

## МЕДИЧНИЙ ДИСКУРС ЯК ПРЕДМЕТ ВИВЧЕННЯ У ПРОЦЕСІ МОВНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ

Мовлення є невід'ємною частиною будь-якої професійної діяльності. Опанування фаховими мовленнєвими навичками у вищому навчальному закладі – важливий чинник поліпшення підготовки студентів, який передбачає розвиток комунікативної компетентності майбутнього фахівця [2, 5]. Особливо актуальним такий підхід є для студентів медичного профілю, оскільки уміння спілкуватися значною мірою сприяє реалізації їхніх професійних завдань [3, 4, 5]. Окрім оволодіння спеціальними медичними знаннями, студент-медик повинен розвивати вміння планувати особисту мовленнєву поведінку та прогнозувати поведінку співрозмовника в умовах, максимально наближених до реальних.

Співвіднесенню комунікативних моделей мови з механізмами й формами здійснення комунікативної діяльності у процесі викладання курсу «Українська мова (за професійним спрямуванням)» сприяє вивчення природи сучасного медичного дискурсу, що відбиває життєво важливу й найдавнішу сферу людської діяльності, має свої стандарти та особливості функціонування.

Сучасний український медичний дискурс сформувався завдяки структурній організації інституту вітчизняної медицини і ґрунтується на стереотипах поведінки його учасників з огляду на соціально-рольові ознаки, комунікативні та структурно-семантичні особливості [1,3,4, 5, 6].

Таке витлумачення поняття медичного дискурсу зумовлює виокремлення двох його типів: дискретний (суцільний) та недискретний (несуцільний) медичний дискурс [3, с.35-43].

Дискретний медичний дискурс (лат. *discretus* – роздільний, перервний) – це такий тип інституційного дискурсу, який передбачає перервність у процесі свого вербального вираження, зумовлену специфікою обставин комунікації. Такими обставинами у професійній діяльності лікаря є спілкування з пацієнтом, регламентоване традиційними схемами діагностичного процесу. Тому дискурс діалогів «лікар – пацієнт» може бути лише дискретним, зважаючи на його інтерпрофесійний характер та асиметрію комунікативної взаємодії. Ці риси зумовлені комунікативними преференціями лікаря, його статусом, фаховою компетентністю, особистими рисами та практичними навичками й вміннями.

Важливою ознакою дискретного медичного дискурсу є асиметрія спілкування як результат наявності в лікаря комунікативних преференцій, що зумовлено його статусом, фаховою компетентністю, практичними навичками й вміннями. Дискретний медичний дискурс – це дискурс нерівноправних партнерів, оскільки лікар виступає комунікативним лідером, вибудовуючи методіку спілкування. Лікар і пацієнт періодично можуть мінятися ролями мовця й слухача. І хоча загалом їхне

спілкування ми характеризуємо як діалог, у самій структурі цього діалогу можливі досить вагомі за обсягом фрагменти монологічного мовлення. Це буває, зокрема, тоді, коли лікар складає анамнез та вислуховує розповідь пацієнта про всі його минулі та теперішні проблеми зі здоров'ям. Дискретний дискурс передбачає також наявність пауз, до того ж регулює їх зазвичай лікар: наприклад, при вислуховуванні ритмів серця, при вимірювання артеріального тиску тощо.

Недискретний (суцільний) медичний дискурс – це дискурс партнерів, який діє у сфері «лікар – лікар», що є представниками однієї мовленнєвої категорії, об'єднаної за ознакою професійної належності. Це діалоги лікарів на професійні теми, безпосередньо пов'язані із щоденними проблемами лікувального процесу. Тому визначальними рисами недискретного дискурсу є однорідність, колегіальність, стереотипи комунікативної поведінки учасників, інтрапрофесійність.

У недискретному дискурсі своєрідність комунікації визначають статусно-рольові функції його учасників, що передбачають як рівноправність (*лікар – лікар*), так і підпорядкованість партнерів комунікації (*лікар-керівник – лікар-підлеглий, лікар-ініціатор – лікар-консультант*). Кожен учасник недискретного фахового дискурсу завжди виступає як представник певної ієрархічної ланки в структурі комунікативної взаємодії, що зумовлено виконанням усталених службово-професійних прав та обов'язків. Ієрархічне спілкування – це взаємодія суб'єктів на рівні ієрархічних позицій та діяльнісних ролей, за якими закріплені певний конвенційний та комунікативний тип мовної поведінки. Ієрархічна взаємодія вибудовується на ґрунті базових постулатів успішного спілкування, сформульованих в загальній теорії комунікації як принципи такту, ввічливості, повноти інформації, узгодженості дій точності, ясності, правильності, грамотності.

Очевидно, що вивчення обох типів медичного дискурсу на заняттях з української мови за професійним спрямуванням безпосередньо пов'язане з аналізом комунікативних ситуацій та детермінантів мовленнєвої поведінки лікаря. Спираючись на відповідний рівень мовної підготовки студентів-медиків, акцент варто зробити на тому, як саме вербальне вираження в діалогах обох типів дискурсу відбито у їхній семантиці, синтаксисі та прагматиці, у характері всіх комунікативних та граматичних категорій. Особливого значення при цьому набуває мовний аналіз висловлень (реплік) учасників діалогів, що регулюють процес спілкування. Репліки-висловлення формують структуру діалогів медичного дискурсу, зумовлюють динаміку синтаксичних одиниць, які передають інтенції лікаря-мовця у типових ситуаціях фахового медичного спілкування і є мовним вираженням комунікативних настанов лікаря у процесі виконання ним професійних завдань.

Освітні цілі вивчення типів медичного дискурсу, яке логічно було б завершувати тематичним модульним контролем, спрямовані на закріплення навчального теоретичного матеріалу. Це передбачає передусім перевірку володіння лексичними засобами мови, зокрема використання термінологічного матеріалу з різних тем («Захворювання серцево-судинної системи», «Захворювання системи травлення» тощо). Не менш важливим є контроль знань граматичного матеріалу, що виявляє себе у вмінні насамперед добирати відповідні часові дієслівні форми, будувати стверджувальні та питальні речення різного типу (загальні, спеціальні, альтернативні). Перевірка знань стилістичного та соціокультурного рівнів полягає

у доречному використанні сталих зворотів та формул ввічливості відповідно до ситуації, застосуванні рецептурних формулювань та заповненні аутентичних медичних бланків, уживанні засобів пом'якшення категоричності та уникненні слів з негативною конотацією. Контроль практичних навичок студентів виявляє себе у вмінні грамотно поставити питання або надати інформацію стосовно виникнення проблеми (де, коли виник біль, характер болю), ознак та симптомів захворювання, надати загальні поради щодо лікувального режиму.

Отже, вивчення особливостей медичного дискурсу на заняттях з української мови за професійним спрямуванням безпосередньо пов'язане з моделюванням ситуацій, які відповідають рольовим правилам та регламенту медичної діяльності. Закріплення алгоритму опитування пацієнта в ситуаціях дискретного дискурсу та спілкування учасників недискретного медичного дискурсу, володіння відповідним лексико-граматичним матеріалом та вміння його адекватно застосувати створює умови психологічної готовності студентів до реальної комунікації у межах професійно спрямованих тем, сприяє формуванню професійних мовленнєвих умінь і навичок майбутнього фахівця.

### Література

1. Арутюнова Н.Д. Дискурс // Лингвистический энциклопедический словарь. – М.: Сов. энциклопедия, 1999. – С. 136 – 137.
2. Бацевич Ф.С. Основи комунікативної лінгвістики: Підручник / Ф.С. Бацевич. – К.: Видавничий центр «Академія», 2004. – 344 с.
3. Литвиненко Н.П. Український медичний дискурс: Монографія / Н. П. Литвиненко –