



Мова медицини – це специфічна мова. Велика частина медичної термінології представлена епонімічними термінами. Власні імена як терміни в галузі медицини використовуються тільки спеціалістами в певній сфері медицини як терміни, зрозумілі в основному тільки їм. Їх вживання потребує певного рівня наукової освіти. Пояснити їх походження неможливо, тому що вони не відображають будь-якої основної, суттєвої характеристики терміну. Вони не інформують тих, хто їх вживає про зміст та основне значення терміну. Немає спеціального підрозділу лінгвістики, що вивчає медичну мову. Велика частина медичної термінології представлена епонімами і епонімічні терміни в медицині вивчені набагато більше ніж в інших мовних підрозділах.

Частіше всього вони вживаються для позначення хвороб на честь лікаря, який вперше описав стан хворої людини або хворобі надане ім'я людини, яка страждала від цієї хвороби. Якщо епонім вживається для позначення хвороби, то найчастіше він вживається для описання симптому, синдрому, фактору, тесту, аномалії, яким надається ім'я на честь лікаря-винахідника.

Найчастіше епоніми виникають не в результаті наукового узагальнення, дослідження чи між особистого спілкування, а як результат практичної діяльності медиків. Як результат роботи гастроентерологів виникли такі епонімічні терміни для назв дієт (Balint's diet, Giovanetti's diet, Meulengracht's diet); в результаті хірургічної практики з'явилися назви хірургічних інструментів (Miculicz clamp, Kocher's clamp, Luer's forceps, Pean's forceps, Hartmann's forceps, Halstead's forceps). Як результат практичної діяльності в галузі урології з'явилися епонімічні терміни – назви проб, тестів (Zimnitsky's test, Howard's test, Volhard's test). Таким чином медичні епоніми увіковічують внесок певних медиків-практиків в розвиток медичної науки і практики. Епоніми – це найвищий ступінь визнання лікаря в науці.

Епонімічні терміни виникають під час опису складних, неоднозначних явищ в тих галузях медицини, в яких практична діяльність часто передуює науковим дослідженням та класифікації.

В медичній термінології часто відбувається процес перетворення власного імені в загальну назву, при якому власна назва втрачає ряд притаманних їй в мові властивостей, які стають несуттєвими, і починає вживатися в якості загальної назви. Якщо перехід оніма в апелятив відбувається без афіксації, тобто без використання словотворчих засобів, то такий перехід називається деонімізацією. В медицині прикладами такого переходу можуть слугувати наступні власні імена: *Panacea* – Панацея, *panacea* – панацея, універсальні ліки; *Asclepius* (Aesculapius) – бог медицини Асклепій, Ескулап, *esculap* – жартівлива назва лікаря; *Hygiene* – богиня здоров'я Гігієя, *hygiene* – гігієна тощо.

В галузі медицини при трансформації власних імен в загальні слова останні можуть означати явища (найчастіше для цього вживається суфікс -ism); називати галузь науки (такі загальні слова утворюються частіше всього за допомогою суфіксу -ology); утворювати означення (в таких випадках вживаються суфікси -ian, -al, -ic); давати характеристику людей; означати інструменти; бути частиною складного слова; означати професію (такі слова утворюються за допомогою суфікса -ist); утворювати дієслово; утворювати віддієслівний іменник за допомогою суфікса -ion.

В галузі фармакології процес переходу власних імен в загальні слова може відбуватися з назвами торгових марок.

Епоніми постійно привертють увагу лінгвістів для вивчення їх походження, значення, вживання в різних галузях науки. Хоча існує багато таких вчених, які пропонують вилучити епонімічні терміни з галузі медицини, епоніми широко вживаються для позначення нових явищ в медицині, особливо в країнах, які є ведучими в галузі медичних досліджень, що є доказом розвитку сучасної медицини.

Шутак Л. Б., Навчук Г. В.

МЕДИЧНИЙ ДИСКУРС ЯК ОСОБЛИВИЙ РІЗНОВИД ІНСТИТУЦІЙНОГО СПІЛКУВАННЯ

Кафедра суспільних наук та українознавства

Вищий державний навчальний заклад України

„Буковинський державний медичний університет”

У центрі уваги зарубіжних науковців перебувають переважно деонтологічні, етико-психологічні та соціальні проблеми спілкування в медичному середовищі, при цьому особливої уваги надається комунікативному аналізу професійного спілкування, моделям мовленнєвої поведінки, прийомам логічного переконання тощо. Нерідко лінгвісти виокремлюють американський та європейський способи спілкування лікаря з пацієнтом, при цьому зауважуючи, що в американській моделі професійного медичного спілкування перевага надається так званому „спільному підходу”, коли у процесі лікування, прийнятті рішень, пов'язаних з лікуванням, беруть участь і лікар, і пацієнт, до того ж роль пацієнта постійно зростає. Досліджуючи дискурс, учені поділяють його також на типи статусно-фіксованого та статусно-орієнтованого спілкування. У першому випадку в спілкуванні беруть участь комуніканти, які добре знають один одного, у другому – спілкування зводиться до діалогу представників тієї чи іншої соціальної групи. Таке спілкування називають інституційним, тобто таким, що відбувається між представниками різних інститутів у процесі реалізації своїх статусно-рольових можливостей у рамках суспільних інститутів, що склалися. Це дискурси професійного спілкування, при чому для кожного з них характерна своя частка співвідношення компонентів особистісного та статусного спілкування. Так, наприклад, для педагогічного чи медичного дискурсу притаманне особистісне спілкування, а для політичного чи наукового типів – статусно-орієнтоване.



Досліджуючи особливості структури інституційного дискурсу, виокремлюють такі головні компоненти: конститутивні ознаки дискурсу, ознаки інституційності, ознаки на зразок інституційного дискурсу, нейтральні ознаки. Йдеться насамперед про учасників спілкування, умови, організацію, способи й матеріал спілкування, тобто людей у їх функціонально-рольових, статусно-рольових та ситуативно-комунікативних амплуа, сферу спілкування та комунікативну сфери, мотиви, цілі, стратегії, канали, режим, тональність, стиль і жанри спілкування і, зрештою, знакове спілкування (тексти та/або невербальні знаки).

Інституційні характеристики дискурсу фіксують функціонально-рольові особливості учасників (агентів та клієнтів) різних інститутів, їхні типові хронотипи, символічні вчинки, трафаретні жанри, мовні кліше. Специфіка інституційного дискурсу полягає в особливостях його типу, тобто типу суспільного інституту, котрий у колективній свідомості узагальнений у вузловому концепті цього інституту (політичний – влада, педагогічний – навчання, релігійний – віра, юридичний – закон, медичний – здоров'я), пов'язується з визначеними функціями людей, ... суспільними ритуалами, стереотипами поведінки". Варто зазначити, що існують проміжні види інституційного дискурсу, які характеризуються особливостями двох чи кількох типів дискурсу, як-от медико-педагогічний, юридично-педагогічний, юридично-політичний, науково-діловий тощо.

Оскільки суспільні інституції часто змінюються, то і список видів інституційного дискурсу не є постійним. До нього належать як традиційні, канонічні типи (медичний, політичний, релігійний, педагогічний, науковий, діловий), так і такі, що зрідка трапляються, – спортивний, дискурс рибалок, мисливців тощо.

Одним із найдавніших видів інституційного дискурсу є медичний, що є частиною когнітивної лінгвістики і безпосередньо пов'язаний з соціологією, деонтологією, психологією, етикою тощо. Медичний дискурс відбувається у різноманітних мовленнєвих ситуаціях, насамперед у моделях спілкування фахівець – фахівець, фахівець – нефахівець. Це лекції, виступи на конференціях, нарадах, зборах, офіційне й неофіційне спілкування з колегами та молодшим медичним персоналом, спілкування з пацієнтами у ситуаціях лікар – пацієнт, лікар – родичі пацієнта, записи у медичних картках, оформлення історій хвороби, листків непрацездатності, медичних довідок тощо.

Аналізуючи сучасний український медичний дискурс, що тривалий час розвивався під впливом російської моделі професійного спілкування, розуміємо, що у спілкуванні лікаря з пацієнтом переважає авторитарний підхід, мовлення лікаря переважане складною для розуміння медичною термінологією, професійними жаргонізмами, процес спілкування не направлений на спільне розв'язання проблеми, що пов'язана з курсом лікування. У зв'язку з цим, виокремлюють два типи медичного дискурсу, як-от дискретний (суцільний) та недискретний (несуцільний).

Дискретний медичний дискурс – це такий вид інституційного дискурсу, що передбачає переривність у процесі вербального вираження, зумовлену специфікою обставин спілкування, насамперед у комунікативній ситуації лікар – пацієнт, що регламентується традиційними схемами діагностичного процесу.

Недискретний медичний дискурс – це діалоги лікарів на професійні теми, безпосередньо пов'язані зі щоденними проблемами лікувального процесу. Визначальними рисами недискретного дискурсу є однорідність, колегіальність, стереотипи комунікативної поведінки учасників, інтрапрофесійність.

Реалізація дискретного дискурсу зумовлена етапами комунікативної взаємодії лікаря й пацієнта, які акумулюють ключові моменти лікувального процесу.

Функціонування недискретного дискурсу залежить від комунікативних ситуацій, спричинених об'єктивними та суб'єктивними чинниками фахової взаємодії лікарів у межах медичної установи.

Borysiuk A.S.

THEORETICAL AND METHODOLOGICAL ANALYSIS OF THE PROBLEM OF PROFESSIONAL CRISIS DURING PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF PERSONALITY

*Department of Psychology and Philosophy
Higher State Educational Establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University»*

Numerous economic, political and social changes largely affect the professional sphere, leading to the development of large-scale social professional crises. It should be noted that crises of professional development are also associated with the age periodization. Scientists highlighted the main crisis to a certain age period: lack of implementation crisis, emptiness, hopelessness, gaining experience, research boundaries, sobering and liberation, emancipation from parents, maximum achievements, correcting life plans, mid-life crisis and more.

The difficulties of personality professionalization, career conflicts, contradictions of professional development are usually analyzed during the description of professional crises. Such issues are studied as the general characteristics of the subject of professional activity (professional orientation, professionally significant qualities, knowledge, abilities and skills, professional competence, etc.); developing integrated personality characteristics (interests, focus, emotional and behavioral flexibility, etc.); stages of age and mental development of a person as a subject of labor in terms of his dominating life or professional tasks; stages of professional development of the individual (optation, the professional training, professional adaptation, professional skills etc.); forms of professional development of the individual (individual, personal, and individual-personal) according to the forms of mental regulation; dynamics of professional functioning (adaptation, development, stagnation); stages of psychological adjustment of the individual (self-expression, self-expression, self-realization) due to adaptive behavior or personality development in the profession.

The scientists summarized the factors that trigger crises of professional development: 1. Gradual qualitative