

Putz Mónika\*

## A CSELEKEDVE TANULÁS MEGVALÓSULÁSA AZ ORVOSKÉPZÉSBEN EGY HIBAELEMZÉS ÉS SZÜKSÉGLETELEMZÉS ALAPJÁN SZÜLETETT TANANYAG SEGÍTSÉGÉVEL

### Abstract

The author has been teaching Hungarian language for foreign students taking part in the English Language Program of Semmelweis University since 2001. She is truly committed to „the pedagogy of action” and therefore feels extremely important to give foreign students the possibility to have conversations with the patients, to take medical history, to learn through action. The opportunity has been given for decades. Students have always spent numerous practical lessons in different clinical departments. It is clear from the previous feed-back that earlier only a small percentage of the students could participate in the work due to the language barrier. Students can successfully overcome the barrier with the help of a curriculum using the results of an analysis of needs and mistakes.

**Kulcsszavak:** *cselekvés pedagógiája, orvosi szaknyelv, hibaelemzés, szükséglet-elemzés, tananyagtervezés*

### Bevezetés

A jelen tanulmány alapja az Eötvös Loránd Tudományegyetem Neveléstudományi Doktori Iskola Neveléstudományi Kutatások Programjának keretei között született disszertáció (Putz 2010). A Semmelweis Egyetem Angol Programjában résztvevő külföldi hallgatóknak tanítok magyar nyelvet 2001. óta. A „**cselekvés pedagógiájá**”-nak (Nahalka 2006: 12) elkötelezett híveként fontosnak tartom azt, hogy a külföldi hallgatóknak is legyen lehetősége a belgyógyászati, illetve más gyakorlati órán a betegekkel beszélni, anamnézist felvenni, „cselekedve tanulni”. Az Angol Program hallgatói minden szaktárgyat angol nyelven tanulnak, az előadások és a vizsgák nyelve is az angol.<sup>1</sup> A hallgatók sok gyakorlati órát töltenek a különböző klinikai osztályokon. A korábbi gyakorlat az volt, hogy a gyakorlatvezető orvosok „tolmácsoltak” a hallgatók és betegek között, így

---

\* Dr. Schmidtné Putz Mónika PhD, Semmelweis Egyetem, monika.sote@gmail.com

<sup>1</sup> Az első félévekben kötelező heti kétszer kilencven percben magyarul tanulni, de sajnos a kevés óraszám, a motiváció – és egy jól használható tananyag – hiánya miatt a korábbi években a nyelvtanulás/tanítás nem volt eredményes.

tanultak a hallgatók anamnézist felvenni és betegeket vizsgálni. Nem volt tehát valódi, közvetlen kapcsolat a betegekkel, a hiányos nyelvtudás miatt. Egy-egy beteg ágya fölött egész csoport ácsorgott, nem volt lehetőség önálló munkára.

A klinikai osztályokon eltöltött idő **minőségén** kívántam változtatni a komoly szakmai alapokra helyezett nyelvtanítással a Nyelvi Kommunikációs Központ akkori vezetője, dr. Dános Kornél felkérésére. A korábbi visszajelzésekből és szükségletelemzési munkámból világosan látható, hogy a korábbiakban a hallgatók kis százaléka tudott komolyan részt venni a klinikai munkában, ennek egyetlen akadálya pedig a nyelvi kompetencia hiánya volt.

A kitűzött **pedagógiai célo**m az volt, hogy a hallgatók képesek legyenek kommunikálni a klinikán a betegekkel. A nyelvoktatás ne csak ismeretátadás, a nyelvi tartalom közvetítése, készségfejlesztés legyen, hanem járuljon hozzá az **orvosképzés lényegi tartalmához** azzal, hogy a nyelvet mint eszközt adja a hallgatók kezébe, így nem passzív szemlélőként állnak a kórteremben, hanem aktív részesei a munkának a magyar nyelvű kommunikáció segítségével.

## 2. Nyelvpedagógia és hibaelemzés

Az idegennyelv-oktatás és az idegennyelv-elsajátítás problematikája alapvetően a **pedagógia** tudományában gyökerezik, de azon belül sajátos helyet foglal el. A nyelv sokrétű, tekinthetünk rá kommunikációs kódok rendszereként, mindeközben szerves része az egyén identitásának, valamint a legfontosabb társadalmi szervező csatornáként a „valahova tartozás” biztosítója. Ebből következően a dolgozat felhasználja a pedagógián mint „anyatudományon” kívül a nyelvészet tudományos eredményeit is.

A probléma megoldásához hibaelemzés készült (Putz 2002, 2003), hogy ennek segítségével a gyakori, minden nyelvi szinten jelentkező hibákból tanulva biztos nyelvtani alapot tudjak adni a hallgatóknak; majd ezt kiegészítettem egy részletes szükségletelemzéssel, hogy pontosan tisztában legyek azzal, mire van a hallgatóinknak szüksége a klinikai gyakorlatok során, végül az összegyűjtött tapasztalatokat a tanórákon alkalmaztam az egyes órák, illetve a hosszabb folyamatok tervezésében. Munkámról folyamatos visszajelzést kaptam mind hallgatói, mind oktatói oldalról.

Az alábbiakban ismertetek néhány sarokpontot, illetve ehhez kapcsolódóan a kutatás néhány tapasztalatát és eredményét a teljesség igénye nélkül.

**1. A nyelvtanulók hibáinak egy része kiküszöbölhető, ha a tanár tudatában van a leggyakoribb hibáknak, a legnehezebben tanítható és tanulható nyelvi jelenségeknek. A legfontosabbak azok, amelyek a nyelvtanulás minden szintjén jelentkeznek. Tudni kell azt is, hogy mire használja a nyelvtanuló a nyelvet, hiszen ennek függvényében nem is minden hiba, ami annak látszik. Tananyagtervezés során egy átfogó hibaelemzés mindenképpen jól használható kiindulópont lehet. Főként a nyelvtan tanításában játszik nagy szerepet.**

Magyar mint idegen nyelvi hibaelemzés 2002-ig nem készült (Putz 2002, 2003). A meglévő munkák (Budai 1979, Biró 2007) magyar anyanyelvű hallgatók angol nyelvű írása, illetve beszéde során elkövetett hibáit vizsgálják. Az általam vizsgált hibák egy

részének oka az anyanyelvi – vagy egy korábban tanult idegen nyelvi – interferencia. Ennek leküzdésében sokat segíthet a kontrasztív szemlélet, a nyelvtani tudatosítás. Egy-egy csoportban akár 4-5 különböző anyanyelvű diák is lehet, az a célravezető, ha az angol nyelvet vesszük alapul, ez lesz a „közös nevező” (tertium comparationis, Sternemann 1983: 33–34). A gyakorlatban az egyes nyelvtani jelenségek tanításánál a kontrasztív nyelvészet előrejelzéseit valóban jól lehet hibaelemzéssel kontrollálni (Budai 1979: 170). Tény, hogy a legnehezebben azok a jelenségek automatizálódnak, amelyek hasonlítanak az anyanyelvre (vagy az angolra), de egy kicsit eltérnek attól (például az angol és a magyar névelőrendszer).

Külön foglalkoztam az írásbeli munkákban és a szóbeli megnyilvánulások során elkövetett hibákkal. Az írásbeli munkák elemzését részletesen közreadtam a dolgozatban, foglalkoztam a fonémák, morfémák, szavak, álszintagmák, szintagmák, mondatok és szöveg szintjén jelentkező hibákkal, minden esetben nyelvtani magyarázatokat és rövid kontrasztív elemzést fűzve a konkrét példákhoz.

A fonémák szintjén jelentkező hibák között írok az ékezethiányról, a felesleges ékezetekről, a betűcseréről, a betűkihagyásról, a betűbetoldásról, az egy szóban történő betűkihagyásról és betűbetoldásról, a betűsorrendről, a mássalhangzó-időtartammal kapcsolatos hibákról és a magánhangzó-időtartammal kapcsolatos hibákról.

A morfémák szintjén jelentkező hibáknál a toldalék-morfémákat említem hibákkal illusztrálva. A szavak szintjénél a helyesírási problémákkal foglalkozom, a *ly* és *j* problémájával, az elválasztással, a tulajdonnevek és idegen szavak helyesírásával és az egybeírás-különírás témakörével.

Az álszintagmák szintjénél az igekötő és a névelő használatának nehézségeiről írok, szintén magyarázatokkal és példákkal. Ez utóbbinál például nagyon jól látható, hogy a hallgatók olyan esetben is sokszor hibáznak, amikor a magyar nyelv szabályai és az angol nyelv szabályai egybeesnek.

A szintagmák szintjén a vonzatok, az egyeztetés és a kétféle ragozási rendszer témáit dolgoztam fel. Számomra az egyik legérdekesebb pont az volt, hogy hogyan viszonyulnak a nyelvtanulók a más nyelvektől oly idegen határozott és határozatlan ragozáshoz. Ez ugyanis anyanyelvtől függetlenül „nehezen tanulható jelenség”. A probléma itt a tanult nyelv (L2) bonyolultságából adódik. A szakirodalomban előrejelzett hibák azonban nem teljesen úgy jelennek meg a valóságban, ahogyan a logika diktálná. Abból, hogy az határozatlan ragozást a hallgatók hamarabb tanulják (gondolhatnánk, hogy ez jobban bevésődik, mélyebb nyomokat hagy az emlékezetben) nem következik az, hogy a hibák nagy részében a határozott ragozás helyett a határozatlan használatát. Ez a hibatípus egyébként még a legmagasabb nyelvi szinten állóknál is megjelenik.

A mondatok szintjén a létigéről, a szórendről és az angol szerkezetek másolása miatt elkövetett hibákról írok. A létige használatának orosz vonatkozású eredményei érdekesek. Mivel az oroszban jóval szélesebb körű a zéró kopula használata, mint a magyarban, arra számíthatnánk, hogy az orosz anyanyelvű magyarul tanulók jellegzetes hibái lehetnének a kopula elhagyásból eredő hibák (pl. én orvos\*), de ilyen hibát egyet sem találtam. Ez pedig egy újabb bizonyítéka annak, hogy a kontrasztív nyelvészet megfigyeléseit hibaelemzéssel kell (és érdemes) kontrollálni.

Sokszor előfordulnak az angol nyelv analógiájára létrehozott mondatok. Találunk ezek között szó szerint fordításokat („késik volt”), de adott – angolban létező – nyelvtani jelenség másolására is van példa („soha fogja főzni”).

A szövegteni és stilisztikai vizsgálatok során a panelek alkalmazásával, a szóismétléssel, az egyéni stílussal, a különböző szófajú szavak arányával foglalkoztam, valamint az egyszerű és összetett mondatok arányát vizsgáltam.

A lexikai hibák között helyet kaptak a nem létező szavak, foglalkoztam a nem megfelelő szóválasztással és az ellentétes értelmű szavak helytelen használatával.

A hibák kigyűjtése, csoportosítása során megtapasztaltam, melyek a legnehezebben tanítható nyelvi jelenségek, mely hibák kísérik végig a nyelvtanulót a tanulás szinte minden fázisában (pl. határozatlan és határozott ragozás, névelő problémája). Véleményem szerint ezek tanításánál egyetlen célravezető módszer van: az, ha a problémás nyelvi jelenségek hétről hétre, hónapról hónapra visszatérnek, feladatok, játékok formájában. Nem célravezető az, hogy – csak azért, mert pl. a tankönyvek nagy része hetekre, hónapokra „elfeledkezik” bizonyos jelenségekről – nem is gyakoroljuk a legproblémásabbakat. Érdemes tehát spirálisan felépíteni a tananyagot, ami azt jelenti, hogy a nyelvtudás magasabb fokán újra és újra visszatérünk az adott nyelvtanra, kiegészítve új ismeretekkel.

Feltérképeztem tehát azokat a jelenségeket, amelyek a hallgatók esetében alaposabb, részletesebb magyarázatot, több gyakorlást kívánnak. Például az igekötők, a határozott és határozatlan ragozás vagy a birtokviszony tanításánál érdemes visszatérni a jelenségekre, hiszen minden nyelvi szinten jelentkeznek ilyen hibák. Az említett három területen kívül a felszólító mód használatát találtam különlegesen nehéznek, ugyanakkor fontosnak a külföldiek számára. Ezek tehát a „nyelvtanulás minden szintjén jelentkező, legnehezebben tanítható és tanulható nyelvi jelenségek”.

A szóbeli megnyilatkozások esetén – a várakozásnak megfelelően – a hibák száma mintegy egy harmaddal (30%) nagyobb. A típusba sorolásnál pedig az látszik, hogy az arányok megmaradtak, csak a hibák száma nőtt. A legtöbb problémát itt is az határozatlan és határozott igeragozás használata, az igekötős igék használata, a birtokviszony jelölése, valamint a felszólító mód használata okozza. A felszólító mód használata tipikusan a hangzó beszéd jellemzője, a kórházi kommunikációban kiemelkedően sokat használják (például utasítások betegvizsgálat során).

Sokat változott a hibáról kialakult véleményem is a munka során. Az első száz fogalmazás elemzésénél még minden hibát (betűkihagyás, hosszú-rövid magánhangzók stb.) kigyűjtöttem, hogy teljes képet kapjak. A munka során rájöttem, hogy tényleg érdemes különbséget tenni a „tévesztés” és a hiba között. A „hiba” orvosi szaknyelvre vonatkozó, általam kialakított definíciója a következő: „hiba az, ami félreértéshez vezet a magyarokkal való kommunikáció során” és minden, „ami megérthető – és helyénvaló – az elfogadható”. Munkám során a definíció sokat csiszolódott, onnan indult, hogy „minden hiba, amit anyanyelvi beszélő nem úgy mondana vagy írna”. A nyelvi hibát hasznos tévedésnek tekintem, nem bűnnek, nem is csak „bocsánatos bűnnek”.

A „hibatudatos” oktatás, a tananyag spirális felépítése, a kontrasztivitás mint eszköz alkalmazása mindenképpen hasznosnak bizonyult, a dolgozatok, vizsgák eredményei

látványosan javultak, a hallgatók nyelvtanilag jobban szerkesztett mondatokban beszélnek, írnak.

**2. A hibaelemzés segítségével sikeresebb nyelvtanítás mellett a szókincsfejlesztés is fontos terület. A megtanítandó szókincsnek hasznosnak, életszerűnek kell lennie; így legcélravezetőbb, ha a tananyagtervezés előtt szükségletelemzés készül. A hallgatók harmadévtől klinikai gyakorlatokon vesznek részt, kézenfekvő, hogy a gyakorlatvezetők tapasztalatai alapján készüljön a szükségletelemzés. Ha tehát a hibaelemzéshez szükségletelemzést is társítunk („befogadói oldalról”), ennek eredményeit figyelembe véve még közelebb kerülünk ahhoz, hogy sikeres legyen a nyelvtanulás folyamata. (A nyelv természetesen nemcsak nyelvtan és szókincs, de ha e kettőt szeletét uralják a hallgatóink, már nagyot léptünk a magabiztos kommunikáció irányába.)**

A szaknyelven történő beszéd vagy írás esetén a fő nehézség nem a nyelvtani szerkezetekkel van, hanem a szakszókincs elsajátításával. Ha nincs mivel megtölteni a meglevő nyelvi, nyelvtani, nyelvhasználati sémákat, nem alakul ki a kommunikáció sem. A cél elérése érdekében merült fel az igény a szükségletelemzésre. A szükségletelemzés első lépése mindössze állapotfelmérésnek tekinthető. Ez kérdőíven alapuló interjúk formájában készült el. Azokkal a gyakorlatvezetőkkel készítettem interjút, akikkel a hallgatók találkoznak a képzés során. A következő szakterületek képviselőivel beszélgettem: belgyógyászat, fül-orr-gégészet, neurológia, bőrgyógyászat, kardiológia, pszichiátria, traumatológia, ortopéd sebészet, sebészet, szájszészészet, szemészet, nőgyógyászat, szülészet, gyermekgyógyászat, urológia, aneszteziológia és intenzív terápia. A kezdeményezésemet a gyakorlatvezető orvosok szívesen, örömmel támogatták, hiszen nem titok, hogy az oktatók munkáját is megkönnyítené, ha nem kellene a hallgatóknak a klinikai gyakorlatok során tolmácsolni. Több idő jutna magyarázatokra, óra végi összefoglalásokra. És nem utolsó sorban a hallgatók „saját bőrükön tapasztalnák”, milyen érzés kapcsolatot teremteni, beszélgetni a beteg emberekkel.

A beszélgetések feltárták, hogy alapvetően belgyógyászati szókincsre van szükség. További beszélgetésekre, előadás- és gyakorlatlátogatásokra került sor ennek fényében a belgyógyászatra koncentrálva. Így – az óratervezés során a klinikán összegyűjtött anyagot használva – valódi szituációk részeseivé válhatunk a nyelvórákon, „valódi” szakszókincszet használva.

A tananyagtervezés alapját az a tény adta, hogy a hallgatók az ötödik félévi gyakorlatot már a belgyógyászati osztályon töltik. Az első három félévben tudunk általános nyelvet tanulni és a negyedik félévben kell belépnie a (belgyógyászati) szaknyelvnek<sup>2</sup>, hiszen az ötödik félév kezdetén már szükség van arra, hogy a hallgató kérdéseket tudjon feltenni és utasításokat tudjon adni a betegnek.

A szükségletelemzés valóban jó eszköznek bizonyult a tanítandó „hasznos” szókincs és témák feltérképezésére. Így azt tanítom, amire a hallgatóimnak szüksége van a magabiztos, klinikai osztályon történő kommunikációhoz.

---

<sup>2</sup> A korábbi gyakorlat az volt, hogy négy félév általános nyelv után egy félév szaknyelvet tanultak a hallgatók.

**3. A Semmelweis Egyetem hallgatóinak orvosi szaknyelvoktatása során a szókincsfejlesztés területe fontosabb a nyelvtani fejlesztésnél (természetesen a biztos nyelvtani alapot nem nélkülözhetjük). A hallgatók főként szóbeli megnyilatkozásokat tesznek, ezek során az impulzív<sup>3</sup> nyelvtanulók sokszor eredményesebbek, mint a reflektív nyelvtanulók.**

A nyelvtan illetve szókincs használatának vizsgálata során érdekes volt szembesülni azzal, hogy a nyelvtan mégsem annyira elsődleges szempont. A vizsgálatban szereplő holland nyelvtanuló a kiváló szókincsének köszönhetően sokkal jobban érthető (a nyelvtani hibái ellenére), mint a kínai, akinek nyelvtanilag szépen szerkesztett, de „lassan megszülető” mondatai vannak, szókincsbeli hiányosságokkal. A magnófelvétel meghallgatói a holland nyelvtanuló hibáit kevésbé zavarónak ítélték, hiszen nincsenek félreértéshez vezető hibák. Ez a kulcs, hiszen nincs időnk megtanítani a hallgatókat mindenre, nem csiszolgathatjuk a tudásukat a felsőfokig, hogy csak ott lépjen be a szaknyelv!

Az orvosi szaknyelvoktatás során a szókincsfejlesztés területe fontosabb a nyelvtani továbbfejlesztésnél. A megfelelő nyelvtani alapozás és alapvető szókincs elsajátítása után ugrásszerű szakmai szókincsbővítés lehet a kulcs a hatékony nyelvtanításhoz. Gyakorlatilag így valósul meg a (hibaelemzés és szükségletelemzés eredményeire épülő) „tartalomközpontú nyelvtanítás” (Bárdos 2005: 194-195). A szakmai tartalom tehát előtérbe kerül, de ez nem jelenti a nyelvi jelenségek tudatosításának háttérbe szorítását. Nem arról van szó, hogy először elvégezzük a nyelvtani szabályok begyakoroltatását, majd – több félév elteltével – alkalmazzuk csak ezeket „helyzetekben”, hiszen az első három félévben is rengeteg szerepjáték, szituációs játék helyet kap. A cél ott is a kommunikáció! Jól megfér egymással a kontrasztív és a kommunikatív szemlélet, így megvalósul a nyelv és a kultúra egységben történő közvetítése (vö. Szűcs 2006: 109–110).

**4. a) A hibaelemzés és szükségletelemzés eredményeinek felhasználásával sikeresen valósítható meg az általános- és szaknyelvoktatás. Ezek eredményeire támaszkodva körvonalazódik a tanítandó anyag és annak sorrendje is.**

**b) Az így készült tananyag – hallgatói és oktatói visszajelzések nyomán - az évek során alakul, változik, mígnem kész tankönyv (és tanári segédkönyv) születik belőle, amellyel felnőtt emberek orvossá válását tudjuk segíteni, hiszen a nyelvet, mint lehetőséget adjuk kezükbe, tudva azt, hogy a saját élménnyel megerősített („cselekedve”) tanulás mélyebb, tartósabb és használhatóbb tudást eredményez, mint az egyszerű ismeretközlés.**

A tervezésre már a korábbiakban is utaltam néhány gondolat erejéig. Nem terveztem alapfokon szaknyelvoktatást, mindenképpen szükségesnek ítéltam az általános nyelvi alapozást, hiszen a hallgatóink Budapesten, célnyelvi környezetben élnek. Az első három félév fő célja a nyelvtani alap biztosítása és alapvető szókincs tanítása (mind nyelvi és kommunikatív kompetencia). A harmadik félévtől szinte csak magyarul kommunikálunk az órákon. A negyedik és ötödik félév a szaknyelvről szól. Főleg szókincsfejlesztés folyik, a kommunikáció a cél, de vannak nyelvtani kitérők, pl. egy-egy többször előforduló hiba kapcsán. Fontos a beszédkézség és a beszédértés fejlesztése, de az

<sup>3</sup> Az impulzív és reflektív nyelvtanuló meghatározását lásd pl. Krashen 1988.

olvasás és írás háttérbe szorul. Megismerkedünk a belgyógyászati kórlappal, megtanulunk anamnézist felvenni, konkrét betegségekről tanulunk. Az ötödik félévben a magyar tanmenet a belgyógyászati előadások tematikáját követi, korábban erre nem volt példa. A magyar nyelvórákon természetesen a nyelvi szempontok kerülnek előtérbe. Szerepjátékok alkalmával a hallgatók (az orvos szerepében) a tanárt (mint beteget) kérdezzetik a panaszáról. Sokszor az egész csoport „orvos”, így azt is megtanulják, hogy ha egymás szavába vágunk, nem jutnak előre. Az alapvető nyelvtan és a szakmai szókincs nem vértézi fel a hallgatókat minden esetre: a beszédértés a legnehezebb számukra. Sokat beszélünk a nyelvi stratégiákról, leleményességről, megtanulunk célirányosan kérdezni. A klinikákon szerzett tapasztalatokat hétről hétre elemezzük, az esetleges félreértések okát is keressük.

### 3. Összefoglalás és kitekintés a jövőre

A hibaelemzési és szükségletelemzési tapasztalatokból, az összegyűjtött anyagból még néhány félévnyi tesztelés után tanári kézikönyv és tankönyv születik majd. Ez jelenleg félévi tervek; ezek heti lebontása; egyes óravázlatok; handoutok; szókárták; mondatkárták, szólisták; dialógusok és magnófelvételek, anamnézislapok, képek formájában él – az első pillanattól kezdve, 2003-tól használatban van, alakul, bővül, változik. Használata során szükségem van a folyamatos visszajelzésre mind a hallgatóktól, mind az oktatóktól. A hallgatói visszajelzésekből (kérdőív formájában) látszik, hogy a hallgatók tudatában vannak annak, hogy hasznos munka folyik, hogy magasak a követelmények, ezt összevetve a dolgozatok eredményeivel (és a hiányzási mutatókkal) is az látszik, hogy a hallgatók megértették, hogy fontos a nyelvtanulás, hiszen ez adja meg nekik később a cselekedve tanulás lehetőségét a klinikán. A szubjektív visszajelzésekből is az derül ki, hogy a hallgatók – felnőtt fejjel – tudatában vannak annak, hogy hogyan tervezem az órákat és tudják, mit várok el tőlük. Az egyik legfontosabb módja a visszajelzésnek – véleményem szerint – az órai készültség. A szaknyelv tanulásánál látványosan megnő a készülési kedv, főként az ötödik félévben, amikor tényleg tudják a gyakorlatban is használni az órán tanultakat.

A klinika oktatóinak visszajelzése nyomán megtudtam, hogy a cselekedve tanulás valóban hatékonyan működik, a hallgatók orvossá válását a nyelvtudás nagyban segíti. Az oktatói visszajelzések szerint a hallgatók magabiztosabban merik vállalni a betegekkel való kommunikációt, önállóbbak lettek a nyelvtudás miatt, valódi orvos-beteg kapcsolat részeseivé válnak, a szakmáról is többet kérdeznek, nyitottabbak lettek, nem kívülállóként élik meg a gyakorlati órákat, hogy csak néhányat említsek a vélemények közül.

A hibaelemzés és szükségletelemzés eredményeire épülő tananyag segítségével a hallgatóknak valóban megadatik a „cselekvés általi tanulás” lehetősége a belgyógyászati gyakorlati foglalkozásokon a visszajelzések alapján. Elértem tehát a kitűzött pedagógiai célt: a hallgatók magyarul kommunikálnak a belgyógyászati osztályon, ezáltal jobban sajátítják el a tananyagot, mélyebben részeseivé válnak az oktatási folyamatnak, jobb szakemberek lesznek, hiszen aktív részeseivé váltak valaminek, aminek a korábban végzett hallgatók kívülálló szemlélői voltak csupán.

## Irodalom

- Bárdos Jenő 2005. *Élő nyelvtanítás-történet*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Biró Anett 2007. *Az angol-magyar lexikai kontrasztok következtében megjelenő interlingvális hibák és elemzésük*. PhD-értekezés, Veszprém.  
[http://konyvtar.uni-pannon.hu/doktori/2009/Biro\\_Anett\\_theses\\_hu.pdf](http://konyvtar.uni-pannon.hu/doktori/2009/Biro_Anett_theses_hu.pdf)
- Dr. Budai László 1979. *Grammatikai kontrasztivitás és hibaelemzés az alap- és középfokú angolnyelv-oktatásban*. Budapest: Tankönyvkiadó.
- Krashen, S. 1988. *Second Language Acquisition and Second Language Learning*. Prentice-Hall International.
- Nahalka István 2006. A tanulás pedagógiai elemzése. In: Gaskó Krisztina–Hajdú Erzsébet–Kálmán Orsolya–Lukács István–Nahalka István–Petriné Feyér Judit: *Hatékony tanulás. (A gyakorlati pedagógia néhány alapkérdése.)* Budapest: Bölcsész Konzorcium. 9–19.
- Putz Mónika 2002. Hibaelemzés orosz és angol anyanyelvű, magyarul tanuló diákok fogalmazásai alapján. *Hungarológiai Évkönyv* 3: 116–132.
- Putz Mónika 2003. Hibaelemzés orosz és angol anyanyelvű, magyarul tanuló diákok fogalmazásai alapján. *Medicina et Linguistica X*. Semmelweis Egyetem. 23–104.
- Putz Mónika 2010. *A magyar mint idegen nyelv – különös tekintettel az orvosi szaknyelvre – tanítása és taníthatósága egy hibaelemzés és szükségletelemzés alapján írt tananyag tükrében*. PhD-értekezés. Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem, Neveléstudományi Doktori Iskola (kézirat).
- Sternemann, R. 1983. *Einführung in die konfrontative Linguistik*. Leipzig: Enzyklopädie.
- Szűcs Tibor 2006. A kontrasztív nyelvészet szerepe a magyar mint idegen nyelv tanításában. In: Hegedűs Rita–Nádor Orsolya (szerk.): *Magyar nyelvmester – Magyar mint idegen nyelvi és hungarológiai alapismeretek*. Budapest: Tinta Könyvkiadó. 97–111.