

лингвистической теорией и клинической практикой является ключевой задачей. Путем интеграции с профильными дисциплинами, внедрения интерактивных и практико-ориентированных методов обучения можно трансформировать восприятие латыни студентами от рутинного предмета до полезного и необходимого профессионального инструмента. Качественное знание латинского языка – это не просто формальность, а важный компонент подготовки грамотного, компетентного и конкурентоспособного специалиста, способного свободно ориентироваться в мировом медицинском пространстве.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1.Маковский, М. М. Латинский язык как основа международной медицинской терминологии / М. М. Маковский // Вестник высшей школы. – 2020. – № 5. – С. 44–49.
- 2.Гончарова, Н. А. Современные методики преподавания латинского языка в медицинском вузе: от теории к практике / Н. А. Гончарова // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2021. – Т. 12, № 3. – С. 110–118.

УДК [811.161.1>243:378.6.016]:614.253

Е. А. Булькова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СТРУКТУРА УЧЕБНОГО ДИАЛОГА «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ» (НА МАТЕРИАЛЕ УЧЕБНЫХ ПОСОБИЙ ПО РКИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ)

Введение

Среди практических навыков, необходимых для оказания качественной медицинской помощи, особое место в деятельности врача занимают навыки профессионального клинического общения. Коммуникативное взаимодействие врача и пациента происходит на всех этапах врачебной деятельности: при диагностике, сборе анамнеза, разъяснении диагноза и формулировании рекомендаций.

Цель

Проанализировать и охарактеризовать структуру учебного диалога «врач – пациент».

Материал и методы исследования

В ходе работы была описана структура учебных диалогов «врач – пациент», представленных в пособиях по русскому языку как иностранному для студентов-медиков.

Результаты исследования и их обсуждение

Общение врача и пациента носит преимущественно устный характер и проходит в форме диалога. Диалог «врач – пациент» имеет вопросно-ответную структуру. Содержание диалога может варьироваться в зависимости от интенции врача.

Учебный диалог «врач – пациент», как правило, имеет трехчастную композицию, включает в себя вводную, основную и заключительную части.

Вводная часть учебного диалога наименьшая по объему, состоит из двух-трех вопросно-ответных реплик. Целью вводной части является установление контакта с пациентом, выяснение причины обращения за медицинской помощью. Вводная часть традиционно содержит формы приветствия, используемые в начале диалога, и собственно вопрос о жалобах пациента: – *Здравствуйте.* – *Здравствуйте.* –

Проходите, садитесь. Так, Петров Павел Семенович. Я не ошибся? – Нет, все верно. – Что вас беспокоит, Павел Семенович? – Да вот, доктор, третью ночь не сплю. Замучили боли в животе, и в спину отдает. [1, с. 18].

Во вводной части диалога могут встречаться также реплики врача побудительного характера: – **Проходите, садитесь. Слушаю вас, рассказывайте.** – Доктор, у меня сильные боли в груди. Они мешают мне дышать. Наверное, что-нибудь с сердцем [1, с. 19].

В аутентичных записях диалогов «врач – пациент» содержание вводной части может увеличиваться. См. фрагмент диалога по теме «Опухоль в правой височной области»: – *Здравствуйте, Сергей Геннадьевич. – Здравствуйте. – Вам сколько лет? – 57 лет. – Вы сейчас где находитесь, Сергей Геннадьевич? – Клиника Семашко. – В областной больнице, да. А почему вы здесь находитесь? Вы не знаете? Что случилось? – Да у меня слабость появилась [2, с. 94].*

Наиболее часто во вводной части для выяснения жалоб используются следующие вопросы врача: *Что вас беспокоит? Что с вами случилось? На что вы жалуетесь?* [1, 2, 3].

Основная часть учебного диалога «врач – пациент» – это разговор о конкретном симптоме заболевания с разной степенью подробности. Объем этой части диалога составляет, как правило, от пяти до десяти вопросно-ответных реплик, но может увеличиваться в зависимости от конкретной ситуации общения. Напр.: – *Что вас беспокоит? – У меня кашель. – Кашель сухой или с мокротой? – С мокротой. – Кашель продолжается в течение суток или усиливается в какое-то определенное время? – Больше по утрам. – Кашель носит постоянный или приступообразный характер? – Приступообразный. – Кашель мучительный, интенсивный? – Да. – В течение какого времени вас беспокоит кашель? – Уже около двух недель. – Изменился ли характер кашля за это время? – Да, первую неделю он был сухой, больше по ночам [3, с. 51].*

Данный фрагмент демонстрирует детальный расспрос пациента только об одном симптоме. Вопросно-ответные реплики позволяют описать кашель по основным его параметрам: характер, продолжительность, интенсивность, время появления, динамика.

В учебных пособиях представлены также диалоги, содержащие последовательный расспрос пациента по нескольким симптомам: – *Где вы чувствуете боли? – В области правой части поясницы. – Какие боли вы ощущаете: острые или тупые, ноющие или режущие? – Острые, режущие. – Боли постоянные или приступообразные? – Приступообразные. – Когда появляются боли: когда двигаетесь или в покое? – Когда двигаюсь. – Мочеиспускание частое или редкое? – Частое. – Какого цвета моча: желтого или буро-красного? – Буро-красного. – Моча мутная или прозрачная? – Мутная. – Что вас еще беспокоит? – Отеки. – Где у вас отеки? – У меня мешки под глазами, отекает лицо, конечности. – Когда появились отеки? – Несколько недель назад. – Отеки долго держатся или быстро проходят? – Долго держатся. – Вас беспокоит кожный зуд? – Да. – В какой части тела бывает кожный зуд? – В области поясницы... [3, с. 94].*

Диагностика в медицинской практике, как известно, включает в себя анамнез жизни и анамнез болезни пациента. Под анамнезом понимается систематический и последовательный процесс получения и документирования медицинской информации от пациента с целью постановки диагноза. В связи с этим основная часть диалога может распространяться следующей информацией:

– сведениями об умственном и физическом развитии пациента в детстве и юности; данными о жилищно-бытовых условиях жизни пациента, о перенесенных заболе-

ваниях, о материальной обеспеченности, об условиях труда и отдыха, а также о наличии вредных привычек (анамнез жизни пациента);

– сведениями о состоянии здоровья родственников пациента, о наличии наследственных заболеваний и других патологий (семейный анамнез);

– сведениями о наличии аллергических реакций (аллергологический анамнез).

См., напр.: – *Вы болели когда-нибудь воспалением легких, плевритом, бронхитом?* – Да, в детстве дважды болел воспалением легких. – *А в юности?* – Нет, только в детстве, когда учился в 6 классе. И тоже простудился. Хотел побыстрее закалиться и слишком легко оделся в холодную погоду. – *Ваши жена и сын здоровы?* – Да, оба здоровы. – *Ваши родители и родители вашей жены живы?* – Нет, наших родителей уже нет в живых. – *Когда и от чего они умерли?* – Моя мать умерла от порока сердца в 76 лет, отец – в возрасте 79 лет от инфаркта, теща – в 50 лет от гипертонии, а тесть погиб в автокатастрофе. – *А кто-нибудь из родственников страдает или страдал заболеваниями органов дыхания?* – Нет, только я и моя жена. – *Вы курите?* – Курил, но вот уже год как бросил. Занимаюсь спортом [1, с. 43].

Информация такого рода (анамнез жизни пациента) не является строго обязательной.

Заключительная часть учебного диалога «врач – пациент» представляет собой медицинское заключение врача по результатам проведенного расспроса пациента. Она имеет прямую связь с содержанием основной части диалога. Включает в себя рекомендации по лечению или указания на дообследование. Состоит из трех-четырех вопросно-ответных реплик уточняющего характера. Напр.: – *Крови во время рвоты не замечали?* – Нет, не видел. *А что со мной, доктор?* – Прежде чем поставить диагноз, вам нужно пройти обследование. – *Когда мне прийти?* – Приходите в понедельник, в 8 утра. *А сейчас я выпишу вам направление на анализы.* – Спасибо, доктор. До понедельника. – До свидания [1, с. 159].

Выводы

Структура учебного диалога «врач – пациент» трехчастная. Вводная часть содержит контактоустанавливающие реплики и вопросно-ответные реплики о причине обращения за медицинской помощью; основная часть представляет собой расспрос пациента с целью собрать анамнез болезни (и – факультативно – анамнез жизни). Заключительная часть, как правило, содержит рекомендации по лечению.

Знание особенностей структуры диалога «врач – пациент», отработка на учебных занятиях речевых навыков ведения клинической беседы способствует формированию у студентов умения конструктивно вести профессиональный диалог и избегать коммуникативных неудач в ходе общения с пациентами.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ковынева, А. И. Языковая подготовка к клинической практике : пособие по русскому языку для студентов-иностранцев, обучающихся на английском языке (3–4 год обучения) / А. И. Ковынева. – Курск : КГМУ, 2009. – 202 с.
2. Учимся слушать и понимать больного : учебное пособие по изучению русского языка как иностранного в рамках клинической практики для иностранных студентов-медиков / И. М. Грицевская, М. М. Белякова, Е. С. Курзина [и др.] ; под ред. И. М. Грицевской. – Н. Новгород : Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2014. – 150 с.
3. Васецкая, Л. И. Практикум по курсу «Профессиональные диалоги “Врач – пациент”» : учеб. пособие для иностранных студентов-медиков (англоязычной формы обучения) / Л. И. Васецкая, Т. Н. Алексеевко. – Запорожье : ЗГМУ, 2011. – 130 с.