

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені В. Н. КАРАЗІНА  
ФАКУЛЬТЕТ ІНОЗЕМНИХ МОВ  
Кафедра англійської філології та методики викладання іноземної мови

Рекомендовано до захисту  
Протокол засідання кафедри № \_\_\_\_\_  
від «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 р.  
Завідувач кафедри \_\_\_\_\_  
(прізвище та ініціали)

\_\_\_\_\_ (підпис)

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА  
ЕКОЛІНГВІСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АНГЛОМОВНОГО МЕДИЧНОГО  
ДИСКУРСУ

**Виконавець:**

студентка: II курсу магістратури, групи АМПЗ-62  
Торяник Дарина Валеріївна  
(прізвище, ім'я, по батькові)

**Керівник роботи:**

Шпак Олена Владиславівна, к.ф.н., доцент  
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

**Підсумкова оцінка:**

за національною шкалою:

кількість балів: \_\_\_\_\_

Підпис керівника



Кваліфікаційну магістерську роботу захищено на засіданні Екзаменаційної комісії

Протокол № \_\_\_\_\_ від «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 р.

Голова Екзаменаційної комісії

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (прізвище та ініціали)

Харків – 2024

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ</b>	<b>6</b>
1.1. Еколінгвістика як наука	6
1.2. Поняття дискурсу та його типи	9
1.2.1. Інституційний дискурс	14
1.2.2. Медичний дискурс	16
1.3. Невербальна складова дискурсу	20
1.4. Комунікативна категорія «контакт» в англомовному медичному дискурсі.	23
Висновки до розділу 1	28
<b>РОЗДІЛ 2. ЕКОЛІНГВІСТИЧНА СПЕЦИФІКА АНГЛОМОВНОГО МЕДИЧНОГО ДИСКУРСУ</b>	<b>30</b>
2.1. Поняття «етики» та «естетики» в англомовному медичному дискурсі	30
2.2. Інформативність та фатичність комунікативного контакту в англомовному медичному дискурсі	33
2.3. Унісонність та дисонансність в англомовному медичному дискурсі	42
2.4. Принципи екологічності в англомовному медичному дискурсі	51
<b>Висновки до Розділу 2 .....</b>	<b>54</b>
<b>ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ</b>	<b>57</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ</b>	<b>59</b>
<b>ДОДАТОК А</b>	<b>64</b>

## ВСТУП

Еколінгвістика як наука пов'язана з багатьма іншими галузями, оскільки вивчає розвиток мови, що уживає людина, живучи у суспільстві. Інститут медицини, у свою чергу, є однією з найстаріших і найважливіших суспільних систем. Тож разом із розвитком медицини з технологічної сторони — зокрема, у сфері медичних технік, апаратів та ліків — розвивається і важливий аспект статусно-орієнтованого дискурсу, а саме комунікація. Комунікативний контакт, як одиниця спілкування, відіграє ключову роль у стосунках між лікарем і пацієнтом. Він охоплює способи і засоби спілкування суб'єктів медичного дискурсу, адресанта та адресата, як вербальні, так і невербальні. Англomовна медична комунікація з функціонально-лінгвістичної точки зору вивчалася багатьма українськими науковцями, такими як Н. П. Литвиненко, В. Я. Юкало, О. С. Шаніна, О. О. Сікорська, Л. Б. Шутак, Л. В. Бондар та інших, і залишається сучасним об'єктом активного дослідження. Екологічність мовлення у медичній сфері, мета якої – збереження життя та благополуччя людини, розуміння специфіки взаємодії між лікарем та пацієнтом, потребує аналізу й визначає **актуальність** роботи.

При аналізі еколінгвістичного аспекту медичного дискурсу варто звернути увагу на важливість ввічливості та етичності спілкування лікаря із пацієнтом, як на фактори, що впливають на ефективність комунікації та відповідно на лікування пацієнта. Зокрема, інформативно-фатична складова діалогу «лікар-пацієнт» є базисом для розуміння специфіки взаємодії в медичній сфері англomовних країн, виокремлення факторів впливу та визначення домінуючих аспектів комунікації.

**Об'єктом** дослідження є комунікативна взаємодія суб'єктів англomовного медичного дискурсу – лікаря та пацієнта. **Предметом** дослідження є визначення екологічних способів засобів встановлення, підтримання та розмикання комунікації в англomовному медичному дискурсі.

**Мета** дослідження полягає у вивчення вербальних і невербальних елементів мовленнєвої взаємодії з функціонально-комунікативної точки зору та визначення екологічних принципів спілкування у медичному дискурсі. Для досягнення поставленої мети необхідно виконати наступні **завдання**:

1. розглянути еколінгвістику як сучасну науку;
2. прояснити поняття дискурсу та його типології;
3. охарактеризувати медичний дискурс як підтип інституційного дискурсу;
4. визначити поняття комунікативної категорії контакту та дослідити її маніфестацію в англomовному медичному дискурсі;
6. описати норми комунікації в англomовному медичному дискурсі, зокрема її етичні та естетичні аспекти, які впливають на взаємодію лікаря та пацієнта;
7. проаналізувати інформативну та фатичну складові комунікативного контакту в англomовному медичному дискурсі;
8. дослідити співвідношення унісонних та дисонансних типів комунікативного контакту;
9. визначити принципи екологічності спілкування як запоруки ефективності комунікації в англomовному медичному дискурсі.

**Матеріалом** дослідження слугували 113 діалогів з англomовних джерел скриптів та субтитрів до фільмів та серіалів, які транслювали взаємодію медика та пацієнта.

Для досягнення мети дослідження та розв'язання поставлених завдань були використані **методи**: *метод* теоретичного аналізу – для пояснення понять таких, як еколінгвістика, дискурс, інституційний дискурс, комунікативна категорія «контакт» та ін.; методи *індукції, дедукції, синтезу та аналізу* – для опрацювання теоретичного матеріалу, упорядкування теоретичних змістів, формування логіки викладу та формування висновків щодо еколінгвістичних аспектів у комунікації між медичним працівником та пацієнтом; метод *дискурс-аналізу* було використано для дослідження специфіки медичного

дискурсу та комунікації між його суб'єктами; метод *контекстуально-інтерпретаційного* аналізу використано для аналізу взаємодії між лікарем та пацієнтом в англomовному медичному дискурсі; *функціонально-комунікативний* метод допоміг вивчити функції висловлень у комунікації та визначити інформативну, фатичну складові комунікативного контакту, а також встановити співвідношення унісонності та дисонансності; *кількісний аналіз* та методи *порівняльного аналізу* використано для підрахунку та визначення висновків у графічному представленні.

**Наукова новизна** дослідження полягає у розгляді еколінгвістичних особливостей англomовного медичного дискурсу, з акцентом на аналізі інформативно-фатичної складової та співвідношення унісонності й дисонансності спілкування у медичному дискурсі.

**Практичне значення** отриманих результатів полягає у створенні бази для подальшого глибокого аналізу еколінгвістичної складової медичного дискурсу та можливості використання зібраного матеріалу в тематичних наукових дослідженнях. Окрім цього, результати можуть слугувати основою для створення рекомендацій щодо оптимальної комунікативної поведінки лікаря.

**Структура й обсяг роботи.** Робота складається із вступу, двох розділів із підрозділами та висновками, загальних висновків, списку використаної літератури (50 джерел, з яких 18 іноземною мовою), списку джерел ілюстративного матеріалу, а також додатку. Загальний обсяг магістерської роботи становить 70 сторінок, основний текст роботи викладено на 50 сторінках.

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 1.1. Еколінгвістика як наука

Разом із розвитком суспільства та процесів, які функціонують у ньому, зокрема явищ глобалізації, інтернаціоналізації, діджиталізації, розвиваються та адаптуються мови, лінгвістичні процеси та явища. Так, завдяки трансформаціям і увазі до соціальних аспектів у багатьох науках, наприкінці 20 сторіччя виникає поняття еколінгвістики, яке відображає взаємозалежність та зв'язок суспільства, людини, культури, мовного середовища. Тим самим постає питання впливу соціальних сфер та факторів на формування та використання мовних структур, і на те, як мова сама відображає суспільні процеси та зміни [14, с. 258].

«Еколінгвістика», ще названа «екологією мов», об'єднує два поняття: «лінгво-» (мова) та «екологія» — вони доповнюють один одного та розширюють класичне розуміння мовної науки [там само]. Поняття еколінгвістики стоїть на перетині екології та лінгвістики, походить від ідеї екологізму, яка потім активно адаптується до інших наук і прямо відображає, що індивід є лише однією зі складових великої системи, яка складається з багатьох компонентів, наприклад, навколишнього середовища, і не є центром вивчення. Проте саме взаємодія цих індивідів у лінгвістичному дискурсі — комунікації, є фактором безпосереднього впливу на зовнішні складові. У цьому випадку фонетична система виступає посередником комунікації між навколишнім середовищем та індивідами [45]. Культурні та інші елементи системи формують мовні конструкції, словниковий запас, а також впливають на використання жаргонізмів або ненормативної лексики. Лінгвістика, як наука, сконцентрована на мовах та їх функціонуванні, тоді як еколінгвістика охоплює, окрім мови та її структур, функціонування мовних одиниць та інших питань, якими займається лінгвістика, і додатково вивчає мову як контекст та форму комунікації [36, с. 4-5]. З філософської точки зору в еколінгвістиці розглядаються релігійні та етичні аспекти, а також розуміння взаємозалежності речей та ідей [35].

У сучасній еколінгвістиці виділяють два основні напрямки: екологію мови та екологічну лінгвістику. Хоча, звичайно, науковий напрямок розширюється і досліджується ще далі. У першому випадку ведеться про мовні процеси, здебільшого соціокультурного характеру, їхній зв'язок з індивідами та відповідно мовними аспектами. Першим у своїх роботах виділив та розвинув вивчення цього напрямку американський соціолінгвіст Ейнар Гауген, який вважається «батьком» еколінгвістики [35].

Виходячи з ідей Е. Сепіра, у 1912 році екологія використовується не у своєму прямому значенні, а як мовне середовище («фізичне та соціальне оточення») для опису проблематики мови в певних обставинах [45]. За теорією автора, саме навколишнє середовище (географія) впливає та формує мову, яка безпосередньо впливає на суспільство, зокрема на політичні, соціальні, етичні та інші питання [42]. Основними складовими еколінгвістичного дискурсу є різноманітність (*diversity*) та взаємодія (*interaction*). Поняття різноманітності є дуже важливим і розглядається в різних аспектах, зокрема щодо аналізу важливості зникнення мовної різноманітності, причин, проблематики, функцій тощо. Проводиться порівняння людини з мовою, їх внутрішніх процесів, фаз життя та впливу зовнішніх обставин. Так, мова, як і людина, може залежати від обставин, трансформуватися або навіть зникнути.

Виокремлюють три аспекти екології мови:

1) Інтралінгвальний: пов'язаний із культурою мови, стилістикою, риторикою. Тут йдеться про мову як засіб комунікації, використання різних засобів виразності і, тим самим, насичення та прикрашення мови. Також у комунікації важливо звернути увагу на конструкції діалогу, його перебіг, логічність.

2) Інтерлінгвальний: наявність різних мов та їх активне використання веде до різноманітності мов та лінгвістичного фонду. Проблеми запозичень та зникнення мов розглядаються саме у інтерлінгвальному аспекті.

3) Транслінгвальний: мова як транслятор культури. Особливості міжкультурної комунікації, зокрема мова у контексті однієї культури, показана іншою [10 с.122].

Стеффенсен і Філл визначили чотири підходи до екології мови [42]:

1. Символічна екологія (співіснування мов на певній території);
2. Природна екологія (мова пов'язана з екологічними системами);
3. Когнітивна екологія (утворення мови у результаті взаємодії організмів і середовища);
4. Соціокультурна екологія (мова, культура та суспільство).

Починаючи з двадцятого сторіччя, еколінгвістика стала привертати увагу зарубіжних науковців. Ідеї еколінгвістики започаткував американський лінгвіст норвезького походження Ейнар Гауген у роботі «Екологія мови», де він підкреслив взаємодію лінгвістики та інших наук. Він виявив важливість розуміння зв'язку мови та її використання з навколишнім середовищем ("*the study of the interactions between any given language and its environment*" [36 с. 3]. У центрі даного напрямку стоїть вплив соціальних обставин на мову. Хауген у своїх дослідженнях відсилався до Voegelin, проте створив власну теорію, у центрі якої знаходиться взаємодія мови та навколишнього середовища. Він визначає поняття «екології» як динамічне, у якому «взаємні стосунки, мовні меншини та мовне різноманіття» є дуже важливими, його роботи стали повштовхом для розвитку та подальшого вивчення еколінгвістики. Єдиного визначення та чіткого поля аналізу еколінгвістики не існує, оскільки терміни та підходи варіюються залежно від дослідника та напрямку наукового вивчення. Це пов'язано з тим, що еколінгвістика охоплює широкий спектр тем, від взаємозв'язку мови та екології до впливу соціокультурних факторів на мовну поведінку. Кожен дослідник акцентує увагу на різних аспектах, тому підходи можуть суттєво відрізнитися [35].

Вперше поєднання «екології» та «лінгвістики» з'являється у шістдесятих роках двадцятого сторіччя у статті про мову корінного населення Америки

науковців Charles F. Voegelin та Florence M. Voegelin, які звернули увагу не на мову як явище, а на область (*area*) її використання [там само]. Дослідженням еколінгвістики, її різноманітних аспектів та особливостей займалися також такі науковці, як Р. Харре, І. Брокмайєр та інші.

Однією з головних проблем еколінгвістики є постійний процес розширення її термінології та уточнення поняття як самостійної науки. Еколінгвістика охоплює різні теорії та дискурси, проте залишається співзалежною від інших наукових дисциплін через відсутність чітко визначених методик і термінології. Вивчення та застосування еколінгвістичних принципів є актуальним через зміни та трансформації в суспільстві та окремих дискурсах, що, у свою чергу, призводить до змін зокрема у лексиці та комунікації.

Дискурс у контексті еколінгвістики тісно пов'язаний з її впливами на мовні структури та їх використання. Арран Стіббе запропонував такий тип аналізу, який базується на якісному аналізі тексту та передбачає глибоке розуміння «дискурсивних особливостей і риторичних стратегій», таких як граматичні структури, займенники, метафори, прийменники тощо [42 с.237-238]. Цей підхід дозволяє краще зрозуміти складність взаємодії мовних засобів у різних соціальних і культурних контекстах та вплив цих взаємодій на екологію мови.

Отже, зі зміною вектора вивчення мови з'являється та розвивається еколінгвістика, яка вивчає мову та її використання у певних структурах, даючи, завдяки контексту, глибше розуміння лінгвістичних та комунікативних процесів у різних типах та ситуаціях дискурсу.

## **1.2. Поняття дискурсу та його типи**

Дискурс — це багатозначний термін, який не можна визначити однією універсальною дефініцією. Його значення охоплює когнітивні та екстралінгвістичні фактори, а також текст у контексті. Дискурс є міждисциплінарним поняттям, і його значення може варіюватися залежно від парадигми або науки, в межах якої дискурс стає об'єктом вивчення. Дискурс є

не лише лінгвістичним, а й семіотичним, соціологічним, філософським поняттям тощо. У лінгвістиці дискурс розглядається як складне комунікативне явище або мовний феномен, що відбувається у реальному житті, це «мова, що занурена у життя» [9].

Вивчення дискурсу як феномену почалося в двадцятому столітті у межах текстової лінгвістики [5, с. 50]. Поширення дослідження дискурсу стало можливим завдяки реінтерпретації предмету лінгвістики, коли пріоритетом аналізу стало функціонування мови. Термін "дискурс" був уперше використаний у середині ХХ століття американським лінгвістом З. Харрісом для опису мови рекламних текстів [там само]. Спочатку його вважали синонімом "тексту в певній соціокультурній ситуації", але згодом поняття "дискурс" було розмежовано і піддано більш складному аналізу. Еміль Бенвеніст уточнив поняття дискурсу, визначивши його як "мовлення". Дискурс пов'язаний із текстом, який є результатом мовної діяльності у певному соціальному контексті [10]. Тож дискурс стає активним предметом дослідження завдяки своїй багатоплановості. Він має як теоретичні, так і емпіричні проблеми; типологія та аналіз видів дискурсу є важливою проблематикою. Активне дослідження та розвиток класифікаційного апарату дискурсу свідчать про актуальний запит на збільшення теоретичного та практичного матеріалу, а також про необхідність уніфікації типології та класифікації дискурсу [5].

Д. Шифрін пропонує три визначення терміна дискурсу:

1. Формальне: "*Language above the sentence*" (мова поза межами речення) — акцент на змісті, який поєднує тексти та розширює їх за межі речення, ґрунтується на структурно-орієнтованій лінгвістиці;

2. Функціональне: "*the analysis of language in use*" — мова як засіб вираження мети в контексті, де функції мови пов'язані з функціями дискурсу;

3. Інтерактивне: дискурс як взаємодія форм та функцій [43].

Важливий внесок у вивчення та класифікацію дискурсу належить Т. ван Дейку, який визначає його як "взаємодію між мовою та дійсністю". Він виділяє такі загальні аспекти дискурсу [34]:

- у контексті взаємодії дискурс завжди враховує обставини та контекст, у якому він відбувається;
- дискурс може бути виражений як письмовою, так і усною формами, а також вербальними та невербальними засобами;
- у вузькому значенні, дискурс відноситься до результату комунікативної дії, будь то письмовий чи усний ;
- дискурс як форма комунікації, що передбачає словесну продукцію;
- дискурс як узагальнення - історичний, культурний (наприклад, через класифікацію за соціальними інститутами) [34].

Т. ван Дейк розширив розуміння тексту як сукупності слів у певному соціокультурному полі, наголошуючи на специфіці їх взаємодії та комунікації, пояснюючи це через поняття «комунікативний акт» [18, с. 116]. Поняття дискурсу охоплює кілька аспектів, таких як зміст символів, семантична єдність текстів, соціальний контекст і поведінка. Т. Ван Дейк зазначає, що мовлення може бути усним, письмовим або комбінованим, поєднуючи вербальні та невербальні засоби. [47, с. 122]. За визначенням Т. ван Дейка, дискурс — це взаємодія між мовою та реальністю, що відображає соціальні норми та обставини спілкування. [47]. У лінгвістиці дискурс розглядається як послідовність висловлювань, пов'язаних не лише текстом, а й ситуацією (контекстом), учасниками комунікації та метою інтеракції.

За Паркером: "Дискурс — це набір заяв, які конструюють об'єкт" [41]. Дискурс означає використання мови у контексті у процесі взаємодії із певною метою, тобто дискурс допомагає зрозуміти функціонування мови у різноманітних контекстах і як вона характеризується за допомогою вкладених у неї ідей, а не лише використаних слів. Термін "ідея" є ключовим для характеристики дискурсу. Дискурс впливає на функціонування та розвиток мови у суспільстві, є важливим для розуміння контексту та використання мови у соціальному середовищі.

Литвиненко Н.П. виділяє такі важливі елементи «дискурсу» [13]:

- когнітивні процеси, пов'язані з мовленнєвою поведінкою. Низка тверджень, пов'язаних спільною метою;
- мовна форма, яка передбачає взаємодію між адресатом і отримувачем;
- структури, які виникають під час мовленнєвої діяльності в конкретних соціальних, комунікативних і прагматичних контекстах [13].

Тексти, пов'язані з одним дискурсом, мають спільні суб'єкти, об'єкти та терміни, знаходяться в одному семантичному полі або просто пов'язані один з одним [17]. Залежно від методології одні лінгвісти ототожнюють текст із дискурсом, інші бачать у ньому його результат або його частину, а треті — інструмент. Проте зв'язок між текстом і звуком незаперечний. У сучасних працях «текст» все більше виділяється як «форма, структура» для реалізації «дискурсу», яка може змінюватися залежно від факторів. Проте саме людина є суб'єктом мовлення і є центром будь-якого дискурсивного підходу до дослідження [9]. Дискурс може проявлятися в різних формах, включаючи письмовий діалог, промови, статті, рукописи, письмові чи усні форми. Проте дискурс має бути інтерактивним. Тобто у взаємодії має бути присутніми кілька учасників. Фокус на соціокультурних аспектах та їх вплив на суспільство чи певні соціальні групи транслюється через засоби мови та одночасно впливає на мову та засоби її вираження.

Основні напрями дослідження дискурсу [18, с. 118]:

1. Формальний: дискурс на вищому ієрархічному рівні, структурованість його будови. (Більшість сучасних мовознавців розглядають дискурс як структуровану систему, хоча все ще є предметом дискусій);
2. Функціональний: всеохоплююче визначення, передача змісту за допомогою будь-якого мовного матеріалу;
3. Діяльнісний: мова як комбінований вид діяльності.

Дискурсивний аналіз досліджує значення символів та те, як вони набувають інтерпретованого значення в контексті. Тобто слова мають цільове значення в дискурсі і символізують більше, ніж окремі речення, з яких вони

складаються. Тому дискурс характеризується контекстом, ситуацією, обставинами, змістовністю більше, ніж просто словами.

Класифікації дискурсу різняться залежно від підходів. Багатокласифікаційність є зрозумілою для такого багатодисциплінарного та динамічного явища, як "дискурс". Багато науковців пропонують функціонально-стильову класифікацію [42]. Т. ван Дейк, наприклад, використовує критичний підхід до дискурсу, розглядаючи інституційні типи (медійний, політичний, судовий, медичний, освітній тощо) [5, с. 51]. В. Бурбело класифікує дискурс за функціональністю та домінуючою формою комунікації: побутовий, художній, пізнавальний та інші. А. Д. Белова пропонує дві основні характеристики для класифікації: характер комунікації та сфера функціонування. [там само, с. 52]. Крім того, дискурс можна класифікувати за каналами комунікації (візуальний, слуховий, тактильний), а також на усний і письмовий, враховуючи інші його характеристики.

Можна виділити два типи дискурсу за інституційною приналежністю: інституційний (статусно-орієнтований) та неінституційний (персоналізований або індивідуально-орієнтований). У випадку статусно-орієнтованого дискурсу йдеться не про самоідентифікацію через розмову, а про представлення певної групи (інституції) через власну роль. У персоналізованому типі дискурсу індивід виступає як особистість, транслуючи власні думки, внутрішній світ та досвід через мовлення, учасники найчастіше знайомі між собою. У межах неінституційного переважає побутове спілкування, яке характеризується неофіційністю, використанням сленгу та адаптованих мовних конструкцій, що є об'єктом аналізу. Особистісно-орієнтований, або персональний дискурс фокусується на самопрезентацію в процесі комунікації, поділяється на два типи: побутове та буттєве спілкування [19].

Інституційний і неінституційний дискурси відрізняються за кількома параметрами, такими як сфера комунікації (офіційна або неофіційна), характер спілкування (формальний або неформальний) і конфігурації взаємодії між учасниками (відносини типу "агент-клієнт" або спілкування між родичами та

друзями [19, с. 235] Так можна виділити соціальні інститути сім'ї, медіа та журналістики, військовий, рекламний, спортивний, релігійний, медичний; цей список може продовжуватися і далі. Інституалізація може трансформуватися з перебігом часу та соціальними змінами. Таким чином, інститути можуть втрачати свою актуальність або зникати [9, с. 294].

До проблематики дискурсивної класифікації додається те, що дискурс рідко виступає у чистій формі, найчастіше поєднує декілька підтипів [9].

Отже, дискурс можна визначити як взаємодію між учасниками комунікації за допомогою вербальних і невербальних знаків у певних умовах інтеракції. Дискурс поділяється на інституційний або статусно-орієнтований, та неінституційний або особистісно-орієнтований.

### ***1.2.1. Інституційний дискурс***

Інституційний дискурс, або дискурс професійного спілкування, визначає учасника комунікації не як окрему особистість із власним вираженням, а як особу, яка представляє соціальну групу, виконуючи певну суспільну роль та дотримуючись встановлених механізмів поведінки у рамках певного діючого інституту. У такому типі взаємодії завжди є конкретна мета розмови та її учасники, які діють у рамках статусно-рольових відносин у певній соціальній ситуації, як, наприклад, у медичному дискурсі між лікарем і пацієнтом або між лікарем-інтерном і головним лікарем [27].

Науковці продовжують вивчати питання інституційного дискурсу, проте на даний момент не існує чітко визначеної класифікації його характеристик. Тим не менш, більшість дослідників погоджуються, що основні характеристики включають такі речі, як чітка сукупність жанрів; використання кліше; чітка єдність часу та простору; встановлений соціальний статус учасників комунікації; повторюваний набір тактик і стратегій у мовленнєвих актах різних типів інституційного дискурсу; і наявність норм і правил поведінки, які залежать від конкретного комунікативного контексту [6]. Такі елементи, як учасники спілкування (їхні статусно-рольові та ситуативно-комунікативні

особливості), умови спілкування (сфера, середовище), організація (мотиви, цілі, стратегії) та засоби спілкування (канал, стиль, жанр) зазвичай використовуються для опису інституційного дискурсу [18]. Дотримання соціальних норм і виконання певних статусних обов'язків є важливими в інституційному дискурсі. Комуніканти можуть бути незнайомі один з одним або не мати взаємної симпатії, але виконують свої ролі, часто діючи за шаблонами. Особливо у професійному дискурсі головною метою є виконання обов'язків і донесення інформації через стратегії спілкування, які відповідають вимогам певного соціального інституту.

Наступні ознаки інституційного дискурсу виділяє Л. С. Бейлінсон:

- мета спілкування
- учасники спілкування
- обставини спілкування
- специфічні характеристики тексту [цит. за 27, с. 257].

Специфіка статусно-орієнтованого інституту полягає в тому, що існують ролі, які визначаються ієрархією та повинні виконуватись щонайменше двома комунікантами у межах певних інституційних рамок. Важливою є наявність символіки, притаманної конкретному інституту, а також наявність стратегій і цілей спілкування, певної шаблонності та нормативності дискурсу. У межах таких категорій і кордонів агент комунікації представляє певну соціальну групу та має діяти відповідно до її функцій і цілей інституту.

Для більшості представників інституційного дискурсу можна виділити спільні риси, ці риси відображають особливості взаємодії в інституційному дискурсі загалом та медичному дискурсі зокрема, підкреслюючи його регламентованість та орієнтованість на чітко окреслені норми й цінності:

- наявність спеціальної термінології: це професійна лексика, яка в медичному дискурсі може включати назви хвороб і медичних процедур.
- особлива символіка та атрибутика: у медичному дискурсі це можуть бути такі символи, як Клятва Гіппократа, білі медичні халати або мотиваційні написи в кабінеті лікаря.

- статусно-рольові характеристики взаємодії: зокрема, взаємини між лікарем і пацієнтом або лікарем і медичним персоналом.
- специфічні види спілкування: наприклад, обмін інформацією між лікарями та медичним персоналом на конференціях чи нарадах, або комунікація між лікарем і пацієнтом під час збору анамнезу чи консультацій.
- цінність, що лежить у центрі дискурсу: для медичного дискурсу це людське життя та здоров'я.
- мета комунікації та стратегії: спрямовані на діагностику, лікування та надання медичної допомоги.
- етичні та нормативні особливості поведінки: представники медичного інституту повинні дотримуватись етичних стандартів у взаємодії з пацієнтами та колегами.
- специфіка місця комунікації: комунікація може відбуватись у лікарні, в кабінеті лікаря або в палаті пацієнта.
- часові обмеження: лікар має певний часовий проміжок для прийому пацієнта і працює за змінним графіком [27].

Існує багато підтипів інституційного дискурсу, так дослідники виділяють медичний, військовий, політичний, рекламний, релігійний, науковий, спортивний, масово-інформаційний, дипломатичний. М. Фуко підкреслив, наскільки важливо вивчати дискурс у професійних рамках [32, с. 552-553]

Таким чином, головними характеристиками інституційного дискурсу є статусно-рольова модель відносин, наявність спеціального контексту та певних мовленнєвих обмежень.

### ***1.2.2. Медичний дискурс***

Медичний дискурс є важливим підтипом інституційного дискурсу, є актуальним та важливим у будь-якому суспільстві. Він відображає особливості комунікації в межах медичного середовища, де взаємодія соціальних акторів відбувається у чітко визначених соціальних ролях і відповідних нормах. Він є статусно-орієнтованим різновидом дискурсу і визначається, як специфічний

різновид професійного спілкування, що характеризується своєю метою, структурою та мовними засобами, які сприяють ефективному обміну інформацією між медичними працівниками та пацієнтами, тобто суб'єктами дискурсу або учасниками комунікації.

Медицина завжди відігравала важливу роль у суспільстві, і тому її мова та специфічні особливості постійно привертають увагу дослідників [15]. Медичний дискурс та його аспекти у своїх роботах розглядали: Литвиненко Н.П., Шпак О.В., Вострова С.В., Передрієнко В.А., Краєвська Г.П., Місник Н.В., Німчук В.В., Юкал Ю.Я., Шаніна О.С., Джонсон П., Брайсон Д., Гейбер М., Бондар Л., Шумченко Т., Рибчук М., Шутак Л.Б., Робертс С., Гідер М., Краєвська Г.П., Єрченко К.С.О.В., Боцман А.В., Герітейдж Дж., Вілс Дж.М., Залипська І., Бейлінсон Л.С., Миллз М. Такі науковці, як В. В. Німчук, Н. П. Литвиненко та Н. В. Місник, досліджували різні аспекти мовних питань у медичному дискурсі, зокрема комунікативні аспекти взаємодії між лікарями, пацієнтами та медичним персоналом. Ця тема стала об'єктом дослідження як зарубіжних учених, так і українських дослідників, таких як Немчук і Передрієнко [12]. Медичне середовище і дискурс завжди вирізнялися специфікою та складністю з точки зору лінгвістичного аналізу через лексику та звороти, характерні для цього професійного інституту. Медичний дискурс насичений термінологією, частинами мови та засобами вираження, які активно використовуються в медичній сфері. Ці засоби є важливими для комунікації між медичним персоналом та пацієнтами. Як і інші інституційні дискурси, він має систему професійно-орієнтованих знаків, які учасники комунікації використовують автоматично, часто застосовуючи прецедентні тексти та запротокольовані дії. Так зазначають поведінку як «стереотипну». Використання спеціалізованої медичної номенклатури, символіки, дотримання етичних норм і законів, а також високий рівень сугестивності є характерними рисами медичного дискурсу. Усі ці аспекти важливі для продуктивної взаємодії, досягнення мети, оскільки мова йде про таку цінність, як людське життя [27].

Медицина залишається важливим аспектом суспільного життя та функціонуючим інститутом. Медична сфера може змінюватися залежно від країни, наукових відкриттів, часу чи технічного прогресу, але воно продовжує займати важливе місце у суспільстві, зберігаючи статус соціального інституту. У дискурсі незмінними залишаються мета, умови та стратегічний характер комунікації, що спрямований на досягнення визначених цілей. У цій роботі основний акцент робиться на аналізі медичного дискурсу, тобто взаємодії учасників, які представляють соціальні групи (медичний персонал, лікарі, пацієнти, родина пацієнта) і грають свої соціальні ролі в контексті опитування, встановлення діагнозу, обговорення анамнезу. Медичний дискурс, як підтип інституційного, є мінливим і активним. Зарубіжні дослідження переважно фокусуються на деонтологічних, етико-психологічних і соціальних аспектах медичної комунікації, особлива увага приділяється аналізу професійного спілкування, закономірностей мовленнєвої поведінки та технікам логічного переконання [21, с. 52].

Сьогодні пацієнт активно бере участь у процесі лікування, раніше взаємодія між лікарем і пацієнтом часто базувалася на беззаперечній повазі до авторитету лікаря. Сучасний пацієнт – більш обізнаний і зацікавлений у прийнятті рішень щодо свого здоров'я. У результаті цієї зміни відбувається перехід від патерналістської моделі взаємодії до партнерських стосунків, у яких враховується думка пацієнта та його право на вибір. Проте ієрархічність все одно зберігається і допомагає інституту функціонувати. Саме рольові відносини, залишаючи персональні характеристики на другий план, представляючи медичну організацію. Це стосується, в першу чергу, медичного персоналу, проте пацієнти виступають у більш пасивній формі, та мають орієнтуватися на лікаря [24].

Зокрема, комунікація в медичному дискурсі відбувається з точки зору етичних принципів, статусно-рольових відносин між працівниками охорони здоров'я та пацієнтами. Він має цінності медичної практики, чітку комунікативну мету та спеціальний символізм для досягнення цих цілей.

Символічність і естетичність медичного дискурсу проявляються через мову та дотримання певних стандартів, таких як клятва Гіпократата. Використання специфічних термінів, медичних атрибутів і ритуалів створює відчуття надійності та професійності, відоме як символічність.

Етичні елементи взаємодії, які створюють довіру пацієнта до лікаря, і сугестивні методи комунікації, які сприяють позитивному результату лікування, є важливими з точки зору лінгвістичної складової [11].

З часом комунікативні аспекти мови та специфіка взаємодії в медичному середовищі стали привертати дедалі більшу увагу дослідників, що пов'язано зі зміною підходів до вивчення мови — від структури до її функціонування в реальному житті. Медичний дискурс можна умовно поділити на дві частини: перша — обговорення з пацієнтом його проблеми, симптомів та причин; друга — визначення шляхів вирішення проблеми, включаючи план лікування та необхідні дії. Для лінгвістичного аналізу медичної мови важливим є емпіричний аналіз діалогів у реальному часі, що дає змогу побачити повну картину комунікації [13, с. 11].

Основна увага приділяється аналізу спілкування між пацієнтами та медичним персоналом, зокрема впливу мови на довіру пацієнтів, прийняття рішень та ефективність лікування. Важливим є питання етики у медичній комунікації, яке можна вивчати через стилістичні засоби, метафори, термінологію, синтаксичні конструкції та модальні дієслова. Комунікативна компетентність лікаря є важливим чинником продуктивного діалогу. Увага приділяється і невербальним характеристикам діалогу, як, наприклад, інтонаційна, або невербальні, як міміка та жестикуляція [12].

Медичний дискурс має свої особливості: комунікативні (етикет, протокол), структурно-семантичні та соціально-рольові. Однією з його ключових ознак є сугестивність — здатність впливати на співрозмовника, що особливо проявляється у стосунках "лікар-пацієнт". У цих стосунках лікар зазвичай виступає домінуючою стороною, оскільки саме він ініціює та веде діалог. Комунікативні знання лікаря, здатність будувати продуктивний діалог та

притримання етичних норм є важливими для досягнення позитивного результату. При аналізі медичного дискурсу враховуються різні чинники: напрямок роботи лікаря, рівень інтерактивної взаємодії з пацієнтом, приватність спілкування (чи воно публічне), мета комунікації (інформування, отримання інформації тощо), а також специфіка взаємодії з різними групами пацієнтів (діти, батьки) [12]. Медичний дискурс не обмежується лише спілкуванням фахівців із пацієнтами — він включає також родини пацієнтів, медичні конференції та молодший медичний персонал [21].

Отже, медичний дискурс є підтипом інституційного, або статусно-орієнтованого дискурсу. Він має риси інституційного дискурсу, зокрема статусно-рольові відносини, наявність певних особливостей діалогу, регламентованих нормами та стандартами. Водночас, медичний дискурс вирізняється власною специфікою, що проявляється у його високій чутливості до комунікативних ситуацій та давності цього професійного інституту медицини, що робить його важливим об'єктом досліджень у мовознавстві.

### **1.3. Невербальна складова дискурсу**

Невербальні компоненти, такі як міміка, жести, поза, контакт очима, інтонація голосу, фізичний контакт, а також паралінгвістичні сигнали (сміх, паузи), створюють знакову мову, яка є важливим елементом професійного та інституційного спілкування, зокрема у медичному середовищі [21].

Н.П. Літвіненко підкреслює, що успішна комунікація в медичному дискурсі залежить від поєднання обох типів впливу — вербального і невербального. Особливо це важливо під час формування стратегії спілкування, де невербальні сигнали часто підсилюють вербальні повідомлення [12].

Невербальні елементи комунікації відіграють ключову роль у медичному дискурсі, допомагаючи структурувати діалог, впливати на сприйняття пацієнтом інформації або посилювати ефект вербальних повідомлень. Ці чинники можуть мати значний вплив на процес інформування пацієнта та навіть на результати лікування. Невербальні сигнали можуть формувати довіру між пацієнтом і

лікарем. Наприклад, підбадьорливий жест або дружня посмішка можуть позитивно вплинути на емоційний стан пацієнта та його оптимізм, що, в свою чергу, сприяє успішному лікуванню [31].

Кінетичні, проксемічні та просодичні сигнали є ефективним інструментом для зниження тривожності та побудови довірливих відносин. Разом із тим, медикам необхідно дотримуватися етичних та професійних норм у спілкуванні, оскільки певні види невербальної комунікації можуть бути неприйнятними, недоречними або навіть забороненими законодавством. Вивчення меж між професійним та особистісним спілкуванням у медичному контексті є актуальним і важливим для ефективної комунікації.

Один із цікавих прикладів для вивчення комунікативних аспектів у медичному дискурсі можна знайти у серіалі "Хороший лікар". Головний герой Шон Мерфі, хоча й має розлад аутистичного спектру, демонструє блискучі професійні навички, але стикається з труднощами у комунікації через свою пряму та часто соціально неприйнятну невербальну поведінку. Його приклад підкреслює складність медичної комунікації, коли ефективність взаємодії залежить не лише від професійних знань, але й від здатності розуміти та інтерпретувати невербальні сигнали. Це є важливим аспектом для розуміння меж професійного спілкування та аналізу комунікації у медичному середовищі.

У медичному дискурсі зчитування невербальних знаків є надзвичайно важливим. Пацієнти часто оцінюють лікаря за такими аспектами, як зоровий контакт, інтонація та невербальні знаки емпатії, що можуть знизити тривожність пацієнта та сприяти довірі. Лікарі також використовують невербальні сигнали для оцінки емоційного стану пацієнта, що може допомогти зрозуміти його настрій, щирість висловлювань та реакції, наприклад, через погляд, зміни у голосі, або фізичні реакції, як тримтіння [44]. Це дозволяє лікарям краще планувати стратегію взаємодії та швидше встановлювати контакт із пацієнтом.

Невербальні сигнали часто вважаються виразом справжніх намірів або прихованих змістів і тому можуть бути важливим інструментом для

інтерпретації повідомлення. Щоб уникнути непорозумінь, мовники використовують чіткі невербальні елементи для підсилення свого вербального повідомлення, особливо коли текст має множинне тлумачення або складну структуру [16, с. 3]. У професійному спілкуванні особливо важливо звертати увагу на ці аспекти, оскільки вони можуть значно впливати на досягнення комунікативних цілей. Дослідники підкреслюють, що невербальна складова комунікації є часто більш впливовою, ніж вербальна. Сигнали, передані невербально, як правило, сприймаються адресатом на підсвідомому рівні, і можуть бути як підтвердженням сказаного, так і вираженням прихованих намірів. У професійному середовищі, особливо в медицині, емоційний і психологічний стан людини часто важливий для успіху лікування. Невербальні сигнали є ключовим елементом регулювання міжособистісних стосунків в умовах професійного дискурсу [39].

Невербальні компоненти комунікації можуть працювати на двох рівнях — макро- та мікрорівнях. Макровзаємодія охоплює ширші соціальні та культурні контексти, тоді як мікровзаємодія відбувається на рівні окремих реплік та реакцій. Мікровзаємодія включає такі компоненти, як інтонація, паузи, контакт очима, міміка, жести, дотики, постава. Ці невербальні елементи можуть значно вплинути на емоційний стан пацієнта, допомагаючи знизити його тривожність або сприяти довірі. [16]

Прикладом невербальних компонентів у медичній комунікації є:

- Інтонаційні зміни мовлення;
- Паузи у реченнях або між словами;
- Погляд та дотримання зорового контакту або його уникнення;
- Дотик, обійми або інший фізичний контакт;
- Сміх або посмішка;
- Закрита або відкрита поза при діалозі;
- Жести, такі як підняття пальця чи підняття брів;
- Підвищення або пониження голосу;
- Навіть запах, що може впливати на сприйняття ситуації.

Отже, невербальні компоненти комунікації є важливою складовою медичного дискурсу, оскільки вони безпосередньо впливають на ефективність взаємодії, бо допомагають розвитку та перебігу комунікації між медичним персоналом та пацієнтом, а саме порозумінню та емоційному зв'язку між ними.

### **1.3. Комунікативна категорія «контакт» в англomовному медичному дискурсі**

Для того, щоб проаналізувати медичний дискурс як інституційний, а також дослідити його еколінгвістичну складову, вивчаємо одиницю комунікації у дискурсі – комунікативний контакт, який маніфестується у комунікативній категорії «контакт» [25].

Комунікативний контакт в ординарній ситуації, як правило, відбувається у трьох фазах: встановлення, підтримання та завершення, кожна з яких супроводжується змінами в знаннях і психологічному стані співрозмовників. У медичному дискурсі лікар спершу встановлює контакт з пацієнтом, що виявляється у привітанні. Далі йде основна частина діалогу, яка залежить від мети — лікар може збирати анамнез, обговорювати діагноз або рекомендувати лікування. Завершується комунікація розмиканням контакту – прощанням, побажанням одужання та встановленням домовленостей щодо наступних зустрічей. Однак, зазначені фази можуть змінюватися або бути скороченими через втручання інших осіб, ситуативні зміни або непередбачені обставини. Ці зміни можуть також залежати від обраної комунікативної стратегії мовців. Правильна стратегія та її дотримання є важливим у професійному дискурсі, зокрема у медичному.

Встановлення контакту є вирішальною фазою, оскільки початок розмови впливає на тему, тон і очікування слухачів. Перші слова формують контекст і стиль спілкування, налаштовуючи на відповідний формат взаємодії. У статусно-орієнтованому медичному дискурсі важливу роль відіграють вихованість, ввічливість, використання відповідних мовних конструкцій,

звертання на "Ви" та прояв емпатії до пацієнта. Це впливає на ефективність комунікації, а отже, і на сам процес лікування [25].

Комунікативна категорія «контакту» регулює комунікацію у дискурсі, що відповідає за визначає параметри спілкування, що є обміном інформації за допомогою вербальних та невербальних засобів. Основним завданням комунікативних категорій є організація спілкування, яке виконує кілька основних функцій: передача або обмін інформацією, ідеями, емоціями за допомогою мови, знаків і символів, з якими індивіди стикаються під час їх взаємодії [26]. Категорія контакт є багатопарадигмальним явищем тому розглядається різними науковцями у прагмалінгвістичному напрямку, лінгвокультурологічному, функціонально-комунікативному напрямку лінгвістики та дискурсології. Саме останнє напрямкування є ключовим у аналізі еколінгвістичних особливостей медичного дискурсу.

За В.О. Самохіною та О.В.Шпак, контакт є базовим елементом комунікаційного процесу, і до складових цього процесу входять такі основні компоненти: адресат та адресант (тобто одержувач повідомлення) -як мінімум два учасника комунікаційного процесу та контекст; саме повідомлення у рамках певного контексту та яке передано певним каналом комунікації [26, с.108-109]. Адресант, прагнучи до спілкування, уявляє образ адресата, враховуючи спільний досвід, знання та апперцепційну базу. На основі цього він будує свою комунікативну поведінку, обираючи відповідний стиль та тематику. Адресат відіграє не менш важливу роль, оскільки без нього комунікація неможлива — контакт завжди передбачає взаємодію з іншим. У такій комунікації лікар зазвичай виступає адресатом, а пацієнт — адресантом комунікативного повідомлення. Лікар може повідомляти діагноз, пояснювати лікування або ставити діагноз за допомогою опитування пацієнта. Контекст взаємодії формує мету, стратегію та направляє перебіг діалогу.

Спілкування виглядає як багатоплановий процес встановлення та розвитку різних за ціллю контактів за допомогою мови, як спільна діяльність мовців, в процесі якої вони взаємно коригують дію, управляючи мисленнєвими

процесами, створюють нові уявлення та перекують партнерів по комунікації. Контакт (*contact*) – «реалізація комунікативного імпульсу як наміру вступити у спілкування», у певний час, у певному місці, певна організація обміну мисленнєво-комунікативними діями, що спрямовані на досягнення комунікативної мети згідно принципів та правил комунікативного кодексу лінгвокультури [26, с. 15-16].

Саме ж поняття «контакт», як досліджено, зв'язано з поняттям «такт» (*contact-tact*). Слово походить від латинського слова «*tact*», яке означає «делікатне відчуття того, що слід сказати чи зробити, щоб не образити, як-то майстерність поведінки у взаємодії з людьми», яке в свою чергу походить від індоєвропейської основи *tag* — торкатися, хапати, а також від староанглійського слова *thaccian* — гладити. Це демонструє здатність спілкуватися тактовно та з повагою до співрозмовника, що запобігає образам [24, с. 112].

В інституційному дискурсі існує багато контактів, які розвиваються в процесі спілкування, яким притаманний утилітарний напрямок, в якому індивіди виконують певні соціальні ролі в рамках певних соціальних норм та обставин для досягнення певних цілей шляхом комунікативних стратегій. Вони часто обмежені не лише особистісними, а й суспільними нормами, закладеними до поняття відповідного соціального інституту. Лікар і пацієнт виконують різні соціальні ролі та дотримуються різних принципів та правил, їхній статус також відрізняється. Медичний персонал не представляє себе як окрему особистість, як це відбувається в персонально-орієнтованому дискурсі, а виступає як представник соціального інституту, забезпечуючи професійний підхід та дотримання стандартів [26].

Сукупність правил вибору та використання стандартних мовних засобів формує характерну особливість контактів в інституційних дискурсах, вміщує типологічну стратифікацію комунікативної події, спосіб спілкування, організацію контакту, топологію і хронологію комунікативної події, соціально-ситуативні ознаки учасників, їх соціально-статусні відносини та

мотиваційно-цілеву орієнтацію компонентів, тобто сукупність усіх лінгвальних й позалінгвальних складових [25 с.88].

Спільний комунікативно значущий зміст є критерієм, за яким можна визначити, до якого типу дискурсу належить певна комунікативна ситуація, і відіграє ключову роль у її розумінні. Структура комунікативної ситуації охоплює типологічний поділ подій, спосіб взаємодії, організацію процесу, просторово-часові координати події, соціальні характеристики учасників, їхні статусні відносини, а також мотиваційно-цільові орієнтири, мовні та позамовні елементи, що визначають характер і спрямованість комунікації тощо [26].

Ситуації мовленнєвої взаємодії можуть бути ординарні, неординарні та екстраординарні. У випадку перших, це відпрацьовані установки, стереотипи та шаблони. Образом є стереотипне мовлення, що полегшує донесення думки з ціллю виконання комунікативної стратегії та є притаманним до ділового інституційного дискурсу. Нетипові ж ситуації характеризуються своєю неочікуваністю та нестандартністю, вони можуть ускладнювати контакт та навіть призводити до проблем. У таких випадках людина починає діяти ситуативно та відходити від звичних шаблонів. Незважаючи на те, що шаблонність взаємодії у типових ситуаціях притаманна інституційному дискурсу, проте в екстраординарних ситуаціях, випадках, наприклад ризику, навіть при взаємодії лікаря та пацієнта у медичному дискурсі, важливо діяти інтуїційно і поступитися формулами стереотипного контакту [25, с. 110].

Комуніканти ставлять перед собою цілі, до яких підсвідомо або ні вибудовують шлях, який у разі успішного досягнення цілі спілкування зберігається у пам'яті у вигляді шаблону, який і пізніше може застосовуватися мовцем у подібних ситуаціях [25]. Наявність та використання шаблонів-прототипів використовуються в інституційному дискурсі, коли вербальні стратегії закріплюються за соціальним інститутом та певними ролями. Відхилення від норм можливе або необхідне для успішного досягнення цілі комунікації, проте вважається, що чим офіційнішою є обстановка і

соціальні ролі співрозмовників, тим жорстокішим є контроль за стратегіями та тактиками мовлення [26, с. 32].

Контакт може поставати як у гармонійних уявленнях, сприяти гармонії, порозумінню та кооперативності, тобто «неускладнений гармонійний діалог», так і конфліктних ситуацій, дизгармонії, порушується спілкування через силу особистісних або ситуативних чинників [24]. Унісонний гармонійний діалог передбачає ефективне спілкування [26], у результаті якого комуніканти досягають порозуміння. В медичному дискурсі ефективна комунікація залежить від багатьох факторів, у першу чергу від змісту повідомлення та використання відповідних тактик і стратегій взаємодії для його донесення. Ситуації, які можуть бути екстраординарними, можуть призвести до того, що пацієнт у силу різних чинників, може бути не готовим продовжувати спілкування та розмикає контакт, навіть коли лікар виконує правильні дії. Тому у цьому дискурсі важливо поняття «адаптивності», воно включає зміну способу спілкування, щоб відповідати потребам пацієнта та враховувати його емоційний стан. Також активне слухання, уточнення та перефразування є важливими методами, за допомогою яких лікар може краще зрозуміти стан пацієнта та дати чіткі рекомендації.

Тобто «контакт» як важливе дискурсивне поняття, комунікативна категорія, має наступні значення:

1. Фізичне: контакт означає дію або фізичну взаємодію «*She accidentally made contact with the hot surface and burned her hand.*» (*Oxford Learner's Dictionary*) [40]

2. Комунікативний контакт (фатика та інформатика): нематеріальна взаємодія [26] «*They lost contact after many years, but social media helped them reconnect.*» (*Cambridge dictionary*) [33]

Важливо пам'ятати про «комунікативні бар'єри», які можуть призвести до негативного досвіду та враження. Як зазначено вище, розвиток комунікативних навичок є життєво важливим для медичних працівників, особливо лікарів. Різні перешкоди можуть призвести до проблем із цими навичками, зокрема у

здатності демонструвати емоції, пов'язані з підтримкою пацієнта. Так як через свій стан пацієнт є дуже вразливим і це також має враховуватися лікарем. Це може бути надмірна емоційність, агресивна поведінка або неадекватні мімічні реакції, або недостатня емоційна підтримка, манера донесення інформації до пацієнта у формі наказу та небажання комунікувати з хворим. Окрім професійності у сфері роботи лікар має також мати певні психологічні навички, вміти розуміти пацієнта та бажання допомогти. Бо медичний дискурс, це дискурс «людина-людина», і окрім статусу та ієрархії тут також важлива людяність. Крім того, багато проблем виникають у взаємодії між лікарем і пацієнтом через невміння ефективно та тактовно вести комунікацію, знаходити підхід до пацієнта та правильно передавати важливу інформацію (наприклад, залякування, засудження, неправильно сформовані питання або використання закритих чи неприйнятних невербальних сигналів як наприклад уникнення зорового контакту або нервові рухи). Звичайно, бар'єри можуть створюватися і через інші фактори, такі як внутрішній конфлікт.

Таким чином, комунікативний контакт є реалізацією комунікативного імпульсу і має наступні характеристики: адресно-адресатні характеристики, часові рамки комунікації та ситуація комунікації: два або більше які вступають у процес обміну комунікативними діями з певними настановами у певній ситуації певного дискурсу.

### **Висновки до розділу 1**

Еколінгвістика – це наука, що досліджує взаємодію між мовою, суспільством і навколишнім середовищем, акцентуючи увагу на впливі соціокультурних і екологічних чинників на мовленеві процеси. Вона розглядає мову як частину складної системи, де взаємодіють різні культурні, соціальні, психологічні та інші фактори, включаючи такі явища, як глобалізація, культурне розмаїття суспільства та суспільні зміни.

Дискурс визначають як «мову занурену у життя», він є складним мисленнево-комунікативним явищем, яке включає як вербальні, так і

невербальні компоненти, та враховує соціальний, культурний і когнітивний компоненти. Дискурс вивчається у соціальному та культурному контекстах і має різні класифікації, зокрема поділяється на інституційний тобто статусно-орієнтований (наприклад, медичний, політичний, спортивний) та неінституційний, або особистісно-орієнтований.

Інституційний дискурс є спеціальним дискурсом, що визначає суб'єктів дискурсу не як окремих осіб, а як представників соціальних ролей, що діють за встановленими правилами інституту.

Медичний дискурс, як частина інституційного дискурсу, функціонує у рамках статусно-рольових відносин між лікарем, або іншим медичним працівником, та пацієнтом. Медичний дискурс поєднує загальні характеристики інституційного дискурсу, такі як використання спеціалізованої лексики разом з унікальними рисами медичної сфери, наприклад орієнтацію на цінності збереження життя і здоров'я.

Невербальні компоненти комунікації – кінетичні, проксемічні та просодичні, є важливими у медичному дискурсі. Поєднання вербальних і невербальних засобів сприяє формуванню довіри між лікарем і пацієнтом, знижуючи тривожність пацієнта. Ключові невербальні елементи включають: інтонація і паузи; контакт очима, посмішка; жести і міміка, рухи назустріч, пози тощо.

Комунікативна категорія контакт в англomовному медичному дискурсі традиційно пов'язана з категорією ввічливості. Збереження просторово-психологічної дистанції та тактовне ставлення мовців одне до одного є основоутворюючим положенням комунікації для носіїв англomовної культури і слугують прескриптивним фундаментом контакту.

## РОЗДІЛ 2. ЕКОЛІНГВІСТИЧНА СПЕЦИФІКА АНГЛОМОВНОГО МЕДИЧНОГО ДИСКУРСУ

### 2.1. Поняття «етики» та «естетики» в англomовному медичному дискурсу

Комунікація має відповідати інституційним нормам, та через це є часто обмеженою. Такі стандарти включають «етичні» та «естетичні» регламентації. Варто зазначити, що емпатичність та адаптивність є важливими рисами медичної сфери, так як медичний працівник часто має діяти швидко і не шаблонно, вміти підлаштуватися під конкретні обставини, найчастіше опиняючись в екстраординарних ситуаціях. Кожен контакт має ціль, яку мовець хоче досягти, а також результат, який хочуть досягти обидва мовця. Основною метою екологічного контакту є досягнення взаєморозуміння, тому гармонійний або унісонний контакт вважається ефективним. Це відчуття гармонійності організовує дискурс і сприяє ефективній комунікації, враховуючи моральні та естетичні аспекти взаємодії.

Етичні складові медичного дискурсу включають ввічливість, звернення до пацієнта на "Ви", персоналізоване ставлення до кожного пацієнта, відсутність критичних оцінок або засудження його дій, прояв емпатії через невербальні сигнали (таких як зоровий контакт або посмішка), дотримання встановлених норм та правил, використання м'яких інтонацій і навіть дотримання певних шаблонів спілкування. Прояви співчуття та прагнення підтримати пацієнта, навіть виходячи за межі основних професійних обов'язків, добре ілюструє комунікативний контакт, у якому лікар уживає висловлення у функції прояву розуміння: *We'll make sure to keep costs as low as possible (A&E, Season 14, Episode 8)*. Ця репліка демонструє готовність медичного персоналу враховувати фінансовий стан пацієнта та шукати шляхи зменшення витрат на лікування. Незважаючи на те, що встановлення цін зазвичай не належить до компетенції лікарів, вони намагаються максимально підтримати пацієнтів, розуміючи, що висока вартість медичних послуг може стати бар'єром для своєчасного та якісного лікування.

Багато етичних стандартів в медицині формуються та виражаються через «Клятву Гіпократата», яку дають майбутні медики. Клятва Гіпократата встановлює моральні стандарти, які впливають на те, як люди спілкуються між собою в медичному дискурсі. Вона зобов'язує лікарів дотримуватися моральних принципів, таких як повага до гідності пацієнта, забезпечення конфіденційності, прояв емпатії та дбайливе ставлення до здоров'я. Це відображається в мовних стратегіях спілкування з пацієнтами, які включають збереження формального та коректного тону, використання ввічливих звертань, уникнення надмірно категоричних висловлювань і делікатне обговорення питань, пов'язаних із здоров'ям. Таким чином, клятва Гіпократата впливає як на поведінку медичних працівників, так і на те, як вони спілкуються, щоб мати позитивну взаємодію з пацієнтами [11, с. 28].

Етичність комунікації можна віднести до «екологічних мовних принципів», також до них можна віднести частоту мови та оптимальну термінологічну наповненість повідомлення. Естетика, як і етика, є важливою в медичному дискурсі, і виражається через зовнішній вигляд людини – як відомо лікарі завжди одягнуті у лікарську форму білого, бо блакитного кольору. Бездоганний зовнішній вигляд сприяє створенню позитивного враження про заклад, який представляють його працівники, створенню впевненості та довіри до них. Зовнішні вигляди медичних працівників, чистота та сучасність медичного приміщення формують перше враження пацієнта, що впливає на спокій і сприйняття пацієнтом медичної установи. Це впливає на комунікацію та її ефективність. Білий халат, охайний та бездоганно чистий на вигляд та інші аксесуари, які підкреслюють професійність і додають формальності інституції, є важливими елементами естетики медичних працівників. Акуратна презентація інформації також важлива у рамках естетики: чіткість мовлення, спокійний тон, ніжна інтонація та відсутність поспіху. Усе це знижує тривогу пацієнта та покращує загальне сприйняття медичних послуг, що впливає на відносини між пацієнтом та лікарем.

Інституційний дискурс визначає спілкування як ієрархічне та статусно-рольове, така комунікація вибудовується за рахунок ефективної взаємодії. До принципів даного спілкування, які є базою для структурованої інтеракції, відносяться тактичність, ввічливість, повнота інформації, узгодженість дій точності, ясності, правильності та грамотності [11, с. 55]. Ієрархічне спілкування добре працює, коли мовці підтримують правильну комунікативну дистанцію, відповідно реагують на зміну тональності спілкування, створюють коректні теми для розмови за допомогою загальноприйнятих комунікативних формул і ходів, мають готові тексти для різних ситуацій в організаційній взаємодії та правильно використовують свої професійні вербальні та невербальні засоби.

При професійній комунікації передбачено, що лікар підбирає слова та інтонації, а також створює нові значення для загальновідомих слів. Окрім використання складних термінів, лікар має вміти просто пояснити все пацієнту та заспокоїти його. Дискурс є асиметричним, медичний працівник має інший статус та виступає ініціатором спілкування. Тому логічно, що за ним будуть інші, щирші конструкції та повідомлення, більш інформативного спрямування, специфічні терміни та дотримання норм. Пацієнт звертається за допомогою, тому підчиняється, лікар ставить питання, дає рекомендації, попереджає про наслідки, керує ситуацією [11]. З огляду на статус, професійну компетентність, особисті якості та навички лікаря, ці переваги допомагають йому відігравати провідну роль у спілкуванні, яка відповідає певним стандартам комунікативної ситуації.

Етика — це більше, ніж просто ввічливість у медичному дискурсі. За нею розуміється індивідуальне відношення до кожного пацієнта, використання гнучкого та спокійного способу спілкування, використання відповідних мовних конструкцій і звертань, нейтральне висловлювання та відсутність осуду або оцінки дій пацієнта, а також повага його особистих кордонів. Крім того, дотримання конфіденційності та правил професійної таємниці є елементами

етики. Такий підхід допомагає створити відчуття комфорту та довіри, які є важливими елементами ефективної медичної бесіди.

## **2.2. Інформативність та фатичність комунікативного контакту в англомовному медичному дискурсі**

Інформативна та фатична частини можуть поєднуватися у діалозі реальному житті. Наприклад, розмова може починатися з фатичних фраз, що допомагають створити комфортну атмосферу, це можуть бути привітання або прощання, а потім переходити до інформаційної частини та повідомляти пацієнту умови лікування. Це часто трапляється у неформальних бесідах, коли спочатку відбувається "розігрів" через фатичну комунікацію (*small talk*), а потім – обговорення важливих питань. І пацієнт, і лікар вступають у діалог, тому обидва виступають як мовцями, так і слухачами [12].

Співвідношення фатичності і інформативності, як їх представляють функції висловлювань у комунікації мовців, визначає, на чому зосереджена комунікація – на передачі інформації чи на соціальному контакті. Залежно від ситуації, обидва види спілкування можуть бути присутніми у різній мірі.

**Фатичність** часто можна побачити у діалогах медичних працівників у вигляді висловлень у функції підтримки пацієнта. Багатьом хворим, їх близьким потрібні слова підтримки від лікаря або медсестри. У такій делікатній сфері, як медицина, перед передачею інформативного меседжу важливо спочатку встановити контакт і створити довірливу атмосферу [24, с. 111]. Наприклад, фраза "*How are you?*" або "*How are you feeling?*" в медичному діалозі не завжди має на меті дізнатися про стан пацієнта безпосередньо, бо ця інформація зазначається попередньо перед візитом лікаря у картці, а часто є вступом для встановлення контакту і підготовки до подальшого змістовного обговорення лікування або діагнозу, тобто є контактовстановлюючою.

Наступна комунікація транслює взаємодію медсестри та пацієнта, який звертається за емоційною підтримкою:

(1) *PATIENT: I don't know how to take care of a newborn.*

*NURSE: That's okay! We'll teach you everything you need to know.*

*PATIENT: Thank you, I feel so overwhelmed.*

*NURSE: It's completely normal to feel that way. You're not alone, and we're here for you.*

*PATIENT: Really? That means a lot to me. ( Grey's Anatomy, Season 4, Episode 2)*

Діалог починається із звернення майбутнього батька до медичного робітника, він переживає та отримує слова підтримки та розуміння від медичного персоналу: *That's okay! We'll teach you everything you need to know.* Позитивна реакція батька підтверджує важливість висловлень у **фатичній функції підбадьорення** у медичному дискурсі, яка у даному діалозі проявляється через висловлення підтримки, це допомагає пацієнту відчувати впевненість, що він отримає допомогу. Медсестра не лише дає обіцянку навчити майбутнього батька всьому необхідному, а й додає слова розради (*It's completely normal to feel that way*). Медична працівниця дотримується принципів екологічного спілкування, демонструючи підтримку та емпатію *You're not alone, and we're here for you.*

.Діалог завершується висловленням подяки зі сторони відвідувача лікарні.

Приклад фатичної функції переконання пацієнта відображається у наступній взаємодії:

(2) *DOCTOR 1: Can you explain to me what you mean by dizzy? I want you to think about what exactly dizzy means to you.*

*PATIENT: It means... dizzy.*

*DOCTOR 1: The good news is that your CT scans are negative, and preliminary lab tests all look fine.*

*PATIENT: She's a good doctor.*

*DOCTOR 2 : Yes... she is. (New Amsterdam, Season 1, Episode 5)*

У цьому діалозі наявна інформативна складова *The good news is that your CT scans are negative, and preliminary lab tests all look fine* , відбувається обмін

інформацією між лікарем та пацієнтом, проте основну функцію можна визначити як **фатичну** саме через специфіку ситуації: залучення другої лікарки та згадка про її компетентність ("*She's a good doctor.*" "*Yes... she is.*") додають до діалогу фатичної складової, яка сприяє підтримці довіри та несе впевненість у професійності медичного персоналу.

Наступний діалог ілюструє уживання висловлень у фатичних функціях підтримки пацієнта та розуміння складнощі моменту у житті:

(3) *Doctor: Hi.*

*Nurse: Thank you for coming so quickly.*

*Nurse: So, this is Neil. He fainted.*

*Doctor: Hello again. How you doing?*

*Patient: I'm fine. I'm okay.*

*Doctor: Yeah? Did something happen? Was- was something said, or...*

*Patient: Like I told Miss Krause, I'm all right.*

*Doctor: Good. Can I check your pulse?*

*Doctor: So, how did Norwich get on last week?*

*Patient: I'm Ipswich.*

*Doctor: Oh, sorry. Ipswich.*

*Patient: They got turned over by QPR.*

*Nurse: Neil's a top player.*

*Doctor: Yeah?*

*Nurse: Mm-hmm.*

*Doctor: What position? Thinking striker?*

*Patient: Midfield.*

*Doctor: Ah.*

*Patient: It's the strikers that get all the goals, but midfield's the most important position.*

*Doctor: Right. I think you're match fit, young man. You're gonna be all right. Um... (Chemistry of Death, Season 1, Episode 1)*

Лікар починає розмову ввічливо та привітно (Hi), що вже створює позитивну атмосферу та полегшує встановлення контакту з пацієнтом. Медсестра допомагає інтегрувати лікаря в ситуацію, інформуючи його про стан пацієнта: «*So, this is Neil. He fainted*». Це надає діалогу інформативності у лікувальному процесі та дозволяє лікарю краще зрозуміти контекст, у якому він працюватиме.

У діалозі фатична функція відіграє ключову роль, адже лікар активно використовує соціальні фрази для підтримання діалогу. Лікар розпочинає розмову з питанням: *How you doing?* —контактовстановлююче питання, що слугує для підтримки контакту та розрядження ситуації. Після отримання відповіді від пацієнта, яка демонструє певну стриманість і небажання детально обговорювати свій стан (*I'm fine. I'm okay*), лікар, дотримуючись принципів екологічної комунікації, не наполягає, а делікатно запитує дозволу перевірити пульс: *Can I check your pulse?*. Це свідчить про повагу до особистих меж пацієнта та створення атмосфери довіри.

Додатково, щоб зняти напруження, лікар переходить до обговорення захоплень пацієнта (*So, how did Norwich get on last week?*). Це використання фатичної функції не тільки знижує рівень стресу у хлопця, а й демонструє інтерес до його життя, що є важливим у медичному дискурсі. Коли лікар помиляється з командою, він одразу вибачається, що підтверджує його готовність визнати помилку і поважне ставлення до юного пацієнта. Така взаємодія сприяє створенню довірливих стосунків, і пацієнт охочіше бере участь у розмові.

Фатична функція також висловлюється у запитанні про позицію у футболі: *What position? Thinking striker?*, лікар намагається зробити обстановку більш комфортною для хлопця, використовуючи знайомі терміни (*striker; midfield*). Це демонструє тактичність і делікатність у спілкуванні, а також небайдужість до пацієнта. Застосування футбольної термінології дозволяє створити почуття єднання та спільних інтересів – висловлення у **фатичній функції зацікавленістю в особистих інтересах пацієнта**.

Діалог завершується оптимістичною заявою лікаря: *I think you're match fit, young man. You're gonna be all right*, яка допомагає зняти тривогу пацієнта і вселяє впевненість у його здоров'ї. Невербальні елементи, такі як зоровий контакт, посмішка та спокійний тон голосу, підсилюють загальну екологічність комунікації. Лікар демонструє турботу і професійність, створюючи гармонійну взаємодію з пацієнтом.

**Інформаційність** у комунікації, в свою чергу, відповідає за передачу меседжу і реалізацію намірів, вона відіграє ключову роль у передачі змістовного повідомлення, забезпечуючи обмін знаннями, фактами або думками між учасниками комунікації. Вона реалізується через конкретні комунікативні функції, що спрямовані на донесення певної інформації, яка є основною метою діалогу. Ця функція допомагає структурувати розмову і формувати логічний розвиток обговорюваної теми. У такій взаємодії головну роль відіграє зміст повідомлення, а не сам акт комунікації. Інформація передається для досягнення конкретної мети — **функції надання знань, інструкцій або важливих даних.** Це може включати опитування пацієнта, рекомендації щодо лікування та опис хвороби. Всі ці дії спрямовані на покращення здоров'я пацієнта та досягнення позитивного результату. Наприклад, лікар використовує інформаційну функцію для пояснення діагнозу або плану лікування, надаючи пацієнту важливу інформацію для прийняття рішень.

У наведеному прикладі діалогу спостерігається обмін важливою інформацією між пацієнтом і лікарем:

**(4) DOCTOR: *This reddish lump...***

**PATIENT: *Mm-hmm.***

**DOCTOR: *Next to your belly button is rather concerning. It indicates an infection in your lymph nodes.***

**PATIENT: *So what's that mean? Antibiotics, a cream?***

**DOCTOR: *I'm afraid it's not that simple. The infection's being complicated by your diabetes.***

*PATIENT: I got diabetes too? Talk about buzzard luck. My father lost a foot to sugar.*

*DOCTOR: When was your last checkup?*

*PATIENT: [scoffs] Well, they closed the nearest hospital to me. Now, who got time to drive two hours round trip on top of an appointment?*

*DOCTOR: I'm gonna go get my colleague to come and see you.*

*PATIENT: Why?*

*DOCTOR: I think you just had a seizure. (New Amsterdam, Season 2, Episode 6)*

Лікар розпочинає діалог в **інформативній функції звернення уваги на фізичний симптом** (*This reddish lump...*)». Пацієнт відповідає коротким звуком та невербальні прояви емоцій через вираз обличчя демонструють його стурбованість та розгубленість. Далі лікар пояснює причину занепокоєння, коли пацієнт питає про варіанти лікування, лікар дотримується обережного підходу до донесення інформації: *I'm afraid it's not that simple*, підкреслюючи серйозність ситуації і пояснюючи, що інфекція ускладнена через діабет. Такий вислів демонструє ввічливість, а також прагнення пояснити складність стану пацієнта у зрозумілий спосіб, зберігаючи при цьому нейтральний тон. Лексика, яку використовує лікар, залишається простою та зрозумілою, що дозволяє пацієнту легко сприймати інформацію без медичних термінів, надмірно обтяжених специфікою.

Пацієнт реагує на новини саркастично, зауважуючи: *Talk about buzzard luck*, що свідчить про спробу знизити емоційну напругу або приховати своє занепокоєння. Незважаючи на це, лікар підтримує професійний стиль спілкування, не піддаючись на жартівливий тон пацієнта, уживає **інформативні висловлення у функціях пояснення та планування подальших дій**. Лікар демонструє свою уважність і етичність (*When was your last checkup?*), це вказує на прагнення отримати повну інформацію про здоров'я пацієнта, щоб надати ефективну медичну допомогу. Коли пацієнт розповідає про труднощі з доступом до медичних послуг, лікар відповідає висловленням **в інформативній**

**функції пропозиції** *I'm gonna go get my colleague to come and see you.* Цей підхід демонструє екологічність комунікації: лікар не тільки надає інформацію, але й пропонує подальші дії, турбуючись про стан пацієнта. Рішення лікаря запросити іншого фахівця також підкреслює важливість комплексного підходу до лікування та професійну відповідальність.

Екологічна складова діалогу підкріплюється спокійним, рівним тоном лікаря, який намагається мінімізувати тривогу пацієнта. Інформативна функція домінує в діалозі, оскільки основна мета спілкування полягає в наданні медичної інформації та визначенні подальших кроків лікування.

Наступний контакт є прикладом інформативної функції, а саме опитування пацієнта:

**(5) DR. CAMERON: Hi, I'm Dr. Cameron.**

**PATIENT: Hi.**

**DR. CAMERON: How you feeling?**

**PATIENT: A little cough. No big deal.**

**DR. CAMERON: Okay, then what are you doing here?**

**PATIENT: I just got a job at the University.**

**PATIENT: They need a health clearance.**

**PATIENT: Apparently, I'm a little anemic, so they made me get some more tests.**

**DR. CAMERON: Any family history of anemia?**

**PATIENT: Not that I know of.**

**PATIENT: My mom died of cancer when I was a kid.**

**PATIENT: My dad's heart gave out a couple of years ago.**

**DR. CAMERON: Brothers and sisters?**

**PATIENT: I'm afraid it's a short family history. That's it. (House M.D. Season 1, Episode 4)**

Суб'єктами комунікації є лікар, доктор Кемерон, і пацієнтка, яка прийшла на обстеження для працевлаштування в університет. Діалог починається з привітання, перше запитання лікаря "How are you feeling?" служить як для

ввічливого встановлення контакту, так і для з'ясування загального стану здоров'я пацієнта. Це починає комунікацію, показуючи бажання лікаря створити комфортну атмосферу для пацієнтки та налагодити довірливий контакт.

Потім розмова переходить до висловлень в **інформативних функціях з'ясування симптомів та збору анамнезу**. Пацієнтка вказує на легкий симптом (*A little cough. No big deal*), але пояснює, що справжня причина її візиту — необхідність отримати довідку для роботи в університеті (*health clearance*). Лікар послідовно ставить запитання щодо сімейної історії, дотримуючись стандартного шаблону медичної консультації. Лікар демонструє тактовність та емпатію через використання невербальних сигналів, як-от зоровий контакт і легка посмішка, створюючи емоційно сприятливе середовище. Вона коректно переходить від висловлень в **інформативних функціях з'ясування загальних запитань** до висловлень в **інформативних функціях запиту конкретних деталей**, уникаючи зайвого формалізму та підтримуючи розмову в нейтральному, спокійному тоні. Така комунікація сприяє гармонійній взаємодії, що важливо для ефективного збору інформації.

Основною функцією цього діалогу є інформативна, оскільки збір анамнезу є критично важливим для встановлення діагнозу та планування лікування. Доктор Кемерон дотримується етичних норм і правил комунікації, проявляючи професійність та щире бажання допомогти.

Приклад діалогу де основна функція є інформативною:

(6) *DR. PARK: Harvey, you remember Drs. Park and Reznick.*

*HARVEY: R-Right. For my, uh...*

*DR. PARK: They did your scan.*

*HARVEY'S WIFE: They were looking for kidney stones.*

*DR. PARK: Unfortunately, we found some cancer.*

*HARVEY: Oh no...*

*DR. PARK: The good news is it's isolated and in a very operable location.*

*DR. PARK: We'll do a biopsy to confirm, but I'm confident that we caught it early.*

*DR. REZNICK: But with surgery, radiation, and immunotherapy, the prognosis is excellent.*

*DR. REZNICK: The biopsy confirmed that the kidney cancer is a renal cell carcinoma. ( The Good Doctor, Season 2, Episode 14)*

Діалог починається із того, що дружина хворого представляє лікарів. Тим самим створюється довіри через персоналізованість спілкування. Лікарі пояснюють у фазі підтримання контакту діагноз пацієнта, який виступає адресантом та займає пасивну позицію слухача, лікарі одразу все йому пояснюють та заспокоюють. Вони використовують прості та чіткі конструкції для пояснення стану пацієнта, при цьому розмовляючи ввічливо та показуючи виразами емпатію (*Unfortunately, we found some cancer, The good news is it's isolated*), щоб мінімізувати стрес пацієнта і його дружини.

Цей діалог ілюструє **інформативну функцію**, оскільки лікарі **доносять важливу медичну інформацію до пацієнта та його дружини**. Вони використовують чіткі та прості мовні конструкції, водночас застосовуючи ввічливі формулювання, *unfortunately* та *I'm confident that we caught it early*, щоб пом'якшити шок від поганих новин і налаштувати пацієнта на позитив. Така комунікація має важливе значення для підтримки емоційного стану пацієнта та створення атмосфери довіри.

Таким чином, характер фатичної та інформативної функцій відрізняється за своєю суттю: фатична функція зазвичай супроводжується банальністю змісту, емоційністю й афективністю, а фатичні засоби часто є відтворюваними, клішованими, ситуативно-залежними виразами, що відображають певні комунікативні ситуації. Натомість інформативна функція базується на небанальності, релевантності та точності у передачі інформації. Відмінність між засобами фатичної та інформативної функцій полягає у стереотипності вираження першої: метакомунікація, як засіб регулювання спілкування, сприяє оптимізації комунікативного процесу.

Сам контакт транслює поєднання цих двох функцій, пероростання фактики в інформатику, бо на початку стоїть завдання звернути увагу та почату розмову, потім повести її у правильному руслі до інформативності. Комуниканти мають віддавати увагу тим чи іншим оптимальним фатичним та інформативним контактними засобами залежно від мети мовлення та перебігу процесу. І потім довести до природнього розмикання контакту у рамках завершення комунікації [24]. Фатична функція мови, яка ґрунтується на принципах кооперації та ввічливості, забезпечує соціально прийнятний і психологічно комфортний перебіг комунікативного процесу на всіх його етапах. Інформативна функція забезпечує передачу інформації та обмін ідеями в межах діалогу, сприяючи наповненню комунікації змістом і розширенню знань учасників спілкування.

За результатами дослідження, інформаційність все ж переважає у медичному дискурсі. Це пояснюється необхідністю підтримки знань про стан пацієнта, корегування процесу лікування, постійного оновлення даних, з'ясування нових методик, обміну професійними думками тощо, оскільки основною метою медиків є збереження життя та безпеки пацієнта, що потребує постійного обміну інформацією між мовцями в англomовному медичному дискурсі.

### **2.3. Унісонність та дисонансність в англomовному медичному дискурсі**

**Унісонність** комунікативного контакту є екологічним типом комунікації, оскільки представляє позитивну динаміку діалогу, що створюється заради досягнення ефективності та вирішення спільної комунікативної мети учасників взаємодії. Він характеризується кооперативністю, розумінням, гармонією та злагодженістю. Унісонний контакт – це гармонійна взаємодія, де учасники спілкування погоджуються з позиціями та досягненнями один одного. Такий контакт сприяє кооперативній, безконфліктній комунікації, де обидві сторони прагнуть узгодженості в діалозі.

Наступний діалог ілюструє гармонічний комунікативний контакт між лікарем та пацієнтом через гарні новини, що виражається за допомогою висловлень **в інформативній функції повідомлення результатів лікування**:

(7) *DOCTOR: Your tumor is gone.*

*PATIENT: Gone?*

*PATIENT: How's that possible?*

*DOCTOR: The chemotherapy worked better than we expected.*

*PATIENT: Wait, like no tumor? Zero?*

*PATIENT: No need for surgery or whatsoever?*

*DOCTOR: That is right. These are discharge forms. (The Good Doctor, Season 2, Episode 17)*

У наведеному діалозі можна спостерігати приклад унісонної комунікації між лікарем і пацієнтом, де відбувається обмін **максимально чіткою та вичерпаною інформацією**. Лікар відразу переходить до суті, повідомляючи позитивну новину: *Your tumor is gone*. Це є головним повідомленням, яке задає тон усій розмові та викликає миттєву реакцію пацієнта.

Пацієнт виявляє певний когнітивний дисонанс у вигляді повторюваних питань (*Gone?, Wait, like no tumor? Zero?, No need for surgery or whatsoever?*). Однак важливо зазначити, що цей дисонанс не є комунікативним, тобто, це внутрішній когнітивний процес, який пацієнт переживає через несподівану новину. Лікар підтримує простоту і зрозумілість мови, намагаючись знизити рівень стресу у пацієнта та уникнути медичної термінології, яка могла б збільшити тривогу або створити плутанину. Лікар лише наводить необхідні факти, чітко та лаконічно відповідаючи на питання пацієнта (*The chemotherapy worked better than we expected*) і завершують взаємодію (*These are discharge forms*). Важливо, що лікар залишається спокійним і впевненим у своїх словах, створюючи відчуття стабільності та надійності. Комунікація між лікарем і пацієнтом є екологічною: лікар надає інформацію зрозумілою мовою, без надмірних деталей, що дозволяє пацієнту легше сприйняти новину. Тон бесіди є ввічливим та тактовним. Таким чином, діалог є унісонним, лікар та пацієнт

взаємодіють за допомогою унісонних висловлень, гармонічно підхоплюючи комунікативні ходи одне одного, і це підкріплюється позитивними емоціями від новини, яку передає лікар.

Наступний діалог ілюструє не лише унісонну комунікацію, але і персональні відносини між лікарями та пацієнткою:

(8) *DR. PARK: Excising the endometrial lesions should only take about an hour. We'll be operating through a single incision in your belly button.*

*DR. BROWNE: You won't even be able to see the scar.*

*GINA (PATIENT): How can you operate through such a small opening?*

*DR. PARK: It's a new technique using a single port divided into sections for the camera and our tools.*

*GINA (PATIENT): New?*

*DR. MELENDEZ: To them. Don't worry. It isn't to me. I'm confident that this will resolve your pain and infertility issues.*

*GINA (PATIENT): Thank you, all of you. Being a mother is all I've ever wanted.*

*DANIEL (PATIENT'S HUSBAND): On our first date, she told me the baby's name she'd picked out. We were 17.*

*DR. BROWNE: So let's hear 'em.*

*GINA (PATIENT): Jackson for a boy and Cameron for a girl.*

*DR. BROWNE: Very nice. I like them.*

*DANIEL (PATIENT'S HUSBAND): So do I. And you are going to be an amazing mother very soon.*

*DR. MELENDEZ: Let's get her prepped. (The Good Doctor, Season 2, Episode 3)*

Контакт встановлюється за допомогою висловлення в **інформативній функції пояснення процедури**, яку лікарі викладено простими і зрозумілими словами (*We'll be operating through a single incision in your belly button*). Лікарі підкреслюють мінімальну інвазивність, щоб заспокоїти

пацієнтку. Джина висловлює подив і тривогу щодо новизни техніки, проте відповідь доктора Мелендеса миттєво знімає напругу: *Don't worry. It isn't to me*, демонструючи впевненість і професіоналізм, що допомагає заспокоїти пацієнтку і зберегти унісонний тон бесіди.

Емоційний компонент діалогу також відіграє важливу роль. Джина розповідає про свою мрію стати матір'ю, і її чоловік додає теплу особисту історію про їхні плани, що зміцнює емоційний зв'язок між усіма учасниками. Це підкреслює людяність і підтримку з боку лікарів, що створює довірливу і співчутливу атмосферу. Доктор Браун **унісонно підтримує позитивний тон**, захоплюючись іменами, які пацієнтка обрала для своїх майбутніх дітей, і її реакція показує емпатію та симпатію до пацієнтки (*I like them*). Розмикання контакту залишається унісонним. Лікар Мелендес із упевненістю переводить фокус на підготовку до операції. Завдяки невимушеному спілкуванню, підтримуючим реплікам та зосередженості на емоційних потребах пацієнтки, цей діалог є **екологічним і демонструє успішну комунікацію**.

У наступному прикладі можна побачити як незважаючи на серйозний діагноз можливо підтримувати унісонний діалог:

**(9) DR. ADDISON: *We won't know for sure until we go in there, but it looks like that I'm going to have to take out your pancreas and re-route your intestines.***

**JEREMIAH (to Dr. Bailey): *Did you tell her that my lungs don't do well with anesthesia?***

**DR. BAILEY: *Don't I always have your back?***

**DR. ADDISON: *Your kidney function is decreasing rapidly and I'm afraid you're gonna go into multi-system organ failure if we don't operate.***

**JEREMIAH: *If I say no?***

**DR. BAILEY: *There's no guarantees, Jeremiah. You know that. It's gonna be a long, hard surgery and put a lot of stress on your body.***

**JEREMIAH (smiles): *Yeah, but I'm me.***

**DR. BAILEY (smiles back): *But you're you.***

*JEREMIAH: So if we don't operate, I die. And if ... we do operate, I may die.*

*DR. ADDISON: Basically, yes.*

*JEREMIAH: Well, I like those odds. And 26 years with this disease is awesome. And that's the reality. So if I get lucky ... great. And if I don't ... (he looks at Dr. Bailey and takes her hand in his) it's been sweet.*

*DR. BAILEY: It's gonna stay sweet. (Grey's Anatomy, Season 2, Episode 4)*

Доктор Еддісон встановлює контакт одразу за допомогою **інформативних висловлень у функції пояснення з складності майбутньої операції** (*I'm going to have to take out your pancreas and re-route your intestines*). Вона подає інформацію чітко й без зайвих термінів, зберігаючи професійний, але співчутливий тон. Коли Джеремієві виникає занепокоєння через анестезію, він звертається до доктора Бейлі чи той сказав лікарці про складну переносимість анестезії. Доктор Бейлі відповідає у теплій, підтримуючій манері: *Don't I always have your back?*, що ілюструє їхнє міцне партнерство та зв'язок, створюючи екологічно дружнє середовище. Лікарі чітко роз'яснюють ризики, не приховуючи їх (*Your kidney function is decreasing rapidly*) – **інформативна функція роз'яснення ризиків**. Важливим моментом є усвідомлення Джеремієм серйозності свого стану, але він реагує, навіть жартуючи: *Yeah, but I'm me*, що викликає посмішку доктора Бейлі та показує емоційну близькість і підтримку – **фатична функція**. Посмішка і легка жартівлива манера спілкування з обох сторін сприяють збереженню гармонійності контакту навіть у такій важкій ситуації. Діалог завершується на ноті взаєморозуміння та прийняття: *Well, I like those odds... it's been sweet.* – **фатична функція**. Цей діалог демонструє унісонну комунікацію, де пацієнт і лікарі діють як **партнери**, демонструючи **унісонність** й підтримуючи один одного, що робить **взаємодію екологічною**.

Дисонанс, як результат комунікації, транслює дисбаланс, дисгармонію та непорозуміння між суб'єктами, що може виникати через низку обставин: зокрема, фізичне середовище, соціально-психологічні фактори, а також вибір

вербальних і невербальних компонентів комунікації та інші. Ці фактори є важливими при проведенні комунікації, як і лексичне збагачення, мовні конструкції, тон мовлення тощо, правильне формування повідомлення та ввічливість [26, с. 80]. Дисонансний контакт характеризується протистоянням, коли учасники з'ясовують стосунки через незгоду, заперечення або відмову. Цей тип контакту може бути виражений через опозитивні репліки та конфліктний тон у діалозі.

У наступному прикладі транслюється дисонанс у діалозі між двома лікарями та батьками пацієнта, які є його офіційними представниками:

**(10) DOCTOR: *Dr. Melendez is not just our best surgeon. He's one of the tops in the entire country, with the expertise to know that the best way to avoid a truly bad outcome in this procedure is to err on the side of caution.***

**FAMILY MEMBER 1: *W-We hear all that.***

**FAMILY MEMBER 2: *We do.***

**FAMILY MEMBER 1: *And we really appreciate you taking the time to explain everything.***

**FAMILY MEMBER 2: *But we would just be more comfortable having someone else take over from here.***

**FAMILY MEMBER 1: *You do understand?***

**DR. MELENDEZ: *Of course.***

**DOCTOR: *I assume you'd be okay if I perform Braden's second surgery?***

**FAMILY MEMBER 1: *Eh, the Chief of the department?***

**FAMILY MEMBER 2: *Absolutely.***

**FAMILY MEMBER 1: *Thank you, Doctor. (The Good Doctor, Season 2, Episode 16)***

Лікарі починають діалог та надають експерту оцінку ситуації, і за допомогою **інформативного висловлювання** підкреслюють професіоналізм доктора Мелендеза. Батьки не відчують себе комфортно та незгодні з вибором лікаря, це передається невербально, через їх занепокоєний вираз обличчя.

Незважаючи на досить ввічливе спілкування зі сторони обох сторін, зокрема батьків пацієнта (*we would just be more comfortable*) незручність та незадоволеність присутня.

Батьки транслюють недовіру до лікаря, та створюють дисонансну ситуацію. Вони надають перевагу власній оцінці та рішенням. Незважаючи на те, що вдалося досягти компромісу і спілкування з обох сторін було у ввічливій формі (*You do understand?, : I assume you'd be okay if I perform Braden's second surgery?*), і помітно, що сторона пацієнта прагне не образити медичний персонал, проте контакт не можна вважати гармонійний саме через конфлікт інтересів, де батьки керуються власними емоційними вподобаннями, а лікарі логікою та знанням. Хоча очевидно, що лікарі, як агенти медичного дискурсу, все одно намагаються вирішити ситуацію та допомогти пацієнту.

У наступному діалозі представлено активна комунікація лікаря із пацієнтом, яка визначена як дисонансна через висловлення негативних емоцій та розгубленості пацієнта: (11) DR. MURPHY: *I've discovered the cause of your liver problem.*

PATIENT: *Really? Fatty liver? Autoimmune? I've never had any symptoms of...*

DR. MURPHY: *No. You were being poisoned.*

PATIENT: *What? Who? Do you know who? How?*

DR. MURPHY: *I thought maybe the dose of herbs listed on the bottle was wrong*

PATIENT: *There's a toxic dose in there?*

DR. MURPHY: *No. There are no herbs at all in here. It contains sildenafil.*

*It's the active element in Viagra. It promotes blood flow in your penis.*

PATIENT: *I know what it does. They say it's natural herbs.*

DR. MURPHY: *They lied. Your idiopathic portal hypertension means your liver is vulnerable to abuse. The amount of sildenafil in here wouldn't kill most*

*people, but if someone with pre-existing liver issues took it every day. You were right.*

*PATIENT: You've been poisoning yourself. It's good news.*

*PATIENT: Those Communist bastards. (The Good Doctor, Season 3, Episode 4)*

Доктор Мерфі встановлює контакт з **інформативного висловлювання у функції відкриття діагнозу**: *I've discovered the cause of your liver problem*. Це виконує функцію відкриття діалогу та вводить основну тему розмови. Пацієнт, у свою чергу, реагує зацікавлено, висуваючи припущення щодо можливої *причини (Really? Fatty liver? Autoimmune?)*. Ця реакція демонструє очікування пацієнта отримати стандартний медичний діагноз – **інформативна функція запиту знань**. Проте його очікування не виправдилися. Доктор Мерфі оголошує пацієнту що його отруїли. Це висловлення викликає негайну реакцію у пацієнта: здивування та шок, питання *What? Who? Do you know who? How?* — підкреслюють його розгубленість і недовіру. Невербальні засоби комунікації включають підвищення тону голосу, розширення очей чи напруженість у тілі пацієнта, що демонструє емоційне потрясіння. Доктор Мерфі продовжує пояснювати ситуацію в прямолінійний і фактичний спосіб – **інформативна функція**, описуючи, як він виявив причину: *I thought maybe the dose of herbs listed on the bottle was wrong...* Його прямолінійність і використання конкретних термінів створюють напруження у спілкуванні. Пацієнт реагує з обуренням і недовірою – у **дисонансних функціях недовіри та підозри**: *I know what it does. They say it's natural herbs*. Пацієнт демонструє емоційний шок від нових даних. Доктор Мерфі продовжує пояснювати, підсумовуючи проблему і хоча він намагається дотримуватися професійного тону, прямолінійність і беземоційність його слів можуть зберігати дисонанс у розмові. Пацієнт спочатку погоджується з діагнозом, але потім саркастично і з обуренням вигукує: *Those Communist bastards*. Це висловлення відображає емоційний виплеск, який розмикає контакт. Доктор Мерфі зберігає професійну нейтральність, однак його підхід є прямолінійним і може здаватися жорстким у

порівнянні з емоційною реакцією пацієнта. Це створює відчуття, що спілкування менш екологічне, оскільки бракує тактичного пом'якшення у критичні моменти.

Ще одним прикладом дисонансу у медичному дискурсі є наступний діалог: *(12) ALEX (DOCTOR): Hey superkid.*

*MEGAN: Where are my parents?*

*ALEX (DOCTOR): They're talking to some grown-ups.*

*MEGAN: I'm not a moron. They're talking to a social worker.*

*ALEX (DOCTOR): Megan, these bruises, these cuts all over you, this isn't normal.*

*MEGAN: I get in fights a lot, OK? Cause I'm stronger than some of the other kids, I end up defending the ones who are wimpy or small or whatever.*

*ALEX (DOCTOR): You know you're scrawny, right? I mean you're not one of the big kids.*

*MEGAN: Yeah, but I can take them in a fight.*

*ALEX (DOCTOR): All right. Put your hands in here.*

*MEGAN: Why?*

*ALEX (DOCTOR): Because, we're gonna test your superpowers.*

*MEGAN: You don't believe me? Punch me in the stomach, right here. Come on, punch me in the stomach.*

*ALEX (DOCTOR): Let's just stick to the water. Put your hand in here, and I'll... I'll race you. You can race me.*

*ALEX (DOCTOR): What? Come on. What are you afraid of... afraid of a little ice? You afraid I'm gonna beat you? Come on, on the count of three. One. Two. Three.*

*ALEX (DOCTOR): Pull your hand out when it starts to hurt please.*

*MEGAN: What are you deaf? It won't start to hurt. Just think about it, okay? Superheroes are all kids with dead parents. Like me. And they all figured out when they were around my age that they could do things nobody else could. Like me. (Grey's Anatomy, Season 3, Episode 3)*

Діалог між лікарем Алексом і юною пацієнткою Меган з серіалу демонструє складну динаміку взаємодії. Він починається з привітного звернення *Hey superkid*, де лікар намагається створити невимушену атмосферу – **фатична функція**. Проте протягом усього діалогу можна побачити як пацієнтка відстороняється від контакту. Меган одразу показує свою настороженість і розуміння серйозності ситуації. Лікар Алекс тактовно порушує важливу тему травм (*These bruises, these cuts all over you, this isn't normal*). Це підсилює емоційну напругу, на що Меган реагує виправданням і самозахистом, розповідаючи про бійки. Дисонанс посилюється через саркастичні та захисні відповіді Меган, але лікар застосовує ігровий підхід, щоб розрядити ситуацію: *We're gonna test your superpowers*. Він уникає прямої конфронтації, намагаючись залучити її до гри, що може знизити напругу. У діалозі помітні невербальні прояви з боку лікаря: спокійний тон і усмішка сприяють створенню довірчої атмосфери. Лікар намагається гармонізувати спілкування і зменшити тривогу, демонструючи емпатію. Меган, навпаки, використовує провокативні жести і виклики, щоб підкреслити свою силу і незалежність (*Punch me in the stomach, right here*). Діалог яскраво ілюструє боротьбу між дисонансом і спробами лікаря створити унісон. Алекс докладає зусиль, щоб підтримати контакт і знайти підхід до пацієнтки, не порушуючи її психологічні межі, а навпаки, підтримуючи її через емпатію та екологічну комунікацію.

Отже, екологічні комунікативні контакти в англomовному медичному дискурсі базуються на знаннях стереотипної вномованої мовленнєвої поведінки лікаря та пацієнта, та культурних уявленнях англomовців про встановлення, підтримання та розмикання контакту, які можуть бути як гармонійними («плюс-полярність»), так і конфліктними («мінус-полярність»). Важливу роль у спілкуванні та його гармонії відіграють збереження психологічної дистанції, такт і ввічливість, які є фундаментальними для англomовної культури й тісно пов'язані з етикетом.

#### 2.4. Принципи екологічності в англomовному медичному дискурсі

Як показує проведене дослідження в англомовному медичному дискурсі поняття екологічності тісно пов'язане з такими поняттями, як такт, ввічливість, мовна ясність і прозорість та адаптивність. У цьому випадку екологічність означає не лише правильну граматику в мовленні й використання відповідних лінгвістичних структур, але й коректну інтонацію, форми звертання, ввічливі формулювання, правильно побудовані питання й відповіді, підтримка комунікативних ходів, висловлення поваги та відмова від мовленнєвої агресії. Крім того, психологічні елементи екологічного контакту, такі як співчуття, емпатія, здатність довіряти лікарю і підкоритися його вимогам, є вкрай важливими.

Задля створення сприятливої атмосфери та продукування екологічного спілкування в англомовному медичному дискурсі виокремлено наступні принципи:

- зрозумілість мови: у комунікації лікаря і пацієнта мова має бути чіткою і зрозумілою, без зайвого інформаційного шуму чи неперевіраних фактів. Наприклад, прості синтаксичні структури: замість “ *If you experience any unusual symptoms, including fever or chest pain, go to a healthcare facility immediately*” , *If you develop a fever or chest pain, see a doctor*” ;
- ввічливість та тактовність: лікар має демонструвати повагу і тактовність у спілкуванні з пацієнтом, бути ввічливим та обережним у висловлюваннях, не грубити і дотримуватися більш формального стилю спілкування “ *I am sorry it happened to you*”, “ *It is rather concerning*”, “ *I am afraid I have to...*”;
- уникнення надмірної та складної термінології: лікар має адаптувати медичні терміни, зберігаючи точність і доступність викладення інформації, що буде зрозуміліше пацієнту;
- логічність мовлення: інформація має подаватися у логічній послідовності, яка сприяє розумінню чи покращує сприйняття (наприклад, позитивні новини спочатку: “ *The treatment is already showing improvement*”);

- підтримка без критики: важливо утримуватись від критики і засудження, натомість надавати підтримку;
- фактичність і правдивість: інформація має бути подана обережно, проте обов'язково має бути точною і достовірною, щоб уникнути непорозумінь;
- коректний добір слів та фраз: відмова від слів-паразитів і недоречних фраз або негативно забарвлених виразів, Евфемізми: для м'якшого опису неприємних явищ можна використовувати евфемізми, наприклад, "*uncomfortable feeling*" замість "*pain*", що може зменшити тривогу пацієнта.;
- емпатія та емоційна підтримка: медичний персонал має бути уважним до емоцій пацієнта, намагатися зрозуміти його та проявляти співчуття та підтримку. "*I understand how frightening it can be*" / "*No worries. We will do everything possible*", таким чином можна висловити свою підтримку та розуміння стану пацієнта;
- граматична правильність: мова має бути граматично правильною, щоб підвищити авторитетність лікаря, наприклад, уникнення пасивних конструкцій "*We will take some analysis*";
- естетичні аспекти комунікації: важливо враховувати візуальне та вербальне подання інформації, що впливає на сприйняття діалогу;
- увага до невербальної символіки: наприклад, усмішка лікаря для прояву симпатії, підтримка зорового контакту, або відсутність занадто емоційної реакції аби не виникати нервові напруження та занадту тривожність у пацієнта;
- адаптація до контексту: лікар має враховувати різні фактори, зокрема психологічний стан пацієнта та його індивідуальні особливості та контекст спілкування;
- конфіденційність та довіра: лікар має дотримуватися правил конфіденційності інформації пацієнта, і ставити професійне перед особистим.

- взаємність комунікації: комунікація має бути двосторонньою, сприяти діалогу;
- отримання комунікаційних шаблонів: використання вітальних фраз і стратегій спілкування, ввічливість на початку або прикінці речення: “*please, thank you for your understanding*” є базовими фразами тактичного діалогу, і одночасно транслюють ввічливість комунікантів;
- використання позитивних висловлювань: для підбадьорення тон діалогу має переважно містити фрази для підтримки на кшталт: «*we are in this together*», «*we will help you on every step*» та інші;
- активне слухання: лікар може підсумовувати сказане пацієнтом, показуючи свою залученість і готовність до допомоги. Наприклад: “*I understand that you feel pain when...*”. Це також дозволяє пацієнту відчувати, що його чують і розуміють;
- уникнення надмірного патерналізму: лікар має уникати надмірного патерналізму або повчального тону, щоб пацієнт відчував повагу до його автономії. Замість “*You must ...*” можна сказати: “*I highly recommend you to ...*”;
- повага до культури та релігії пацієнта: важливо уникати тем, що можуть бути неприйнятними через культурні чи релігійні відмінності та зважати на них при побудові комунікації;

Таким чином, у медичному дискурсі саме психологічно-орієнтовані аспекти екологічності комунікації є важливішими. Так, згадані ввічливість та тактовність, етичність, емпатичність лікаря виходять на перший план при делікатному спілкуванні із пацієнтом. Згадані етичні аспекти є ключовими для взаємодії у медичній сфері.

## **Висновки до Розділу 2**

Стосунки між лікарем і пацієнтом будуються на взаємній повазі, а правила, що регулюють процес спілкування, визначаються статусом і етичними принципами. Враховуючи соціокультурні чинники, використання професійної

мови та дотримання комунікативних стратегій мають вирішальне значення для досягнення комунікативної гармонії, яка є життєво важливою складовою ефективною медичної практики. Етика входить до поняття «екологічності в дискурсі» медичному дискурсі вимагає поваги до гідності пацієнта, з урахуванням його культурних і особистих особливостей.

У спілкуванні комунікативний контакт проявляє фатичність та інформативність. Фатична функція відіграє вирішальну роль у встановленні та підтримці спілкування між індивідами сприяючи взаємному розумінню та культивує комфортне середовище. Інформаційна функція, у свою чергу, відповідає за передачу змістовної інформації.

За результатами дослідження медичного дискурсу: переважна кількість комунікативних контактів лікаря і пацієнта носить інформативний характер (71%), найчастіше у функції пояснення лікарем пацієнту аспектів лікування та діагнозу. Фатична частина спілкування часто виражається у вигляді висловлень у фатичних функціях підтримки, похвали пацієнта, надання поради, проте фатичних діалогів менше, приблизно у третині діалогів основна фатична функція — підтримати пацієнта та заспокоїти його. У більш ніж половині випадків у діалогах, а саме 66%, досягається гармонія між лікарем і пацієнтом, завдяки висловленню подяки на фазі розмикання контакту, через згоду з планом лікування, а також навіть жарти та гарний настрій пацієнта. Водночас непорозуміння та дисонансний контакт виявлено у 34% контактів, де під час діалогу було висловлено нерозуміння, відмова, неприйняття. Проте дисонансний діалог часто відбувається через психологічно- особистісні особливості пацієнта.

Комунікативний контакт може відбуватися в сприятливих умовах, коли мовці налаштовані на діалог, що приводить до згоди, гармонії, взаєморозуміння та співпраці, такий контакт є унісонним та екологічним. Водночас контакт може мати протилежний характер і розвивати конфлікт чи непорозуміння, що призводить до погіршення міжособистісних стосунків, і де не буде досягнуто злагоди, або присутні висловлення у дисонансних функціях негативної реакції

пацієнта, незадовільної оцінки роботи, розриву стосунків тощо; це є неекологічним типом комунікативного контакту.

У більш ніж половині випадків у діалогах, а саме 66%, досягається гармонія між лікарем і пацієнтом, завдяки висловленню подяки на фазі розмикання контакту, через згоду з планом лікування, а також навіть жарти та гарний настрій пацієнта. Водночас непорозуміння та дисонансний контакт виявлено у 34% контактів, де під час діалогу було висловлено нерозуміння, відмова, неприйняття. Проте дисонансний діалог часто відбувається через психологічно- особистісні особливості пацієнта.

Тож, виходячи з принципів екологічної комунікації, можна скласти наступний портрет англomовного лікаря в англomовному медичному дискурсі: ввічливий та тактовний, чесний і точний у своїй комунікації, уважний та адаптивний до пацієнта і обставин спеціаліст, який дотримується етичних та естетичних аспектів взаємодії, підтримує пацієнта і не засуджує його, зберігаючи лікарську таємницю і проявляючи емпатію та співчуття, залишаючись при цьому професіоналом. Лікар, який добре володіє вербальними засобами комунікації, вміє доступно пояснювати і доносити необхідну інформацію до адресата, а також слідкує за невербальною символікою, наприклад, підтримуючою усмішкою. Такий лікар впевнений у собі як спеціаліст, проте намагається зрозуміти пацієнта і знайти оптимальний підхід до кожної ситуації.

Отже, принципами екологічного контакту вважаємо: етичність лікаря, тактичність та ввічливість, вміння чітко та правильно доносити інформацію, повага та конфіденційність стосовно пацієнта, емпатичність та розуміння, навички ситуативної адаптації діалогу до пацієнта та впровадження комунікативних стратегій відповідно до індивідуальних особливостей пацієнта. Категорія «ввічливості», яке входить до принципу екологічності в англomовному дискурсі, є надзвичайно важливим у комунікативній категорії контакту. Воно задає тон усьому діалогу, і неввічливість може призводити до

дисонансу та непорозуміння, сприйматися як ворожість і викликати відповідну негативну реакцію співрозмовника.

Таким чином, екологічність у медичному дискурсі з еколінгвістичної точки зору полягає у дотриманні лікарів та пацієнтів принципів ясності подання інформації, прозорості у поясненні плану лікування, та підтримки етичної відповідальності, а також позитивного настрою та налаштованості на взаєпорозуміння тощо.

## ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

З розвитком мовознавства змінювалися акценти вивчення мови. Тепер науковців цікавить не характеристика або тип мови, їх цікавить соціокультурна складова, функціональність, специфіка конкретної ситуації мовлення. Еколінгвістика – це наука, що досліджує взаємодію між мовою, суспільством і навколишнім середовищем, акцентуючи увагу на впливі соціокультурних і екологічних чинників на мовленеві процеси. Вона розглядає мову як частину складної системи, де взаємодіють різні культурні, соціальні, психологічні та інші фактори, включаючи такі явища, як глобалізація, культурне розмаїття суспільства та суспільні зміни.

Дискурс є складним комунікативним явищем, яке включає як вербальні, так і невербальні компоненти та враховує соціальний, культурний і когнітивний контексти. Узагальнено поняття дискурсу розглядається абстрактно, проте саме з точки зору комунікативної категорії контакту, як функціонально-комунікативної одиниці, її специфіки та фаз встановлення, підтримання та замикання контакту, що конкретизує дискурс і призводить до розуміння останнього як комунікативно-функціонального утворення.

Інституційний дискурс є спеціальним дискурсом, що визначає суб'єктів дискурсу не як окремих осіб, а як представників соціальних ролей, що діють за встановленими правилами інституту.

Медичний дискурс, як частина інституційного дискурсу, функціонує у рамках статусно-рольових відносин між лікарем, або іншим медичним працівником, та пацієнтом. Медичний дискурс поєднує загальні характеристики інституційного дискурсу, такі як використання спеціалізованої лексики разом з унікальними рисами медичної сфери, наприклад орієнтацію на цінності збереження життя і здоров'я. Медичний дискурс є інституційним, оскільки характеризується стандартизованістю та динамічністю, а також має власні цінності, норми, ритуали, функції та тексти. Стандартизованість є ключовою характеристикою медичної комунікації.

Невербальні компоненти спілкування є важливими у медичному дискурсі. Поєднання вербальних і невербальних сигналів сприяє формуванню довіри між лікарем і пацієнтом, знижуючи тривожність пацієнта.

Узагальнено когмунікативний контакт представляє собою певну взаємодію адресата та адресанта, які є ключовими елементами контакту у рамках певного контексту, часто адресатом є пацієнт а адресантом, медичний персонал.

Фатичне та інформаційне спілкування представляють різні форми комунікації, які виконують різні функції контакту. Фатичне спілкування – це комунікація, яка спрямована не на передачу важливої інформації, а на підтримання соціального контакту. Інформаційне спілкування, навпаки, має на меті передачу конкретних фактів або даних. Передана інформація може мати як об'єктивний, так і суб'єктивний характер, з особистою оцінкою та соціально-психологічною складовою.

За результатами дослідження, переважна кількість проаналізованих діалогів є унісонними, а саме 66%, де досягається гармонія між лікарем і пацієнтом, завдяки висловленню подяки на фазі розмикання контакту, через згоду з планом лікування, задоволення діями лікаря, а також навіть жарти та гарний настрій пацієнта. Проте понад 34% контактів є дисонансними, що, як виявилось під час аналізу, не завжди зумовлено діями лікаря, який зазвичай намагається створити атмосферу злагоди. Дисонанс часто провокується пацієнтом, який або принципово відмовляється від співпраці, або не може миттєво відреагувати на, наприклад, неприємні новини. У таких діалогах пацієнт уживає висловлення у дисонансних функціях незадоволення діями медиків, відмови від лікувальних заходів, розриванням контакту з лікарем.

Тож, запорукою екологічності комунікативного контакту у медичній сфері є гармонійність, де відбувається повне розуміння між пацієнтом і лікарем, що створює важливу довіру і взаєморозуміння.

**Перспективу** роботи вбачаємо у дослідженні екологічності способів і засобів комунікативних контактів у бізнес-сфері.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Андрійчук В. А. Еколінгвістика як новітній напрям досліджень у сучасній науковій парадигмі. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. пр. Серія: Філологія. Одеса: Міжнародний гуманітарний університет, 2021. Т. 1, № 52.
2. Батечко Н. До проблеми типології дискурсу. Наукові записки. 2007. 112 с.
3. Бондар Л. В., Полюк І. С., Рибчук О. С. Лінгвопрагматичний аспект дослідження медичного дискурсу. Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. пр. Серія: Філологія. Журналістика, 2022. Т. 33 (72). № 1. Ч. 2. С. 26–31.
4. Жуковська В.В., Деркач Н.О. Еколінгвістика: становлення та основні напрями досліджен. Науковий вісник Волинського національного університету ім. Лесі Українки. пр. Серія: Філологічні науки, 2011. Ч. 1 (2). С. 66–70.
5. Каліщук Д. М. До проблеми типології дискурсу. Київ, 2007. С.50-52
6. Кащишин Н. Є. Дипломатичний дискурс як вид інституційного дискурсу. Наукові записки. пр. Серія Філологічні науки, 2017. Вип. 153. С. 232–235.
7. Козирєв М. П. Комунікативні бар'єри спілкування та шляхи їх подолання. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія «Психологічна», 2014. Вип. 1. С. 201–211.
8. Колісник Ю. Текст і дискурс: проблеми дефініцій . Вісник Нац. ун-ту Львівська політехніка. пр. Серія Проблеми української термінології, 2010. № 675. С. 111–114.
9. Корольов І. Р. Поняття дискурсу в сучасному мовознавстві: визначення, структура, типологія: наукові записки, 2012. С.285-305.
10. Куца В. А. Еколінгвістика як новітній напрям досліджень у сучасній науковій парадигмі. ISSN 2409-1154. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Філологія, 2021. № 52 Т.1. С.12-18.
11. Литвиненко Н. П. Медичний дискурс у системі фахової комунікації. Наукові записки. пр. Серія: філологічні науки, 2015. № 138. С. 26–29.

- 12.Литвиненко Н. П. Український медичний дискурс: монографія. Х.: Харківське історико-філологічне товариство, 2009. 304 с.
- 13.Литвиненко Н. П. Сучасний український медичний дискурс: автореф. дис. д-ра філол. наук. Київ, 2010. 35 с.
- 14.Морозова О. Екологічний підхід до аналізу неправдивих висловлень. Мовні і концептуальні картини світу. Вип. 55. Київ: ВПЦ «Київський університет», 2015. С. 258–266.
- 15.Раду А. І. Мовна екологія: напрями та проблеми дослідження. Гуманітарна освіта в технічних вищих навчальних закладах, 2013. № 27. С. 191–197.
- 16.Солощук Л. В. Принцип ідентифікаційної взаємодії вербальних та невербальних компонентів комунікації в англomовному діалогічному дискурсі. Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка, 2005. С. 282-286.
- 17.Типологія сучасного дискурсу: Монографія. К.: Освіта України, 2016. 60 с.
- 18.Томчаковська Ю. О. Дискурсологія: напрями і завдання (теоретичний огляд). Записки з романо-германської філології. Випуск 1 (46), 2021. С.115-121.
- 19.Чемпоєш. В. В. Навчальний філологічний дискурс як об'єкт лінгвістичних досліджень, 2018.113 с.
- 20.Шаніна О. С. Медичний дискурс : комунікативно-прагматичний і сугестивний аспекти : дис. канд. філол. наук. Одеса, 2015. 265 с.
- 21.Шаніна О. С. Стратегії і тактики мовленнєвої поведінки лікаря. Записки з українського мовознавства, 2010. Вип. 19. С. 50–56. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/zukm\\_2010\\_19\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/zukm_2010_19_8) (дата звернення: 01.10.2024).
- 22.Шаніна О. С. Ятрогенія у мовленнєвій поведінці лікаря: сугестивний вплив. Науковий вісник Херсонського державного університету.пр. Серія «Лінгвістика». Збірник наукових праць. Випуск XII. Херсон: Видавництво ХДУ, 2010. С. 425–428.
- 23.Шаніна О. С., Сікорська О. О. Комунікативні бар'єри у спілкуванні «лікар-пацієнт» . Київ: 2022. 213 с.

- 24.Шпак О. В. Комунікативна категорія контакт із позицій еколінгвістики. Вісник ХНУ імені В. Н. Каразіна. Іноземна філологія. 2017. #85, 108-115.
- 25.Шпак О. В. Реалізація комунікативної категорії «контакт» в інституційному дискурсі. Вісник ХНУ імені В. Н. Каразіна.пр. Серія: Іноземна філологія. Методика викладання іноземних мов., 2015. 1102 (77), С. 107–112.
- 26.Шпак О. В. Реалізація комунікативної категорії контакт у сучасному англomовному дискурсі. Дис.: Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2015. 240 с.
- 27.Шутак Л. Б. Медичний дискурс як невід’ємна частина української дискурсології. 2021.
- 28.Юкало В. Я. Мовні стереотипи в комунікаціях лікаря: дис. канд. філол. наук. Київ, 2003. 499 с.
- 29.Юрченко.М.В. Поняття дискурсу з точки зору сучасної лінгвістики: трактування та класифікація політичного дискурсу. Житомирський державний університет імені Івана Франка, 2011.
- 30.Яшенкова О. В. Основи теорії мовної комунікації: навч. посіб. К.: ВЦ «Академія», 2010. 312 с.
- 31.Andersen, P. A. Nonverbal Communication: Forms and Functions. Waveland Press. 2022. 200 p.
- 32.Bristowe, K., Harris, P.). Michel Foucault: Discourse in the modern medical consultation. Medical Education, 31(9), 2014. P. 552–553.
- 33.Cambridge Dictionary. (n.d.). Retrieved from <https://dictionary.cambridge.org>.
- 34.Fill, A.. The Ecolinguistics Reader: Language, Ecology, and Environment. New York: Routledge. 2020. 312p.
- 35.Fill, A., & Mühlhäusler, P. Language and Ecology: A New Paradigm in Linguistics. New York: Routledge.2001. 58 p.
- 36.Fill, A., & Penz, H. The Handbook of Ecolinguistics. New York: Routledge. 2017. 320 p.
- 37.Gee, J. P. An Introduction to Discourse Analysis: Theory and Method. New York: Routledge. 2002. 412 p.

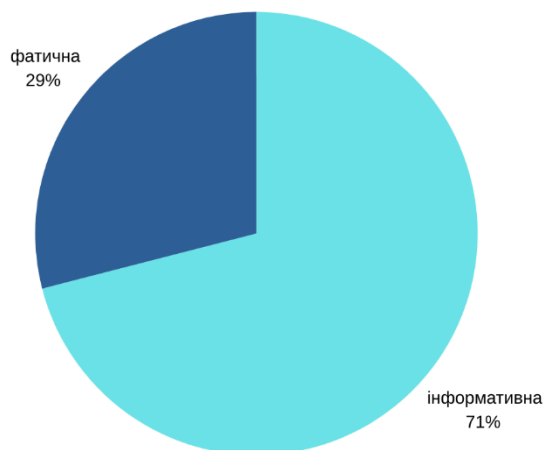
- 38.Haugen, E. The Ecology of Language. Stanford. 1972. 211 p.
- 39.Knapp, M. L., & Hall, J. A. Nonverbal Communication in Human Interaction (7th ed.). Wadsworth Publishing. 2010.
- 40.Oxford Learner's Dictionaries. (n.d.). Retrieved from <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com>.
- 41.Parker, I. Discourse Dynamics: Critical Analysis for Social and Individual Psychology. London: Routledge.1992.
- 42.Penz, H., & Fill, A. Ecolinguistics: History, today, and tomorrow. Journal of World Languages. 2022.
- 43.Schiffrin, D. Approaches to Discourse: Language as Social Interaction. Oxford: Blackwell. 1994.114 p.
- 44.Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. Skills for Communicating with Patients. CRC Press.2013.
- 45.Stibbe, A. Ecolinguistics: Language, Ecology, and the Stories We Live By. New York: Routledge.2015.
- 46.Van Dijk, T. A. Discourse Studies: A Multidisciplinary Introduction. London: Sage. 1997.
- 47.Van Dijk, T. A., & Kintsch, W. Strategies of Discourse Comprehension. New York: Academic Press. 1983.
- 48.Yevdokymova I. O., Vaslavska O. G. (2021) Institutional Medical Discourse: Intonation Means. 2021.
49. Shpak O. Ecolinguistic Features of English-speaking Military discourse // Global science: prospects and innovations. Proceedings of the 6th international scientific and practical conference. Cognum Publishing House. Liverpool, United Kingdom. 2024. Pp. 426-431.
50. Tannen D. Gender and Discourse. N.Y., Oxford: Oxford University Press, 1994. 203 p.

#### **СПИСОК ДЖЕРЕЛ ІЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРІАЛУ**

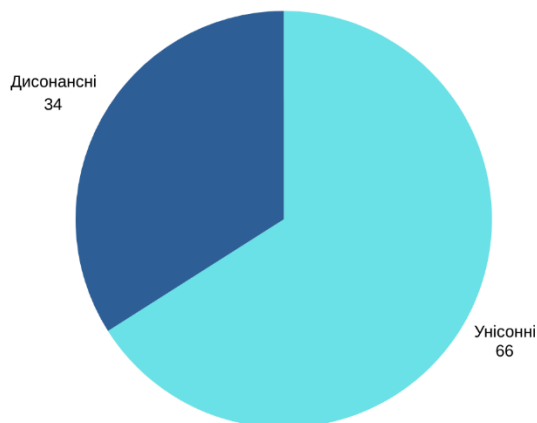
1. «Chemistry of Death». [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.netflix.com/browse> (дата звернення: 20.09.2024).

2. «Grey's Anatomy». [Электронный ресурс]. Режим доступа:  
[https://www.springfieldspringfield.co.uk/episode\\_scripts.php?tv-show=greys-anatomy](https://www.springfieldspringfield.co.uk/episode_scripts.php?tv-show=greys-anatomy) (дата звернения: 20.09.2024).
3. «House M.D.». [Электронный ресурс]. Режим доступа:  
[https://www.springfieldspringfield.co.uk/episode\\_scripts.php?tv-show=house-md](https://www.springfieldspringfield.co.uk/episode_scripts.php?tv-show=house-md) (дата звернения: 5.10.2024).
4. «New Amsterdam». [Электронный ресурс]. Режим доступа:  
[https://www.springfieldspringfield.co.uk/episode\\_scripts.php?tv-show=new-amsterdam-2018](https://www.springfieldspringfield.co.uk/episode_scripts.php?tv-show=new-amsterdam-2018) (дата звернения: 18.10.2024).
5. «The Good Doctor». [Электронный ресурс]. Режим доступа:  
[https://www.springfieldspringfield.co.uk/episode\\_scripts.php?tv-show=the-good-doctor-2017](https://www.springfieldspringfield.co.uk/episode_scripts.php?tv-show=the-good-doctor-2017) (дата звернения: 3.10.2024).

## ДОДАТОК А

**Інформативна та фатична складова в англomовному медичному дискурсі**

Діаграма 1. Співвідношення інформативної та фатичної складових у реалізації контакту в англomовному медичному дискурсі

**Типи контакту в англomовному медичному дискурсі**

Діаграма 2. Унісонний та дисонансний контакт в англomовному медичному дискурсі

## ABSTRACT

**of the MA thesis “Ecolinguistic Features of English  
Medical Discourse” (Kharkiv, 2024),  
written by Daryna Torianyk  
(research advisor Associate Professor, Ph.D. O.V. Shpak)**

This thesis investigates the communicative contact in English medical discourse seen from the point of view of ecological linguistics. The significant impact on the effectiveness of communication, which can heavily influence the patient’s condition, accounts for the **relevance** of the study of modern ecolinguistics. This in turn necessitates a comprehensive analysis of the ecological contact that contributes to the harmonious flow of communication.

The **object** of the study is communicative interaction within the doctor-patient contact in the English-speaking medical environment. The **subject** of the research is the ecological means of communicative contact.

The research **aims** to determine the impact of communication strategies and the specific means of ecological communication between doctor and patient.

To achieve this goal, the following **objectives** need to be accomplished:

- to consider ecolinguistics as a science and clarify the concept of discourse and its typology;
- to characterize medical discourse as a subtype of institutional discourse and define its main features, describe its communicative specificity;
- to define the concept of “communicative category of contact” and to study its role in English medical discourse;
- to describe the norms of communication in English medical discourse, in particular ethical and aesthetic aspects that affect the doctor-patient interaction;
- to analyze informative and phatic components in the communicative behavior of the doctor-patient contact;
- to study the correlation of unison and dissonant contact types and define the ecological principles of effective communication in English medical discourse;

**The methods** of the research include the method of *discourse analysis* to study the specifics of medical discourse and communication between its subjects; *contextual interpretive analysis* to investigate and interpret the doctor-patient interaction; *functional-communicative* method to study the role of the informative-factual component and environmental aspect and *quantitative analysis* to determine the frequency of use of various types and functions of communication.

**The novelty** of the study lies in the consideration of the eco-linguistic features of English medical discourse.

**The practical significance** of the results obtained is to create a basis for further in-depth analysis of the eco-linguistic component of medical discourse and the possibility of using the collected material in case studies, textbooks, and articles.

**The set of data** used for analysis consists of 113 dialogues from scripts and subtitles displayed in the English-language medical series that show live interaction between a doctor and patient.

**The structural parts** of this masters' thesis are: an introduction, two chapters with subsections and conclusions, general conclusions, a list of references (50 sources, including 18 in a foreign language), a list of sources of illustrative material, and an appendix. The total volume of the master's thesis is 58 pages.

The **first** chapter identifies the key ecolinguistic aspects of communication in English medical discourse as a part of institutional discourse, in particular the specifics of verbal and non-verbal use of symbols that play an important role in the doctor-patient interaction. An in-depth analysis of the communicative category of 'contact' in the medical context is carried out.

The **second** chapter examines these ethical and eco-linguistic factors on the basis of examples of speech utterances that reflect the professional image of a doctor that meets the requirements of institutional discourse while maintaining a personalized approach to patients, focusing on factors for the professional activity of a doctor, such as politeness, tact, empathy and adaptability. The ways and means of ecological communication, informative/phatic functions of the utterances, unison/dissonant contacts are specified in respect to the object-matter of the research.

**The main findings** of the research are presented in the **article** (8 pages) (to appear in the collected articles of the students of the School of Foreign Languages, Vasyl' Karazin Kharkiv National University).