. – 216 с.
91. Кларин М.В. Инновации в мировой педагогике: обучение на основе исследования, игры и дискуссии (анализ зарубежного опыта) / М. В. Кларин. Рига, 1995.
92. Кларин М.В. Педагогическая технология учебного процесса / М. В. Кларин. – М., 1989.
93. Клобукова Л.П., Михалкина И.В., Ускова О.А. (МГУ им. М.В. Ломоносова), Журавлева Л.С., Калиновская М.М., Трушина Л.Б. (ГИРЯ им. А.С. Пушкина), Хавроница С.А. (РУДН). Русский язык как средство делового общения: проблемы обучения и сертификационного тестирования Социокультурные аспекты профессионального общения [Текст]: материалы международной научной конференции, посвященной 75-летию Воронежского государственного архитектурно-строительного университета / Воронеж. гос. арх.-строит. ун-т. – Воронеж, 2005. – 264 с.

94. Ключев Е.В. Речевая коммуникация : Успешность речевого взаимодействия : [Учеб. пособие для ун-тов и ин-тов] / Е. В. Ключев. – Москва : РИПОЛ Классик, 2002. – 316 с.
95. Кожевникова К.В. Об аспектах связности в тексте как целом // Синтаксис текста / Отв. ред. Г.А. Золотова. – М.: Наука, 1979. – С. 49–67.
96. Кравченко Л.М. Типология и прагматика вербальных реакций на директивные высказывания в немецкоязычном диалогическом дискурсе // Известия РГПУ им. А. И. Герцена. 2008. №73-1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tipologiya-i-pragmatika-verbalnyh-reaktsiy-na-direktivnye-vyskazyvaniya-v-nemetskoazychnom-dialogicheskom-diskurse>.
97. Красных В.В. Основы психолингвистики и теории коммуникации: Курс лекций [Текст] / В.В. Красных. – М.: ИТДГК «Гнозис», 2001. – 270 с.
98. Кролевецкая Е.Н. Концепция развития полисубъектности будущего педагога в образовательной среде вуза: диссертация ... доктора педагогических наук : 5.8.7. – Белгород, 2023. – 524 с.
99. Кузьмина М.В. Формирование медиакультуры учащихся в процессе создания ими образовательных видеоматериалов: автореферат дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01. – Москва, 2014. – 28 с.
100. Кукушин В.С. Дидактика (теория обучения): Учеб. пособие /В. С. Кукушкин. – 2003. – Ростов-на-Дону, 2003. – С. 128–132.
101. Куликова Е. Ю. Формирование навыков аудирования и говорения в современной образовательной среде с использованием метода "мобильное видео" / Е. Ю. Куликова, И. И. Просвиркина, А. М. Фролова // Современное педагогическое образование. – 2019. – № 3. – С. 93–97.
102. Куликова Е. Ю. Этнометодическая модель обучения русскому языку трудовых мигрантов из Республики Таджикистан: дис. ...канд. пед. наук:13.00.02 / Е. Ю. Куликова. – М., 2019. – 203 с.
103. Куриленко В. Б., Бирюкова Ю. Н., Щербакова О. М., Макарова М. А. Обучение иностранных студентов фармакологических специальностей учебно-профессиональному общению // Современное педагогическое образование. 2019. –

- № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obuchenie-inostrannyh-studentov-farmakologicheskikh-spetsialnostey-uchebno-professionalnomu-obscheniyu> (дата обращения: 04.11.2022).
104. Куриленко В.Б., Макарова М.А., Логинова Л.Д. Лингвотерапевтическая направленность как базовая категория медицинского дискурса // Современные научные исследования и инновации. – Январь, 2012. [Электронный ресурс]. URL: <http://web.snauka.ru/issues/2012/01/6431>.
105. Куриленко В. Б. Методология и методика непрерывного профессионально ориентированного обучения русскому языку иностранных медиков: диссертация ... доктора педагогических наук: 13.00.02 / Куриленко Виктория Борисовна; [Место защиты: Рос. ун-т дружбы народов]. – Москва, 2017. – 562 с.
106. Кучинский Г.М. Диалог и мышление. Минск: Изд-во БГУ, 1983. – 190 с.
107. Ларин Б.А. О разновидностях художественной речи. Семантические этюды // Русская речь. Пг., 1923. – С. 57–95.
108. Лаэртский Д. О жизни, учениях и изречениях знаменитых философов. М.: Мысль, 1986, – 576 с.
109. Левин Ю.И. Избранные труды : поэтика. Семиотика : сборник научных трудов / Ю. И. Левин. – Москва : Языки русской культуры, 1998. – 824 с.
110. Леонтьев А.А. Психолого-педагогическое воздействие учебного кинотелевизионного действия / А.А. Леонтьев М.: Наука, 1979. – 269 с.
111. Леонтьев А.Н. Овладение учащимися научными понятиями как проблема педагогической психологии // Леонтьев А. Н. Избр. психол. произведения: В 2 т. Т.1. М., 1983. – С. 324–347.
112. Леонтьева Т.П. Опыт и перспективы применения видео в обучении иностранным языкам [Текст] / Т. П. Леонтьева // Нетрадиционные методы обучения иностранным языкам в вузе: материалы респ. конференции. – Минск, 1995. – С. 61–74.
113. Макаров М.Л. Основы теории дискурса. – М.: ИТДГК «Гнозис», 2003. – 280 с.

114. Малышева Е.Г. Русский спортивный дискурс: лингвокогнитивное исследование монография. – 4-е изд., стер. / Е. Г. Малышева. – Москва : Флинта, 2022. – 369 с.
115. Маркушевич А.И. Роль учебного кино в педагогическом процессе и требования, предъявляемые к школьному учебному фильму. - В кн.: Всесоюзное творческое совещание по вопросам учебного кино. М., 1959, – С. 35–43.
116. Маталова С.В. Интенсивное обучение профессиональной речи иностранных студентов-медиков при языковой подготовке к клинической практике / С. В. Маталова // Вестник РУДН. Серия: Русский и иностранные языки и методика их преподавания. – 2008. – № 3. – С. 27–31.
117. Маталова С.В. Модель дидактической системы обучения иностранных студентов-медиков профессиональному общению на русском языке / С. В. Маталова // Вестник Университета Российской академии образования. – 2011. – № 3 (56). – С. 16–18.
118. Маталова С.В. Обучение иностранных студентов медицинских вузов профессиональному общению на русском языке: автореф. дис. . канд. пед. наук: 13.00.08 / Маталова Светлана Валерьевна. – Нижний Новгород, 2012. – 26 с.
119. Меньших Е.А. Применение кино в преподавании физики: Дис. ... канд. пед. наук. – М., 1952.
120. Метс Н.А. Русский язык в часы досуга : учебное пособие / Н. А. Метс, А. А. Акишина. – Москва : Русский язык, 1993. – 102 с.
121. Мильруд Р.П., Матиенко А.В. Альтернативное тестирование коммуникативной компетенции учащихся // Английский язык в школе, 2007. – № 1. – С. 4.
122. Миролубов А.А. Методика обучения иностранным языкам: традиции и современность // Под ред. А.А. Миролубова. – Обнинск: Титул, 2010. – С. 57.
123. Михайлов С. Н. Технологии организации онлайн-консультирования с использованием интерактивной виртуальной доски // Прикладная лингвистика в науке и образовании: сб-к трудов VII Международной научной конференции. 10–

- 12 апреля 2014 г., Санкт-Петербург. СПб.: ООО «Книжный дом», 2014. – С. 212–216.
124. Мишланова С.Л. Семантические отношения в процессе терминологизации / С.Л. Мишланова // Вестник Челябинского университета. Филология. Искусствоведение. Вып. 57. 2011. № 24 (239). – С. 40–43.
125. Мотина Е.И. Язык и специальность: лингвометодические основы обучения русскому языку студентов-нефилологов. 2-е изд., испр. – М.: Рус. яз., 1988. – 176 с.
126. Невмержицкая Е.В. Этноориентированная методика обучения иностранному языку в системе среднего профессионального образования: дисс. ...докт.пед.наук: 13.00.02/ Елена Викторовна Невмержицкая. М., 2001. – 715 с.
127. Невмержицкая Е.В. Возможности метода электронного самонаправляемого обучения при изучении этноколористики// Полилингвальность и транскультурные практики. М., 2019.
127. Неманова Р.П. Методика взаимосвязанного обучения видам речевой деятельности на начальном этапе языкового вуза : автореф. дис. ... канд. пед. наук. М., 1981.
128. Нехорошев Л.Н. Драматургия фильма/ Л.Н. Нехорошев – «ВГИК», 2009.
129. Низкошапкина О.В. Развитие языковой и коммуникативной компетенции китайских учащихся // Русистика. 2013. – № 2.
130. Новиков А.М. Педагогика : Словарь системы основных понятий / А. М. Новиков. – Москва : Институт эффективных технологий, 2013. – 268 с.
131. Новикова О.М. Формирование прагматической компетенции будущего врача при изучении иностранного языка в медицинском вузе: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08 / Новикова Ольга Михайловна. – Курск, 2014. – 155 с.
132. Новоселов Н.М. Иноязычная профессиональная коммуникативная компетенция: определение понятия в логике уровневого образования (бакалавриат и магистратура) // Фундаментальные исследования. №11–6. 2013. – С. 143–170.
133. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка: 80 000 слов и фразеологических выражений/Российская академия наук. Институт русского языка

им. В. В. Виноградова. – 4-е изд., дополненное. – М.: ООО «ИТИ Технологии», 2003. – 944 с.

134. Олешков М.Ю. Вербальная агрессия учителя в процессе педагогического общения // Стандарты и мониторинг в образовании / М.Ю. Олешков. – М, 2005. – 89 с.

135. Олешков М.Ю. Системное моделирование институционального дискурса : на материале устных дидактических текстов : диссертация ... доктора филологических наук : 10.02.19 / Олешков Михаил Юрьевич; [Место защиты: Перм. гос. ун-т]. – Нижний Тагил, 2007. – 423 с.

136. Падучева Е.В. Дискурсивные слова и категории: режимы интерпретации. // Исследования по теории грамматики, вып. 4. Грамматические категории в дискурсе. М., 2008. – С. 56–86.

137. Пидкасистый П.И. Педагогика: учебник для студ. учреждений высш. проф. образования / П. И. Пидкасистый, В. А. Мижериков, Т. А. Юзефовичус; под. ред. П. И. Пидкасистого. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательский центр «Академия», 2014. – 624 с.

138. Полищук Г.Г. Семантико-стилистический анализ образа персонажа в системной структуре художественного текста // Теоретические и прикладные аспекты речевого общения: Вестник Российской риторической ассоциации. 1999. Вып. 1 (8). – С. 79–85.

139. Просвиркина И.И. Использование модели смешанного обучения "смена рабочих зон" при обучении чтению иностранных студентов / И. И. Просвиркина, А. М. Фролова, Е. Ю. Чалая // Наука и образование: сохраняя прошлое, создаём будущее : сборник статей XI Международной научно-практической конференции, Пенза, 05 сентября 2017 года. Пенза: "Наука и Просвещение" (ИП Гуляев Г.Ю.), 2017. С. 87–91.

140. Просвиркина И.И. Модели смешанного обучения на занятиях по русскому как иностранному / И. И. Просвиркина, А. М. Фролова, Е. Ю. Чалая // Филологический аспект. – 2017. – № 7(27). – С. 49–58.

141. Просвиркина И.И. Толерантная речевая коммуникация: лингводидактическая теория и практика : специальность 13.00.02 "Теория и методика обучения и воспитания (по областям и уровням образования)" : диссертация на соискание ученой степени доктора педагогических наук / Просвиркина Ирина Ивановна. – Москва, 2007. – 696 с.
142. Просвиркина И.И. Этнолингвистический аспект при конструировании системы обучения / И. И. Просвиркина, Е. Ю. Куликова, А. М. Фролова // Университетский комплекс как региональный центр образования, науки и культуры : сборник материалов Всероссийской научно-методической конференции, Оренбург, 26–27 января 2023 года. – Оренбург: Оренбургский государственный университет, 2023. – С. 4559–4564.
143. Просвиркина И.И., Куликова Е.Ю., Кулешова Р.В. Образовательная этнометодическая модель как способ лингвокультурной адаптации трудовых мигрантов // Вестник ОГУ. 2020. – № 1 (224).
144. Просвиркина И.И., Куликова Е.Ю., Фролова А.М., Яхно М.Д. Модель обучения синтетическим видам речевой деятельности с применением метода "мобильное видео" / И. И. Просвиркина, Е. Ю. Куликова, А. М. Фролова, М. Д. Яхно // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2022. – № 4 (236). – С. 83–92.
145. Просвиркина И.И., Садретдинова Т.А., Фролова А.М., Яхно М.Д. Использование моделей смешанного обучения при обучении говорению / И. И. Просвиркина, Т. А. Садретдинова, М. Д. Яхно, А. М. Фролова // Филологические науки. Вопросы теории и практики. – 2017. – № 12–4 (78). – С. 202–205.
146. Просвиркина И.И., Фролова А.М. Обучение иностранных студентов профессиональному общению с применением мобильного видео. Вестник Оренбургского государственного университета. – 2020. – № 5 (228). – С. 122–140.
147. Радзиховский Л.А. Диалог как единица анализа сознания // Познание и общение. М.: Наука, 1988. – 120 с.
148. Романова Н. Н., Скоринова Т. П., Амелина И. О., Ковалева Т. В. Модульные курсы обучения русскому деловому общению как средство актуализации

профессионально-коммуникативной компетенции иностранных студентов // Актуальные проблемы лингвистики и лингводидактики в неязыковом вузе : сборник материалов 4-ой Международной научно-практической конференции, Москва, 16 декабря 2020 года : в 2 т. / МГТУ им. Н. Э. Баумана (национальный исследовательский ун-т), фак. "Лингвистика", Ассоциация технических университетов России и Китая, Евразийское общество прикладной лингвистики. – 2021. – Т. 2 : Лингводидактика. – С. 72–81.

148. Руденко-Моргун О.И. Компьютерный языковой курс как учебник нового типа : автореферат дис. ... кандидата педагогических наук : 13.00.02. – Москва, 1994. – 50 с.

149. Руденко-Моргун О.И. Принципы моделирования и реализации электронного учебно-методического комплекса по русскому языку на базе технологий гипермедиа: дисс. д-ра пед. наук / О.И. Руденко-Моргун. – М., 2006. – 306 с.

150. Румянцева И.М. Психолингвистические механизмы и методы формирования речи [Текст] : автореф. дис. ... д-ра филолог, наук : 10.02.19 / И.М. Румянцева. – М.: ИЯ РАН, 2000. – 40 с.

151. Румянцева И.М. Психология обучения иноязычной речи (психотерапевтический подход) [Текст] : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.07 / И.М. Румянцева. – М.: МГОПУ им. М.А. Шолохова, 2004. – 50 с.

152. Самосенкова Т.В. Организация обучения культуре профессионального речевого общения иностранных студентов-филологов // МИРС. 2007. – № 4.

153. Садовская Н.А. Компьютеры и среднее образование, проблемы, проблемы, проблемы... Автоматизация научных исследований, обучения и управления в вузах. Межвуз. сб. науч. тр. Новосибирск, 1986., – С. 51–63.

154. Салимовский В.А. Есть ли у жанроведения границы в пределах коммуникативной лингвистики? // Жанры речи. – Саратов: Колледж, 2002. – Вып.3. – С. 52–62.

155. Сафронова Н.В., Каюда Е.Н. Принцип учета родного языка при обучении грамматике русского языка в индийской аудитории // МНКО. 2018. – № 3 (70).

156. Селевко Г.К. Классификация образовательных технологий [Текст] /Г. К. Селевко// Высшее образование в России. – 2006. – №4. – С. 87–92.
157. Селевко Г.К. Энциклопедия образовательных технологий. – Москва: Народное образование, 2005. – 816 с.
158. Сериков В.В. Личностный подход в образовании: концепция и технологии. Волгоград, 1994, – С. 42–43.
159. Синьовой Я. Сценарный подход как новая технология обучения иностранных студентов русскому языку делового общения // Педагогический журнал Башкортостана. 2019. – № 5 (84). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/stsenarnyy-podhod-kak-novaya-tehnologiya-obucheniya-inostrannyh-studentov-russkomu-yazyku-delovogo-obsheniya>.
160. Сиротинина О.Б. Тексты, текстоиды, дискурсы в зоне разговорной речи // Человек. Текст. Культура. Екатеринбург, 1994. – С. 106–124.
161. Скаткин М.Н. Основные направления исследований по проблемам дидактики. Доклад на общем собрании отделения дидактики и частных методик АПН РСФСР 8 июня 1966 г. // Сов. педагогика. 1966. – № 8.
162. Скиннер Б.Ф. О бихевиоризме / Беррес Фредерик Скиннер ; [перевод с английского И. В. Митрофанова]. – Москва: Эксмо, 2023. – 336 с.
163. Сластенин В.А. Личностно ориентированные технологии профессионально-педагогического образования. – Москва: МАГИСТР-ПРЕСС, 2000, – 434 с.
164. Смирнов С.А. Педагогика: педагогические теории, системы, технологии: Учеб. для студ. высш. и сред. пед. учеб. заведений / С. А. Смирнов, И. Б. Котова, Е. Н. Шиянов и др.; Под ред. С. А. Смирнова. – 4-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 512 с.
165. Соловова Е.Н. Методика обучения иностранным языкам. Базовый курс лекций [Текст] / Е. Н. Соловова. – М.: Издательство “Просвещение”, 2002. – 298 с.
166. Старков А.П. Ситуативная наглядность при обучении иностранному языку. В сб.: Научно-методическая конференция МГПИИЯ. – М., 1967.
167. Стеблецова А.О. Национальная специфика делового дискурса в сфере высшего образования (на материале англоязычной и русскоязычной письменной

коммуникации): дис. ... д-ра филол. наук) А.О. Стеблецова. – Воронеж, 2015. – 500 с.

168. Стельмашук А.П. О текстообразующих функциях вопросительных предложений в монологической речи // Текстовые реализации и текстообразующие функции синтаксических единиц: Межвуз сб.научн.тр. JL,1988. – С. 60–69.

169. Стефаненко Т.Г. Этнопсихология. Практикум [Текст]: учеб. пособие для вузов по специальности «Психология» / Т.Ф. Стефаненко. – М.: АСПЕКТ-ПРЕСС, 2008. – 208 с.

170. Стругова С.В. Специфика отношений оппозитивности в спортивном дискурсе // Вестник Пермского университета. Российская и зарубежная филология. 2010. – № 4.

171. Сулабха К. Лингвометодические основы обучения русскому словоизменению индийских студентов с родным языком хинди : Начальный/средний этапы : автореферат дис. ... доктора педагогических наук : 13.00.02 Москва : 1998. – 361 с.

172. Сурмин Ю.П. Ситуационный анализ, или Анатомия кейс-метода/ Ю.П. Сурмин, А.И. Сидоренко, В. Лобода. - Киев: Центр инноваций и развития, 2002. – 286 с.

173. Сурмин Ю.П., Сидоренко, А. И. Ситуационный анализ или анатомия кейса. Киев: Центр инноваций и развития, 2002. – 286 с.

174. Суровцева Е.И. Поликультурная образовательная среда как феномен современной духовной жизни общества// Педагогическое образование в России. 2014. – № 4. – С. 162–164.

175. Сысоев П.В. Информационные и коммуникационные технологии в обучении иностранным языкам: теория и практика. М., 2012.

176. Сяоян В. Модель смешанного обучения русскому языку как иностранного в Китае // Педагогическое образование в России. 2016. – № 7.

177. Телия В.Н. Человеческий фактор в языке: Языковые механизмы экспрессивности – М.: Наука, 1991. – С. 32–33.

178. Толмачева Е.Ю. Проблемно-конструктивный диалог в обучении устным видам речевой деятельности иностранных студентов на занятиях по РКИ (уровень А1-В1) : автореф. дис. ... канд.пед. наук. – М., 2020. – 29 с.
179. Толль Б.Х. Основные вопросы построения учебного фильма. - В кн.: Учебный фильм. М., 1961, – С. 48–67.
180. Труфанова И.В. О разграничении понятий: речевой акт, речевой жанр, речевая стратегия, речевая тактика / И.В. Труфанова // Филологические науки. – 2001. – № 3. – С. 56–65.
181. Трушкина К.А., Горбунова, В. С. Особенности коммуникации на английском языке в Индии // ПНиО. 2014. – № 5 (11).
182. Тряпельников А.В. Интеграция информационных и педагогических технологий в обучении РКИ (методологический аспект) / А. В. Тряпельников. – М., 2014. – С. 10.
183. Уланов А.В. Русский военный дискурс XIX - нач XX века: структура, специфика, эволюция: автореферат дис. ... доктора филологических наук : 10.02.01 – Омск, 2014, – 40 с.
184. Ухова Л.В. Использование кейс-технологии в практике преподавания русского языка как иностранного // Ярославский педагогический вестник. 2014. – № 3.
185. Флоренская Т.А. Диалог в практической психологии. М., 1991.
186. Формановская Н.И. Речевое общение: коммуникативно-прагматический подход [Текст] / Н. И. Формановская. – М., 2002. – 216 с.
187. Формановская Н.И. Речевое воздействие: коммуникация и прагматика. – М.: Изд-во «ИКАР», 2007. – 480 с.
188. Фролова А.М. Использование модели "мобильное видео" технологии смешанного обучения на уроках РКИ / А. М. Фролова // Современные технологии обучения русскому языку как иностранному : материалы международных курсов повышения квалификации, Киров, 30 ноября 2017 года. – Киров: ООО "Издательство "Радуга-ПРЕСС", 2017. – С. 75–77.
189. Фролова А.М. Использование «мобильного видео» в процессе формирования и развития иноязычной коммуникативной компетенции / А. М. Фролова // Русский

- язык в глобальном научном и образовательном пространстве : Сборник материалов Международного научного конгресса. В 3-х частях, Москва, 06–10 декабря 2021 года / М.Н. Русецкая (гл. ред.), М.А. Осадчий (отв. ред.). Том Часть II. – Москва: Государственный институт русского языка им. А.С. Пушкина, 2021. – С. 246–248.
190. Фролова А.М. Методика создания "мобильного видео" при изучении русского языка как иностранного / А. М. Фролова // Беларусь – Индия – Россия: сотрудничество в области преподавания русского языка как иностранного : Материалы интернет-конференции, Минск, 13 ноября 2018 года. – Минск: Белорусский государственный медицинский университет; ООО "Научный мир", 2019. – С. 249–252.
191. Фролова А.М. "Мобильное видео" при обучении говорению иностранных студентов-медиков / А. М. Фролова // Методика преподавания иностранных языков и РКИ: традиции и инновации : Сборник материалов III Международной научно-методической онлайн-конференции, Курск, 14 мая 2018 года. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2018. – С. 138–142.
192. Фролова А.М. Обучение иностранных студентов профессиональному коммуникативному общению в контексте современной образовательной среды / А. М. Фролова // Актуальные проблемы русского языка и методики его преподавания: традиции и инновации : сборник статей XIX Всероссийской научно-практической конференций молодых ученых с международным участием, Москва, 15 апреля 2022 года / Российский университет дружбы народов. – Москва: Российский университет дружбы народов (РУДН), 2022. – С. 137–141.
193. Фруммин И.Д. Компетентностный подход как естественный этап обновления содержания образования / И.Д. Фруммин // Педагогика развития: ключевые компетентности и их становление: материалы 9-ой научно-практической конференции. – Красноярск, 2003.
194. Хохловская О.Г. Диалогический дискурс в лингвокультурологическом аспекте: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. филол. наук: 10.02.19 / Ольга Геннадьевна Хохловская ; [Челяб. гос. ун-т]. – Челябинск, 2006. – 20 с.

195. Чиркова В.М. Развитие аналитических умений у студентов-медиков в процессе изучения русского языка как иностранного при подготовке к клинической практике : диссертация ... кандидата педагогических наук : 13.00.08 / Чиркова Вера Михайловна; [Место защиты: Кур. гос. ун-т]. – Курск, 2011. – 232 с.
196. Чошанов М.А. Теория и технология проблемно-модульного обучения в профессиональной школе: автореф. дис. ... д-ра пед. наук. – Казань, 1996.
197. Чурилина Л.Н. Актуальные проблемы современной лингвистики : [электронный ресурс] учеб. пособие / сост. Л.Н. Чурилина. – 6-е изд., стереотип. – М. : Флинта : Наука, 2011. – 416 с.
198. Шейгал Е.И. Семиотика политического дискурса / Е.И. Шейгал. – Волгоград: Перемена, 2000. – 368 с.
199. Щерба Л.В. Избранные работы по русскому языку [Текст] / Л.В. Щерба. – М.: Учпедгиз, 1957. – 428 с.
200. Шведова Н.Ю. Очерки по синтаксису русской разговорной речи = Синтаксис русской разговорной речи [Текст] / Акад. наук СССР. Ин-т русского яз.. – Москва : Изд-во Акад. наук СССР, 1960. – 377 с.
201. Шляхов, В. И. Речевой сценарий и обучение русской речи. Ситуативный и сценарный подходы / В. И. Шляхов // Живая методика (для преподавателя русского языка как иностранного). – Москва : Русский язык. Курсы, 2005. – С. 632.
202. Шляхов В.И. Сценарии русского речевого взаимодействия / В. И. Шляхов // Русский язык за рубежом. – 2007. – № 2. – С. 26–34.
203. Шляхов В.И. Сценарии русского речевого взаимодействия в теории и практике преподавания русского языка иностранцам: диссертация ... доктора педагогических наук : 13.00.02. – М., 2008. – 340 с.
204. Шляхов В.И. Речевая деятельность. Феномен сценарности в общении / В. И. Шляхов. – 2-е изд., испр. – Москва : Красанд, 2010. – 200 с.
205. Шляхов В.И. Сценарная основа речевого общения. Технология обучения / В. И. Шляхов. – Москва : Красанд, 2010. – 136 с.
206. Шляхов В.И. Речевая деятельность: Феномен сценарности в общении / В. И. Шляхов. – Изд. 3-е. – Москва : ЛИБРОКОМ, 2013. – 200 с.

207. Щукин А.Н. Методика использования аудиовизуальных средств (при обучении русскому языку как иностранному в вузе). – М.: Высшая школа, 1981. – С. 113–122.
208. Щукин А.Н. Современные интенсивные методы и технологии обучения иностранным языкам: Учебное пособие. 2-е изд. – М.: Филоматис, 2010. – 188 с.
209. Эльконин Д.Б. Э53 Развитие устной и письменной речи учащихся / Под ред. В. В. Давыдова, Т. А. Нежной. – М.: ИНТОР, 1998. – 112 с.
210. Ч. Юйцзян Лингводидактические основы этноориентированного обучения русскому языку и тестирования: на примере китайских учащихся: автореф.дисс. .канд.пед.наук: 13.00.02 / Ч. Юйцзян. – М., 2008. – 24 с.
211. Язычев Н.У. Поликультурная образовательная среда как элемент формирования толерантности студента //Педагогика высшей школы. 2016. – № 1. – С. 30–33
212. Якиманская И.С. Личностно-ориентированное обучение в современной школе. М., 1996. – 150 с.
213. Ясвин, В.А. Образовательная среда: от моделирования к проектированию. – М.: Смысл, 2001. – 365 с.
214. Adams B.S., Cummins, M., Davis A. et al. NMC Horizon Report: 2017 Higher Education. – Austin, Texas: The New Media Consortium, 2017. – <http://cdn.nmc.org/media/2017-nmc-horizon-report-he-EN.pdf>
215. Allan M. Teaching English with Video. L.: Longman, 1991. – 296 p.
216. Anglin GJ, Vaez H., Cunningham KL «Visual Representations and Learning: The role of Static and Animated Graphics», in D.H. Jonassen (ed.) Handbook of Research for Educational Communications and Technology. New York: Simon and Schuster, 2004. – P. 865–913.
217. Arcano P. «Criteria for selecting video materials» in Stempleski, S. and Arcano, P. (eds.) Video in Second Language teaching: using, selection and producing video for the classroom. Teachers of English to speakers to other languages, 1991.

218. Atkinson P. Medical discourse, evidentiality and the construction of professional responsibility // *Talk, work, and institutional order: Discourse in medical, mediation, and management settings*. 1999. – P. 75–108.
219. Byram M. Psychodramaturgy for Language Acquisition // *Routledge Encyclopedia of Language Teaching and Learning*. ed. by M. Byram. – London, New York: Routledge, 2013. – P. 365–367.
220. Byram M. *Routledge Encyclopedia of Language Teaching and Learning* / ed. by M. Byram. – London, New York: Routledge, 2006. – 1053 p.
221. Chelioti E., Pavlidi E. *Blended Learning Methodology: Part of the GREENT Project Funded by the ERASMUS+Programme of the European Union*, 2016. – <http://greentproject.eu/wp-content/uploads/2016/06/GREENT-Blended-learning-model-Final.pdf>
222. Churchill J. Using Transactional Analysis to Train French Doctors to Improve Their Doctor-Patient Communications Skills: Drawing Parallels with the Language Classroom // *Humanising Language Teaching*. – No. 1 January 2001 – [Электронный ресурс] – URL: <http://www.hltmag.co.uk>.
223. Coseriu E. *Lenguaje y politika* // M. Alvar ed. *El lenguaje politico*/ – Madrid, 1987. – P. 9–31.
224. Dziuban C. *Research Bulletin: Blended Learning [электронный ресурс]* / Dziuban C., Hartman J., Moskal P. // *EDUCAUSE Centre for Applied Research* – 2004. – 12 p.
225. Harmer J. *The Practice of English Language Teaching*. – Pearson Education ESL, 2001. – 370 p.
226. Harris Z. *Discourse analysis* // *Language*. 1952. – V. 28. – № 1. – P. 1–30.
227. Horn M. B., Staker H., Cristensen C. M. *Blended: Using Disruptive Innovation to Improve Schools*. – San Francisco: Jossey-Bass, 2014.
228. Foucault M. *The Archeology of Knowledge*. L.: Routledge, 1972. – 391 p.
229. Garrison D. *Blended learning in higher education: Framework, principle, and guidelines* / D. Garrison, N. Vaughan // *Jossey-Bass*. – 2008. – 272 p.

230. Gotti M. Variations in Medical Discourse for Academic Purposes // *Medical Discourse in Professional, Academic and Popular Settings*. Bristol : Multilingual Matters, 2016. – P. 9–30.
231. Kuipers J. „Medical Discourse” in Anthropological Context: Views of Language and Power // *Medical Anthropology Quarterly*. 1989. – № 3. – P. 99–123.
232. Lloyd D. Communication in the university lecture. – *Univ. Reading Staff J.*, 1967, vol. 1, p. 14–22.
233. Lonergan J. *Video in Language Teaching*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.
234. López S., Francesc, F., Fabregat, A. S. Learning/training video clips: an efficient tool for improving learning outcomes in Mechanical Engineering // De la Flor López et al. *International Journal of Educational Technology in Higher Education* (2016).
235. Mc. Keachie, W.J. *Teaching tips: a guidebook for the beginning college teacher*. – 6th ed. – Lexington, Mass.: Heath, 1969. – 280 p.
236. Moskowitz G. *Caring and Sharing in the Foreign Language Class*. – New York: HarperCollins Publishers, 1991. – 343 p.
237. O’Malley, J. M. *Learning strategies in second language acquisition*. – New York: Cambridge University Press, 1995. – 276 p.
238. Orwig C. J. Introduction to ways to approach language learning // *LinguaLinks Library 5.0 Plus*. – [Электронный ресурс] – URL: <http://www.sil.org>.
239. Petterson R. «Gearing communications to the cognitive needs of students: Findings from Visual Literacy Research» *Journal of Visual Literacy*, Autumn, Vol. 24, no. 2, 2004. – P. 129–154.
240. Poirier S., Brauner D. *Ethics and the Daily Language of Medical Discourse* // *The Hastings Center Report*. 1988, Vol. 18, № 4, – P. 5–9.
241. Prosvirkina I., Porol O., Frolova A. Place and role of technique "mobile video" in teaching Russian as a foreign language / I. Prosvirkina, O. Porol, A. Frolova [et al.] // 5th international multidisciplinary scientific conference on social sciences and arts SGEM 2018 : Conference proceedings, Albena, Bulgaria, 26 августа 2018 года. Vol. 5. Issue

- 3.4. – Albena, Bulgaria: Общество с ограниченной ответственностью СТЕФ92 Технолоджи, 2018. – P. 561–568.
242. Richards J. C., Rodgers T.S. Approaches and methods in language teaching: A description and analysis. – Cambridge: Cambridge University Press, 1986. – 167 p.
243. Sakamoto T. The Roles of Educational Technology in Curriculum Development – Curriculum Development by Means of Educational Technology. – Paris, 1974, Centre for Educational Research and Innovation, OECD, – P. 8.
244. Skinner B. F. The Technology of Teaching. N. – Y.: Appleton. CenteryGrofts, 1968.
245. Skinner B. F. Verbal Behavior. – Acton: Copley, 1992. – 478 p.
246. Stubbs M Discourse Analysis: The Sociolinguistic Analysis of Natural Language. Chicago: University of Chicago Press. 1983. – P. 272.
247. Tomalin B. Video, TV and Radio in the English Class. Basingstoke and London: Macmillan Pablishers Ltd., 1986. – 118 p.
248. Travers R. Research and theory related to audio-visual information transmission. / Ed. By R. Travers. – Salt Lake City: Univ. Utah, 1964. – Various pagings.
249. Wedemeyer C.A. Learning at the back door: reflections on non-traditional learning in the lifespan Madison, 1981.
250. Wilce J. Medical Discourse // Annual Review of Anthropology. 2009. – № 38. – P. 199–215.

Приложения

Приложение 1

Критерии анализа студенческого мобильного видео

1. Соответствие сценария заявленной теме.
2. Адекватность выбранной стратегии.
3. Качество задаваемых вопросов и правильность ответов:
 - соответствие лексики;
 - выбор грамматических конструкций;
 - построение диалогических моделей.
4. Оценка используемых вербальных и невербальных средств.
5. Оценка технической части видеопродукта:
 - звук;
 - освещенность;
 - качество видео;
 - уместность использования аудио-визуальных эффектов.

Примеры сценария смешанного студенческого мобильного видео.**Сценарий 1.****Тема:** «Диалог врача с больным».

Место: больница, отделение пульмонологии.

Действующие лица: врач (*Дишит Бараскар*), пациент.*- Здравствуйте!**- Здравствуйте! Присаживайтесь. На что жалуетесь?**- Доктор, у меня слабость, я быстро устаю и мне трудно дышать.**- Как долго длится слабость? Как давно вы ее почувствовали?**- Несколько недель.**- Когда возникает одышка: при физической нагрузке, в состоянии покоя или при психоэмоциональных воздействиях?**- Когда поднимаюсь по лестнице.**- Трудно сделать вдох или выдох?**- Не всегда понятно. Но как будто трудно сделать вдох.***Сценарий 2.****Тема:** «Диалог врача с больным».

Место: больница, отделение пульмонологии.

Действующие лица: врач (*Айшварийа Наир*), пациент.*- Здравствуйте.**- Здравствуйте. Как вы себя чувствуете?**- У меня температура и слабость.**- Как долго длится слабость? Весь день?**- Как встану и до обеда. И вечером тоже усталость.**- Какая у вас температура?**- 37-37,5.**- Она постоянная или периодическая?**- Постоянная, держится в течение дня.*

- А одышка у вас бывает?

- *Да, иногда, когда сильная слабость и я делаю какую-нибудь физическую нагрузку.*

- Какая у вас одышка? С затрудненным вдохом или выдохом?

- *С затрудненным вдохом.*

Сценарий 3.

Тема: «Диалог врача с больным».

Место: больница, отделение пульмонологии.

Действующие лица: врач (*Шаикх Икра Бано*), пациент.

- *Здравствуйте.*

- Здравствуйте. На что вы жалуетесь?

- *Меня мучает кашель.*

- Какой у вас кашель: сухой или с мокротой?

- *С мокротой.*

- Постоянный или приступообразный?

- *Приступами.*

- Когда возникает кашель: утром, днем или вечером?

- *Обычно кашель утром, когда только встаю.*

- А какая мокрота выделяется при кашле: жидкая или густая, вязкая?

- *Густая.*

- Какого цвета мокрота: прозрачная, желто-зеленая или красноватая?

- *Желто-зеленая. Гнойная.*

- Примеси крови в мокроте не замечали?

- *Нет.*

- Какое количество мокроты отделяется в течение суток: примерно стакан или полстакана? Как вам кажется?

- *Наверное, полстакана.*

- Мокрота имеет запах?

- *Нет.*

Сценарий 4.

Тема: «Диалог врача с больным».

Место: больница, отделение пульмонологии.

Действующие лица: врач (*Рохан Шарма*), пациент.

- *Здравствуйте.*

- Здравствуйте. На что вы жалуетесь?

- *Меня мучает кашель.*

- *Какой у вас кашель: сухой или с мокротой?*

- *Сухой, дерущий горло.*

- Постоянный или приступообразный?

- *Постоянно покашливаю.*

- Что помогает купировать кашель? Что облегчает его?

- *Теплые напитки.*

- Чем сопровождается кашель? Головная боль или боль в горле или в груди
бывают?

- *Горло болит, першит и царапает.*

Пример сценария студенческого мобильного видео-обзора

Тема: «Обзор приемного отделения».

Место: больница им. Пирогова, 1 этаж, приемный покой

Добрый день! Сегодня я покажу вам приемное отделение больницы им. Пирогова. Оно находится в этом здании справа. Вот здесь въезд для машин скорой помощи, которые привозят тяжелых больных. А слева вход в отделение. Мы зашли и видим стойку дежурных медсестер. Это регистратура. Здесь пациенты оставляют свои данные: ФИО, номера телефонов, адрес и т.д.

Впереди длинный коридор. И первая дверь – это смотровой кабинет. Он нужен для осмотра больных, чтобы врач поставил предварительный диагноз и отправил к специалисту. Там обычно измеряют температуру, делают ЭКГ и начинают опрос.

Напротив находится комната-изолятор для больных, у которых может быть инфекционное заболевание. В следующем кабинете процедурный кабинет и лаборатория. Вот здесь комната для хранения верхней одежды больных и туалет.

Пример сценария студенческого мобильного видео-описания

Тема: «Описание печени».

Место: больница, отделение пульмонологии.

Действующие лица: врач (*Анил Дхиллон*), пациент.

Печень – самый большой внутренний орган. Это железистый орган однородного темно-красного или бурого цвета, который находится в верхней части живота. Печень имеет неправильную грушевидную форму. У нее выпуклая рыхлая верхняя поверхность, плоская гладкая нижняя поверхность и острый край. На ощупь печень гладкая и мягкая.

Увеличение и уплотнение печени свидетельствуют о сосудистых нарушениях, тромбозе или венозном застое.

Пример сценария студенческого мобильного видео-рассказа

Тема: «Мой первый день клинической практики»

Это было 27 февраля 2022 года. Мы с одногруппниками приехали в 1 городскую больницу г. Оренбурга к 8:30. Около гардероба мы встретили еще три группы нашего курса. Мы переоделись в белые халаты и шапочки, поменяли обувь. Нас разделили на подгруппы и сказали, кому на какой этаж идти. Мою подгруппу отправили в неврологическое отделение. Нас встретил врач, который будет нас курировать, быстро рассказал, что нам нужно будет сегодня сделать, дал свой номер телефона и ушел на обход больных. Затем пришел наш преподаватель, дал каждому индивидуальное задание – осмотреть пациента, измерить температуру, артериальное давление и опросить. Я очень сильно волновался.

Моей первой пациенткой была очень приятная женщина, 63 лет. Она ответила все мои вопросы. Говорила медленно и внятно. У нее было немного пониженное артериальное давление. Я записал все в дневник практиканта. Из палаты я вышел с хорошим настроением. Мне понравилось такое начало дня. В коридоре я встретил медсестру, которая дала мне следующее задание – отвести двух пациенток на ЭКГ и рентген. Я проводил их в соседнее здание, а когда пошел назад, понял, что заблудился в коридорах больницы.

Затем я опросил еще несколько пациентов. Я очень переживал, что не смогу понять все, что они говорили. Но я задавал уточняющие вопросы. Они отвечали или показывали на то место, где у них болит. День прошел очень хорошо.

В конце смены мы все собрались в ординаторской и обсудили с врачом и преподавателем сегодняшней день. Это был очень волнительный и важный день.

Пример сценария студенческого мобильного видео-рассуждения

Тема: «Нужно ли мнение второго врача?»

Место: больница

Иногда люди ищут второго врача, чтобы проверить диагноз, который им поставил первый врач. Как показывает практика, иногда это действительно нужно делать, а иногда нет.

Я считаю, что к другому врачу нужно обращаться, например, в ситуации, когда вы соблюдаете все предписания врача, но ваше состояние не улучшается. Или вам рекомендуют сделать операцию, а вы сомневаетесь и ищите другие варианты лечения. Или, допустим, врач назначает вам очень дорогие лекарства, а вы хотите посоветоваться с другим специалистом.

Но, по моему мнению, не стоит искать и ждать мнения второго врача в экстренных ситуациях при остром состоянии: при подозрении на инсульт, инфаркт, острый аппендицит и т.д. Во-первых, вы потеряете много времени, во-вторых, второй врач скорее всего поставит тот же диагноз.

Таким образом, если у вас или у ваших родственников ситуация, в которой есть время на дополнительные осмотры, то можно их пройти, но если ситуация критическая, то нужно верить врачу. Обычно врачи не ошибаются!

Пример сценария студенческого мобильного видео-обращения

Тема: «Оглашение диагноза»

Место: Палата в больнице

Добрый день, Анна Васильевна. Как вы себя чувствуете? (врач улыбается)
Вы сегодня хорошо выглядите.

Пришли результаты анализов. К сожалению, результат положительный. (Дотронуться до плеча больной) Нам потребуется составить план лечения. Оно будет длительным, но надеюсь результативным. Вы сейчас можете побыть одна, если вам это необходимо. А потом мы все подробно обсудим.

Пример сценария студенческого мобильного видео диалога-беседы

Тема: «Смена планов»

Герои: друг – Соумйаджиоти; подруга – Айшварийа

Место: комната в общежитии

Девушка заходит в комнату к другу.

- Привет, Соумйаджиоти!
- Привет, Айшварийа! Как дела?
- Спасибо, нормально. Но я хотела извиниться, что не смогу сегодня вечером пойти с тобой на день рождения к Андрею.
- Как жаль. Но почему? Что случилось? Ты заболела?
- Нет-нет. Просто у моих родителей поменялись планы, и они приезжают ко мне в гости сегодня, а не на следующей неделе. А я обещала показать им город. Извини меня, пожалуйста.
- Ничего страшного. Хорошо, что ты не больна. Я поздравлю Андрея от тебя. Желаю хорошо провести время с родителями.
- Спасибо большое! Я тоже желаю тебе отлично повеселиться!
- Спасибо! Пока!
- Пока!

Пример сценария студенческого мобильного видео диалога -расспроса

Тема: «Диалог врача с больным острым холециститом»

Врач – Нелли Пунатх Анджаш

Пациент – Арун Кумар

- На что вы жалуетесь?
- Сильно болит правый бок, вот здесь.
- Какого характера боли вас беспокоят?
- Режущие, бок раздирает.
- Боль иррадиирует куда-нибудь?
- Да, в правое плечо и подлопатку.
- С чем связано распространение или усиление боли?
- Бок начинает болеть, если я съем что-нибудь жареное.

- Что купирует боль? Когда боль проходит?
- Пью таблетки, которые советовал врач. Если не ем жареное, то не так часто болит.
- Тошнота, рвота бывают?
- Да, периодически тошнит. Иногда и рвёт.
- Какой вкус остаётся во рту после рвоты?
- Чаще горький.
- После рвоты боль проходит?
- Нет. Но уменьшается.
- Кожный зуд беспокоит?
- Да, кожа чешется постоянно. Ночью очень сильно.
- Спать можете?
- Нет, из-за сильного зуда не могу спать.
- Как давно появилась желтушность склер глаз?
- Около недели назад.
- Вы принимали какие-нибудь лекарства?
- Принимаю аллохол.

Пример сценария студенческого мобильного видео диалога-просьбы

Тема: «Просьба»

Пациент – Арун Кумар

Медсестра – Анамика Мишра

Встреча в коридоре.

- Извините! Не могли бы вы мне помочь?
- Да, конечно.
- Мне не поставили печать на этой справке. Вы можете это сделать. Или нужно еще раз записываться к врачу на прием?
- Да, я могу. Подождите, пожалуйста, 5 минут в коридоре.
- Спасибо!

Пример сценария студенческого мобильного видео диалога-совета

Тема: «Рекомендация врача»

Врач – Рохан Шарма

Мама пациента – Нилофар Педекнур

- Доктор, мой сын отказывается пить лекарство в таблетках. Он плачет, говорит, что не может проглотить таблетку, что она большая и горькая.

- Для таких маленьких детей я рекомендую использовать лекарства в суспензии. Они обычно приятные на вкус и детки соглашаются их принимать.

- А от жаропонижающей суспензии будет тот же эффект, что и от таблеток?

- Да, конечно, обычно у них идентичный состав. Не переживайте! В экстренной ситуации, если не получается сбить температуру, вызывайте скорую помощь. Вам сделают инъекцию, это поможет быстрее.

- Хорошо, спасибо.

Пример сценария студенческого мобильного видео диалога-конфликта

Тема: «Конфликт в коридоре поликлиники»

Регистратор – Лахири Сайантан

Пациент – Арун Кумар

Место: В поликлинике.

- Позовите заведующего поликлиникой!!!

- Здравствуйте. Что случилось?

- Почему меня до сих пор не принял врач? Я записана на 10:40. А сейчас 11:20.

- Извините, но сегодня профосмотр, возможно, поэтому очередь немного задерживается.

- Немного? Я сижу здесь уже 2 часа. Я требую заведующего.

- К сожалению, Ксения Николаевна сейчас на совещании. Пройдемте вместе, я уточню у врача, как скоро он сможет вас принять.

Пример сценария студенческого мобильного видео полилога-консилиума

Форма проведения: офлайн

Место: ординаторская

Участники: начмед (НМ), заведующий пульмонологическим отделением (ЗО) + 2 врача больницы (В1 - ординатор, В2 - дежурный врач).

В1: – Доброе утро. Хочу познакомить вас с историей болезни пациента, которая вызывает у нас с коллегами некоторые вопросы в плане диагностики.

Пациент Иванов В.П., 1964 г.р., поступивший на 4-й день болезни с жалобами на температуру, кашель с мокротой, боль в груди, одышку при физической нагрузке и интоксикационный синдром. Заболевание началось остро, с повышения температуры, катаральных проявлений. До поступления ничем не лечился. Ввиду ухудшения самочувствия был доставлен в стационар.

За время наблюдения состояние с отрицательной динамикой из-за нарастания интоксикации, сохраняется температура, нарастает дыхательная недостаточность. При поступлении сатурация была 96, на данный момент 95, на рентгене – усиление легочного рисунка.

В клинической картине – кашель с мокротой, частота дыхательных движений до 20; аускультативно – сухие проводные хрипы, свистящие на выдохе, крепитация, резкое ослабление дыхания в нижней доле справа.

В2: – Я считаю, что нужно повторить рентген.

ЗО: – На мой взгляд, необходимо назначить КТ, ввиду резкого ослабления дыхания для исключения пневмонии. Цвет мокроты не изменился?

В1: – Мокрота стала зеленой.

ЗО: – Необходимо проверить на наличие маркеров бактериальной инфекции и, тем самым, определить обоснованность применения антибактериальной терапии.

В1: – Есть ли необходимость подключать оксигенотерапию?

НМ: – На данный момент такой необходимости нет, но при дальнейшем снижении сатурации до 93 можно подключить к кислороду с умеренным потоком.

ЗО: – Какие сопутствующие соматические заболевания у пациента?

В1: – В анамнезе сахарный диабет 2 типа и ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких).

В2: – Считаю целесообразным применение дексаметазона и эуфилина. А также необходима консультация эндокринолога для обсуждения тактики контроля уровня глюкозы у данного пациента на фоне применения гормонов.

НМ: – По результатам обследования считаю необходимым назначить повторный консилиум завтра и последующий совместный осмотр. Дмитрий Сергеевич, какой предположительный диагноз вы поставите?

В1: – Внебольничная нижнедолевая правосторонняя пневмония, осложненная бронхоспазмом на фоне ХОБЛ.

ЗО: – Согласен, коллега. Давайте дополним лечение инфузионной терапией. НМ: – К следующей нашей встрече подготовьте результаты анализов и КТ.

В1: – Хорошо. Коллеги, спасибо за рекомендации. Всем хорошего дня.

Констатирующий эксперимент**Инструкция к выполнению теста.**

- Время выполнения теста – __ минут.
- При выполнении теста пользоваться словарем нельзя.

Часть 1**Задание (1 – 5)**

Инструкция: Прочитайте тексты. Выполните задания 1, 2, 3, 4, 5 (впишите ответы)

Текст 1. Корь – это широко распространённое острое инфекционное заболевание. Вирус выделяется во внешнюю среду с капельками слюны при разговоре, во время кашля, чихания.

Текст 2. Возбудитель коклюша – *Bordetella pertusis*. Лечение является этиотропная терапия, направленная на уничтожение возбудителя. Назначаются антибиотики, ингаляции, муколитические средства, препараты для восстановления обменных процессов в ЦНС, иммуномодуляторы.

Текст 3. Меня мучает насморк. Постоянно течет из носа, не успеваю высмаркиваться. Выделения прозрачные, жидкая слизь. А по ночам не могу дышать: весь нос воспален, заложен.

Текст 4. В приёмное отделение больницы поступил больной Ефименко И.В., 36 лет с жалобами на боли в эпигастральной области натощак или сразу после приема пищи.

1. Выпишите синоним к названию заболевания «Ринит», который использовал больной в одном из текстов.

2. Напишите термин пути передачи инфекции, о котором говорится в одном из текстов.

3. Напишите три вопроса-синонима к описанию боли в одном из текстов.

4. Выпишите предложение из текста, в котором говорится об этимологии заболевания.

5. Выпишите из текста синоним фразы «на голодный желудок».

Часть 2

Задание (6 – 15)

Инструкция: Трансформируйте жалобу больного в профессиональную речь врача.

Постоянно устаю –

Болит затылок –

Кружится голова –

Трудно дышать по ночам –

Недавно болел ветрянкой –

Боль появляется через 30 минут после еды –

Кашель с мокротой –

Болит под ребрами слева –

Я начал плохо видеть –

Не могу сжать руку в кулак –

Часть 3

Задание (16 – 25)

Инструкция: Прослушайте реплики-вопросы врача и соотнесите их (поставьте знак +) с ответами пациентов.

- Вправо, под ребра.										
- Да, очень сильные.										
- Вышшее.										

Часть 4

Задание (26 – 27)

Инструкция: Прочитайте фрагменты диалога врача с больным. Продолжите диалог в зависимости от ответа больного.

1) – Какой кашель вас беспокоит: сухой или с мокротой?

– Сухой.

– ... ?

– С мокротой.

– ... ?

2) – Возникновение болей связано с приемом пищи?

– Да, связано.

– Нет, не связано.

Задание (28 – 30)

Инструкция: Познакомьтесь с описанием ситуации. Начните диалог.

Ситуация 1. В терапевтическое отделение 1 городской больницы поступил пациент 1955 г.р. с жалобами на интенсивные боли в области сердца. Уточните у больного время начала приступа и характер болей.

-

Ситуация 2. В отделение неотложной помощи поступил пациент 2015 г.р. с жалобами на острую боль в животе. Уточните у пациента время возникновения и возможные причины приступа болей.

-

Ситуация 3. В реанимационное отделение нейрохирургии поступил мужчина 1960 г.р в состоянии комы. Уточните у родственников пациента о симптомах, появившихся вначале, их интенсивности и о способах проводившегося лечения.

-

Задание (31 – 32)

Инструкция: Прочитайте текст с описанием жалоб больного. Составьте два рассказа о состоянии здоровья пациента адресованные:

- а) пожилой матери больного
- б) коллегам на консилиуме для уточнения диагноза и тактик лечения

Перед тем как меня положили в больницу я несколько дней чувствовал усталость, вялость, сильный сухой кашель. Мне было трудно дышать, сильно билось сердце. Сейчас я не чувствую запахов и вкуса. Врач сказал, что по КТ состояние средней тяжести. Уровень кислорода в крови 89%. Кожа бледная, местами стала синей. Меня все раздражает, я как будто не в себе, забываю какие-то вещи. Врачи говорят, что, наверное, ИВЛ подключат.

Контрольный эксперимент**Инструкция к выполнению теста.**

- Время выполнения теста – __ минут.
- При выполнении теста пользоваться словарем нельзя.

Часть 1**Задание (1 – 5)**

Инструкция: Прочитайте тексты. Выполните задания 1, 2, 3, 4, 5 (впишите ответы)

Текст 1. Больной жалуется на чихание и обильный насморк; сильное слезотечение из обоих глаз, светобоязнь, зуд, покраснение и опухание век. Причиной данных симптомов больной считает аллергию.

Текст 2. Из анамнеза: кашель с мокротой беспокоит в течение 15 лет, стаж курения - 45 лет, отдаёт предпочтение сигаретам без фильтра, интенсивность курения - 10-15 сигарет в сутки. Ухудшение самочувствия около двух недель, когда без чёткого начала постепенно стала нарастать одышка, усилился кашель.

Текст 3. Болевой приступ сопровождается сердцебиением, одышкой, чувством страха смерти. Наблюдается бледность кожных покровов, выражение лица страдальческое.

Текст 4. У меня болит голова, низ живота и поясница. Тянет поясницу. Лицо отекло, глаза по утрам как щелочки становятся. В туалет реже хожу, как будто задержка мочи.

1. Выпишите синоним к названию заболевания «Поллиноз», который использовал больной в одном из текстов.

2. Напишите термин, называющий нарушение мочеиспускания в одном из текстов.

3. Напишите три вопроса, которые помогли врачу в одном из текстов узнать информацию о вредных привычках.

4. Выпишите предложение из текста, в котором говорится о результатах осмотра пациента.

Часть 2

Задание (6 – 15)

Инструкция: Трансформируйте жалобу больного в профессиональную речь врача.

Боли появляются после того, как поем жирное мясо –

Очень часто хожу в туалет ночью –

Всегда хочу пить –

Резко похудел –

В детстве была пневмония –

Боль появляется часа через 2 после еды –

Промерзла на остановке, вот и заболела –

Да, у моей мамы тоже были камни в почках –

Кожа чешется постоянно –

Не могу сжать руку в кулак –

5 лет назад мне удалили желчный пузырь –

Часть 3

- Каждые 5 бегаю в туалет.										
- Плохо сплю из-за зуда.										
- Да, стал хуже видеть.										
- Воздухом.										
- Осенью был цистит.										

Часть 4

Задание (26 – 27)

Инструкция: Прочитайте фрагменты диалога врача с больным. Продолжите диалог в зависимости от ответа больного.

1) – Боли иррадиируют куда-нибудь?

– Извините, я не понял, что вы сказали. – Нет.

– ... ?

– ... ?

– Да, влево.

– ... ?

2) – У вас есть вредные привычки?

– Нет.

– Да, я курю.

– Я выпиваю.

Задание (28 – 30)

Инструкция: Познакомьтесь с описанием ситуации. Начните диалог.

Ситуация 1. В хирургическое отделение был доставлен больной Вахитов М.В., 36 лет с подозрением на приступ почечной колики. Больной объяснил, что у него

очень сильно болит в правом боку и поясница. Уточните у пациента характер и продолжительность боли.

-

Ситуация 2. 4 августа в терапевтическое отделение 2 городской больницы была доставлена больная Крылова А.А. Больная сказала, что ночью у нее началась резкая боль в левом боку, как будто бок режут. Вместе с болью повысилась температура до 39° С, начались озноб и одышка. Уточните у пациентки подробности развития заболевания (первые и последующие симптомы, время их возникновения).

-

Ситуация 3. На прием к эндокринологу пришла мать с 2-х летним ребенком с жалобами на жажду, резкое снижение веса, чрезмерное выделение мочи. Уточните у матери общебиографические сведения ребенка.

-

Задание (31 – 32)

Инструкция: Прочитайте слова и словосочетания, описывающие состояние госпитализированной 5-летней девочки. Составьте два рассказа о состоянии здоровья пациентки адресованные:

- а) матери ребенка
- б) коллегам на консилиуме для уточнения диагноза и тактик лечения

Ребенок постоянно хочет спать, нет сил, тошнота, рвота, запах ацетона изо рта, резкое чувство голода, резкое падение сахара в крови, кожа бледная, руки трясутся, низкая концентрация внимания, чешется кожа, кожные покровы сухие. По ночам наблюдается недержание мочи.

Задание (33)

Инструкция: Прослушайте диалог и оформите запись в медицинской карте стационарного больного.

- Здравствуйте! На что вы жалуетесь?
- Здравствуйте. Сильно болит правый бок, вот здесь.

- Какого характера боли вас беспокоят?
- Режущие, бок раздирает.
- Боль иррадиирует куда-нибудь?
- Да, в правое плечо и подлопатку.
- С чем связано распространение или усиление боли?
- Бок начинает болеть, если я съем что-нибудь жареное.
- Что купирует боль? Когда боль проходит?
- Пью таблетки, которые советовал врач. Если не ем жареное, то не так часто болит.
- Тошнота, рвота бывают?
- Да, периодически тошнит. Иногда и рвёт.
- Какой вкус остаётся во рту после рвоты?
- Чаще горький.
- После рвоты боль проходит?
- Нет. Но уменьшается.
- Кожный зуд беспокоит?
- Да, кожа чешется постоянно. Ночью очень сильно.
- Спать можете?
- Нет, из-за сильного зуда не могу спать.
- Как давно появилась желтушность склер глаз?
- Около недели назад.
- Скажите, вы болели инфекционной желтухой (болезнью Боткина), бруцеллёзом или малярией?
- Болел малярией.
- Отравления у вас были?
- Нет, не было.
- Травмы и операции были?
- Был аппендицит. Делали операцию.
- А ваши родители, кто-нибудь в роду страдали заболеваниями печени и желчевыводящих путей?

- Бабушке удаляли желчный, кажется.

- Как вы питаетесь? Режим питания соблюдаете?

- Режим не всегда соблюдаю. Днем ем на ходу. Ужинать иногда приходится очень поздно.

- Вот видите, к чему это привело.

- Да, сам виноват.

Результаты констатирующего эксперимента

Контрольные группы (КГ):

студент	Чтение (%)	Письмо (%)	Аудирование (%)	Говорение (%)
1	66	64	67	71
2	63	63	60	54
3	60	68	57	60
4	55	56	47	44
5	49	50	45	49
6	68	66	61	60
7	60	77	82	75
8	57	59	54	58
9	49	55	48	49
10	55	49	37	40
11	64	93	81	69
12	70	54	58	53
13	64	63	61	54
14	67	91	81	74
15	64	62	64	60
16	65	62	61	58
17	65	64	60	54

18	27	39	25	19
19	86	80	79	69
20	39	41	27	20
21	76	64	68	69
22	42	46	39	40
23	79	73	69	70
24	56	60	49	51
25	84	90	76	77
26	58	60	54	53
27	77	87	79	69
28	63	61	64	65
29	69	64	62	55
30	48	38	39	21
31	64	69	75	77
32	77	64	63	60
33	39	31	25	19
34	68	64	61	54

Экспериментальные группы (ЭГ):

студент	Чтение (%)	Письмо (%)	Аудирование (%)	Говорение (%)
1	59	60	55	54
2	66	61	60	59
3	63	75	65	66
4	57	50	49	40
5	53	49	40	41
6	70	71	66	68
7	64	77	65	67
8	57	56	50	53
9	49	50	48	42
10	55	49	47	41
11	64	80	67	66
12	70	74	64	60
13	64	63	60	59
14	69	71	73	70
15	59	62	61	59
16	70	61	59	53
17	63	60	58	51
18	27	31	33	25
19	71	64	60	56

20	39	32	30	26
21	59	55	51	50
22	68	64	65	66
23	39	41	52	54
24	56	51	53	55
25	84	79	70	66
26	58	61	60	58
27	63	61	59	52
28	80	73	75	70
29	72	64	68	66
30	68	64	66	61
31	64	59	58	49
32	77	63	67	69
33	79	81	65	66
34	48	40	39	28

Результаты контрольного эксперимента

Контрольные группы (КГ):

студент	Чтение (%)	Письмо (%)	Аудирование (%)	Говорение (%)
1	70	64	69	73
2	64	64	64	57
3	63	70	59	63
4	61	58	48	45
5	59	52	49	49
6	75	67	64	62
7	64	79	85	77
8	61	61	59	60
9	53	56	50	51
10	59	50	39	42
11	68	94	84	71
12	70	56	61	55
13	64	64	64	57
14	68	92	84	76
15	64	63	65	62
16	69	63	63	59
17	70	64	60	55

18	32	40	25	21
19	90	82	79	70
20	44	45	29	21
21	78	65	69	71
22	47	49	43	42
23	80	75	71	73
24	57	63	55	56
25	86	92	77	78
26	59	63	58	55
27	77	88	81	73
28	64	64	65	65
29	70	64	66	57
30	48	40	41	23
31	64	71	78	77
32	79	65	66	65
33	42	31	24	20
34	63	65	62	53

Экспериментальные группы (ЭГ):

студент	Чтение (%)	Письмо (%)	Аудирование (%)	Говорение (%)
1	65	66	65	66
2	70	68	69	67
3	69	80	71	70
4	65	65	65	67
5	57	51	46	65
6	76	80	72	74
7	69	83	73	77
8	60	65	66	65
9	52	65	51	65
10	54	52	48	49
11	68	85	70	70
12	77	79	66	70
13	69	65	69	65
14	74	78	80	78
15	70	68	68	67
16	78	69	67	65
17	66	67	65	66
18	35	35	40	29
19	80	66	66	68

20	47	45	36	28
21	65	58	67	67
22	72	67	69	66
23	50	46	65	66
24	60	65	65	65
25	88	80	75	66
26	58	65	65	67
27	66	68	65	65
28	84	80	76	79
29	77	69	70	77
30	69	70	71	71
31	67	66	65	66
32	79	71	73	80
33	83	89	69	71
34	47	45	42	65

Результаты контрольного эксперимента (задание 7)

Контрольные группы (КГ):

студент	Результат выполненного задания (балл)	Результат выполненного задания (%)
1	15	50
2	19	63,3
3	25	83,3
4	19	63,3
5	11	36,6
6	17	56,6
7	10	33,3
8	9	30
9	22	73,3
10	16	53,3
11	15	50
12	19	63,3
13	18	60
14	21	70
15	18	60
16	16	53,3

17	13	43,3
18	12	40
19	11	36,6
20	14	46,6
21	18	60
22	19	63,3
23	22	73,3
24	23	76,6
25	17	56,6
26	12	40
27	21	70
28	26	86,6
29	14	46,6
30	6	20
31	14	46,6
32	13	43,3
33	19	63,3
34	19	63,3

Экспериментальные группы (ЭГ):

студент	Результат выполненного задания (балл)	Результат задания (%) выполненного
1	29	96,6
2	27	90
3	23	76,6
4	26	86,6
5	28	93,3
6	21	70
7	19	63,3
8	20	66,6
9	19	63,3
10	18	60
11	23	76,6
12	25	83,3
13	25	83,3
14	27	90
15	19	63,3
16	20	66,6
17	18	60

18	28	93,3
19	26	86,6
20	27	90
21	25	83,3
22	28	93,3
23	23	76,6
24	21	70
25	19	63,3
26	28	93,3
27	20	66,6
28	21	70
29	25	83,3
30	23	76,6
31	20	66,6
32	20	66,6
33	17	56,6
34	28	93,3

Опытное обучение.**Инструкция по созданию СМВ диалога-интервью по разделу
«История жизни больного»****Задание 1. Прочитайте слова и словосочетания.**

Беременность, доношенный ребёнок, недоношенный ребёнок, родился в срок, родился преждевременно, естественное вскармливание, искусственное вскармливание, младенчество, детство, юность, зрелость, старость, переносимость, передозировка, отравление, наследственный анамнез, физическое развитие.

Задание 2. Прочитайте глаголы.

Переносить/перенести, прописать, выписывать/выписать, предписывать/предписать, применять/применить, принимать/принять, назначать/назначить, страдать.

Задание 3. Напишите сценарий диалога-интервью с больным, который болен гипертонической болезнью по разделу «История настоящего заболевания» на основе плана:

1. Общие биографические сведения.
2. Жилищно-бытовые условия.
3. Условия труда и профессиональные вредности.
4. Перенесенные заболевания.
5. Наследственный и семейный анамнез.
6. Аллергологический анамнез.

Задание 4. Покажите сценарий преподавателю. Обсудите детали сценария и мобильной съемки.

Задание 5. Снимите мобильное видео по данному сценарию на свой мобильный телефон. Используйте необходимый реквизит (белый халат, медицинские инструменты, документы и т. д.).

**Инструкция по созданию СМВ диалога-расспроса по разделу
«Жалобы больного».**

Задание 1. Прочитайте слова и словосочетания.

Лёгкие, кашель, вдох, выдох, першение, хрип, высокая температура, кашель, одышка, утомляемость, усталость, головная боль, болезненность.

Задание 2. Прочитайте глаголы.

Жаловаться/пожаловаться, беспокоить, локализоваться, иррадиировать, возникать/возникнуть, начинаться/начаться, продолжаться/продолжиться, повторяться/повториться, возобновляться/возобновиться, заканчиваться/закончиться, проходить/пройти, снимать/снять, купировать, хрипеть/охрипнуть, потеть, заложить, знобить, дышать.

Задание 3. Напишите сценарий диалога-интервью с больным, который болен пневмонией по разделу «Жалобы больного» на основе плана:

1. Общие жалобы.
2. Характер кашля:
 - наличие/отсутствие мокроты;
 - интенсивность;
 - продолжительность;
 - время возникновения.
3. Характер мокроты:
 - цвет;
 - консистенция;
 - количество;
 - время появления.
4. Наличие и характер болей:
 - наличие болей;
 - локализация;
 - условия возникновения.
5. Дополнительные симптомы:

- одышка;
- потливость;
- качество сна и аппетита.

Задание 4. Покажите сценарий преподавателю. Обсудите детали сценария и мобильной съемки.

Задание 5. Снимите мобильное видео по данному сценарию на свой мобильный телефон. Используйте необходимый реквизит (белый халат, медицинские инструменты, документы и т. д.).

Темы студенческого мобильного видео диалога-расспроса

1. Диалог врача с больным бронхитом.
2. Диалог врача с больным гипертонической болезнью.
3. Диалог врача с больным ишемической болезнью сердца.
4. Диалог врача с больным пиелонефритом.
5. Диалог врача с больным гастритом.
6. Диалог врача с больным сахарным диабетом.
7. Диалог врача с больным ревматоидным артритом.
8. Диалог врача с больным инсультом.
9. Диалог врача с больным анемией.
10. Диалог-расспрос врача с больным мочекаменной болезнью по истории острого заболевания.
11. Диалог-расспрос врача с больным мочекаменной болезнью по истории хронического заболевания.