

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет гуманітарних та соціальних наук
Кафедра іноземної філології та перекладу

Ніколаєва Оксана Юріївна

Магістерська робота
МЕДИЧНИЙ ДИСКУРС ТА ПЕРЕКЛАД
035 філологія

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра філологічної освіти

Науковий керівник
Окопна Яна Володимирівна,
доцент, кандидат філологічних наук

Київ 2025

Анотація

Магістерська робота присвячена комплексному дослідженню інтрапрофесійного медичного дискурсу та особливостей його перекладу. У центрі уваги перебуває мова медицини як інструмент професійної взаємодії, що забезпечує точність клінічних рішень, ефективність комунікації між лікарями та безпеку пацієнта. Робота ґрунтується на сучасних лінгвістичних, прагматичних і когнітивних підходах до аналізу дискурсу, що дозволяє розкрити його структурно-комунікативні параметри, термінологічну насиченість та соціально-професійні функції.

Метою дослідження є визначення оптимальних стратегій і моделей перекладу інтрапрофесійних комунікативних актів, які функціонують у межах професійної взаємодії лікарів. У роботі здійснено аналіз теоретичних засад професійного та інтрапрофесійного дискурсу, охарактеризовано специфіку медичної термінології та її роль у формуванні когнітивного й комунікативного простору медицини, а також досліджено перекладацькі труднощі, що виникають у процесі відтворення клінічних текстів і діалогів.

У роботі підкреслено, що якісний переклад інтрапрофесійного медичного дискурсу потребує поєднання лінгвістичної компетентності з глибоким розумінням професійного контексту, логіки клінічного мислення та етичних норм медичної діяльності. Запропоновані у роботі моделі перекладу спрямовані на забезпечення адекватності передачі фахової інформації, мінімізацію ризику комунікативних помилок та підвищення рівня мовної і перекладацької безпеки в медичній практиці. Таким чином, дослідження має як теоретичне значення для розвитку дискурсивної лінгвістики та перекладознавства, так і практичну цінність для підготовки майбутніх медичних фахівців і перекладачів у сфері охорони здоров'я.

Наукова новизна магістерської роботи полягає у комплексному аналізі інтрапрофесійного медичного дискурсу як окремого об'єкта перекладознавчих студій. Уперше систематизовано комунікативні акти між лікарями з позицій лінгвістики, прагматики та когнітивних стратегій, визначено їхні структурно-

комунікативні параметри та розроблено модель перекладу, що враховує термінологічну щільність, професійний контекст і прагматичні інтенції мовців. Робота пропонує новий підхід до перекладу клінічних діалогів, консилиумних висновків та протоколів, розглядаючи їх як процесуальні тексти, що формують ядро професійної взаємодії.

Практичне значення результатів дослідження полягає у можливості використання запропонованих стратегій і моделей перекладу в освітніх програмах для майбутніх перекладачів та медичних фахівців, а також у практиці перекладу клінічних документів і наукових публікацій. Розроблені рекомендації сприяють підвищенню рівня мовної та перекладацької безпеки, мінімізації ризику комунікативних помилок і забезпечують ефективну інтеграцію української медицини у глобальний науковий простір.

Апробація наукових результатів здійснено на міжнародній науково-практичній конференції “Science, technology and culture: from tradition to digital future” 8 грудня 2025 року у місті Відень, Австрія.

Ключові слова: медичний дискурс, інтрапрофесійна комунікація, переклад медичних текстів, медична термінологія, стратегії перекладу, дискурсивний аналіз, комунікативні акти, лінгвістика.

ABSTRACT

This master's thesis is dedicated to a comprehensive study of intraprofessional medical discourse and the specificities of its translation. The focus is on the language of medicine as a tool of professional interaction that ensures the accuracy of clinical decisions, the effectiveness of communication among physicians, and patient safety. The work is grounded in modern linguistic, pragmatic, and cognitive approaches to discourse analysis, enabling the revelation of its structural-communicative parameters, terminological density, and socio-professional functions.

The aim of the research is to determine optimal strategies and models for translating intraprofessional communicative acts that function within the professional interaction of physicians. The work involves an analysis of the theoretical foundations of professional and intraprofessional discourse, characterizes the specifics of medical terminology and its role in shaping the cognitive and communicative space of medicine, and investigates translation challenges arising in the process of rendering clinical texts and dialogues.

The conclusions emphasize that high-quality translation of intraprofessional medical discourse requires a combination of linguistic competence with a deep understanding of the professional context, the logic of clinical reasoning, and the ethical norms of medical practice. The translation models proposed in the thesis are designed to ensure the adequacy of specialized information transfer, minimize the risk of communication errors, and enhance the level of linguistic and translational safety in medical practice. Thus, the research holds both theoretical significance for the development of discourse linguistics and translation studies, and practical value for the training of future medical specialists and translators in the field of healthcare.

The scientific novelty of the present master's thesis lies in the comprehensive analysis of intraprofessional medical discourse as an independent object of translation studies. For the first time, communicative acts between medical professionals have been systematized from the perspectives of linguistics, pragmatics, and cognitive strategies; their structural-communicative parameters have been identified, and a translation model has been developed that accounts for

terminological density, professional context, and the speakers' pragmatic intentions. The study proposes a new approach to translating clinical dialogues, multidisciplinary consultations, and medical protocols, conceptualizing them as process-oriented texts that constitute the core of professional interaction.

The practical significance of the research results is manifested in the applicability of the proposed translation strategies and models within educational programmes for future translators and healthcare specialists, as well as in the practical translation of clinical documentation and scientific publications. The elaborated recommendations enhance linguistic and translational safety, minimize the risk of communicative errors, and ensure the effective integration of Ukrainian medical practice into the global scientific environment.

The research findings were presented at the international scientific and practical conference "Science, Technology and Culture: From Tradition to Digital Future", held on 8 December 2025 in Vienna, Austria.

Keywords: medical discourse, intraprofessional communication, translation of medical texts, medical terminology, translation strategies, discourse analysis, communicative acts, linguistics.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ІНТРАПРОФЕСІЙНОГО МЕДИЧНОГО ДИСКУРСУ.....	10
1.1. Поняття професійного та інтрапрофесійного дискурсу.....	10
1.2. Стратегії та моделі перекладу інтрапрофесійних комунікативних актів.	34
ВИСНОВКИ ДО I РОЗДІЛУ	38
РОЗДІЛ 2. ФУНКЦІОНУВАННЯ ТЕРМІНУ ТА ПЕРЕКЛАД МЕДИЧНОГО ДИСКУРСУ.....	41
2.1. Функціонування терміна в медичному дискурсі та переклад.....	41
Специфіка перекладу медичних текстів різних жанрів	
2.2. Стратегії та моделі перекладу інтрапрофесійних комунікативних актів...	45
ВИСНОВКИ ДО II РОЗДІЛУ	64
2.3 ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	71

Вступ

Сучасний етап розвитку медичної галузі характеризується інтенсивною інтеграцією в глобальний науковий простір, цифровізацією клінічних процесів, стандартизацією діагностичних і терапевтичних підходів, а також зростанням ролі міжпрофесійної та інтрапрофесійної комунікації. У цих умовах мова медицини постає не лише засобом передачі інформації, а й інструментом професійної взаємодії, управління клінічними рішеннями та забезпечення безпеки пацієнта. Особливої ваги набуває якісний переклад інтрапрофесійних комунікативних актів, оскільки саме точність і адекватність перекладу визначають коректність виконання лікувальних процедур, раціональність клінічного мислення та ефективність співпраці медичних працівників.

Медичний дискурс належить до високо спеціалізованих типів інституційної комунікації, що вирізняється високим рівнем термінологічної насиченості, специфічними жанровими моделями, чіткими прагматичними параметрами та нормативністю. Тому переклад текстів і висловлювань, які функціонують у межах інтрапрофесійного дискурсу, потребує не лише лінгвістичної компетентності, а й глибокого розуміння професійного контексту, логіки клінічного мислення, етичних норм та інституційних регламентів медичної діяльності.

Актуальність теми посилюється тим, що інтрапрофесійна комунікація лікарів — це не просто обмін інформацією, а механізм колегіального прийняття рішень, оптимізації лікувальних стратегій, формування спільної відповідальності за результат терапії. У глобалізованому науковому середовищі перекладач та медичний фахівець дедалі частіше працюють із клінічними протоколами, багатонаціональними науковими публікаціями, консиліумними висновками, міждисциплінарною кореспонденцією та цифровими медичними платформами. Невідповідності у перекладі або прагматичному відтворенні таких текстів можуть призвести до неправильного трактування клінічних даних, помилок у діагностиці й лікуванні, порушення стандартів професійної відповідальності.

Таким чином, дослідження стратегій і моделей перекладу інтрапрофесійних комунікативних актів у медичному дискурсі має важливе теоретичне та практичне значення. Теоретичне — оскільки дозволяє уточнити особливості функціонування професійної мови, механізми смислотворення в умовах фахової взаємодії, а також поглибити дискурсивно-орієнтовану методологію аналізу спеціалізованих текстів. Практичне — адже забезпечує розробку ефективних підходів до навчання майбутніх медиків і перекладачів, які працюватимуть у сфері охорони здоров'я, та сприяє підвищенню рівня мовної і перекладацької безпеки в медичній комунікації.

У науковому вимірі проблема перекладу інтрапрофесійного медичного дискурсу перебуває на перетині лінгвістики, соціокомунікативних студій, перекладознавства та медичної інформатики. Незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених медичній термінології, науковому стилю чи фаховим жанрам, питання перекладацького опрацювання інтрапрофесійної комунікації лікарів залишається недостатньо систематизованим. Особливо це стосується аналізу діалогів між фахівцями, консилиумних обговорень, клінічних нотаток, протоколів, тобто тих типів дискурсу, які мають процесуальний характер і є ядром професійної взаємодії.

Саме тому в цій магістерській роботі увага зосереджена на вивченні комунікативної природи інтрапрофесійного медичного дискурсу, виявленні його лінгвістичних закономірностей, а також на аналізі найбільш ефективних стратегій і моделей перекладу у складі фахових комунікативних актів.

Метою дослідження магістерської роботи є комплексна ретроспективна лінгвістична, прагматична та когнітивна характеристика особливостей інтрапрофесійного медичного дискурсу і визначення оптимальних стратегій і моделей перекладу комунікативних актів, що функціонують у межах професійної взаємодії лікарів.

Для досягнення поставленої мети необхідно розв'язати такі **завдання**: проаналізувати теоретичні підходи до вивчення дискурсу, зокрема професійного та інтрапрофесійного, та визначити їхню релевантність для

медичної галузі. Охарактеризувати структурно-комунікативні, когнітивні та лінгвістичні параметри медичного дискурсу. Визначити специфіку інтрапрофесійної комунікації лікарів та з'ясувати її дискурсивні ознаки. Проаналізувати функціонування медичної термінології у фахових комунікативних актах. Дослідити існуючі стратегії та моделі перекладу медичних текстів і визначити ті, що є найбільш ефективними для інтрапрофесійних комунікативних актів. Провести лінгвістичний і перекладацький аналіз конкретних діалогів між лікарями та виявити типові перекладацькі труднощі. Розробити рекомендації для оптимізації перекладу інтрапрофесійного медичного дискурсу та формування відповідної перекладацької компетентності.

Для реалізації поставлених завдань у роботі використано комплекс **методів**, що забезпечують всебічність та наукову обґрунтованість дослідження: описовий метод — для опису лінгвістичних і функціональних характеристик медичного дискурсу; метод дискурсивного аналізу — для вивчення комунікативних актів лікарів у реальних професійних ситуаціях; прагмалінгвістичний аналіз — для інтерпретації комунікативної мети, інтенцій та стратегій мовців; лінгвосемантичний аналіз — для виявлення особливостей термінологічної системи та смислових структур; порівняльно-перекладацький аналіз — для оцінювання відповідності перекладу вихідному дискурсу та визначення найбільш ефективних перекладацьких рішень; метод моделювання — для класифікації та узагальнення перекладацьких стратегій і розроблення оптимальної моделі перекладу інтрапрофесійних медичних актів.

Об'єктом дослідження є інтрапрофесійний медичний дискурс, тобто сукупність комунікативних актів, що відбуваються між медичними фахівцями в межах професійної взаємодії (консиліуми, клінічні обговорення, діагностичні коментарі, терапевтичні рекомендації, усні й письмові професійні комунікації).

Предметом дослідження є термінологічні, прагматичні та мовноструктурні особливості інтрапрофесійних комунікативних актів, а також стратегії й моделі їх перекладу, що забезпечують адекватність передачі фахової

інформації у міжмовному просторі. Особлива увага приділена функціонуванню медичних термінів у номінативному, когнітивному, комунікативному, діагностичному та прогностичному вимірах, а також механізмам їхнього відтворення засобами іншої мовної системи з урахуванням специфіки професійного середовища.

Розділ 1. Теоретичні засади вивчення інтрапрофесійного медичного дискурсу

1.1 Поняття професійного та інтрапрофесійного дискурсу

У сучасному мовознавстві поняття «дискурс» розглядається як одна з ключових категорій комунікативної лінгвістики. Воно охоплює не лише текст як мовний продукт, але й процес спілкування, умови його здійснення, соціальні ролі учасників, їхні наміри та прагматичні стратегії. Саме тому сьогодні дедалі частіше говорять не про мову професії, а про професійний дискурс, який поєднує мовну діяльність із соціальним контекстом професійного середовища.

Професійний дискурс є невід’ємною складовою сучасного комунікативного простору. Це не просто сукупність мовних засобів, уживаних у певній професійній сфері, а цілісна система мовленнєвих практик, яка функціонує в межах конкретної соціальної інституції — медицини, права, освіти, науки, журналістики тощо. Як зазначає українська дослідниця **Ніна Павлівна Литвиненко**, професійний дискурс — це «особливий тип комунікативної взаємодії, що зумовлений соціальними ролями, статусом учасників і спрямований на досягнення професійного результату».

У своїй монографії «Сучасний український медичний дискурс» Н. П. Литвиненко підкреслює, що професійний дискурс неможливо розглядати поза інституційним контекстом, оскільки кожна професійна спільнота має власні мовні норми, комунікативні сценарії, традиції і стиль мислення. Вона зазначає, що структура дискурсу зумовлюється специфікою професійного середовища, у якому відбувається комунікація, тому кожен тип професійного дискурсу має власні жанрові форми, мовні кліше, термінологію, а також усталені моделі поведінки.

Професійний дискурс відрізняється від повсякденного мовлення своєю цілеспрямованістю та нормативністю. Його основна мета полягає у забезпеченні ефективної взаємодії між суб’єктами професійної діяльності. Наприклад, у медичній сфері комунікація спрямована на діагностику,

лікування, пояснення стану пацієнта чи передачу клінічної інформації, у юридичній — на врегулювання правових відносин, у педагогічній — на організацію навчального процесу. Тобто професійний дискурс відображає специфіку професійного мислення та сприяє реалізації фахових компетенцій.

Українська дослідниця **Наталія Володимирівна Місник**, досліджуючи процес формування української медичної термінології, наголошує, що саме термінологічна система є фундаментом професійного дискурсу. У своїй дисертації «Формування української медичної клінічної термінології» (2002) вона розглядає мову медицини як складну багаторівневу систему, у якій кожен термін виконує функцію точного вираження спеціального знання. Таким чином, термінологічна насиченість виступає невід'ємною рисою будь-якого професійного дискурсу, адже саме терміни формують його поняттєво-категоріальний каркас.

Сутність професійного дискурсу полягає також у його соціально-комунікативній природі. Як зазначає **Л. П. Науменко**, професійний дискурс можна розглядати як мовну діяльність, що регулюється системою норм і цінностей певної професійної культури. Це означає, що він не лише відображає фахові знання, а й формує корпоративну ідентичність, виступає засобом інтеграції членів професійної спільноти. Через мову професійного спілкування закріплюються етичні стандарти, професійна етика, система взаємної поваги та ієрархії у межах колективу.

Окремий різновид професійного дискурсу становить **інтрапрофесійний дискурс**. Під цим поняттям розуміють комунікацію, що відбувається виключно всередині певної професійної спільноти — між фахівцями однієї галузі, які володіють спільним знанням, професійними навичками та термінологічним кодом. Інтрапрофесійний дискурс має низку особливостей, зокрема високий рівень термінологічної щільності, часте використання скорочень, аббревіатур, спеціальних позначень, а також економію мовленнєвих засобів, оскільки співрозмовники не потребують додаткових пояснень.

Як зауважує Н. П. Литвиненко, інтрапрофесійне спілкування є комунікативним ядром будь-якого інституційного середовища, адже саме воно забезпечує обмін досвідом, вироблення єдиних стандартів і координацію дій між фахівцями. Наприклад, у медицині це спілкування лікарів під час консилиумів, обговорення клінічних випадків, написання історій хвороб або ведення наукових конференцій. Таке мовлення відзначається високим ступенем стандартизації й формалізації, але водночас має ознаки професійного жаргону, що сприяє швидкому порозумінню між учасниками.

На відміну від інтрапрофесійного, **екстрапрофесійний** дискурс охоплює комунікацію між фахівцем і нефахівцем — наприклад, між лікарем і пацієнтом, юристом і клієнтом, викладачем і студентом. Така взаємодія потребує адаптації мови: спеціальні терміни пояснюються доступно, зменшується кількість аббревіатур і вузькопрофесійних висловів. Отже, інтрапрофесійний дискурс є внутрішнім різновидом ширшого поняття професійного дискурсу, а їхня різниця полягає в рівні спільності знань між комунікантами.

Важливо підкреслити, що професійний і інтрапрофесійний дискурс функціонують у єдності мовної, когнітивної та соціальної сфер. Вони формують особливий тип мовної поведінки, у якій відображається спосіб мислення представників певної професії. Через дискурс передається не лише інформація, але й цінності, моделі поведінки, етичні норми, що притаманні тій чи іншій професійній культурі.

Професійний дискурс є динамічним утворенням, яке змінюється відповідно до соціальних трансформацій і розвитку самої професії. Нові технології, стандарти освіти, зміни в законодавстві або медичній практиці неминуче відображаються в мовних засобах комунікації. Дослідниця Литвиненко зазначає, що в українському медичному середовищі останні десятиліття спостерігається тенденція до активного запозичення англійських термінів, що є наслідком глобалізації науки й інтеграції України у світовий інформаційний простір. Це свідчить про відкритість професійного дискурсу до міжкультурного обміну.

З іншого боку, дослідниця Місник підкреслює важливість збереження національної мовної традиції у формуванні української термінології. На її думку, розвиток фахового мовлення має ґрунтуватися на принципах мовної культури, зрозумілості та відповідності структурі української мови. Таким чином, у межах професійного дискурсу відбувається взаємодія між глобальними та національними тенденціями, що впливають на формування сучасної лінгвокультури.

Отже, професійний дискурс можна розглядати як комунікативну діяльність, у якій відображається соціальна, когнітивна й мовна специфіка професійної спільноти. Він є системою, що поєднує текстову організацію, мовні норми, жанрові форми, а також соціальні ролі комунікантів. Інтрапрофесійний дискурс, у свою чергу, є внутрішньою формою цього процесу, що забезпечує ефективну взаємодію між фахівцями, обмін знаннями та збереження професійних стандартів.

Дослідження українських науковців, зокрема Н. П. Литвиненко, Н. В. Місник, Л. П. Наumenко, а також зарубіжних авторів — Т. ван Дейка, М. Фуко, Р. Водак, — свідчать про міждисциплінарний характер дискурсу як об'єкта наукового аналізу. Ці праці доводять, що професійне мовлення не можна розглядати ізольовано від соціальних інститутів, системи цінностей та культури суспільства.

Таким чином, професійний і інтрапрофесійний дискурс є складними, багаторівневими явищами, які відіграють провідну роль у процесі становлення фахової культури, розвитку професійної мови та формуванні мовної особистості спеціаліста. Вони виступають не лише засобом передавання інформації, але й механізмом соціальної інтеграції, інструментом професійної самоідентифікації та складовою культури спілкування сучасного суспільства.

Дискурс як лінгвістичне, психологічне, соціальне та культурне явище є об'єктом різнопланового аналізу цілої низки наук (антропології, соціології, лінгвістики, філософії й ін.) з використанням різноманітних сучасних методів дослідницької роботи. З огляду на основні підходи до вивчення дискурсу

можна виділити: 1) соціальний параметр, відповідно до якого з позицій соціології та соціолінгвістики важливим є визначення організаторів й учасників спілкування; 2) прагматичний параметр, за якого прагмалінгвістика та комунікативна теорія допомагають з'ясувати на основі типів і жанрів дискурсу, як саме здійснюється процес спілкування; 3) семантичний параметр передбачає спрямування семантичної теорії на розкриття теми та змісту обговорення, 4) формально-мовному параметру відповідає характеристика з позицій структурної лінгвістики мовних способів вираження змісту висловлювань у дискурсі.

Із найбільш розвинутих концепцій дискурсу необхідно виділити філософсько-історичну концепцію (М. Foucault , P. Sériot та інші), за якої основним є бачення дискурсивного аналізу в соціально-історичному й ідеологічному аспекті, та лінгвістичну концепцію, яка й становить предмет нашого детального розгляду. Як зазначає українська науковиця О. Кучерява, складність визначення дискурсу насамперед обумовлена тим, яку концепцію дискурсу підтримує автор – філософсько-історичну, літературознавчу чи лінгвістичну, що призводить до широкого тлумачення дискурсу як міждисциплінарного поняття, яке застосовується в низці гуманітарних наук [15, 12].

З огляду на комунікативну спрямованість сучасних досліджень світова лінгвістична наука активно формує когнітивно-дискурсивну парадигму, спираючись на вивчення мови, по-перше, як засобу отримання, акумуляції й використання знань, по-друге, з урахуванням процесів мовленнєвої діяльності й аналізу її результатів. Учені (J. Derrida , J. Austin, J. Trim, F. Trujillo та ін.) досліджують взаємопов'язані аспекти наукової діяльності: від закономірностей пізнання та процесів роботи з науковим текстом до структури, етапів формування знання та осмислення механізмів становлення наукового мовлення. Дискурсивний компонент вищевказаного підходу передбачає концептуалізацію наукового мовлення як дискурсивної діяльності.

З метою окреслення специфіки дискурсу та його ролі в навчанні професійного спілкування необхідно насамперед визначитися з розумінням цього явища, провести поняттєво-термінологічний аналіз основних наукових категорій дослідження. Відповідно, основний наш підхід до дослідження в означеному аспекті полягатиме у з'ясуванні конститутивних характеристик дискурсу – визначення дискурсу як феномену та його зв'язків із найближчими явищами й поняттями. Для нашого дослідження важливим є аналіз співвідношення понять: «дискурс» – «мовлення», «дискурс» – «комунікація», «професійний дискурс» – «професійна комунікація», а також чітке розмежування понять «дискурс» і «текст», оскільки кожне з них відображає різні аспекти спілкування.

На сьогодні в парадигмі знання не сформовано єдиного розуміння терміна «дискурс», цей феномен продовжує активно вивчатися науковцями. Міждисциплінарний характер дискурсу зумовив широке коло досліджень представників різноманітних наукових напрямів і шкіл. Багатоаспектність дискурсу як мовного явища засвідчують вітчизняні наукові напрацювання цілої низки лінгвістичних напрямів: психолінгвістики (Л. Кротенко, Н. Савелюк), прагмалінгвістики (О. Євланова, О. Шаніна), когнітивної лінгвістики (О. Єрченко, І. Шевченко), соціолінгвістики (Л. Павлюк, К. Серажим, С. Шабат-Савка), комунікативної лінгвістики (Ф. Бацевич, А. Загнітко, Н. Литвиненко, О. Селіванова), гендерних проблем дискурсу (А. Мартинюк) та ін.

Колективні монографії з лінгводидактики останніх років також засвідчують широке коло наукових проблем з дискурсології, які активно розробляються: «Теоретичні та прикладні засади вивчення дискурсу» (Житомир, 2020), «Мовні одиниці в українському науково-педагогічному дискурсі» (Мелітополь, 2022), «Професійна лінгводидактика в контексті особистісної парадигми» (Тернопіль, 2022), «Professional discourse and terminology system in cooperation» (Київ, 2025). Відповідній проблематиці присвячено низку наукових і науково-практичних конференцій, як-от:

«Комунікативний дискурс: наукова рецепція і стратегії дослідження» (Київ, 2016), «Когнітивно-прагматичні дослідження професійних дискурсів» (Харків, 2020), «Дискурс професійної і творчої комунікації: лінгвокультурний, когнітивний, перекладацький та методичний аспекти» (Київ, 2023), «Текст і дискурс: когнітивно-комунікативні перспективи» (Кам'янець-Подільський, 2023) та інші.

У різних мовах світу слово *дискурс* означає мовлення, процес мовної діяльності, спосіб мовлення: від лат. *discursus* «розмова» фр. *discourse* «мовлення, виступ», англ. *discourse* «розмірковування, мовлення», нім. *Diskurs* «розмова, обговорення». Широкого використання мовознавчий термін *дискурс* набув на початку 70-х років минулого століття з приблизним значенням «функціональний стиль», що включало також притаманні кожному стилю лексичну та граматичну системи як мовні явища, досліджувані стилістикою.

Лінгвістичні дискурсивні дослідження розвиваються за двома напрямками: формальним і функціональним [15, 13]. Розглянемо детально особливості аналізу дискурсу з формальних і функціональних позицій.

Формальний підхід передбачає розгляд дискурсу як зв'язної послідовності речень, тобто, тексту. Такий структурний аналіз дискурсу полягає у визначенні його компонентів, статусу складників дискурсу та закономірностей поєднання цих елементів, а також в оцінюванні коректності (нормативності) дискурсивних конструкцій.

Отже, акцентування на структурі дискурсу передбачає пошук балансу між формальною цілісністю, правилами комбінування елементів та соціальною прийнятністю комунікації [6, 24]. По суті, представники формального напрямку досліджень (Т. Радзівська, В. Різун) виділяють тільки вербальний складник дискурсу (комунікативну дію) і говорять про нього далі як про «текст» або «розмову». В цьому значенні термін «дискурс» позначає «продукт» комунікативної дії, його письмовий або мовленнєвий результат, який інтерпретується реципієнтами. Таким дискурсивним студіям притаманний підхід, згідно з яким дискурс сприймається як своєрідна «мова в мові»,

представлена в соціальній реальності, існує насамперед у текстах, які мають свою граматику, семантику, унікальний лексикон, правила слововживання та синтаксису, специфічні правила синонімічних заміन і т. і. [15, с. 18].

На сучасному етапі розвиток теорії дискурсу відбувається в напрямі функціонального підходу. Відомий нідерландський учений Т. ван Дейк, якого вважають засновником лінгвістичного функціоналізму, розумів дискурс як єдність мовної форми, дії та значення, що утворюють складну систему знань. У широкому сенсі дискурс є комунікативною подією, що відбувається між мовцем, слухачем (спостерігачем тощо) у процесі комунікативної дії в певному часовому, просторовому контексті. Акцентування на функціональних явищах дає змогу аналізувати людську діяльність, виявляючи й інтерпретуючи її соціальні й індивідуальні аспекти.

Необхідно підкреслити, що більшість учених пропонують розгляд і мовних, і позамовних факторів, які впливають на сприйняття тексту [22, 138]. Так, на думку Н. Бершадської, дискурс слід розглядати як важливий складник мовленнєвої діяльності, вербальний і невербальний обмін, який відбувається в мовленнєвій ситуації [2, 11].

Цьому трактуванню відповідає визначення дискурсу як соціально-комунікативної структури, що становить процес і наслідок мовлення, а також єдність теми, змісту, самого висловлювання та ситуації на мовному та позамовному рівнях [23, 27].

Як узагальнення, зазначимо, що з-поміж концептуально визначальних теорій щодо змісту поняття «дискурс» виділяють основні підходи, які розглядають:

- 1) дискурс як *текст*, до умов реалізації якого належить комплекс екстралінгвістичних параметрів (у галузі лінгвістики);
- 2) дискурс як *процес спілкування*, що реалізується під час різноманітних дискурсивних практик (у сфері соціології, політології тощо);
- 3) дискурс як *різновид мовленнєвої комунікації* (у філософії, соціології);

4) дискурс як *контекст педагогічної комунікації* зі специфічним фаховим змістом (у педагогічній галузі).

Отже, сучасний дискурсивний аналіз розглядають не як одну конкретну дисципліну з чітко окресленим об'єктом дослідження, а сукупність тісно взаємопов'язаних дисциплін, які поєднують мову із соціальними, історичними та психологічними основами. Широке поле досліджень дискурсу – від лінгвістичних теорій дискурсу, інтеракційного аналізу до соціолінгвістики, когнітивної лінгвістики, теорії комунікації та педагогічних теорій дискурсу тощо – може слугувати переконливим підтвердженням еволюції дискурсивної теорії та легітимності педагогічного статусу дискурсу.

У нашому дослідженні дискурс розуміємо як складне комунікативне явище, що охоплює учасників спілкування, ситуацію спілкування, процес встановлення та підтримання контакту, інформаційну та емоційну взаємодію тих, хто залучений до спілкування (комунікантів). Інакше кажучи, дискурс – одиниця мовлення, що характеризується через текст – одиницю мови; процесуальні характеристики дискурсу зумовлені екстралінгвістичними факторами. Або: дискурс – це заразом і процес мовленнєвої діяльності, і її результат.

Термін «аналіз дискурсу» вперше було застосовано американським лінгвістом З. Харрісом (Z. Harris) з метою позначення методу аналізу зв'язного мовлення (або письма) задля розгляду одиниць, з яких складається дискурс [6, 14].

Розглядаючи дискурс як комунікативну подію, вчені ставлять перед собою завдання 1) дослідити соціальну, текстуальну та психологічну контекстуалізацію дискурсу, його зразки і жанри з урахуванням певного набору змінних, таких як соціальні норми, ролі, статуси комунікантів, їхні конвенції, стратегії, а також показники ефективності спілкування; 2) проаналізувати закономірності, що сприяють досягненню комунікативної кооперації між учасниками тощо; 3) описати інституціональні форми й типи дискурсів. При цьому основними характеристиками дискурсу вважають

соціалізацію, контекстуальність, антропоцентричність, процесуальність, ситуаційність та замкненість [26, 26–27].

З-поміж ключових підходів до аналізу дискурсу варто виділити позицію Д. Шіффрін (D. Schiffrin), відповідно до якої кожна група концепцій розглядається через протиставлення щодо сфери мовного дослідження: 1) структура (рівні мовної організації: фонетика, граматики, синтаксис) і функція (соціальна, когнітивна тощо); 2) текст як формальна мовна одиниця і контекст, який включає не-мовні ситуаційні умови та учасників; 3) дискурс (мовна реалізація) та комунікація (ширший процес із врахуванням намірів, знань людей). Суть у тому, що перші елементи пар (структура, текст, дискурс) належать до мови, а другі (функція, контекст, комунікація) виходять у сферу соціальних і психологічних взаємодій [37,30].

Традиційно дослідники визначають сутність дискурсу на основі багатобічного підходу до дискурсивної діяльності. Так, за М. Стаббсом (M. Stubbs), основними характеристиками дискурсу слід вважати: 1) за формального підходу з точки зору структури дискурс – це одиниця мови, яка перевищує речення або інші текстові одиниці; 2) у плані змісту дискурс тісно пов'язаний із використанням мови в соціальному контексті; 3) відповідно до комунікативного підходу за своєю організацією дискурс є інтерактивним (діалогічним) [46, 189]. Таким чином, дискурс аналізується як текст у соціальному й інтерактивному аспектах комунікації. Це дозволяє розглядати дискурс як динамічне явище, що формується в результаті взаємодії між учасниками комунікації та їхнім соціальним контекстом.

Поняття «текст» і «дискурс» дослідники часто розглядають як досить близькі, хоча ці лексеми позначають різні типи мовленнєвої взаємодії. Так, У. Коннор (U. Connor) слушно зауважує, що термінологічні поняття на зразок «лінгвістика тексту», «дискурсивна лінгвістика», «аналіз письмового дискурсу», «аналіз тексту» в мовознавстві почасти використовуються як взаємозамінні. Проте здебільшого слід вважати, що поняття «дискурс»

охоплює поняття «текст», відповідно, дослідження тексту є складником дискурсивних студій [35, 19].

Текст є певним результатом мовленнєвої діяльності, сформованим у позачасовій комунікативній ситуації та спрямованим на конкретного адресата для досягнення чітко визначеної мети. Мета як тексту, так і дискурсу полягає в безпосередньому передаванні інформації адресату як споживачу скерованого йому мовленнєвого матеріалу; при цьому адресант зацікавлений у тому, щоб адресат адекватно сприйняв інформацію. Однак, на відміну від автора тексту, адресант дискурсу має можливість безпосередньо отримати зворотний зв'язок: дізнатися, чи донесена інформація, наскільки правильно вона сприйнята, і в разі розбіжностей між цільовими установками адресанта та кінцевим результатом, продемонстрованим адресатом, скоригувати необхідні аспекти мовленнєвої взаємодії. На відміну від дискурсу, поняття тексту не включає інтеракційної взаємодії між адресантом і адресатом. Сутність дискурсу полягає саме в такій взаємодії, де реакція адресата на результат мовленнєвої діяльності є миттєвою, передбачуваною адресантом і безпосередньо втілюється в комунікативному процесі. Отже, основна відмінність дискурсу від тексту полягає в тому, що він передбачає синхронний двосторонній обмін вербальними та невербальними елементами між учасниками комунікації. Цінність тексту як дидактичного матеріалу полягає в таких його характеристиках: цілісність і завершеність за формою і змістом зразка мовленнєвої комунікації мовців, взірцевість використання конкретного мовного (лексичного, граматичного) матеріалу в конкретних мовленнєвих ситуаціях. При цьому дослідники, диференціюючи поняття тексту і дискурсу, наголошують на діяльнісно-динамічному аспекті мови як процесу, який враховує вплив екстралінгвістичних чинників в акті комунікації, і як результат, представленої у вигляді фіксованого тексту. Дані тези підтримували дослідники Бацевич, Єрмоленко, Науменко, Селіванова, Серажим, Штерн.

Узагальнюючи погляди вчених-дискурсологів, зазначимо, що протиставлення дискурсу та тексту зумовлене тим, що перший є частиною лінгвосоціального простору, а другий – мовної системи.

Розглянемо проблему ще й під кутом того, що дискурс слід розуміти як сукупність таких базових понять: *мови* (засобу спілкування), *мовлення* (способу спілкування) та *тексту* (результату спілкування) в контексті конкретної комунікативної ситуації. Така ситуація передбачає взаємодію учасників-комунікантів, які мають особистісні й соціально зумовлені особливості; наявність цілей комунікації; спілкування відбувається за певних часово-просторових умов та ґрунтується на конкретних причинах і мотивації, що спонукають до комунікації.

Поняття «мовлення» як протилежність до поняття «мова» традиційно розглядається в авторстві швейцарського вченого Фердинанда де Соссюра (Ferdinand de Saussure), згідно з поглядами якого мова й мовлення є складниками такого комплексного поняття, як «мовленнєва діяльність». Це поняття становить багатовимірне фізичне, фізіологічне та психічне явище, важливими характеристиками якого є індивідуальні особливості мовця й соціальна детермінованість.

Мова у структурі мовленнєвої діяльності трактується як система мовних засобів, спільна для певної групи мовців і використовується ними як індивідуальний інструментарій мовлення задля комунікації. Важливо зазначити, що самі терміни «мовлення» та «мовленнєва діяльність» не передбачають обов'язкової двосторонньої взаємодії між учасниками комунікації, а акцентують увагу на індивідуальному аспекті мовленнєвих актів.

Дослідження дискурсу у фаховому спрямуванні, започатковане французьким філософом М. Фуко (M. Foucault), передбачає обмеження професійного дискурсу інституційними рамками [23, 27]. Розвитком цієї теорії в соціолінгвістичному аспекті стало розмежування двох типів спілкування –

персонального (особистісно-орієнтованого) й інституційного (статусно-орієнтованого) з огляду на характер і суб'єкти комунікації.

Професійний дискурс – це спілкування фахівців між собою або з нефахівцями у зв'язку з вирішенням професійних завдань, ефективність якого і є результатом якісної дискурсивної діяльності. Таке розуміння професійного дискурсу визначає його статус як об'єкта дослідження. Професійний дискурс можна розглядати як синтез інституційних, профільних і предметних ознак, функцій та норм, опис якого здійснюють у соціолінгвістичному, прагмалінгвістичному та структурно-семантичному вимірах.

Доречним тут буде навести думку О. Кравченка-Дзондзи про те, що у професійно націленому спілкуванні, середовищі співіснують різні фахові дискурси, які виступають частиною професійного простору. Дискурс, не маючи чітких меж, завжди взаємодіє з іншими професійними дискурсами, створюючи складну мережу смислових зв'язків [14, 55].

Із позицій традиційної функціональної стилістики можна дослідити характеристики професійного дискурсу на основі мовних і мовленнєвих засобів, якими оперують його учасники. Нас цікавить у першу чергу алгоритм, за яким, спираючись у своєму дослідженні на базові характеристики професійного спілкування, приходимо до висвітлення мовних одиниць, тих засобів спілкування, які формують основу дискурсу.

Професійний дискурс ґрунтується на дотриманні професійної норми – стандартизованих форм подання інформації, прийнятих у конкретній галузі. У цьому процесі адресант використовує когнітивно-прагматичні та риторичні інструменти, сформовані дискурсивною спільнотою. Як зазначає З. Харріс (Z. Harris), цілі наших письмових висловлювань – це не лише особистісні наміри, а й відображення позицій спільнот, до яких ми належимо [41, 12]. Отже, професійний дискурс – це соціально обумовлений процес, де індивідуальні наміри передавання інформації переплітаються з колективними нормами та обмеженнями. Погоджуємося з думкою О. Єрченка, що випродуковані мовцями тексти – як за формою, так і за змістом – визначаються неофіційними

нормами та умовностями, встановленими конкретною дискурсивною спільнотою (науковою дисципліною чи професійним середовищем). Ці імпліцитні правила регулюють не лише структуру й стиль викладу, а й межі допустимого змістовного діапазону [6, 37].

Якщо тематичний підхід до вивчення професійного дискурсу в межах побудови його типології уможлиблює виділення медичного дискурсу як окремого типу, то розгляд інших критеріїв класифікації професійного дискурсу демонструє спосіб подання дискурсу, статус і тип поведінки комунікантів тощо. Способами подання дискурсу є усне чи письмове мовлення, тобто, комунікативний канал. Урахування каналу спілкування сприяє розумінню специфіки мовлення, зокрема, таких характеристик спілкування: підготовленості чи спонтанності, опосередкованого або прямого контакту комунікантів, ступеня розгорнутості висловлювань тощо.

Щодо основних параметрів професійного мовлення зазначимо, що найважливішою ознакою комунікантів у професійному дискурсі вважають їхню професійну компетентність. Її лінгвістичним виявом є профільні характеристики спілкування – глибоке знання предметної сфери та вміння застосовувати знання на практиці.

Предметне знання означає детальне розчленування та позначення того фрагмента діяльності, з яким доведеться працювати. При практичному освоєнні предметної сфери професіонал виокремлює багато конкретних об'єктів (предметні іменники), їхні властивості (прикметники) та процеси, що з ними відбуваються (дієслова); на теоретичному рівні об'єкти набувають абстрактного характеру (абстрактні іменники). В мові фахівця відповідні об'єкти можуть набувати нейтральних, жаргонних або термінологічних позначень, відповідно, деталізація сфери професійної діяльності потребує застосування спеціальних термінів і професіоналізмів. У цьому сенсі окрема підмова науки обслуговує певний різновид професійного спілкування, яке потребує значної теоретичної підготовки. Професійна підготовка полягає не лише в засвоєнні номінацій окремих елементів фрагментованої предметної

сфери, такі назви є невід'ємним компонентом професійного знання. В контексті професійного мовлення існують три типи одиниць позначення предметної дійсності: 1) непрофесійні позначення, які за потреби використовують сторонні мовці-нефахівці (наприклад, репліка пацієнта про біль у горлі); 2) нейтральні професійні позначення, якими послуговуються фахівці (наприклад, формулювання діагнозу); 3) емоційно-марковані професійні позначення у процесі спілкування фахівців між собою (професіоналізми, жаргонізми, нестандартні скорочення).

Отже, у професійно осмисленій предметній сфері містяться формулювання й чітке визначення меж застосування спеціальних знань та набутого практичного досвіду.

У контексті дослідження професійного дискурсу концепція П. Лінелла про «дискурс у професіях» розширює розуміння комунікативних практик, виділяючи такі дискурсивні явища:

- інтрапрофесійний дискурс – комунікація в межах однієї професії;
- інтерпрофесійний дискурс – розмовна взаємодія між представниками різних професій;
- професійно-непрофесійний дискурс – спілкування професіоналів із нефахівцями.

Важливо, що дискурс у професіях виступає інструментом не лише передачі інформації, а й підтримки інституційних норм, формування колективної ідентичності та соціальної інтеграції [43, 143].

Таке розуміння є важливим для нашого дослідження, оскільки відкидає трактування професійного мовлення в комунікативному плані як окремого ракурсу розгляду дискурсу, відмінного від моделі інституційного (зокрема, й медичного) дискурсу. У фокусі нашої роботи – ситуація, коли професійний дискурс перетинається з інституційним при тому, що саму інституційність слід визнавати лише для того типу професійного спілкування, який відбувається у діалозі між представником установи (інституції) та нефахівцем (зовнішньою особою), наприклад, між лікарем і пацієнтом.

Вказані форми дискурсу реалізуються через різні комунікативні жанри, які ми розглянемо нижче.

Поняття «комунікація» пов'язують зі смисловим й ідеально-змістовим аспектом соціальної взаємодії, обміном інформацією в різноманітних процесах спілкування [2, 28]. У нашому дослідженні беремо до уваги позицію Д. Хаймса (D. Hymes), який визначає комунікацію як поведінку, що формується під впливом культурних факторів; при цьому центральним поняттям тут виступає комунікативна компетентність, яка передбачає знання правил комунікації в межах конкретної мовленнєвої спільноти. Комунікативна компетентність поєднує в собі як мовний, так і культурний складники, що дозволяє ефективно взаємодіяти в соціальному контексті [42, 30]. У нашій роботі ми не зосереджуємося на культурологічному підході, маючи на меті дослідити мовний компонент медичного дискурсу.

Соціальна практика, соціальна інтеракція й умови комунікації відповідно до різних рівнів соціальної організації (безпосередня комунікація, спілкування на рівні соціальних інституцій і суспільства) тісно пов'язані з дискурсом [Poluzhyn]. Отже, цей підхід уможливорює розгляд дискурсу як комплексного явища, яке інтегрує мовні й соціальні аспекти, що робить його ефективним інструментом для аналізу професійного медичного дискурсу.

Фахова комунікація може реалізовуватися через розмовний, офіційно-діловий, науковий і навчально-науковий стилі усного/письмового мовлення, адаптуючи форму до цілей та аудиторії.

Сукупність мовних засобів, які спеціально адаптовані для використання в професійно обмеженій медичній сфері комунікації, становить фахову мову медицини [17, 45]. У дослідницькому полі склалося розуміння професійної (фахової) мови як особливого функціонального різновиду літературної мови, що обслуговує певну професійну сферу діяльності. Як зарубіжні (J. Ha, N. Longnecker, T. Roelcke, S. Savignon), так і вітчизняні дослідники (Ф. Бацевич, І. Клименко, Н. Литвиненко, Н. Місник, А. Міщенко, С. Шевчук) активно

вивчають характеристики цього феномену та розв'язують практичні питання функціонування професійних мов.

З-поміж основних індикаторів якості фахової діяльності медичного працівника виділяють професійну комунікативну поведінку лікаря, що виникає як результат взаємозв'язку таких факторів: професійних навичок, здатності до взаємодії з людьми, морально-етичної культури особистості. Комунікативна поведінка лікаря має формувати враження про нього як про компетентного та впевненого професіонала, який здатний ефективно співпрацювати з колегами і надавати пацієнтам необхідну підтримку.

Зауважимо, що з позицій соціолінгвістики розрізняють три типи ситуацій, пов'язаних із урахуванням ролі мовного чинника у професійній діяльності: 1) тісно пов'язана з мовою сфера діяльності; 2) професійна діяльність, практично пов'язана з мовою; 3) діяльність, для якої володіння високим рівнем мовлення не є суттєвим. Погоджуючись із пропонованою класифікацією, водночас не поділяємо бачення (Н. Coleman) сфери медичної діяльності в межах другої категорії, до якої вчений відносить також технологічну працю. Наведемо аргументи нижче.

Отримувачі медичних послуг оцінюють кваліфікованість лікаря у процесі комунікації переважно за його комунікативними вміннями. Комунікативна взаємодія між лікарем і пацієнтом, заснована на емпатії, взаємній довірі, повазі та розумінні, відіграє ключову роль у терапевтичному процесі. Взаємна довіра закладає основу для відкритої комунікації: пацієнт відчуває впевненість у професіоналізмі лікаря, а врахування індивідуальних потреб хворого перетворюють лікування на спільний процес прийняття рішень. Мовлення медичного працівника характеризується особливим делікатним характером спілкування, широким використанням спеціальної лексики – термінології. Завданням викладача-мовника є максимальне наближення майбутніх лікарів до їхнього фахового спілкування для подальшої успішної професійної діяльності.

Професійна комунікація медичного працівника є цілісною системою безпосередніх або опосередкованих зв'язків та взаємодій фахівця медичного профілю. Таке спілкування реалізується за допомогою як вербальних, так і невербальних засобів; його основною метою є ефективний взаємообмін інформацією, а також моделювання та управління процесом комунікативної взаємодії. Зрештою, професійна комунікація слугує для регулювання взаємодії у всій професійній діяльності медичного працівника [Поплавська, 8].

Дослідження медичного професійного дискурсу перебуває у фокусі уваги як лікарів-практиків, так і лінгвістів-теоретиків: Р. Вурне (Патрік Байрн), N. Ainsworth-Vaughn (Ненсі Ейнсворт-Вон), В. Long (Баррі Лонг), С. Шаніна, Н. Литвиненко, Л. Шутак. У їхніх працях представлено характеристику медичного дискурсу як складної динамічної системи, що характеризується соціальністю, інтегративністю, контекстуальністю тощо.

Сутність медичного дискурсу, як і кожного поняття-одиниці мислення, можна розкрити через визначення його обсягу (сукупності елементів, які об'єднуються спільними властивостями) та змісту (сукупності характеристик, ознак, які притаманні всім компонентам цього поняття і водночас відмежовують їх від елементів інших понять). Тому для точного з'ясування поняття «медичний дискурс» необхідно: визначити його ключові ознаки та характеристики; чітко диференціювати поняття «медичний дискурс» і «медичний текст» з огляду на те, як часто вони перетинаються; проаналізувати основні форми взаємодії в межах медичної комунікації та встановити їхній статус у контексті протиставлення «дискурс – текст».

У медицині як сфері теоретичних знань і практичної діяльності виокремлюють такі рівні спілкування: 1) академічне спілкування, 2) повсякденно-професійна комунікація, 3) спілкування «медичний працівник – отримувач медичних послуг». Як зазначають дослідники, професійна комунікація лікарів реалізується через різні види комунікативної взаємодії в медичному професійному середовищі [18, 89].

Розглянемо типи ситуацій спілкування, які можна виділити в медичній галузі. Насамперед, ідеться про мовленнєву взаємодію представників сфери охорони здоров'я в освітньому процесі (лекції для здобувачів освіти); офіційне й неофіційне спілкування з колегами та молодшим медичним персоналом; комунікацію з пацієнтами та їхніми родичами; оформлення професійної документації. Важливо відзначити, що різноманітним проявам мовленнєвої взаємодії в галузі медицини притаманні різні властивості: одні з них мають дискурсивні ознаки, інші є текстом. Так, розмову лікаря з пацієнтом (спілкування під час консультації, проведення досліджень і процедур, діагностики й інформування хворого про методи лікування), розмову медичного працівника з колегами (консилиуми, неформальні обговорення) відносять до медичного дискурсу. Такі види мовленнєвої взаємодії в медицині, як оформлення історії хвороби, рецепти, приписи й ін. розглядають як медичний текст. Доповіді, презентації, лекції, відгуки пацієнтів тощо – це ті прояви мовленнєвої взаємодії, які можуть переходити з одного різновиду в інший: без інтеракції вони є текстом, але з появою миттєвої безпосередньої міжособистісної взаємодії, синхронної активності, перетворюються на дискурс. Навіть письмовий текст, як повідомлення чи статтю, можна вважати дискурсом за умови взаємодії, наприклад, через коментарі або обговорення.

Лінгвотерапевтична спрямованість (лікування словом) є основною характеристикою медичного дискурсу, а його комунікативне ядро становить взаємодія лікаря та пацієнта. Виходимо з того, що медичний дискурс поєднує в собі як універсальні, так і специфічні дискурсивні ознаки. Універсальні ознаки визначають внутрішню структуру дискурсу, його зовнішні параметри, описують елементи комунікативної ситуації та встановлюють зв'язок дискурсу з мисленнєвою діяльністю людини, пов'язану з мовленням. До конститутивних ознак, які уможливають об'єктивне виділення медичного дискурсу в сучасній системі інституційного дискурсу, можна віднести: 1) специфічну мету спілкування як мовленнєвої взаємодії (письмової чи усної) між представниками системи охорони здоров'я та пацієнтами, яка полягає в

наданні медичної допомоги; 2) специфічні обставини спілкування в ситуації лікарської консультації, обходу тощо; 3) наявність інституційних символів (спеціальної візії, інструментарію, документації і т.д.); 4) статусно-рольову функцію учасників комунікації.

Медичному спілкуванню, як і кожному типу інституційного дискурсу, притаманний певний алгоритм, вибір якого чітко визначається метою спілкування. У медичного дискурсу як спеціалізованого й формалізованого різновиду комунікації особлива мета – надання допомоги пацієнтові; основну мету реалізують через проміжні цілі, зокрема, підвищення ефективності комунікації на кожному етапі медичної діяльності.

Основною характеристикою медичного дискурсу, що вирізняє його з-поміж інших професійних дискурсивних сфер, можна вважати наявність основної пари учасників – адресанта (того, хто спрямовує свою комунікативну діяльність, передає інформацію) та адресата (того, хто її отримує). Наявність пари комунікантів є спільною рисою всіх п типів медичного дискурсу, але їхні характеристики та комунікативні стратегії змінюються залежно від типу адресата – умовного чи реального. Так, аналізуючи специфіку наукової письмової медичної комунікації, О. Єрченко наголошує, що в дискурсі, представленому в медичних наукових статтях й анотаціях, адресат (лікар, пацієнт або будь-яка інша зацікавлена особа) має статус умовного учасника [6, 41]. Однак у інших типах письмової медичної комунікації адресат є реальним (конкретний пацієнт, для якого виписується рецепт, або керівні медичні інстанції, яким надається звіт).

Зміщення комунікативної спрямованості від реального адресата до умовного впливає на вибір когнітивно-прагматичних та риторичних засобів, які використовує адресант. У науковому медичному дискурсі головний фокус спрямований на універсальність, об'єктивність і науковість, тоді як у практичному медичному дискурсі переважає конкретність, зрозумілість і персоналізація.

Розглянемо спільні риси, які поєднують усі типи наукового медичного дискурсу. Насамперед це соціальний рівень побудови дискурсу, адже мова професійної групи безпосередньо втілює її соціальну функцію, підкреслюючи роль у захисті та обслуговуванні суспільства. Іншими характеристиками, спільними для всіх типів наукового медичного дискурсу, є наявність особливої медичної етики та розробленої медичної термінології.

До механізмів, які започатковують дискурс і регулюють комунікативну поведінку лікаря, належать насамперед цінності та норми медичної діяльності. Серед основних принципів дискурсивної діяльності – принципи гуманізму, толерантності, поваги до пацієнта тощо, актуалізувати які покликані спеціальні дискурсивні ходи, як-от: уникнення висловлювань оцінки, вуалювання інформації, позитивізація змісту висловлювань, демонстрація емпатії, адаптування вербального рівня дискурсу медичного працівника до рівня пацієнта тощо. Ясна річ, рівень дискурсивної взаємодії лікаря й пацієнта багато в чому залежить від чинних стереотипів взаємодії у відповідній сфері.

Медичний дискурс за своєю суттю є культурно маркованим, будучи частиною лінгвокультури та соціуму. Професійне спілкування в медичній сфері відзначається широкою варіативністю. Незважаючи на це, ключовим аспектом професійного медичного спілкування є усвідомлення мови як інструменту лікування.

Провідну позицію теорії дискурсу в сучасному мовознавстві демонструє широкий спектр підходів до її вивчення. Розгляд основних із них показує, що з погляду прагматики дискурс трактується як засіб комунікативного впливу в конкретній ситуації спілкування в тісній взаємодії з соціальними, культурними та психологічними елементами (науковців-представників кожного з напрямів було названо вище).

З огляду на критичний підхід дискурс становить сукупність лінгвістичних практик, спрямованих на зміну соціальних реалій, пов'язаних з конкретною епохою, соціальною спільнотою чи цілою культурою. В контексті ситуаційного підходу дискурс вивчається через призму комунікативної

ситуації, в якій він реалізується в різних культурних і соціальних оточеннях. На когнітивному рівні дискурс розглядається як явище, пов'язане з обміном знаннями та впливом на них.

Кожен із вищевказаних напрямів є цінним для аналізу лінгвістичних процесів та сутності мови, для дослідження дискурсу в різноманітних соціально-комунікативних ситуаціях. Скажімо, прагматичний метод доцільно застосовувати під час добору мовленнєвого матеріалу у процесі мовної підготовки здобувачів медичної освіти; критичний метод – під час лікування хворого, коли лікар розглядає кілька варіантів терапії; ситуаційний підхід дає змогу фокусуватися на оцінюванні певних обставин, наприклад, у взаємодії між лікарем і пацієнтом. З позиції когнітивного напрямку вивчається фахова мова через призму людського мислення, сприйняття і процесу пізнання.

Розширення сфери використання поняття «дискурс» і, як наслідок, його проникнення в теорію навчання мови має важливе значення для опанування професійної комунікації. Зокрема, йдеться про розуміння дискурсу не лише як продукту мовленнєвої діяльності, а й як творчого процесу його створення, що зумовлюється позамовними чинниками й умовами реалізації комунікації. Враховуючи вищевказане, можна припустити, що необхідно навчати здобувачів освіти самостійно створювати і сприймати дискурси з огляду на комунікативну мету та ситуації спілкування.

Метою організації навчання на основі даного підходу є формування здатності до продукування та рецепції цілісних наукових текстів, що репрезентують специфічну мовленнєву поведінку наукової спільноти з притаманними їй цілями, мотивами, нормами, стереотипами, цінностями тощо. Застосування дискурсивних параметрів наукового мовлення як діяльності та наукового тексту як її продукту виступає орієнтиром у навчальному процесі, зокрема при визначенні змісту навчання, створенні умов для формування дискурсивної компетенції майбутнього фахівця й оцінювання результатів.

Актуальним є дослідження основних (комунікативних) характеристик сучасного медичного дискурсу з огляду на необхідність оптимізації та підвищення рівня комунікативної підготовки майбутніх лікарів.

Вибудовуючи процес навчання медичного професійного спілкування з позиції дискурсу, необхідно враховувати важливість як оволодіння мовними вміннями й навичками, так і розуміння екстралінгвістичного контексту професійного дискурсу.

З огляду на завдання нашого дослідження основну увагу сконцентровано на розгляді формально-структурних характеристик професійного медичного дискурсу, до яких слід віднести вивчення та моделювання комунікативних стратегій і ходів, прецедентних висловлень, усталених виразів, лексичних, фразеологічних і синтаксичних засобів організації дискурсу.

У межах освітнього процесу медичного ЗВО визначальним є розуміння дискурсу як різновиду мовленнєвої комунікації, складного комунікативного явища, що відображає динаміку використання мови як інструмента професійної взаємодії.

Через дослідження професійного медичного дискурсу досягається акумуляція, аналіз і впорядкування спеціалізованої інформації будь-якої складності і в межах навчального закладу, і поза ним. Крім того, це сприяє ефективній взаємодії між лікарем та пацієнтом, між колегами й іншими працівниками у сфері охорони здоров'я.

Важливо відзначити, що в освітньому процесі медичного ЗВО реалізується медико-педагогічний дискурс, змістове наповнення якого знаходить відображення в педагогічній взаємодії під час проведення навчальних занять, консультацій, студентських наукових конференцій та інших заходів. Завдяки медико-педагогічному дискурсу студенти здобувають основи теоретичних і клінічних знань, розвивають у себе ключові для професійної роботи вміння та навички креативно мислити та приймати незалежні рішення у стандартних і незвичайних умовах.

Медико-педагогічний дискурс набуває особливої ваги з огляду на гармонійне поєднання в ньому всіх форм і методів взаємодії між учасниками освітнього процесу (наприклад, дидактичні, соціально-педагогічні, міжособистісні та ін.), що сприяє професійному зростанню та всебічному розвитку особистості.

У межах медико-педагогічного дискурсу можна виокремити такі форми профільної педагогічної взаємодії: індивідуальну (між викладачем та студентом); соціально-психологічну (між викладачем та студентською групою чи курсом); інтегральну (наприклад, під час заходів, що виходять за межі навчального закладу).

1.2. СТРАТЕГІЇ ТА МОДЕЛІ ПЕРЕКЛАДУ ІНТРАПРОФЕСІЙНИХ КОМУНІКАТИВНИХ АКТІВ

Переклад медичних текстів належить до тих сфер перекладацької діяльності, де точність і відповідальність посідають безумовно пріоритетне місце. Як слушно зауважував Юджин Ніда, переклад у галузях, пов'язаних із передаванням спеціальних знань, не може обмежуватися передачею слів — він має відтворювати зміст у тій формі, у якій він виконує свою функцію. Це положення повністю відображає природу медичного дискурсу, для якого характерні жорстка термінологічна організація, формалізованість структури та спрямованість на практичний результат. Саме тому, як наголошував Пітер Ньюмарк, переклад технічних і медичних текстів є передусім «перекладом точних смислових величин», а вже потім — стилістичним завданням.

Медичний текст функціонує як багаторівнева когнітивно-комунікативна структура, у якій перетинаються професійні знання, інституційні норми та дискурсивні моделі взаємодії. Такі властивості зближують його з тим, що Мона Бейкер окреслює як спеціалізований дискурс зі стабільною терміносистемою та високим рівнем концептуальної щільності. Для перекладача це означає необхідність працювати не лише на рівні мовних відповідників, а й на рівні когнітивних структур, які стоять за професійною мовою медицини.

Базовою стратегією, яка визначає характер перекладу медичних текстів, є буквальна, або дослівна, передача змісту. Ще Жан-Поль Вінай та Жан Дарбельне підкреслювали, що у спеціалізованих текстах буквальний переклад становить «нормативний шлях відтворення змісту», якщо вихідний текст побудований на термінологічній точності та стандартизованих формулюваннях (Vinay & Darbelnet). У клінічних протоколах, діагностичних алгоритмах, інструкціях до лікарських засобів, нормативно-правових документах та результатах лабораторних досліджень буквальна стратегія є не лише оптимальною, а й необхідною. Вона гарантує відповідність міжнародним медичним стандартам і дозволяє уникнути спотворення логіко-семантичних зв'язків, що особливо важливо в межах інституційного дискурсу.

Проте буквальна стратегія ніколи не є самоціллю. Як слушно зазначав Джон Кетфорд, дослівність є допустимою лише тоді, коли вона не руйнує функціональної еквівалентності. У медицині це означає, що перекладач має зберігати форму тією мірою, наскільки вона забезпечує збереження змісту. У багатьох випадках буквальність стає інтелектуальним викликом, оскільки передбачає розуміння внутрішньої логіки медичних формулювань, що нерідко створюються під впливом латинської та грецької терміносистеми.

Поряд із буквальною стратегією ключову роль відіграє стратегія термінологічної стандартизації, про важливість якої наголошували як класичні перекладознавці, так і сучасні дослідники медичної комунікації. Зокрема, Оскар Майєр-Плессет підкреслював, що термінологічна точність є центральною умовою адекватності технічного перекладу, а будь-яка варіативність у використанні термінів є ризиком для наукової коректності. У медичній царині ця вимога підсилюється тим, що терміни часто мають юридичний статус, входять до міжнародних класифікацій і функціонують у межах уніфікованих систем.

Дослідники Ксав'є Мональт і Марк Девіс у своїй праці про медичний переклад зазначають, що стандартизація термінів є фундаментальною умовою інтегрованості медичного тексту в глобальний професійний простір (Montalt & Davies). Це означає, що перекладач повинен орієнтуватися у міжнародних номенклатурах, зберігати сталість термінів у межах одного документа та уникати синонімічних коливань, які можуть ускладнити сприйняття тексту лікарем.

Однак переклад медичних текстів — це не лише передача спеціалізованої інформації; це також і відтворення комунікативної інтенції. Теун ван Дейк наголошував, що дискурс завжди є соціально дієвим, а значення формується у взаємодії мовних і прагматичних чинників (van Dijk). Це повною мірою стосується медичної комунікації, де тональність висловлювання, стиль, міра емпатії або професійної обережності можуть впливати на клінічні рішення. Тому стратегія комунікативно-функціонального перекладу, яку

докладно описували Гатім і Мейсон (Hatim & Mason), є невід’ємною частиною роботи з діалогами «лікар–пацієнт», консилиумними висновками та іншими текстами, що передбачають живий дискурсивний контакт. Перекладач має передавати не лише значення, але й комунікативний намір, соціальну роль мовця, ступінь формальності та емоційний компонент висловлювання.

Особливо важливо це у тих випадках, коли мова йде про недиференційовані міжособистісні контакти, де інтонаційна м’якість, обережність і такт є частиною професійної лікарської етики. Неправильно підібраний перекладацький еквівалент може змінити прагматичний ефект висловлювання, що в медицині може мати не лише психологічні, а й практичні наслідки.

Ще однією стратегією, про яку писала, зокрема, Мона Бейкер, є адаптаційно-інтерпретативний підхід, необхідний при перекладі текстів, орієнтованих на непрофесійну аудиторію. Популярно-медичні статті, інформаційні буклети, інструкції для пацієнтів нерідко потребують переформулювання, оскільки первинний зміст, розрахований на фахівців, має бути пояснений доступною мовою. У своїх дослідженнях Темнікова, яка вивчала лінгвістичні параметри перекладу клінічної інформації, наголошує, що адаптаційна стратегія повинна забезпечувати когнітивну зрозумілість без втрати наукової точності (Temnikova).

Така інтерпретативна робота перекладача є своєрідною «когнітивною медіацією», яка дозволяє перенести професійні знання у площину масової комунікації. У цьому разі перекладач діє як інтерпретатор, який одночасно зберігає зміст і робить його доступним для читача, що не має спеціальної підготовки. Зайва буквальність у таких текстах є небажаною, бо може перешкоджати сприйняттю, тоді як надмірна спрощеність здатна призвести до зміщення смислу.

Усі перелічені стратегії — буквальна, стандартизаційна, комунікативно-функціональна й адаптаційно-інтерпретативна — не існують у відриві одна від

одної. Як зазначали Гатім і Мейсон, переклад є комплексною діяльністю, що вимагає вибору найбільш адекватного способу дії залежно від умов комунікації. У медицині ця багаторівневість особливо відчутна, оскільки перекладач постійно балансує між вимогою абсолютної точності, потребою збереження професійної логіки тексту, прагматичними чинниками та інколи — необхідністю робити зміст доступним для широкої аудиторії.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що переклад медичних текстів становить собою складну форму інтелектуальної діяльності, у якій точність поєднується з прагматичною чутливістю, стандартизованість — із когнітивною глибиною, а буквальність — із дискурсивною адаптивністю. У центрі цієї діяльності знаходиться перекладач, який водночас володіє мовною компетенцією, знанням медичної терміносистеми, умінням аналізувати професійний дискурс і здатністю враховувати соціальні та етичні параметри медичної комунікації. Саме ця синтезаційна складність і визначає переклад медичних текстів як одну з найбільш вимогливих і водночас найбільш значущих сфер сучасного перекладознавства.

ВИСНОВКИ ДО I РОЗДІЛУ

Проведений аналіз теоретичних основ інтрапрофесійного медичного дискурсу дозволяє констатувати його надзвичайну складність та багаторівневу природу як об'єкта лінгвістичного та міждисциплінарного дослідження. У контексті сучасної лінгвістичної науки професійний дискурс не розглядається виключно як сукупність спеціалізованих мовних одиниць або термінології, а як цілісна система комунікативних практик, яка інтегрує когнітивні, соціальні, прагматичні та етичні аспекти професійної діяльності. Дискурс виступає не лише як механізм передачі знань і фахової інформації, а й як інструмент формування професійної ідентичності, підтримки корпоративної культури та забезпечення внутрішньої когерентності професійної спільноти.

Особлива увага в розділі була приділена інтрапрофесійному дискурсу, який відзначається високим рівнем стандартизації комунікативних актів, термінологічною щільністю та економією мовних засобів. Така специфіка дозволяє забезпечити максимально ефективну взаємодію фахівців, обмін критичною інформацією та координацію дій у межах професійної спільноти. На відміну від екстрапрофесійного дискурсу, інтрапрофесійний дискурс передбачає спільне знання базових термінів та концептів, що створює умови для високошвидкісної та точнішої комунікації, мінімізуючи ризик інформаційних непорозумінь.

Розгляд дискурсу як динамічного явища дозволяє виділити його подвійний характер: він є одночасно процесом і результатом мовленнєвої діяльності, інтегруючи текстуальні, вербальні та позамовні компоненти. Дискурс, на відміну від ізольованого тексту, передбачає двосторонню взаємодію, миттєву оцінку комунікативної ефективності та можливість коригування поведінки комунікантів у реальному часі. Ця динаміка особливо важлива у медичній сфері, де успішність комунікації прямо впливає на якість діагностичних рішень, ефективність лікувальних процесів та формування довіри між лікарем і пацієнтом.

Аналіз наукових підходів, представлених у зарубіжній та вітчизняній літературі, демонструє міждисциплінарний характер дослідження дискурсу, який охоплює соціальні, когнітивні, прагматичні та формально-мовні аспекти. Так, формально-структурний підхід дозволяє ідентифікувати внутрішню організацію дискурсу, його текстові та синтаксичні особливості, тоді як функціонально-комунікативний підхід спрямований на аналіз взаємодії учасників та визначення цілей комунікації у професійному середовищі. Сучасні дослідження вказують на те, що інтрапрофесійний дискурс є не лише мовним, а й когнітивним феноменом, оскільки він передбачає активне використання спеціалізованих знань, моделей мислення та алгоритмів професійної діяльності.

Особливо важливим аспектом є роль комунікативної компетентності як ключового чинника успішного функціонування інтрапрофесійного дискурсу. Професійна комунікативна компетентність включає володіння спеціалізованою лексикою та термінологією, уміння будувати структурно та прагматично адекватні висловлювання, а також здатність до стратегічного регулювання комунікативних актів у різних професійних контекстах. Здійснений аналіз підкреслює, що інтрапрофесійний дискурс не лише забезпечує ефективну передачу знань, а й сприяє формуванню морально-етичних стандартів, розвитку емпатії та соціальної відповідальності фахівця, що є критично важливим у медичній практиці.

Висвітлено також інтегративну природу медичного дискурсу, який поєднує вербальні, невербальні та текстуальні компоненти, а також специфічні жанри комунікації: клінічне консультування, обмін діагностичною інформацією, підготовку та презентацію наукових звітів. Така складна організація дискурсу дозволяє забезпечити високий рівень точності, узгодженості та професійної надійності інформації, що циркулює в межах професійної спільноти.

Таким чином, перший розділ роботи дає підстави стверджувати, що інтрапрофесійний медичний дискурс є багатовимірним, динамічним та інтегративним феноменом, який виконує низку ключових функцій: комунікативну, когнітивну, соціально-культурну та регулятивну. Він забезпечує

підтримку професійних стандартів, координацію спільних дій, формування професійної ідентичності та мовної компетентності медичного працівника. Дослідження теоретичних аспектів дискурсу підтверджує необхідність комплексного, міждисциплінарного підходу до його аналізу та викладання, що включає як мовні, так і когнітивні, соціальні та етичні компоненти професійної діяльності. Такий підхід є ключовим для формування висококваліфікованого фахівця, здатного до ефективної комунікації та прийняття обґрунтованих професійних рішень у реальних умовах медичної практики.

II РОЗДІЛ

2.1 ФУНКЦІОНУВАННЯ ТЕРМІНА В МЕДИЧНОМУ ДИСКУРСІ ТА ПЕРЕКЛАД

Основні аспекти функціонування термінів у професійному дискурсі передбачають системність, нормативність і стандартизацію, оскільки медичні терміни є частиною номенклатури, що забезпечує їх однозначне розуміння серед фахівців, та базуються на міжнародних класифікаціях: наприклад, Міжнародна класифікація хвороб (МКХ). Разом із тим, системність і стандартизацію визначено як основні характеристики дискурсивної діяльності. Сукупність вказаних характеристик можна розглядати як яскравий вияв взаємодії дискурсу і терміносистеми.

Функціонування терміна в медичному дискурсі пов'язане з його специфічними особливостями, комунікативною роллю та впливом на сприйняття фахової інформації. Це зумовлено наявністю таких функцій, які притаманні терміну:

- ✓ номінативна: забезпечує чіткість у назвах понять і патологічних станів (*анемія, інфаркт міокарда, гастрит, менінгіт*);
- ✓ когнітивна: сприяє систематизації знань, відображаючи зв'язки між явищами та процесами (У кардіології *ішемічна хвороба серця (ІХС)* об'єднує кілька патологій, пов'язаних із недостатнім *кровопостачанням серцевого м'яза*.);
- ✓ комунікативна: дозволяє ефективно й швидко передавати фахову інформацію (Лікар: *Пацієнт у стані декомпенсованого цукрового діабету з кетоацидозом*.);
- ✓ діагностична: сприяє чіткому формулюванню не лише загального діагнозу пацієнта, а й стадії перебігу хвороби: (*гіпертонічна криза, цукровий діабет другого типу; хронічна обструктивна хвороба легень (ХОЗЛ) II стадії*);
- ✓ прогностична: сприяє у вираженню прогнозу захворювання (*доброякісна пухлина, злоякісне новоутворення*).

Проаналізувати особливості функціонування термінів в дискурсивному середовищі та їхню роль в організації дискурсивної діяльності відповідно до вищеназваних функцій слід із опертям на тексти діалогів «лікар – пацієнт».

Діалог 1

Вияви **номінативної** функції (називає конкретне поняття):

Лікар: Доброго дня! Що вас турбує?

Пацієнт: Доброго дня, лікарю! Останні кілька тижнів відчуваю постійну втому, головний біль і періодичне запаморочення.

Лікар: Чи є у вас інші симптоми, наприклад, нудота, порушення зору чи біль у грудях?

Пацієнт: Ні, але іноді з'являється задишка, особливо після фізичних навантажень.

Лікар: Коли Ви піднімаєтеся сходами, у Вас буває задуха?

Пацієнт: Мені важко підніматися. Я просто задихаюся.

Лікар: Тобто Ви змушені зробити перепочинок, потім можете знову підніматися, так?

Лікар: Зрозуміло. Давайте виміряємо ваш артеріальний тиск... (вимірює) Ваш тиск 150/95 мм рт. ст., що свідчить про артеріальну гіпертензію.

Пацієнт: Це серйозно?

Лікар: Це означає, що у вас підвищений кров'яний тиск, і якщо його не контролювати, може розвинутися гіпертонічна хвороба, що підвищує ризик інсульту або інфаркту міокарда.

Пацієнт: Що мені робити?

Лікар: Спочатку зробимо біохімічний аналіз крові, щоб перевірити рівень холестерину та глюкози, а також електрокардіограму для оцінки серцевої діяльності.

Пацієнт: Добре. А чи потрібен якийсь режим чи зміни в харчуванні?

Лікар: Так, важливо зменшити вживання солі, насичених жирів і алкоголю, а також збільшити фізичну активність. За необхідності призначимо антигіпертензивні препарати, наприклад, інгібітори АПФ або бета-блокатори.

Пацієнт: Я зрозумів. Дякую, лікарю!

У цьому діалозі терміни, такі як *артеріальна гіпертензія, гіпертонічна хвороба, інсульт, інфаркт міокарда, біохімічний аналіз крові, електрокардіограма, холестерин, глюкоза, антигіпертензивні препарати, інгібітори АПФ, бета-блокатори*, виконують номінативну функцію, тобто називають певні медичні явища, стани чи процедури, що є важливими для професійного спілкування в медичному дискурсі. Номінація ознак, процесу і стану, здійснювана за допомогою вживання лікарем термінів, сприяє з'ясуванню та уточненню симптоматики захворювання. Для цього лікар застосовує **констатаційно-з'ясувальну стратегію** та зумовлені нею тактики (рис.1), щоб дізнатися інформацію, необхідну для формування клінічної картини стану пацієнта [16, 84-90].



Рис. 1. Стратегії і тактики лікаря на етапі системного опитування

Діалог 2

Вияви **когнітивної** функції (передає знання):

Пацієнт: Доброго дня, лікарю! Мене звати Віктор, і я отримав травму після автомобільної аварії. Відчуваю сильний біль у правій нозі, особливо в ділянці стегна.

Лікар: Доброго дня, пане Вікторе. Давайте детально розглянемо Вашу ситуацію. Розкажіть, будь ласка, як саме сталася аварія та які симптоми у вас спостерігаються, крім болю?

Пацієнт: Я зіткнувся з іншою машиною під час аварії. Спочатку відчув удар і раптову втрату рівноваги, а зараз біль локалізується в ділянці правого стегна, а також з'явився набряк та боляче рухатися.

Лікар: Зрозуміло. Схоже на травму з елементами прямого удару, що може призвести до різних пошкоджень. Нам необхідно провести детальний клінічний огляд. Чи відчуваєте ви оніміння або поколювання в нозі?

Пацієнт: Так, іноді буває поколювання, особливо коли намагаюся рухати ногою.

Лікар: Це може свідчити про нервову компресію або подразнення. Спершу я пропоную провести рентгенографію, щоб виключити можливість перелому або тріщини кістки. Також, зважаючи на симптоми, можливо, знадобиться комп'ютерна томографія (КТ) для детальнішої візуалізації уражених структур.

Пацієнт: Розумію, лікарю. А що може бути причиною такого стану? Чи є ризик, що кістка зламалася?

Лікар: На основі вашого опису існує підозра на можливий перелом шийки стегнової кістки або навіть дислокацію суглоба. Перелом означає розрив цілісності кісткової тканини, а дислокація – зміщення суглобових поверхонь відносно одна одної.

Пацієнт: Це звучить дуже серйозно. Чи буде потрібно хірургічне втручання?

Лікар: Залежно від результатів обстежень, якщо ми виявимо нестабільний перелом або складну дислокацію, може знадобитися оперативне втручання для стабілізації кісткової структури. Після цього - «імобілізація» – процес фіксації кінцівки для забезпечення правильного загоєння.

Пацієнт: А які методи лікування застосовуються при таких травмах?

Лікар: Стандартно лікування включає консервативну терапію або хірургічну корекцію залежно від типу пошкодження. При консервативному лікуванні використовують методи репозиції кістки, накладення гіпсової або спеціальної

ортопедичної шини, що допомагає стабілізувати перелом, тобто для утримання кісткових уламків у правильному положенні.

Пацієнт: Добре, лікарю. Які ще обстеження ви плануєте провести, щоб уточнити діагноз?

Лікар: Крім рентгенографії та КТ, я також пропоную зробити магнітно-резонансну томографію (МРТ). МРТ допоможе оцінити стан м'яких тканин – зв'язок, сухожиль, м'язів та нервів, що особливо важливо, якщо існує підозра на супутню травму, як-от розтягнення або розрив зв'язок. Також можемо провести ультразвукове дослідження для оцінки кровопостачання і виявлення можливих гематом.

Пацієнт: Чи вплине таке комплексне обстеження на швидкість початку лікування?

Лікар: Ні, навпаки, завдяки детальній діагностиці ми зможемо оперативно визначити оптимальний план лікування.

Пацієнт: Які ризики та ускладнення можуть виникнути, якщо травма буде не лікуватися належним чином?

Лікар: Якщо не надати адекватну медичну допомогу, може виникнути ряд ускладнень: ненормальне загоєння кістки (т.зв. «переломне псевдоартроз»), хронічний біль, обмеження рухливості суглоба, а в разі ушкодження судин чи нервів – порушення кровопостачання або неврологічні дефіцити.

Пацієнт: Це дуже важливо знати. Чи можна запобігти цим ускладненням?

Лікар: Так, своєчасна діагностика та правильне лікування є ключовими факторами профілактики ускладнень.

Пацієнт: Ясно, дякую. А коли можна очікувати результати обстежень, і як скоро розпочнеться лікування?

Лікар: Результати рентгенографії та КТ ми отримаємо вже протягом наступних кількох годин. Після їх аналізу ми зможемо визначити точну природу пошкодження і прийняти рішення щодо консервативного чи оперативного лікування. Якщо все буде стабільно, консервативна терапія може

бути розпочата одразу після обстеження, а в разі необхідності оперативне втручання планується якнайшвидше.

У діалозі **когнітивна** функція термінів виражається через створення структурованої, зрозумілої та систематизованої картини патологічного процесу, що є необхідною умовою для якісного прийняття рішень та ефективного лікування. Класифікація патологій:

Терміни *перелом*, *дислокація*, *репозиція* дозволяють лікарю чітко розмежувати типи пошкоджень. Це сприяє формуванню уявлень про механізм травми та подальші дії.

- Структурування лікувального процесу:

Використання понять *імобілізація*, *консервативна терапія*, *оперативне втручання*, *реабілітація* допомагає організувати план лікування в логічну послідовність, що зрозуміла як для лікаря, так і для пацієнта.

- Покращення сприйняття інформації:

Коли лікар пояснює значення термінів, таких як *антикоагулянти*, *тромбоз*, *емболія*, пацієнт отримує змогу краще зрозуміти можливі ускладнення, що сприяє активній участі в процесі лікування. При цьому лікар застосовує **з'ясувально-констатаційну стратегію**, зокрема, зумовлену нею **тактику зворотного зв'язку** з пацієнтом, яка сприяє налагодженню контакту між ними, а також з'ясування обставин перебігу захворювання

- Формування спільного розуміння:

Терміни *рентгенографія*, *КТ*, *МРТ* не лише позначають методи обстеження, а й створюють єдину когнітивну базу, що полегшує комунікацію між лікарем та пацієнтом, а також між різними спеціалістами.

Діалог 3

Вияви **комунікативної** функції (ефективне передавання інформації)

Лікар:

Добрий день, шановний! Що Вас турбує?

Пацієнт:

Добрий день, лікарю. Останні кілька днів мене турбує сильний біль у животі,

особливо після їжі. Крім того, відчуваю нудоту та загальну слабкість. Останнім часом відчуваю печію після їжі та відчуття важкості в животі. Інколи біль буває різким.

Лікар:

Зрозуміло. Чи могли б ви уточнити, де саме локалізується біль? Чи відчуваєте ви його більше у правій чи лівій частині?

Пацієнт:

Біль, здається, більше зосереджений у правій нижній частині живота.

Лікар:

Добре. А чи виникали у вас раніше подібні симптоми? Можливо, були якісь зміни в апетиті?

Пацієнт:

Ні, подібного не було, але за останній тиждень помітив, що апетит знизився.

Лікар:

Дякую за інформацію. За вашими скаргами можна запідозрити *гастроезофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ)* або *функціональну диспепсію*. Для уточнення діагнозу я рекомендую провести *ендоскопічне* обстеження – *гастроскопію*, а також обов'язкове лабораторне дослідження крові на наявність *Helicobacter pylori*, призначу Вам також деякі лабораторні аналізи крові та сечі для уточнення діагнозу. Вжитимете поки що протизапальний засіб для тимчасового полегшення болю.

Пацієнт:

Добре, лікарю. А на що мені слід звернути увагу перед обстеженнями?

Лікар:

Важливо, щоб Ви заздалегідь не вживали їжу перед *гастроскопією*. Також якщо виникнуть додаткові симптоми, як-от висока температура чи різке посилення болю, негайно зверніться до лікарні.

Пацієнт:

Добре.Зрозумів.

Лікар:

Прошу. Ми зробимо все можливе, щоб швидко встановити точний діагноз та розпочати лікування. Якщо у вас будуть ще запитання або з'являться нові симптоми, телефонуйте в клініку.

Пацієнт:

Дякую, лікарю. До побачення!

Лікар:

До побачення, бережіть себе!

У наведеному діалозі терміни та спеціалізована лексика виконують важливу комунікативну функцію. Використання термінів дозволяє лікарю чітко та однозначно передати інформацію про необхідні обстеження та призначене лікування. Таке застосування термінології забезпечує зрозумілість і точність у спілкуванні між фахівцем і пацієнтом. Коли лікар використовує професійні терміни, це сприяє формуванню довіри з боку пацієнта, оскільки враження компетентності та професіоналізму зміцнюється. Для пацієнта важливо бачити, що лікар володіє спеціальними знаннями, і це допомагає знизити рівень тривоги. Використання термінів у поєднанні з роз'ясненнями сприяє інтерактивності діалогу, формує партнерські відносини, де кожна сторона бере участь у прийнятті рішень щодо подальшого лікування. Такі діалоги також характерні для етапу опитування, коли лікар застосовує вже згадувану **з'ясувально-констатаційну стратегію**, яка забезпечує активізацію роботи, пов'язаної зі збором інформації про стан пацієнта. Завдяки застосуванню цієї стратегії лікар має змогу з'ясовувати необхідні для себе факти і на їхній підставі констатувати симптоми, типові для певного виду захворювання. Пропонуючи питання загального змісту, лікар застосовує **тактику фокусування уваги** пацієнта на певних симптомах, які є принциповими для встановлення діагнозу. Спеціалізована термінологія на цьому етапі комунікації не лише передає інформацію, а й виконує соціально-психологічну роль, забезпечуючи точність, довіру та ефективну комунікацію між лікарем і пацієнтом.

Діалог 4

Вияви **діагностичної** функції (відображає стан пацієнта):

Пацієнт:

Добрий день, лікарю. Як мої аналізи?

Лікар:

Добридень, Володимере! Заходьте. Сідайте. Так, ми отримали результати ваших обстежень, і зараз ми їх обговоримо. Подивимось, що ми тут маємо. Так. Ну що, дуже поганого такого ми тут нічого не бачимо, але **ішемічні зміни, гіпоксичні зміни в міокарді** є. І **ліве передсердя** працює із затримкою. І **аритмія** ось тут, бачимо, **мерехтлива аритмія**.

Пацієнт:

Ішемічні зміни? Чи це означає, що ситуація серйозна?

Лікар:

Це сигнал, що вашому серцю потрібна додаткова увага. Стабільна стенокардія, як правило, контролюється **медикаментозною терапією** та змінами способу життя. Наразі немає ознак гострої небезпеки, але якщо її не лікувати, ризик може зрости з часом.

Пацієнт: Ой, Іване Семеновичу, звідки ж воно в мене взялося, як сніг на голову...

Лікар: **Ми** будемо тепер контролювати цей процес, він лише в початковій стадії, тому особливої загрози для нас поки що немає...Тільки треба тримати себе в руках і допомагати мені в усьому.

Пацієнт:

Які кроки ми повинні зробити далі?

Лікар:

Перше – це оптимізація лікування. Ми збільшимо дозу деяких препаратів, які допомагають розширити **коронарні артерії** і знизити частоту нападів. Також я рекомендую внести корективи у спосіб життя та харчування.

Пацієнт:

Чи потрібно мені робити ще якісь додаткові обстеження?

Лікар:

На даний момент нам достатньо регулярно контролювати ваш стан за допомогою періодичних оглядів та **ЕКГ**. Якщо з'являться нові симптоми або якщо нападів стане більше, ми розглянемо можливість проведення **коронарної ангіографії** для детальнішої оцінки судинної системи серця.

Пацієнт:

Добре, лікарю. Я готовий дотримуватися ваших рекомендацій. На що мені варто звернути особливу увагу вдома?

Лікар:

Так, уважно стежте за появою болю в грудях, особливо якщо він з'являється навіть у стані спокою, або якщо відчуваєте задишку, пришвидшене серцебиття чи інші незвичні симптоми. У такому разі, будь ласка, негайно зверніться за медичною допомогою. Також рекомендую вести щоденник симптомів – це допоможе нам відслідковувати динаміку стану.

Пацієнт:

Зрозуміло, я буду уважний. Дякую за детальні пояснення і рекомендації.

Лікар:

Прошу. Нашою метою є зберегти ваше здоров'я і запобігти розвитку ускладнень. Якщо у вас виникнуть будь-які питання чи сумніви, не вагайтеся звертатися. Ми разом подбаємо про ваше серце.

Пацієнт:

Дякую, лікарю. Почуваю себе спокійніше після розмови.

Лікар:

Радий це чути. Побачимося на наступному прийомі, і пам'ятайте – регулярний контроль та правильний спосіб життя дуже важливі. Бережіть себе!

Такий коментар із застосуванням термінів сприяє розширенню соціально-психологічної ролі пацієнта, який виступає не лише носієм певних скарг та симптомів, а й залучається лікарем до здійснюваного ним аналізу наявних ознак захворювання. Зазвичай такий діалог відбувається на етапі об'єктивного обстеження, коли лікар констатує симптоми та ознаки захворювання для їх

подальшого аналізу і на підставі своїх знань ідентифікує це захворювання, тобто встановлює діагноз /гр. *diagnosis* – «розпізнання, визначення»/. Саме тому на цьому етапі комунікативної взаємодії з пацієнтом лікар використовує **стратегію діагностувальної ідентифікації**, яка загалом реалізується в тактиках співробітництва, обережного спонукання та констатаційно-пояснювальній (рис. 2).



Рис. 2. Стратегії і тактики лікаря на етапі об’єктивного обстеження

Наразі бачимо приклад застосування **констатаційно-пояснювальної** тактики, оскільки лікар детально пояснює результати обстежень, їх значення, план подальшого лікування та рекомендації для покращення стану серця.

Діалог 5

Прогностична функція (вказує на можливий розвиток хвороби):

Лікар №1:

Ми отримали результати останніх обстежень пацієнта з гострим коронарним синдромом. Як ви оцінюєте клінічну динаміку та прогностичні показники у цього випадку?

Лікар №2:

З огляду на результати **ехокардіографії**, **ЕФ** становить близько 35 %, що свідчить про знижений **систолічний** функціональний резерв. Проте, завдяки своєчасному **перкутанному коронарному втручанню (ПКВ)** та початковій

медикаментозній терапії, прогноз є позитивним. Ми можемо розраховувати на поступове покращення кардіодинаміки протягом наступних 4–6 тижнів.

Лікар№1

Чудово. Враховуючи це, які ключові критерії Ви б визначили для оцінки ефективності лікування протягом цього прогнозованого періоду?

Лікар№2

Основними критеріями є підвищення фракції викиду (ЕФ) на 5–10 %, зниження рівня **мозкового натрійуретичного пептиду (BNP)** та стабілізація серцевого ритму. Також важливо враховувати клінічні ознаки, зокрема зменшення *задишки* та нормалізацію **артеріального тиску**.

Лікар-№1:

Зрозуміло. Якщо протягом запланованого терміну (4–6 тижнів) ми не побачимо очікуваної позитивної динаміки, які кроки варто буде вжити?

Лікар№2:

У такому випадку необхідно буде провести детальну ревізію терапевтичного протоколу. Це може включати корекцію дозування **інгібіторів АПФ**, додавання **бета-блокаторів** або навіть розгляд можливості повторного *інтервенційного втручання*. Також доцільно повторно оцінити рівень біомаркерів для уточнення патофізіологічного процесу.

Лікар№1:

Добре. Будь ласка, забезпечте щотижневий моніторинг клінічних та лабораторних показників, і своєчасно повідомляйте про будь-які відхилення від норми. Наш прогноз лікування тісно пов'язаний із дотриманням встановленого терміну для оцінки динаміки.

Лікар№2:

Зрозуміло. Наразі ведеться регулярний аналіз даних, і я надам оновлення щодо змін клінічного стану пацієнта. Також враховуватимемо індивідуальні особливості реакції на лікування.

Лікар№1:

Дякую. Такий підхід дозволяє нам оперативно коригувати терапію та

забезпечувати високий рівень медичної допомоги. Продовжуємо роботу в цьому напрямку.

Провідною в недискретному дискурсі лікарів є **діагностувально-рекомендаційна стратегія** (рис.5), яка передбачає питально-уточнювальну та прогнозувальну тактики.



Рис. 3. Стратегії і тактики лікарів у ситуації спільного обстеження

Лікарі обговорюють прогноз лікування пацієнта, використовуючи специфічні медичні терміни (ехокардіографія, ЕФ, BNP, ПКВ, інгібітори АПФ, тощо). Вони окреслюють часові рамки для очікуваного покращення клінічних показників, встановлюють критерії оцінки ефективності лікування та обговорюють план дій у випадку відсутності бажаної динаміки. Цей підхід забезпечує системний моніторинг стану пацієнта та своєчасну корекцію терапії, що є ключовим для оптимізації лікувального процесу. Прогнози лікарів часто супроводжуються детальними поясненнями необхідності виконання запропонованих дій та їх доцільності й перспективності.

2.2. Стратегії та моделі перекладу інтрапрофесійних комунікативних актів

Функціонування медичної термінології в процесі перекладу інтрапрофесійних комунікативних актів є складним багаторівневим явищем, яке об'єднує лінгвістичні, когнітивні та комунікативні аспекти професійної діяльності. Перекладач, що працює з діалогами «лікар – пацієнт», повинен забезпечити не лише точну трансмісію спеціалізованих термінів, які гарантують однозначність клінічної інформації, але й зберегти функціональну зрозумілість та когнітивну доступність для реципієнта. Діалоги цього типу демонструють, як різні функції медичних термінів – номінативна, когнітивна, комунікативна, діагностична та прогностична – формують різні перекладацькі виклики, що потребують специфічних стратегій, поєднуючи точність, адекватність та інтерактивність комунікації.

Перший діалог

Doctor: Good morning! What brings you in today?

Patient: Good morning, doctor! Over the past few weeks, I have been experiencing constant fatigue, headaches, and occasional dizziness.

Doctor: Do you have any other symptoms, such as nausea, visual disturbances, or chest pain?

Patient: No, but sometimes I experience shortness of breath, especially after physical exertion.

Doctor: When you climb stairs, do you get out of breath?

Patient: It's difficult for me to go upstairs. I simply get winded.

Doctor: So you have to pause for a rest and then continue climbing, correct?

Doctor: I see. Let's measure your blood pressure... (measures) Your blood pressure is 150/95 mmHg, which indicates arterial hypertension.

Patient: Is that serious?

Doctor: This means your blood pressure is elevated, and if left uncontrolled, it could lead to hypertension, increasing the risk of stroke or myocardial infarction.

Patient: What should I do?

Doctor: First, we will perform a blood biochemical analysis to check your cholesterol and glucose levels, and also an electrocardiogram to assess your heart function.

Patient: Okay. Should I also follow a specific diet or lifestyle changes?

Doctor: Yes, it is important to reduce your intake of salt, saturated fats, and alcohol, and to increase physical activity. If necessary, we will prescribe antihypertensive medications, such as ACE inhibitors or beta-blockers.

Patient: I understand. Thank you, doctor!

Перший діалог, присвячений виявленню номінативної функції термінів, демонструє, як лікар, використовуючи поняття артеріальної гіпертензії, гіпертонічної хвороби, інфаркту міокарда, інсульту та специфічних діагностичних процедур, забезпечує чітке позначення патологічних станів і клінічних процедур. Ці терміни виконують критично важливу функцію уточнення симптоматики та організації клінічної картини пацієнта. У процесі перекладу такі терміни вимагають особливої уваги щодо їх точності та стилістичної відповідності. Наприклад, переклад терміну «артеріальна гіпертензія» як «high blood pressure» може бути зрозумілий для ширшого кола реципієнтів, але для професійної аудиторії належним є використання усталеного медичного терміну «arterial hypertension», що гарантує однозначність і запобігає клінічним непорозумінням. Перекладацька стратегія цього діалогу передбачає калькування з додатковими поясненнями для пацієнта, що дозволяє зберегти номінативну функцію термінів і одночасно забезпечити когнітивне розуміння симптомів та методів діагностики. Проблема перекладу виникає також у відтворенні складових назв препаратів, таких як «інгібітори АПФ» чи «бета-блокатори», оскільки просте транслатування терміну без пояснення механізму дії може призвести до неповного розуміння терапевтичних рекомендацій.

Другий діалог

Patient: Good morning, doctor! My name is Viktor, and I sustained an injury in a car accident. I am experiencing severe pain in my right leg, particularly in the thigh area.

Doctor: Good morning, Mr. Viktor. Let's review your situation in detail. Could you describe exactly how the accident occurred and which symptoms you are experiencing besides the pain?

Patient: I collided with another vehicle during the accident. At first, I felt a sudden impact and loss of balance. Now the pain is localized in my right thigh, and I also have swelling and difficulty moving the leg.

Doctor: I see. This appears to be a direct trauma injury, which could result in various types of damage. We need to conduct a thorough clinical examination. Do you feel any numbness or tingling in your leg?

Patient: Yes, sometimes I feel tingling, especially when I try to move my leg.

Doctor: That could indicate nerve compression or irritation. Initially, I recommend an X-ray to rule out a possible fracture or bone crack. Considering your symptoms, a computed tomography (CT) scan may also be necessary for a more detailed visualization of the affected structures.

Patient: I understand, doctor. What could be causing this condition? Is there a risk that the bone is broken?

Doctor: Based on your description, there is a suspicion of a possible femoral neck fracture or even a joint dislocation. A fracture means a disruption of the bone's integrity, while a dislocation refers to a misalignment of the joint surfaces relative to each other.

Patient: That sounds very serious. Will surgical intervention be required?

Doctor: Depending on the examination results, if we detect an unstable fracture or complex dislocation, surgical intervention may be necessary to stabilize the bone structure. Following surgery, immobilization will be applied, which is the process of securing the limb to ensure proper healing.

Patient: What treatment methods are used for such injuries?

Doctor: Standard treatment involves either conservative therapy or surgical correction, depending on the type of injury. In conservative management, bone repositioning and the application of a cast or specialized orthopedic brace are used to stabilize the fracture and maintain proper alignment of bone fragments.

Patient: I see, doctor. What other examinations do you plan to conduct to clarify the diagnosis?

Doctor: In addition to X-ray and CT, I recommend magnetic resonance imaging (MRI). MRI helps assess the condition of soft tissues, including ligaments, tendons, muscles, and nerves, which is particularly important if there is a suspicion of associated injuries, such as sprains or ligament tears. We may also perform an ultrasound to evaluate blood flow and detect potential hematomas.

Patient: Will such comprehensive diagnostics delay the start of treatment?

Doctor: No, on the contrary, a detailed diagnostic work-up allows us to promptly determine the optimal treatment plan.

Patient: What risks and complications could arise if the injury is not properly treated?

Doctor: Without adequate medical care, a range of complications may occur, including abnormal bone healing (so-called pseudoarthrosis), chronic pain, restricted joint mobility, and, in case of vascular or nerve damage, impaired blood flow or neurological deficits.

Patient: It is very important to know that. Can these complications be prevented?

Doctor: Yes, timely diagnosis and appropriate treatment are key factors in preventing complications.

Patient: I understand, thank you. When can I expect the test results, and how soon will treatment begin?

Doctor: We will have the X-ray and CT results within the next few hours. After analyzing them, we can determine the precise nature of the injury and decide whether conservative therapy or surgical intervention is required. If everything is

stable, conservative treatment can start immediately after the examination, and, if surgery is necessary, it will be scheduled as soon as possible.

Другий діалог ілюструє когнітивну функцію термінів, яка забезпечує систематизацію знань про патологічні процеси та формує структуроване уявлення про механізм травми, необхідне для вибору лікувальної тактики. Термінологія діалогу, що включає поняття перелому, дислокації, репозиції, іммобілізації, консервативної терапії та оперативного втручання, створює логічну послідовність дій для діагностики та лікування пацієнта. Основна перекладацька проблема полягає у точному відтворенні класифікації травм і методів лікування, при цьому зберігаючи зрозумілість для реципієнта, який не є фахівцем. Наприклад, терміни «іммобілізація» та «репозиція» потребують пояснення під час перекладу, щоб уникнути двозначності. Стратегія перекладу включає пояснювальну адаптацію та когнітивну локалізацію, що дозволяє зберегти послідовність клінічних дій і водночас забезпечує інтерактивність діалогу. Недооцінка когнітивного аспекту термінів може призвести до неправильного сприйняття лікувальних рекомендацій, що в клінічних умовах неприпустимо.

ТРЕТІЙ ДІАЛОГ

Doctor: Good afternoon! What brings you in today?

Patient: Good afternoon, doctor. Over the past few days, I have been experiencing severe abdominal pain, particularly after meals. Additionally, I feel nausea and general weakness. Recently, I have also noticed heartburn after eating and a feeling of heaviness in my abdomen. Sometimes the pain is sharp.

Doctor: I understand. Could you specify exactly where the pain is located? Do you feel it more on the right or the left side?

Patient: The pain seems to be concentrated more in the lower right part of my abdomen.

Doctor: Very well. Have you experienced similar symptoms before? Have there been any changes in your appetite?

Patient: No, nothing like this before, but over the past week I have noticed a decrease in appetite.

Doctor: Thank you for the information. Based on your complaints, gastroesophageal reflux disease (GERD) or functional dyspepsia could be suspected. To clarify the diagnosis, I recommend performing an endoscopic examination – gastroscopy – as well as mandatory laboratory blood tests to check for *Helicobacter pylori*. I will also order certain additional blood and urine tests to further specify the diagnosis. In the meantime, you may use an anti-inflammatory medication for temporary pain relief.

Patient: Understood, doctor. Is there anything I should pay attention to before the examinations?

Doctor: It is important that you do not eat beforehand for the gastroscopy. Also, if additional symptoms arise, such as a high fever or a sudden worsening of pain, seek medical attention immediately.

Patient: Okay, understood.

Doctor: You're welcome. We will do everything possible to establish an accurate diagnosis quickly and begin treatment. If you have any further questions or notice new symptoms, please contact the clinic.

Patient: Thank you, doctor. Goodbye!

Doctor: Goodbye, take care of yourself!

У третьому діалозі проявляється комунікативна функція термінів, яка забезпечує точну передачу інформації та підтримує діалогічну взаємодію між лікарем і пацієнтом. Використання термінів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, функціональної диспепсії, гастроскопії та *Helicobacter pylori* дозволяє лікарю передати план обстежень і лікування так, щоб пацієнт отримав повне уявлення про стан свого здоров'я. Перекладацька складність полягає у необхідності передати не лише професійну точність термінів, а й динаміку комунікації, психологічний комфорт і тон партнерства. Для цього перекладач застосовує стратегію пояснення термінів у поєднанні з адекватним стилістичним відтворенням, що дозволяє зберегти інтерактивність і довіру.

Ігнорування цих аспектів може знизити ефективність комунікації, викликати непорозуміння та тривогу у пацієнта, що негативно вплине на лікувальний процес.

Четвертий діалог

Patient: Good afternoon, doctor. How are my test results?

Doctor: Good afternoon, Volodymyr! Please, come in and have a seat. Yes, we have received the results of your examinations, and now we will review them together. Let's see what we have here. Well, there is nothing extremely alarming, but there are ischemic changes and hypoxic alterations in the myocardium. The left atrium is working with some delay, and we can also observe atrial fibrillation here – specifically, paroxysmal atrial fibrillation.

Patient: Ischemic changes? Does that mean the situation is serious?

Doctor: This indicates that your heart requires additional attention. Stable angina is generally managed with medication and lifestyle modifications. At the moment, there are no signs of acute danger, but if left untreated, the risk could increase over time.

Patient: Oh, Ivan Semenovych, how did this happen to me, like a bolt from the blue...

Doctor: We will now monitor this process carefully. It is still in its early stage, so there is no immediate threat. You just need to take care of yourself and follow my instructions closely.

Patient: What steps should we take next?

Doctor: The first priority is to optimize your treatment. We will increase the dose of certain medications that help dilate the coronary arteries and reduce the frequency of episodes. I also recommend making adjustments to your lifestyle and diet.

Patient: Do I need any additional examinations?

Doctor: At this time, it is sufficient to regularly monitor your condition through periodic check-ups and ECGs. If new symptoms appear, or if the episodes increase,

we will consider performing a coronary angiography for a more detailed assessment of your cardiac vessels.

Patient: Understood, doctor. I am ready to follow your recommendations. What should I pay particular attention to at home?

Doctor: Carefully monitor for chest pain, especially if it occurs even at rest, or if you experience shortness of breath, rapid heartbeat, or other unusual symptoms. In such cases, please seek medical attention immediately. I also recommend keeping a symptom diary, which will help us track your condition over time.

Patient: I understand. I will be careful. Thank you for the detailed explanations and recommendations.

Doctor: You're welcome. Our goal is to preserve your health and prevent complications. If any questions or concerns arise, do not hesitate to contact us. We will take care of your heart together.

Patient: Thank you, doctor. I feel more at ease after our conversation.

Doctor: I'm glad to hear that. We will see each other at the next appointment, and remember – regular monitoring and a healthy lifestyle are very important. Take care!

Четвертий діалог демонструє діагностичну функцію термінів, коли лікар констатує наявність ішемічних змін, гіпоксії міокарда, аритмії та затримки роботи передсердя, визначаючи подальшу тактику лікування. Перекладацькі виклики полягають у необхідності зберегти клінічну точність термінів arrhythmia, ischemic changes, stable angina, одночасно підтримуючи зрозумілість і соціально-психологічний ефект комунікації. У цьому випадку перекладач використовує стратегію комбінованого перекладу, поєднуючи калькування з пояснювальною адаптацією для пацієнта, що дозволяє підтримати довіру та сприйняття компетентності лікаря.

П'ятий діалог

Doctor 1: We have received the results of the patient's most recent examinations for acute coronary syndrome. How do you assess the clinical dynamics and prognostic indicators in this case?

Doctor 2: Considering the echocardiography results, the ejection fraction (EF) is approximately 35%, indicating a reduced systolic functional reserve. However, thanks to timely percutaneous coronary intervention (PCI) and initial pharmacological therapy, the prognosis is positive. We can expect gradual improvement in cardiac dynamics over the next four to six weeks.

Doctor 1: Excellent. Given this, what key criteria would you define for evaluating the effectiveness of treatment during this projected period?

Doctor 2: The primary criteria include an increase in ejection fraction (EF) by 5–10%, a reduction in brain natriuretic peptide (BNP) levels, and stabilization of the heart rhythm. It is also important to monitor clinical signs, including reduced dyspnea and normalization of blood pressure.

Doctor 1: Understood. If we do not observe the expected positive dynamics within the planned period of four to six weeks, what steps should we take?

Doctor 2: In that case, it will be necessary to conduct a detailed review of the therapeutic protocol. This may involve adjusting the dosage of ACE inhibitors, adding beta-blockers, or even considering repeat interventional procedures. It is also advisable to reassess biomarker levels to clarify the underlying pathophysiological process.

Doctor 1: Very well. Please ensure weekly monitoring of clinical and laboratory parameters, and promptly report any deviations from the norm. Our treatment prognosis is closely tied to adherence to the scheduled period for evaluating patient progress.

Doctor 2: Understood. Regular data analysis is currently ongoing, and I will provide updates regarding changes in the patient's clinical condition. We will also take into account individual responses to the treatment.

Doctor 1: Thank you. This approach allows us to adjust therapy promptly and maintain a high standard of medical care. Let's continue our work in this direction.

П'ятий діалог характеризує прогностичну функцію термінів, коли лікарі оцінюють можливий розвиток патологічного процесу на основі результатів ехокардіографії, фракції викиду, рівня BNP та ефективності перкутанного

коронарного втручання. Переклад таких діалогів вимагає збереження точності термінології, логічної структури прогнозу та часової координації клінічних дій. Стратегія перекладу включає калькування спеціалізованих термінів, пояснення аббревіатур та адаптацію дискурсу до логіки професійної комунікації, що забезпечує системність моніторингу стану пацієнта та оперативну взаємодію між фахівцями. Недооцінка прогностичного аспекту термінів може призвести до неправильного розуміння очікуваної динаміки лікування та невчасного коригування терапії.

ВИСНОВКИ ДО II РОЗДІЛУ

Аналіз особливостей функціонування медичних термінів у професійному дискурсі засвідчує, що термінологічна система медицини постає не лише лексичним інструментом, а й одним із ключових механізмів організації комунікації, структуризації знань та формування когнітивної моделі професійної взаємодії. Виявлено, що термін у медичному дискурсі виконує багатофункційну роль, і саме це забезпечує ефективність та наукову точність медичної практики.

Передусім, системність, стандартизованість та нормативність медичної термінології є фундаментальними чинниками її ефективного функціонування. Термінологія підпорядковується вимогам міжнародних класифікацій, зокрема МКХ, що забезпечує уніфікованість використовуваних понять, усуває неоднозначність і формує спільний професійний простір для обміну інформацією між медичними фахівцями. Це дозволяє говорити про тісний взаємозв'язок між терміносистемою та дискурсивною діяльністю, де кожний термін виконує не лише номінативну, а й когнітивну, комунікативну, діагностичну та прогностичну функції.

У межах номінативної функції терміни позначають конкретні патологічні стани, процедури та клінічні показники. Вони виступають первинним інструментом встановлення медичного факту. У діалогах типу «лікар – пацієнт» називання хвороб чи методів обстеження активізує констатаційно-з'ясувальну стратегію спілкування та забезпечує формування початкової клінічної картини.

Когнітивна функція термінів проявляється у створенні цілісної системи медичних знань, що передаються в процесі діагностики та консультування. Саме через структуровану терміносистему лікар пояснює механізми патологій, диференціює типи ушкоджень, окреслює послідовність лікувальних заходів. Така структуризація робить інформацію прозорішою для пацієнта й формує підґрунтя для прийняття обґрунтованих рішень.

Важливим є й те, що комунікативна функція термінів забезпечує однозначність професійних повідомлень та підсилює ефективність взаємодії між лікарем і пацієнтом. Термінологія в медичному дискурсі не ізолює фахівця від пацієнта, а навпаки — сприяє вибудовуванню довірливої взаємодії, оскільки виступає маркером компетентності й водночас є основою професійної експлікації знань. У поєднанні з пояснювальними тактиками терміни виконують соціально-психологічну функцію: зменшують тривожність пацієнта та дозволяють йому усвідомлювати власний стан.

Особливо значущими в медичному дискурсі є діагностична та прогностична функції термінів. Перша забезпечує точне формулювання діагнозу, виявлення стадії розвитку захворювання, інтерпретацію об'єктивних та лабораторних даних. У цьому разі термінологія виступає засобом переходу від емпіричних фактів до науково обґрунтованого висновку. Прогностична ж функція формує уявлення про можливу динаміку патологічного процесу, визначає критерії оцінки ефективності лікування та стратегії корекції терапії. Саме завдяки термінологічній точності лікар може будувати прогноз, аргументувати необхідність тих чи інших лікувальних втручань і визначати траєкторію одужання.

Загалом аналіз діалогів показує, що термінологія є не просто засобом номінації, а нормативно-комунікативною основою медичного дискурсу, яка забезпечує: структурованість і логічність клінічного мислення; точність формулювання діагнозів і рекомендацій; формування спільного когнітивного простору між учасниками комунікації; соціальну підтримку пацієнта через підвищення прозорості та зрозумілості медичної інформації; ефективність міжпрофесійної взаємодії та мультидисциплінарного обговорення клінічних випадків.

Таким чином, медичний термін у професійному дискурсі постає як багатовимірна одиниця, що поєднує лінгвістичний, когнітивний, соціальний і прагматичний аспекти. Його правильне та послідовне використання формує якісну медичну комунікацію, забезпечує точність діагностики, ефективність

лікування та взаєморозуміння між усіма суб'єктами медичного процесу. Саме тому вивчення термінів у контексті дискурсивної практики є надзвичайно важливим не лише для мовознавців, а й для медичних фахівців, адже воно дозволяє глибше усвідомити механізми професійної взаємодії та її вплив на результативність клінічної діяльності.

Аналіз інтрапрофесійних комунікативних актів у медичному дискурсі засвідчив багатовимірний характер функціонування медичної термінології, що інтегрує лінгвістичні, когнітивні та комунікативні аспекти професійної діяльності. Переклад таких діалогів є не лише процесом трансформації лексичних одиниць з однієї мови на іншу, а й складним когнітивним та соціально-комунікативним завданням, яке передбачає одночасне відтворення клінічної точності, когнітивної структурованості та інтерактивності комунікації між лікарем і пацієнтом або між професіоналами.

Перший діалог, присвячений номінативній функції медичних термінів, демонструє, як спеціалізована лексика – артеріальна гіпертензія, інфаркт міокарда, стенокардія, ЕКГ – забезпечує точне позначення патологічних станів, дозволяє структурувати клінічну інформацію та формує основу для діагностичного процесу. Переклад таких термінів потребує високої професійної компетенції: з одного боку, необхідна точність і відповідність усталеним медичним термінам, з іншого – зрозумілість для пацієнта або іншого реципієнта. Наприклад, термін «артеріальна гіпертензія» може бути переданий як «high blood pressure» для загальної аудиторії, однак для фахівців необхідне використання «arterial hypertension», що гарантує однозначність клінічного сенсу. Стратегія перекладу включає поєднання калькування з поясненням для реципієнта, що зберігає номінативну функцію та когнітивну доступність інформації.

Другий діалог ілюструє когнітивну функцію термінів, коли лексичні одиниці – перелом, дислокація, репозиція, іммобілізація, консервативна терапія, оперативне втручання – формують структуроване уявлення про

механізм травми та логіку терапевтичних дій. Перекладацькі виклики пов'язані з відтворенням класифікаційних та процедурних аспектів лікування, що потребує пояснювальної адаптації без втрати точності. Використання стратегій когнітивної локалізації та інтерактивної адаптації дозволяє не лише передати медичну інформацію, а й забезпечити її сприйняття непрофесіоналом, запобігаючи непорозумінням, які можуть мати клінічні наслідки.

У третьому діалозі проявляється комунікативна функція медичних термінів, що забезпечує точність та динаміку взаємодії між лікарем і пацієнтом. Термінологія – гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, функціональна диспепсія, гастроскопія, *Helicobacter pylori* – виконує функцію не лише позначення патологічного стану, а й підтримує партнерський стиль комунікації, психологічний комфорт пацієнта та мотивацію до виконання медичних рекомендацій. Перекладацька стратегія передбачає поєднання калькування, стилістичної адаптації та пояснення термінів, що зберігає інтерактивність дискурсу, довіру пацієнта та ефективність діагностично-терапевтичного процесу.

Четвертий діалог ілюструє діагностичну функцію медичної термінології, коли лікар констатує ішемічні зміни, гіпоксію міокарда, аритмію, затримку роботи передсердя та визначає подальшу тактику лікування. Переклад таких актів вимагає високого рівня точності та одночасної соціально-психологічної адаптації: необхідно передати клінічну значимість термінів (*arrhythmia*, *ischemic changes*, *stable angina*) без втрати довіри пацієнта та безпосередньої зрозумілості для непрофесіонала. У цій площині ефективною є стратегія комбінованого перекладу, що поєднує калькування з пояснювальною адаптацією, забезпечуючи одночасно компетентне сприйняття інформації та емоційний комфорт реципієнта.

П'ятий діалог демонструє прогностичну функцію медичної термінології, коли лікарі оцінюють ймовірний розвиток патологічного процесу на підставі даних ехокардіографії, фракції викиду, рівня BNP та результатів перкутанного коронарного втручання. Переклад таких комунікативних актів потребує

збереження точності термінології, логічної послідовності прогнозу та часової координації клінічних дій. Оптимальна стратегія перекладу передбачає калькування термінів, пояснення абревіатур, адекватну стилістичну адаптацію та структурування дискурсу відповідно до логіки професійної взаємодії, що забезпечує системність моніторингу стану пацієнта, своєчасність терапевтичних рішень та ефективну міжфахову комунікацію.

Загальний висновок полягає у тому, що переклад інтрапрофесійних медичних комунікативних актів є надзвичайно складним процесом, що вимагає високого рівня лінгвістичної, когнітивної та комунікативної компетентності. Для забезпечення клінічної точності, когнітивної структурованості та інтерактивності комунікації перекладач має застосовувати диференційовані стратегії, що включають калькування, пояснювальну адаптацію, когнітивну локалізацію та підтримку партнерського стилю взаємодії. Ігнорування будь-якого з цих аспектів може призвести до клінічних непорозумінь, неправильного сприйняття терапевтичних рекомендацій, зниження ефективності лікування та порушення довіри у професійному медичному дискурсі.

Таким чином, дослідження підтвердило необхідність системного та інтегрованого підходу до перекладу інтрапрофесійних актів у медицині, де стратегія перекладу визначається не лише функцією термінів, а й комунікативними цілями, когнітивними потребами реципієнта та клінічною значущістю інформації.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У першому розділі було окреслено теоретичні засади сучасного дискурсивного аналізу в контексті медичної комунікації. Узагальнення теоретичних підходів дозволило встановити, що дискурс у медичній сфері функціонує як комплексна комунікативна форма, що інтегрує мовні, соціальні, прагматичні та семіотичні параметри. Мовлення медичних фахівців виявляє системну залежність від професійно зумовленого контексту, специфічних комунікативних ролей та соціальної структури медичної взаємодії.

Аналіз наукових концепцій, репрезентованих у працях М. Фуко, Т. ван Дейка, О. Кучерявої, Н. Литвиненко та інших дослідників, показав, що сучасні уявлення про дискурс охоплюють його розуміння як процесу, продукту і середовища професійної комунікації одночасно. Медичний дискурс є формою соціальної практики, у межах якої відбувається вироблення знань, їх інтерпретація та передавання. Виявлено, що його структурно-комунікативні особливості зумовлені специфікою ролей учасників (лікар – пацієнт – медичний персонал), асиметричним розподілом знань і відповідальності, а також високим ступенем термінологізації мовлення.

У межах лінгвістичного аналізу було доведено, що медичний дискурс вирізняється високим ступенем інформативності, чіткою регламентацією комунікативних ходів, імперативністю та нормативністю висловлювань. Особливе місце посідають стратегії професійної поведінки лікаря: констатаційно-з'ясувальна, діагностично-інтерпретаційна, рекомендаційна та прогностична. Їх реалізація визначає логіку дискурсивного розвитку та забезпечує ефективність комунікації у сфері, де точність має вирішальне значення.

Таким чином, перший розділ заклав теоретичний фундамент дослідження, продемонструвавши, що медичний дискурс — це системне й багаторівневе явище, у якому мова функціонує як інструмент професійного мислення, клінічної діяльності та соціальної взаємодії.

Другий розділ був присвячений вивченню функціонування медичних термінів у професійному дискурсі та особливостям їх перекладу в інтрапрофесійних комунікативних актах. На основі аналізу діалогів між лікарем і пацієнтом, а також комунікації між медичними працівниками, було встановлено, що терміни виконують не лише номінативну функцію, а й виступають ключовими інструментами когнітивної, комунікативної, діагностичної та прогностичної діяльності.

Номінативна функція забезпечує точність називання патологічних станів, процедур і клінічних показників, формуючи основу для коректної діагностики та терапії. Когнітивна функція термінів сприяє структуруванню професійних знань, узгодженню медичних концептів та формуванню у пацієнта чіткої картини патологічного процесу. Комунікативна функція забезпечує ефективність інформаційного обміну, підтримує логічність взаємодії та сприяє створенню партнерської моделі комунікації. Діагностична та прогностична функції дозволяють фіксувати клінічний стан та прогнозувати можливий розвиток патології, забезпечуючи цілісність клінічного судження.

Дослідження перекладацьких стратегій показало, що адекватний переклад медичних термінів потребує балансу між точністю та доступністю. У межах інтрапрофесійного дискурсу переважають стратегії калькування, прямих відповідників і збереження терміносистеми. Натомість у взаємодії з пацієнтом важливою є пояснювальна адаптація, що знижує комунікативні бар'єри й мінімізує ризик непорозумінь.

Аналіз діалогів продемонстрував, що перекладач медичних текстів та усної комунікації повинен володіти не лише мовною, а й когнітивно-професійною компетенцією: розумінням клінічної логіки, послідовності діагностичних дій, обґрунтованості прогнозу. Точність перекладу безпосередньо корелює з безпекою пацієнта та ефективністю клінічного рішення.

Таким чином, другий розділ підтвердив, що медична термінологія є системоутворювальним ядром професійного дискурсу, а її переклад становить складний лінгвістичний і когнітивний процес, який вимагає спеціальної підготовки та дотримання високих стандартів професійної комунікації.

На основі проведеного дослідження можна дійти висновку, що медичний дискурс функціонує як складна багаторівнева комунікативна система, у межах якої термінологія виконує не лише номінативну, а й концептуально формувальну роль. Медичні терміни виступають основою професійного знання, спрямовують логіку діагностичних і прогностичних суджень, забезпечують точність клінічної взаємодії й формують когнітивний простір, спільний для медичних фахівців.

Встановлено, що стратегії медичного спілкування — констатаційно-з'ясувальна, діагностувальна, інтерпретаційна, рекомендаційна, прогностична — є невід'ємною частиною професійної комунікативної культури лікаря і безпосередньо залежать від характеру та функцій термінів. Саме термінологічна точність дозволяє підтримувати прозорість, структурованість та логічність медичного дискурсу.

Переклад медичних діалогів та текстів визначено як окремий напрям перекладознавства, що потребує комплексного володіння спеціалізованими знаннями. Адекватність перекладу впливає на якість клінічної взаємодії, правильність діагностики та ефективність лікування. Результати роботи підтверджують, що переклад медичних термінів і комунікативних актів повинен спиратися на принципи точності, функціональної еквівалентності та професійної адаптованості.

Таким чином, дослідження доводить, що терміносистема — це не лише номінативний інструмент медицини, а важливий компонент когнітивної й комунікативної діяльності, що організовує медичний дискурс, об'єднує учасників комунікації в єдиний професійний простір і забезпечує ефективність діагностичних, терапевтичних та прогностичних рішень.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бацевич Ф. С. Дискурсивна прагматика: проблемне поле, дослідницька одиниця / Ф. Бацевич // Людина. Комп'ютер. Комунікація. Збірник наукових праць. – Львів: Нац. ун-т «Львівська політехніка», 2008. – 342 с.
2. Бершадська Н. С. Експериментальна модель формування англомовної усної дискурсивної компетенції у студентів мовних спеціальностей / Н. С. Бершадська // Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету ім. К. Д. Ушинського. – 2011. – № 3–4. – С. 211–216.
3. Використання електронних соціальних мереж у процесі підготовки майбутніх лікарів до професійної діяльності та фахової комунікації / Л. В. Манюк // Інформаційні технології і засоби навчання. – 2016. – Т. 53, вип. 3. – С. 88–97. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ITZN_2016_53_3_10
4. Ганич Д., Олійник І. Словник лінгвістичних термінів. – Київ: Медицина, 1985. – 360 с.
5. Дискурс професійної і творчої комунікації: лінгвокультурний, когнітивний, перекладацький та методичний аспекти : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., 18–19 трав. 2023 р. / Нац. техн. ун-т України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського». – Київ, 2023.
6. Єрченко О. В. Структурно-композиційні та лінгвокогнітивні принципи наукової медичної статті та анотації... : дис. ... канд. філол. наук. – Київ, 2002. – 250 с.
7. Карабан В. І. Переклад англійської наукової і технічної літератури. – Вінниця: Нова книга, 2004.
8. Караман С. О., Караман О. В., Плющ М. Я. та ін. Сучасна українська літературна мова. – Київ: Літера, 2011. – 560 с. URL: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/11333/1/%D0%A1%D0%A3%D0%9B%D0%9C_%D0%9A%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%B0%D0%BD.pdf

9. Квіт С. Масові комунікації. – Київ: Видавничий дім «Києво-Могилянська академія», 2018.
10. Козуб Л. С., Довгань О. Л. Англомовний новинний дискурс у сучасному медіапросторі // Науковий вісник НУБіП України. Серія: Філологічні науки. – 2018. – № 281. – С. 271–277.
11. Коломієць Л. В. Перекладознавчі семінари... – Київ: КНУ ім. Т. Шевченка, 2011.
12. Комунікативний дискурс: наукова рецепція і стратегії дослідження : зб. матеріалів Всеукраїнської наук.-практ. конф. – Київ: Міленіум, 2016. – 280 с.
13. Король Т. Г. Система контролю сформованості перекладацької компетентності... : дис. – Київ: КНЛУ, 2025. – 620 с.
14. Кравченко-Дзондзя О. Е. Комунікативна складова педагогічного дискурсу... // Педагогічні науки. – 2022. – № 3 (LXXIV). – С. 54–58.
15. Кучерява О. А. Формування дискурсивної компетенції студентів філологічних факультетів... : дис. – Одеса: Південноукр. пед. ун-т, 2007. – 219 с.
16. Литвиненко Н. П. Сучасний український медичний дискурс. – Київ, 2010.
17. Литвиненко Н. П. Теоретичні засади лінгвістичних понять: дискурс, мовлення, текст // Науковий вісник ХДУ. Серія «Лінгвістика». – 2011.
18. Манюк Л. В. Підготовка майбутніх лікарів до фахової комунікації: базові поняття / Л. Манюк, Н. Кучумова // Неперервна професійна освіта: теорія і практика. – 2018. – Вип. 1-2. – С. 52-59. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/NPO_2018_1-2_9
19. Матеріали IV міжнародної наукової конференції «Когнітивно-прагматичні дослідження професійних дискурсів». – Харків: ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2014. – 120 с.
20. Місник Н. В. Формування української медичної клінічної термінології. – Київ, 2002.
21. Мовні одиниці в українському науково-педагогічному дискурсі : колективна монографія / за ред. С. М. Глазової. – Мелітополь: Видавничий будинок ММД, 2022. – 188 с.

22. Науменко Л. П. Лінгвальна природа та категорійний статус професійного концепту // *Studia Philologica*. – 2018.
23. Полюк І. С., Бондар Л. В. Методична типологія // *Вісник НТУУ «КПІ»*. Філософія. Психологія. Педагогіка. – 2008. – № 3(24). – С. 200–204. URL: <https://ela.kpi.ua/handle/123456789/8899>
24. Професійна лінгводидактика в контексті особистісної парадигми : монографія / за ред. А. В. Вихруща, К. Л. Стефанишин. – Тернопіль: ТНМУ, 2022. – 282 с.
25. Приймак Д. М. Принципи укладання двомовних термінологічних словників... : дис. – Київ: КНЛУ, 2025. – 370 с.
26. Селіванова О. О. Сучасна лінгвістика: напрями та проблеми : підручник. – Полтава: Довкілля-К, 2008. – 711 с.
27. Текст і дискурс: когнітивно-комунікативні перспективи : збірник матеріалів конференції. – Кам'янець-Подільський: К-ПНУ, 2018. – 128 с.
28. Теоретичні та прикладні засади вивчення дискурсу : кол. монографія. – Житомир: Житомирська політехніка, 2020. – 181 с.
29. Українсько-англійський ілюстрований медичний словник Дорланда у 2 т. – Львів: Наутілус, 2007. – 2272 с.
30. Українсько-латинсько-англійський медичний енциклопедичний словник : у 4 т. – Київ: Медицина, 2012–2016.
31. Фіцула М. М. Педагогіка вищої школи : навч. посіб. – Київ: Академвидав, 2010. – 456 с.
32. Austin, J. L. *How to Do Things with Words*. Oxford: Clarendon Press, 1962. – 167 p.
33. Bilous, N. V., & Shoha, L. V. (2018). Лінгвостилістичні особливості перекладу текстів медіадискурсу. *Міжнародний філологічний часопис*, 276, 165–172.
34. Bybee, J. *Language, Usage and Cognition*. Cambridge / New York: Cambridge University Press, 2010.
35. Connor, U. *Contrastive Rhetoric: Cross-Cultural Aspects of Second-Language Writing*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. – 224 p.

36. Council of Europe. Common European Framework of Reference for Languages: Learning, Teaching, Assessment. Edited by J. Trim, D. Coste, and B. North. Cambridge: Cambridge University Press, 2001. – 273 p.
37. Deborah Schiffrin. Discourse Markers. Cambridge: Cambridge University Press, 1987. – 364 p.
38. Dorni, A. The Ecolinguistic Paradigm... // The International Journal of Language, Society and Culture. No 24. 2008. – P. 21–30.
39. Derrida, J. De la grammatologie. Paris: Les Éditions de Minuit, 1967. – 445 p.
40. Foucault, M. L'ordre du discours. Paris: Gallimard, 1971.
41. Harris, Z. Discourse Analysis. Language, 1952, 28, 1–30.
42. Hymes, D. Dell Hymes in Discourse Analysis. – URL: <https://discourseanalyzer.com/dell-hymes-in-discourse-analysis/>
43. Linell, P. Discourse Across Boundaries... Text & Talk, 1998, 18, 143–158.
44. Saffy, E. (2018). Introduction to Aristotelian Rhetoric. Saffy Collection.
45. Sarda, L., & Lena, L. (Eds.). Existential Constructions Across Languages: Forms, Meanings, and Functions. John Benjamins, 2023.
46. Stubbs, M. Discourse Analysis. Oxford: Basil Blackwell, 1983. – 256 p.
47. Valdeón, R. A. (2014). From adaptation to appropriation... Linguaculture, 1, 51–62.
48. Van Dijk, T. A. Discourse and Power. London: Palgrave Macmillan, 2008.
49. Wang, B., & Munday, J. (2020). Advances in Discourse Analysis of Translation and Interpreting. Routledge.
50. Wang, Y. (2018). A Study on the Strategies and Principles of General News Transediting. International Journal of Liberal Arts and Social Science, 6(5).
51. Wodak, R. The Discourse of Politics in Action. London: Palgrave, 2009.
52. World Federation for Medical Education. Edinburgh Declaration. Lancet, 1988, Vol. 8068, p. 464.