

ЛАРИСА КРИСАК (м. Вінниця)

УДК 371.333:811.112.2=614.253

СТРУКТУРНО-КОМПОЗИЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ АНГЛІЙСЬКОГО ПРОФЕСІЙНО ОРІЄНТОВАНОГО ДІАЛОГІЧНОГО МОВЛЕННЯ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

Проаналізовано структурно-композиційні особливості англійського професійного діалогічного мовлення майбутніх лікарів. Охарактеризовано основні фази медичної консультації (контактна, орієнтаційна, аргументаційна, корекційна), яка є головною комунікативною ситуацією у процесі навчання англійського фахового мовлення майбутніх лікарів. Наведено зразки функціональних типів діалогів для кожної фази медичної консультації та враховано граматичний аспект для відповідних типів діалогів (етикетний діалог, діалог-розпитування, діалог-обмін думками).

Ключові слова: англійське професійно орієнтоване діалогічне мовлення, фаза медичної консультації, діалогічна єдність, діалог етикетного характеру, діалог-розпитування, діалог-обмін думками, майбутні лікарі.

Постановка проблеми та актуальність дослідження. З кожним роком зростає потреба суспільства у медичних фахівцях, що володіють уміннями англійського професійного спілкування, здатних застосовувати практичні знання та вміння у вирішенні професійних комунікативних задач і реалізації власних проектів. Велика кількість англійськомовних громадян перебуває в Україні в приватних, комерційних чи службових справах. Для того, щоб на належному рівні прийняти таких громадян та забезпечити їх належним медичним доглядом під час наукових конференцій, культурно-масових заходів, спортивних змагань та у повсякденному житті (у разі звернення англійськомовного пацієнта за медичною до-

помогою), український лікар повинен володіти англійським діалогічним мовленням (ДМ). Вищезазначене обумовлює те, що кінцевою практичною метою вивчення англійської мови (АМ) майбутніми лікарями стає оволодіння нею як основним засобом професійного спілкування.

Аналіз останніх досліджень. Питання професійно орієнтованого навчання іншомовного ДМ неодноразово досліджувались вітчизняними й зарубіжними науковцями. Зокрема, Л. Гаспарян (Hasparian), Н. Гальськовою (Halskova), Д. Ізарєнковим (Izarienkov), Л. Морською (Morska), М. Ляховицьким (Liakhovytskyi), Є. Пассовим (Passov), В. Скалкіним (Skalkin), Т. Дадлі-Евансом (Dudley-Evans), Т. Хатчинсоном (Hutchinson) та інши-

ми описано понятійну систему теорії діалогу, проаналізовано ДМ з позицій взаємодії та взаємозумовленості комунікантів, розроблено численні технології та сформульовано методичні рекомендації щодо навчання цього виду мовленнєвої діяльності, визначено об'єкти контролю рівня володіння ДМ.

У сучасній лінгвістиці діалог вивчався в різних аспектах: соціолінгвістичному – Г. Хене, Г. Рейбок (Henne, Rehbock); психолінгвістичному – А. Соловійова (Soloviova); комунікативно-прагматичному – Н. Арутнюова, Н. Формановська (Arutiunova, Formanovska); тематичному – Ю. Рождественський (Rozhdestvenskyi); функціональному – Т. Колокольцева (Kolokoltseva); структурно-семантичному – С. Ніколаєва, Н. Скляренко (Nikolaieva, Skliarenko).

Однак, до нині ряд питань щодо функціональної класифікації діалогів з урахуванням структурних фаз медичної консультації в процесі навчання англійського професійно орієнтованого діалогічного мовлення (АПОДМ) майбутніх лікарів залишаються дискусійними та потребують подальшого уточнення.

Метою статті є аналіз структурно-композиційних особливостей АПОДМ майбутніх лікарів з урахуванням структурних фаз медичної консультації.

Виклад основного матеріалу. Англійське професійно орієнтоване діалогічне мовлення майбутнього лікаря тісно пов'язане з його професійними обов'язками й фаховою компетентністю.

Ґрунтуючись на загальних характеристиках ДМ (Halskova, Passov, Rohova, Skalkin) і професійно орієнтованого іншомовного спілкування можна визначити, що англійський професійно орієнтований медичний діалог – це складний, багатоплано вий процес становлення і розвитку контактів між лікарем та пацієнтом, породжуваний потребами професійної медичної діяльності, що охоплює сприймання і розуміння потреб пацієнта, обмін інформацією, організацію певної стратегії взаємодії між лікарем та пацієнтом. Справжню життєву вагомість має діалог між лікарем та пацієнтом, який реалізується у межах медичної консультації, яка складається з певних фаз.

Відомий психолог Б. Карвасарський визначив, що спілкування в діаді «лікар-пацієнт» протікає у чотирьох фазах: *контактній, орієнтаційній, аргументаційній та корекцій-*

ній (Karvasarskyi 2004: 395-407). Коротко охарактеризуємо ці фази з точки зору виконання лікарем своїх професійних дій та здійснення функцій ДМ.

Контактна фаза спілкування – початок медичної консультації. Це перший етап професійного спілкування лікаря і хворого. На початку консультації лікар знайомиться з пацієнтом та налаштовує його на ефективну взаємодію з метою проведення успішної комунікації. Цей етап зорієнтований на пацієнта, його думок, уявлень про хворобу, причини та перспективи лікування. Упродовж контактної фази лікар прагне розташувати до себе хворого, обирає природну позу, контролює жести і мімічні реакції обличчя, інтонацію голосу, гучність, темп і ритм мови. Одночасно лікар намагається враховувати невербальні особливості поведінки пацієнта, оцінює його позу, міміку, жести, що дозволяє скласти уявлення про особливості стану хворого.

До лікаря також пред'являються підвищені вимоги, що стосуються як зовнішнього вигляду так і манера поведінки. Відчуття психологічного контакту дає такий важливий елемент невербальної взаємодії, як погляд. Тому, в перші секунди професійного спілкування лікар повинен уважно подивитися на свого пацієнта, тим самим дати можливість йому зрозуміти, що він готовий його вислухати. Зазвичай контактна фаза завершується, коли лікар задає своє перше запитання: «*На що Ви скаржитесь?*» або «*Що Вас турбує?*». З цього питання починається друга фаза спілкування між лікарем і хворим – фаза орієнтації.

Фаза орієнтації являє собою з'ясування причини візиту хворої людини та обстеження пацієнта. Під час первинного огляду лікар з'ясовує причину звернення пацієнта та намагається виявити його основну скаргу. Лікар формує гіпотезу та обирає з різних картин захворювань найбільш прийнятну для подальшої диференціації та встановлення діагнозу. Етап первинного огляду зорієнтований на лікаря та на виявлення деталей основної скарги пацієнта. Збір інформації про умови життя, що вплинули на здоров'я пацієнта, охоплюють медичну та соціальну інформацію. Тематами спілкування є: можливість прояву алергічних реакцій, прийом антибіотиків, попередні захворювання, травми, шкідливі звички.

Етап фізикального обстеження хворого включає обстеження пацієнта за допомогою органів чуття і певних мануальних дій (пальпа-

ція – прощупування, перкусія – постукування, аускультация – вислухування) дозволяють встановити патологічні відхилення. Комунікативною метою даного етапу є збір об'єктивної інформації щодо стану пацієнта. По закінченні фази орієнтації лікар отримує первинне уявлення про хворого, після чого спілкування «лікар-хворий» переходить у третю фазу – фазу аргументації.

Фаза аргументації – встановлення діагнозу та призначення курсу лікування. Фаза аргументації є найбільш активною та продуктивною фазою спілкування. Тривалість її може бути різною, залежно від стану хворого, від його індивідуально-психологічних характеристик та наявної хвороби. Етап встановлення діагнозу характеризується інформуванням пацієнта про попередній діагноз та залученням пацієнта до прийняття спільного рішення щодо лікування. У разі невиліковної хвороби пацієнта найважчою частиною медичної консультації на етапі встановлення діагнозу є повідомлення хворого про проблему. Це може призвести до погіршення подальшої взаємодії лікаря з пацієнтом.

Етап призначення лікування характеризується інформуванням та поясненням лікаря щодо певного медичного препарату, переконанням та мотивуванням пацієнта приймати самі ці ліки. При цьому лікар пропагує методи лікування та певний спосіб життя (дотримання дієти або фізичні вправи, відмова від шкідливих звичок).

Фаза корекції – завершення консультації. Зустріч з хворим повинна мати завершення не

тільки в професійному у плані, але і в психологічному. Остання фаза спілкування «лікар-хворий» – завершальна зустріч, несе в собі лише психологічне навантаження. Завершення медичної консультації є не просто ситуацією мовного етикету-прощання, а й фіксування результату медичної консультації. Вона містить узагальнення всіх попередніх етапів консультації та надає впевненості пацієнту, що він отримає допомогу від компетентного лікаря-фахівця.

Після аналізу структурних фаз медичної консультації, логічним до нашого дослідження є виокремлення певних функціональних типів діалогів відповідно до зазначених фаз. Під час добору функціональних типів діалогів для навчання АПОДМ майбутніх лікарів, особливого значення набуває номенклатура структурних одиниць організації навчального матеріалу. Мінімальною структурною одиницею навчання ДМ в сучасній методиці викладання АМ визначають діалогічну єдність (ДЄ) (Максуменко 2012: 67; Chernysh 2013).

Методична цінність ДЄ полягає в тому, що її мовний і мовленнєвий матеріал представлено в такий спосіб, як він функціонує в реальному міжособистісному спілкуванні носіїв АМ, яка вивчається.

Відтак для навчання АПОДМ майбутніх лікарів ми дібрали ДЄ та організували їхні серії. Наведемо деякі приклади серій ДЄ з дібраних нами фахових діалогів у таблиці 1.

Таблиця 1

Склад діалогічних єдностей фахового медичного діалогу

Контактна серія ДЄ – початок консультації
Good afternoon. How can I help you today? I don't feel very well today. That's too bad.
How do you feel after treatment? Much better. Well.
Орієнтаційна серія ДЄ – збір даних
Can you spare me a few minutes? Certainly! Now, what is the matter with you? That is just what I want you to tell me.
Орієнтаційно-аргументаційна серія ДЄ – обстеження, діагноз, лікування
When did the pain start first? Yesterday evening. I see.

Are you troubled with headache? Yes, I am. I cannot sleep at night. I see. What is your work?
What should I eat doctor? You should eat only light food. You can take milk and fresh fruits also.
Корекційна серія ДЄ – завершення консультації
Good night! And let me know how you get on. Thank you, doctor. Well done!
I'm hoping to get to the bottom of this soon. Thank you, Sir. Don't mention it.
Here is the prescription. Thank you, doctor. You're welcome.

Як бачимо з таблиці 1, типовими ДЄ в медичному спілкуванні є трикомпонентні трансакції (сегмент спілкування), що містять: запит інформації адресатом; передачу запитаної інформації партнером по спілкуванню; оцінну реакцію.

Аналіз фахових діалогів лікарів дозволив виокремити функціональні типи діалогів з урахуванням основних фаз медичної консультації, які є значущими для навчання майбутніх лікарів АПОДМ у межах тем, визначених у навчальних програмах з АМ та фахових дисциплін у медичних вищих навчальних закладах. Це такі діалоги як: *діалог етикет-*

ного характеру, діалог-розпитування та діалог-обмін-думками. Нами було проаналізовано понад 150 фахових діалогів та дібрано з них 50 зразків для навчання майбутніх лікарів. Також ми виокремили 40 автентичних аудіовізуальних фрагментів, де представлені зазначені вище функціональні типи діалогів, структуру яких було вивчено; а ці діалоги були покладені в основу навчання студентів професійно орієнтованого спілкування.

Варто наголосити, що для кожної фази медичної консультації притаманний певний функціональний тип діалогу. Це співвідношення ми узагальнили у таблиці 2.

Таблиця 2

Співвідношення структурних фаз медичної консультації та функціональних типів діалогів

Структурна фаза медичної консультації	Функціональний тип діалогу
Контактна (початок консультації)	Етикетний діалог Односторонній діалог-розпитування
Орієнтаційна (з'ясування причини візиту хворої людини, обстеження пацієнта)	Односторонній діалог-розпитування
Аргументаційна (встановлення діагнозу, призначення лікування)	Двосторонній діалог-розпитування з елементами пояснення Діалог-обмін думками
Корекційна (досягнення згоди щодо схем лікування, завершення консультації)	Діалог-обмін думками Етикетний діалог

Прокоментуємо змістове наповнення таблиці 2 – охарактеризуємо коротко вищезазначені функціональні типи діалогів.

Діалог етикетного характеру. Комунікативна мета таких діалогів – здійснити певну соціальну дію. Це може бути привітання або

відповідь на привітання, знайомство, подяка, вибачення, прощання тощо. Діалог етикетного характеру може складатися з таких характерних типів ініціативних реплік: повідомлення – повідомлення, повідомлення – відповідь, повідомлення – згода/незгода, запитання – відповідь, запитання – відповідь + повідомлення (Chernysh 2013: 19).

Діалог-розпитування вирізняється невисокою структурною складністю та невеликою комунікативною різноманітністю реплік. Діалог-розпитування складається переважно із запитань і повідомлень, які реалізуються в логічній послідовності та об'єднані розв'язанням конкретної проблеми. Характерними типами ініціативних реплік є запитання й репліка повідомлення, реактивних реплік – позитивна відповідь на запитання, додаткових реактивних реплік – репліка-підтримки співрозмовника або висловлення вдячності.

Діалог-розпитування може бути одностороннім або двостороннім. У першому випадку ініціатива запитувати інформацію належить лише одному партнеру, у другому – кожному з них. Двосторонній діалог-розпитування розвиває ініціативність обох мовців, характерну для природного спілкування (Bihych, Haronova, Hryniuk «Metodyka vykladannia inozemnykh mov» 2012: 152)

Особливістю професійного діалогу-розпитування є наявність єдиної конкретної теми та ситуації (Bihych, Haronova, Hryniuk «Metodyka vykladannia inozemnykh mov» 2012: 153-154). У цьому дослідженні, провідною комунікативною ситуацією виступає медичне обстеження або консультація лікаря. Отже, під час діалогу-розпитування мають формуватися вміння студентів ставити запитання, уміння перепитати, уточнити інформацію у партнера, висловити сумнів, невпевненість, задоволення щодо почутої інформації.

В результаті студенти мають навчитися виконувати такі мовленнєві завдання для продукування діалогу-розпитування: запитати інформацію за допомогою запитань: хто? що?, де?, коли? (запитання лікаря) та повідомити інформацію (відповіді пацієнта) (Bihych, Haronova, Hryniuk «Metodyka vykladannia inozemnykh mov» 2012: 154).

Складнішим є *діалог-обмін думками*, метою якого є викладення власного бачення предмету, події, явища, коли співрозмовни-

ки висловлюють свою думку, погоджуючись з точкою зору партнера або спростовуючи її. Характерними типами ініціативних реплік є повідомлення і репліка запитання, реактивних реплік – позитивна або негативна відповідь на запитання, додаткових реплік – репліка погодження або спростування. У результаті студенти мають навчитися виконувати такі мовленнєві завдання для продукування діалогу-обміну думками: вислухати думку співрозмовника, погодитися або спростувати її; висловити власну точку зору, обґрунтувати її з метою переконання партнера по спілкуванню; висловити сумнів; схвалення або незгоди (Bihych, Haronova, Hryniuk «Metodyka vykladannia inozemnykh mov» 2012: 153-155).

Далі наведемо приклади функціональних типів діалогів відповідно до структурних фаз консультації.

Діалог етикетного характеру на початку або наприкінці консультації. Мета: Вміти розпочати або завершити розмову, швидко реагувати на репліку партнера відповідно до мовленнєвого жанру (привітання або прощання). На початку медичної консультації лікар та пацієнт вітаються або знайомляться (якщо це первинний огляд). Тобто лікар та пацієнт будують діалог етикетного характеру з урахуванням правил мовленнєвого етикету та невербальних засобів комунікації. Важливо пам'ятати про постійний візуальний контакт між комунікантами, жести, міміку, пози, усмішку. Це ті обов'язкові компоненти, що визначають ефективність подальшого спілкування, успішний перебіг медичного огляду у нашому випадку.

Грамотичний аспект у діалозі етикетного характеру представлений наявністю контактних кліше привітання та прощання (*Good morning! Good evening! Goodbye! See you soon!*) та загальних й спеціальних питань (*Are you Mr. Brown? How are you?*), імперативних речень, вживанням модальних дієслів (*May I come in?*).

На початку консультації:

Patient: Hello doctor! Can you spare me a few minutes?

Doctor: Certainly! Come in and sit down.

Наприкінці консультації:

P: Thank you, doctor. Good night!

D: Don't mention it!

Односторонній діалог-розпитування на початку медичної консультації. Мета: Вміти

ініціювати репліку-запитання та вміти швидко реагувати на репліку співрозмовника.

На початку медичної консультації лікарю необхідно зібрати анкетні дані про нього. Граматичний аспект у діалозі-розпитуванні представлений питальними реченнями, які складаються, здебільшого, з загальних або спеціальних запитань.

To begin the interview:

Well now, how can I help you?

What's brought you along today?

What can I do for you?

What seems to be the problem?

What is your surname?

When did you have your last check-up?

Do you know your hospital number?

Are you married?

Do you smoke?

Односторонній діалог-розпитування на етапі фізикального обстеження пацієнта

(загальний огляд основних фізіологічних показників). Мета: з'ясувати причину візиту, вміти розпитати про симптоми захворювання, виявити основну скаргу хворого.

Впродовж обстеження пацієнта лікар задає запитання пацієнту та з'ясовує скаргу хворого. Для ефективного ведення діалогу-розпитування на етапі обстеження пацієнта, доцільно використовувати автентичні опитувальники-алгоритми (SOCRATES) з метою повного отримання вичерпної інформації щодо стану здоров'я пацієнта. Опитувальники містять різні групи дескрипторів для вербалізації характеру болю (характер, сила, тривалість, періодичність). Використовуючи опитувальники, лікар виявляє причини та симптоми захворювання та планує подальший хід обстеження (встановлення діагнозу та призначення лікування). Наведемо приклад автентичного опитувальника у таблиці 3.

Таблиця 3

SOCRATES – автентичний алгоритм для збору анамнезу при виявленні болю

Site – локалізація болю	Where is the pain?
Onset – початок захворювання	When did the pain start? How did the pain start? Did it begin suddenly or gradually?
Character – характер болю	What is the pain like? Can you describe it? What does it feel like?
Radiation – розповсюдження болю	Does it go (radiate) to any other place? Where does it spread to?
Associations – з чим біль пов'язаний	Does it affect sleep, appetite, and bowel and bladder function? Does pain affect mood and sense of well-being? Is the pain accompanied by feelings of depression or anxiety?
Time course – тривалість болю	Is the pain always present, or does it come and go? How often does the symptom occur?
Exacerbating factors – фактори погіршення болю	What (else) makes the pain worse? Does it occur after certain activities or in certain body positions?
Severity – важкість захворювання	To what extent is the symptom felt?

Граматичний аспект зазначених діалогів, здебільшого, представлений питальними реченнями.

Двосторонній діалог-розпитування з елементами пояснення на етапі встановлення діагнозу. Мета: вміти проінформувати пацієнта про можливий діагноз, вміти відповідати на запитання пацієнта щодо діагнозу.

Коли лікар повідомляє пацієнту про його можливий діагноз, пацієнт задає запитання лікарю щодо уточнення або роз'яснення незрозумілих медичних термінів, які пацієнт може почути від лікаря.

Граматичний аспект представлений вживанням модальних дієслів, пасивного стану дієслова та питальними реченнями, наявністю еліптичних речень та клішованих фраз.

Dr. Smith: You have the viral tonsillitis.

Sasha: What is tonsillitis?

Dr. Smith: Tonsillitis is inflammation of the throat. It's usually caused by a viral infection.

Sasha: Really? Is it serious?

Dr. Smith: Don't worry. I will give you some medicine and you will feel better.

Sasha: What should I eat and drink?

Dr. Smith: Warm drinks and smashed food. Your throat is sore. It is very important to keep the throat from any stress.

Sasha: How long should I take medicine?

Dr. Smith: For 7 days. You have to take pills twice a day.

Діалог-обмін думками на етапі призначення лікування. Мета: Вислухати думку лікаря, погодитися або не погодитися з нею. Висловити власну точку зору, обґрунтувати її з метою переконання партнера по спілкуванню.

Якщо пацієнт, за певних обставин, не погоджується з призначеним лікуванням, він може висловити сумнів або невпевненість щодо ефективності лікування або, навпаки, висловити схвалення, якщо він переконаний у сприятливому перебігу захворювання. Завдання лікаря полягає в тому, щоб заспокоїти пацієнта та переконати його в доцільності та ефективності лікування. Якщо хворобу важко діагностувати, лікар пропонує пацієнту додаткове обстеження, при чому пояснює своє рішення та переконує пацієнта в необхідності даної процедури.

D: You may have the flu due to your severe condition.

P: Yes, I was in hospital three days ago. I visited my uncle there. He was coughing. Could be I infected then?

D: Of course, this disease is very contagious.

P: What do you mean?

D: It means that the flu is infectious. It is transmitted very quickly.

P: It is terrible.

D: I recommend you to get tested in our lab. After taking swabs I will be able to confirm the diagnosis.

P: Is it necessary to do it?

D: Certainly. If your test results approve the flu, I will prescribe the adequate treatment.

P: All right. I will get tested.

D: Very well. Let's start with blood test....

Діалог-обмін думками на етапі завершення консультації, метою якої є узагальнення отриманої інформації та прийняття спільного рішення.

Після проведеного обстеження лікар підбиває підсумки консультації. Пацієнт готовий/неготовий починати процедуру лікування або додаткового обстеження. Характерними ознаками даного типу діалогу-обміну думками є обмін враженнями про медичну консультацію, де лікар запевняє пацієнта в швидкому одужанні, а пацієнт отримує/не отримує заспокоєння з приводу подальшого перебігу захворювання.

Грамматичний аспект у даному типі представлений наявністю умовних речень, наказовим способом дієслова, конструкцією «Complex Object», наявністю кліше.

D: So, I'm going to give you a new peak flow spirometer and I want you to check it daily and keep a log. If you see changes as you approach your period, I want you to let me know. However, I don't expect there to be any real problem controlling your asthma.

P: Are you sure? It was never this bad before.

D: As I said, I think a lot of the problem is the heat and the serious air pollution we are having right now. The heat will pass and the high-pressure system causing the stagnant air will move on. Once those two things happen, I think you will feel a lot better.

P: I see. I agree with you.

D: Remember; call if you have any problems or if the medication isn't controlling your symptoms.

P: Okay, I will. Thanks for everything and I'll see you in two months.

D: Good-Bye. Call me if you have any complications.

P: Of course, thanks for the heads-up.

Таким чином, граматичний аспект АПО-ДМ лікарів представлений такими особливостями: 1) вживанням модальних дієслів can (could), must, may, should, have to для вираження можливості, ввічливості заборони, поради, необхідності; 2) вживанням модальних дієслів з умовним способом для вираження ввічливого прохання; 3) вживанням пасивного стану дієслова; 4) вживанням конструкції «Complex Object»; 5) наявністю умовних речень; 6) вживанням дієприкметників Participle I and Participle II при виявленні скарги пацієнта, ознаки симптомів; 7) наявністю різних типів

питальних речень; 8) наявністю імперативних речень.

Висновки. Зауважимо, що комунікативна ситуація «Медична консультація» являє собою форму і спосіб вирішення цілого комплексу типових для професії лікаря проблемних завдань. У ході медичної консультації її учасники не лише обмінюються інформацією, але й взаємодіють, планують власну діяльність, виробляють форми та норми спільних дій. Медична консультація складається з основних фаз: контактна, орієнтаційна, аргументаційна, корекційна. У результаті аналізу структурно-композиційних особливостей АПОДМ лікарів, ми дійшли висновку, що для певної структурної фази медичної консультації характерні такі типи діалогів: діалог етикетного характеру, діалог-розпитування та діалог-обмін думками. Для медичної комунікації типовими є трикомпонентні сегменти спілкування. Крім того, відібрані ДЄ були використані нами при розробленні підсистеми вправ для навчання АПОДМ майбутніх лікарів.

Перспектива подальших досліджень. Розроблені в результаті дослідження матеріали відкривають перспективи покращення якості навчальних програм для майбутніх лікарів, вдосконалення посібників та підручників для медичних вищих навчальних закладів.

References

Bihych, O. V., Borysko, N. F., Borets'ka, H. E. *Metodyka formuvannya mizhkul'turnoyi inshomovnoyi komunikativnoyi kompetentsiyi: Kurs lektsiy: za red. S. YU. Nikolayevoyi.* (Бігич О. В., Бориско Н. Ф., Борецька Г. Е. Методика формування міжкультурної іншомовної комунікативної компетенції: Курс лекцій: за ред. Ніколаєвої С.Ю.). Kyiv. Lenvit Publ. 2011. Print.

Bihych, O.V., Haronova, S.V., Hryniuk, H.A. *Metodyka vykladannia inozemnykh mov u serednikh navchalnykh zakladakh: pidruch. dlia studentiv vyshchuykh navch. zakl.* (Бігич О. В., Гапонова С.В., Гринюк Г. А. Методика викладання іноземних мов у середніх навчальних закладах: підруч. для студентів вищих навч. закладах). Kyiv. Lenvit Publ. 2002. Print.

Chernysh, V. V. *Metodyka formuvannya u maybutnikh uchyteliv profesiyno oriyentovanoyi anhlomovnoyi kompetentsiyi v hovorinni: monohrafiya* (Черниш В. В. Методика форму-

вання у майбутніх учителів професійно орієнтованої англomовної компетенції в говорінні: монографія). Monogr. Kyiv. Lenvit. 2013. Print.

Dudley-Evans, T. *English for specific purposes. The Cambridge guide to teaching English to speakers of other languages.* Cambridge University Press. 2001. Print.

Gasparyan, L. A. *Obuchenie inoyazychnomu ustnomu rechevomu obshheniyu budushhego vracha v sfere prakticheskogo zdravookhraneniya* (Гаспарян Л. А. Обучение иноязычному устному речевому общению будущего врача в сфере практического здравоохранения). Diss. Ekaterinburg. 2014. Print.

Hutchinson, T. *English for specific purposes: A learner-centred approach.* Cambridge University Press. 1987. Print.

Karvasarskiy, B. D. *Klinicheskaya psikhologiya: Uchebnik.* (Карвасарский Б. Д. Клиническая психология: Учебник). St. Petersburg. Izd. Piter. 2004. Print.

Maksymenko, L. O. *Navchannia profesiino spriamovanoho anhlomovnoho dialohu maibutnikh menedzheriv nevirrobnychoi sfery.* (Максименко Л. О. Навчання професійно спрямованого англomовного діалогу майбутніх менеджерів неvirrobничої сфери). Diss. Kyiv. 2012. Print.

Nikolayeva, S. YU. *Suchasni tekhnolohiyi navchannya inshomovnoho spilkuvannya. Pidruchnyk.* (Николаева С. Ю. Сучасні технології навчання іншомовного спілкування). Textbook. Kyiv. Lenvit. 1997. Print.

Osnovy metodiki prepodavaniya inostrannykh yazykov pod red. V. A. Bukhbintera, V. Shtrausa. (Основы методики преподавания иностранных языков под ред. В. А. Бухбиндера, В. Штрауса). Kyiv. Vyshcha shkola, 1986. Print.

Passov, E. I. *Osnovy kommunikativnoy metodiki obucheniya inoyazychnomu obshheniyu* (Пассов Е. И. Основы коммуникативной методики обучения иноязычному общению). Moscow. Rus.yaz Pub. 1989. Print.

Rogova, G. V. *Metodika obucheniya inostrannym yazykam v srednej shkole: uchebnoe posobie.* (Рогова Г. В. Методика обучения иностранным языкам в средней школе: учебное пособие). Moscow. Prosveshhenie Publ, 1991. Print.

Skalkin, V. L. *Obucheniye dialogicheskoy rechi (na materiale angl. yazyka): posob. dlya*

uchit. (Скалкин В. Л. Обучение диалогической речи (на материале англ. языка). Kyiv. Rad. Shkola. 1989. Print.

SOCRATES: [Elektronnyy resurs]. Rezhym dostupu. (Elektronnyy resurs. Rezhim dostupu). <http://www.medicalmnemonics.com/> Website resource.

STRUCTURE AND COMPOSITION OF ENGLISH PROFESSIONALLY ORIENTED DIALOGUE OF PROSPECTIVE PHYSICIANS

Larisa Krysak

Philological Section, Vinnytsia Technical College, Vinnytsia, Ukraine

Abstract

Background. English professionally oriented dialogue is an integral part of medical professional sphere. It is closely connected to professional responsibilities and professional competence in medicine. English professionally oriented medical dialogue is a complex, multi-faceted process of workplace communication between a doctor and a patient arising from the needs of professional medical practice. It includes perception and understanding of the patient's needs, information analysis and specific professional interaction between physicians and patients.

Purpose. The current paper aims to analyze structural and compositional characteristics of English professionally oriented dialogue of prospective physicians as well as to classify main functional types of dialogues according to phases of the medical consultation.

Results. While carrying out the research, the author analyzed more than 150 professional dialogues and authentic audiovisual fragments to select 50 of them for training purposes. The samples correlated with major functional types of workplace dialogues and became the basis for teaching professionally oriented interaction to students majoring in Medicine. Instruction is arranged in such a way that teaching functional dialogic communication (information-seeking and negotiation dialogues) follows the main structural phases of medical consultation. The major structural elements of the medical consultation include: contact, orientation, argumentation, corrective phase. In the course of training, special attention was also given to language aspects of professional dialogues of physicians.

Discussion. Developed materials are open to improve the quality of educational programs, manuals and textbooks for future physicians as additional prospects at medical higher education institutions.

Key words: English professionally oriented dialogue, phase of medical consultation, etiquette dialogue, information-seeking dialogue, negotiation dialogue, Medicine majors.

Vitae

Larisa Krysak, PhD, teacher of English at Vinnytsia Technical College.

Her research interests include English for special purposes, audiovisual materials and role-playing in teaching of non-linguistics students.

Correspondence: krysaklarisa@ukr.net