

## Литература

1. Лукьянченко, О.Г. Использование краеведческого материала в языковой подготовке иностранных граждан / О.Г. Лукьянченко // Мова і культура. Вип. 12, т. XI (136). — К. : Видав. Дім Дмитра Бураго, 2009. — С. 45-50.

2. Практическая методика преподавания русского языка на начальном этапе / Н. С. Вла-

сова, Н. А. Алексеева и др. — М.: Русский язык., 1990. — 230 с.

3. Гиль, С. И. Основные направления и задачи воспитательной работы с иностранными студентами / С. И. Гиль, О. В. Рева // Тези XIV Міжнар. наук.-практ. конф. «Викладання мов у вищих навч. закладах освіти на сучасн. етапі. Міжпредм. зв'язки». — Харьков : ТОВ. «ЕДЕНА», 2010. — С. 52-55.



УДК 81'27:811.161.1'243

## Языковые и социокультурные факторы при обучении иностранных студентов-медиков профессиональной диалогической речи

*Лилия Сенник,*

кандидат педагогических наук,

*Лариса Васецкая,*

кандидат педагогических наук, доцент,

*Екатерина Гейченко,*

кандидат педагогических наук, доцент,

*Ирина Лебеденко,*

старший преподаватель.

Запорожский государственный медицинский университет



дной из важных проблем методики преподавания русского/украинского языка как иностранного является подготовка иностранных студентов-медиков к профессиональному общению. Овладение основами общелитературного русского/украинского языка и учебно-профессиональной речью осуществляется параллельно с обучением на английском языке профильным дисциплинам. Это влечет за собой увеличение учебной нагрузки студентов и дополнительную затрату времени для изучения русского/украинского языка, что, соответственно, сказывается на качестве знаний обучаемых. Вместе с тем профессиональное

общение с больными в процессе клинической практики осуществляется на русском/украинском языке и представляет определенные трудности для студентов. Таким образом, актуальность данной статьи обусловлена сложностями языкового и социокультурного характера, с которыми сталкиваются студенты в учебном процессе и в реальном профессиональном общении с пациентами.

В научных и научно-методических исследованиях по вопросам обучения иностранных студентов-медиков профессиональному диалогическому общению внимание акцентируется на определении коммуникативных потребностей, целей и

задач обучения, единиц обучения, а также подготовке учебно-методических материалов для работы в аудитории и в режиме самостоятельной работы (Т. Н. Алексеенко, Е. И. Гейченко, Л. И. Васецкая, Л. Н. Сенник, Е. А. Пономаренко, В. А. Суржина, И. М. Кушнарёва и др.).

**В**ажность проблемы, разработанность ряда аспектов отнюдь не означают решение всех вопросов обучения профессиональной диалогической речи. Многие из них по-прежнему требуют специального научно-исследовательского поиска и практической реализации в учебном процессе.

Целью статьи является рассмотрение языковых и социокультурных факторов, влияющих на эффективность обучения диалогической речи в учебно-профессиональной сфере общения.

Некоторые из этих факторов обусловлены самой природой диалогической речи, предполагающей умение не только порождать, но и воспринимать диалогические тексты. Как известно, акт восприятия речи состоит из следующих слагаемых: воспринимаемый текст, способ передачи информации (зрительно/слуховой), а также реципиент, воспринимающий информацию. Если хотя бы в одном из слагаемых имеются какие-либо «нарушения», то затрудняется весь процесс понимания.

В самом тексте затруднять его понимание, особенно если реципиент — иностранец, могут лексика (в частности, стилистически окрашенная), типы связи слов, синтаксическая организация текста и др. Звуковой способ передачи текста также иногда приводит к проблемам в понимании, что связано с индивидуальной речевой манерой говорящего, особенностями произношения и интонирования, тембром голоса, темпом сообщения, невозможностью возвращения к услышанному, отсутствием визуальных опор и др. Отклонения от нормы в акте восприятия могут определяться такими свойствами реципиента, как его неподготовленность, недостаточное владение лексикой, грам-

матикой, синтаксическим строем языка, экстралингвистическими средствами общения и др.


Поскольку в диалогической профессиональной речи отсутствует возможность вносить коррективы в звучащий текст (речь пациента), постольку воздействовать возможно лишь на реципиента, передавая ему знания об особенностях звучащего текста и обучая необходимым навыкам и умениям. В обучении профессиональному общению студентов-медиков центральной место занимает профессиональный диалог.

Профессиональный диалог «Врач — больной» характеризуется рядом особенностей. Во-первых, наблюдаются отличия на разных языковых уровнях речи врача и пациента, так как их социальные роли, фоновые знания, языковой и речевой арсенал различны. Вместе с тем, врач является не только лидером общения, владеющим стратегией и тактиками ведения диалога, но и реципиентом. Поэтому он должен адекватно воспринимать информацию и уметь правильно реагировать на речевое поведение пациента. При анализе ошибок иностранных студентов на языковых занятиях необходимо полнее учитывать лексико-грамматические факторы.

**Р**ечь врача в процессе общения с пациентом представляет собой более кодифицированный вариант литературного языка. В учебном процессе, как правило, уделяется достаточно внимания развитию лексико-грамматической правильности речи врача, умению выбирать правильные формы, грамматические структуры при общении с больным. В меньшей степени акцентируется внимание на демонстрации особенностей речи пациента. Для нее характерны большая свобода в выборе лексико-грамматических средств, широкое использование обиходно-разговорной лексики, а также лексико-грамматических конструкций, придающих речи разговорный характер, например голову «тисками сжимает», «обручем давит», затылок «давит», желудок «не проходит», «схва-

тывает» под ребрами, во рту «горько», «сухо», я отрыгиваю «горьким, кислым», «тянет» на рвоту, мне «тошно», в желудке «бурлит, горит» и др.


Знакомясь с образцами диалогической речи подобного плана, студенты испытывают затруднения в понимании ответных реплик пациента. В дальнейшем это может стать причиной неудач в профессиональном общении.

 общеизвестно, что к синтаксическим особенностям русской диалогической речи относят её лаконичность, сжатость, формальную неполноту. Так, для спонтанной речи пациента характерно активное использование неполных предложений, что отражает характерную для устной речи тенденцию к языковой экономии. В неполных предложениях имеются лексически незамещенные синтаксические позиции, которые могут быть поняты из общего контекста, интонационных, мимико-жестикуляционных средств при том условии, что собеседник с ними знаком. Трудности обучаемых в восприятии эллиптических предложений зачастую вызваны тем, что в английском и русском языках их структуры не совпадают.

Объяснение преподавателя, демонстрация образцов диалогической речи, составление вопросов врача по ответным репликам пациента и др. помогают снять трудности синтаксического характера.

Анализ аутентичных диалогов «Врач — больной» показал, что наряду с неполными предложениями на практике довольно часто используются большие «осложненные» фразы, в которых нарушена организация синтаксической структуры. Для них характерен свободный порядок слов, что определяется коммуникативной задачей сообщения и стремлением логически выделить определенную информацию. Иногда говорящий прерывает предложение и вносит уточнения, поправки в сказанное, «переключается» на другую тему, повторяет слова, использует паузы для обдумывания и др. В устной диалогической речи важную функцию для понимания

таких сложных синтаксических структур выполняет интонация. Полагаем, что в учебной практике необходимо систематически использовать аудиозаписи реально звучащих диалогов-расспросов. Демонстрируя студентам образцы неполных и «осложненных» предложений, целесообразно больше внимания уделять случаям межъязыковых несоответствий, а также проводить синтаксический анализ больших фраз, объяснять причины пауз, повторов, изменения порядка слов и интонирования. Использование упражнений на определение логического центра вопросов и ответов, его интонационное выделение помогает обучаемым не только правильно строить свою речь, но и понимать речь собеседника. В процессе выполнения упражнений на моделирование микродиалогов и диалогов по заданной теме или ситуаций закрепляются языковые знания и формируются навыки моделирования и восприятия профессионального диалога.

 бои в профессиональном общении могут наблюдаться не только на языковом, но и на социокультурном уровне. Если студенты не знакомы с особенностями инокультурного восприятия окружающего мира, этикетными нормами, невербальными средствами общения и др., они демонстрируют неверное понимание речи собеседника, в том числе пациента, а также неумение адекватно реагировать на его речевое поведение, т.е. происходит ментальная интерференция. Предотвращение интерференции в учебном процессе возможно благодаря сокращению социокультурной дистанции между участниками общения в процессе формирования социокультурной компетенции. Одной из основных задач в процессе формирования социокультурной компетенции является получение инокультурных знаний, формирование навыков и умений поведения с представителями иной культуры, а также формирование у обучаемых толерантности и признания чужих ценностей.

В настоящее время ученые все активнее занимаются исследованием осо-

бенностей национальных картин мира, вербальных и невербальных средств общения разных социумов, в том числе в сравнительном плане. Результаты этих исследований являются тем фундаментом, на котором преподаватели-практики обучают студентов навыкам межкультурного общения.

Дополнительный материал для обучения иностранцев профессиональному общению представляют, в частности, результаты многолетних наблюдений за поведением на приеме у врача выходцев из республик бывшего СССР и СНГ, эмигрировавших за рубеж. Устоявшиеся представления о функциях и обязанностях врача, повторяющиеся стереотипы общения образуют коммуникативную модель поведения и могут стать причиной «конфликта» культур. Остановимся на некоторых укрепившихся в сознании славян представлениях:

*1. Здоровье населения — обязанность здравоохранения*

Это представление корнями уходит в советскую действительность, когда государство вменяло в обязанность здравоохранения постоянную заботу о здоровье людей — бесплатное лечение, профилактические осмотры всех слоев населения, прививки, отслеживание больных и др.

*2. Врач обязан знать все*

Данное представление также основано на глубоком убеждении, что здоровье и лечение пациента — обязанность врача. Врач должен помнить больного, предписанное ему лечение и выполнять другие действия вне рамок его функций. Отнимая время врача, некоторые пациенты даже не осознают, что это может расцениваться

им как неуважение, как напрасная трата его времени.

*3. Лекарства больше вредят, чем помогают*

Многие пациенты не доверяют традиционным лекарствам, а зачастую и врачам. Поэтому лечение прекращают по собственному усмотрению, когда почувствуют себя лучше.

*4. Врач лечит душу*

Славянские народы с давних времен ходили на прием к врачу не только с физическими, но и с душевными проблемами. И врач выступал также в роли психолога, утешителя, дополнительно к своим прямым обязанностям, чье доброе слово и совет помогали в выздоровлении. Убеждение в том, что врач должен лечить душу, у многих людей старшего поколения остается по сегодняшний день.

В том случае, если иностранные студенты не знакомы со стандартными представлениями инокультурного пациента, они воспринимают поведение пациента через призму своих культурных ценностей и норм. Это приводит к неправильным выводам о поведении собеседника. Несомненно, что знакомство учащихся с культурно-специфическими особенностями поведения собеседника способствует его правильной интерпретации и успеху в профессиональном общении.

Таким образом, при обучении иностранных студентов диалогической речи в диаде «Врач — больной» важно предвосхищать трудности, учитывая разноуровневые факторы. Для этого необходимы дальнейшие исследования как языковых, так и социокультурных особенностей профессионального диалога.

17.10.2011