

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Wydział Nauk Humanistycznych
Instytut Językoznawstwa

Nauczanie JPJO do celów specjalistycznych.
Model rozwijania sprawności językowych na
przykładzie *polskiego języka medycyny (medycznego)*

Paulina Magdalena Oczko
116007

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem
dr hab. Magdaleny Smoleń-Wawrzusiszyn, prof. KUL

Lublin 2022

Pragnę wyrazić wielką wdzięczność Mojemu Mistrzowi i jednocześnie
promotorowi niniejszej rozprawy, dr hab. prof. KUL
Magdalenie Smoleń-Wawrzusiszyn za zrozumienie,
bezcenną pomoc merytoryczną oraz cierpliwość.

SPIS TREŚCI

Wstęp.....	9
CZĘŚĆ I	
Rozdział I. Języki specjalistyczne w badaniach językoznawczych.....	19
1.1. Pojęcie i definicja <i>języka specjalistycznego</i>	21
1.1.1. Rozbieżności terminologiczne.....	21
1.1.2. Definiowanie i wyróżniki <i>języka specjalistycznego</i>	24
1.2. Perspektywa typologiczna.....	36
1.3. <i>Języki specjalistyczne</i> w glottodydaktyce polonistycznej.....	41
1.3.1. Stan badań nad glottodydaktyką języków specjalistycznych.....	41
1.3.2. Podręczniki i programy nauczania.....	47
1.4. Podsumowanie.....	53
Rozdział II. Glottodydaktyka języków specjalistycznych.....	57
2.1. Wprowadzenie.....	59
2.2. Modelowe ujęcie procesu uczenia (się) języków specjalistycznych.....	63
2.2.1. Uczący się w układzie glottodydaktycznym.....	65
2.2.2. Nauczyciel w układzie glottodydaktycznym.....	69
2.2.3. Materiały w układzie glottodydaktycznym.....	72
2.3. Planowanie i organizacja kursu języka specjalistycznego.....	75
2.3.1. Analiza potrzeb specjalistycznych.....	75
2.3.2. Dobór materiału językowego i opracowanie ćwiczeń.....	76
2.3.3. Współczesne podejścia do nauczania języków specjalistycznych.....	78
2.3.4. Ocenianie i ewaluacja kompetencji językowych.....	82
2.4. Podsumowanie.....	83
Rozdział III. <i>Polski język medycyny (medyczny)</i> jako język specjalistyczny...85	85
3.1. Stan badań nad <i>polskim językiem medycyny (medycznym)</i>	87
3.1.1. Badania lingwistyczne.....	88
3.1.2. Glottodydaktyczne nurty badawcze.....	90
3.1.3. Ujęcie prawne.....	102
3.2. Typologie językowe i gatunkowe <i>polskiego języka medycyny(medycznego)</i>	104
3.2.1. Horyzontalny i wertykalny podział języka medycznego.....	104
3.2.2. Wewnętrzne zróżnicowanie polszczyzny medycznej.....	108
3.3. Wyróżniki <i>polskiego języka medycyny (medycznego)</i> i komunikacji medycznej.....	115
3.3.1. Specjalistyczny przedmiot.....	115
3.3.2. Użytkownicy języka i uczestnicy komunikacji medycznej.....	117
3.3.3. Cechy systemowo-stylistyczne.....	123
3.3.4. Funkcje językowe	133
3.4. Podsumowanie.....	135
Rozdział IV. Sprawności językowe w nauczaniu języka ogólnego i specjalistycznego.....	137
4.1. Pojęcie <i>sprawności językowej i techniki</i>	139

4. 2. Sprawność słuchania.....	141
4.2.1. Proces rozumienia ze słuchu.....	141
4.2.2. Charakterystyka tekstu mówionego.....	143
4.2.3. Nauczanie słuchania.....	145
4.2.3.1. Etapy i techniki rozwijania słuchania.....	149
4.2.3.2. Kryteria doboru tekstu.....	151
4.3. Sprawność mówienia.....	154
4.3.1. Proces produkcji mowy.....	154
4.3.2. Komunikacja niewerbalna.....	157
4.3.3. Model komunikacji w relacji <i>lekarz – pacjent</i>	158
4.3.4. Nauczanie mówienia.....	160
4.3.4.1. Kompetencje i reguły rozwijania sprawności mówienia.....	162
4.3.4.2. Rodzaje ćwiczeń i techniki nauczania mówienia.....	164
4.4. Sprawność czytania.....	167
4.4.1. Proces rozumienia tekstu pisanego.....	168
4.4.2. Charakterystyka wypowiedzi pisemnej.....	172
4.4.3. Nauczanie czytania.....	175
4.4.3.1. Kryteria doboru materiału.....	176
4.4.3.2. Etapy czytania w języku obcym.....	180
4.4.3.3. Strategie rozumienia tekstu.....	182
4.4.3.4. Techniki nauczania czytania.....	185
4.5. Sprawność pisania.....	188
4.5.1. Nauczanie pisania.....	189
4.5.1.1. Etapy i zasady rozwijania sprawności pisania.....	189
4.5.1.2. Rodzaje tekstów i techniki nauczania pisania.....	193
4.6. Warsztat metadydaktyczny w rozwijaniu sprawności.....	194
4.7. Podsumowanie.....	196

CZEŚĆ II

Rozdział. V. Podstawa materiałowa i metodologia.....

5.1. Problematyka i cel rozprawy.....	203
5.2. Korpus badawczy.....	207
5.3. Metodologia oraz narzędzia badawcze.....	212
5.3.1. Kryteria analizy materiałów glottodydaktycznych.....	213
5.3.2. Kryteria analizy sylabusów i ofert szkół prywatnych.....	219
5.3.3. Badanie perspektywy uczącego się i nauczyciela.....	221

Rozdział VI. Praktyka rozwijania sprawności językowych w materiałach do nauczania *polskiego języka medycyny (medycznego)*.....

6.1. Rozwijanie sprawności rozumienia ze słuchu.....	227
6.1.1. Koncepcje autorów materiałów.....	227
6.1.2. Jakość nagrań.....	229
6.1.3. Gatunek, język i tematyka tekstów.....	231
6.1.4. Techniki nauczania słuchania.....	236
6.1.5. Wnioski.....	244

6.2. Rozwijanie sprawności mówienia.....	246
6.2.1. Koncepcje autorów materiałów.....	246
6.2.2. Kompetencja socjolingwistyczna i potencjał komunikacyjny tekstów.....	247
6.2.3. Techniki nauczania mówienia.....	254
6.2.4. Wnioski.....	259
6.3. Rozwijanie sprawności rozumienia tekstu pisanego.....	260
6.3.1. Koncepcje autorów materiałów.....	260
6.3.2. Złożoność językowa, struktura, gatunki i tematyka tekstów.....	263
6.3.3. Przydatność tekstów dla uczących się.....	270
6.3.4. Techniki nauczania czytania.....	273
6.3.5. Wnioski.....	280
6.4. Rozwijanie sprawności pisania.....	282
6.4.1. Koncepcje autorów materiałów.....	282
6.4.2. Formy gatunkowe wypowiedzi pisemnych.....	283
6.4.3. Techniki nauczania pisania.....	285
6.4.4. Wnioski.....	286
6.5. Warsztat metadydaktyczny.....	288
6.6. Podsumowanie.....	290
Rozdział VII. Programy kursów języka polskiego dla przyszłych lekarzy i	
testowanie <i>polskiego języka medycyny (medycznego)</i>.....	293
7.1. Programy nauczania języka polskiego na uczelniach medycznych.....	295
7.1.1. Nazewnictwo i organizacja zajęć.....	295
7.1.2. Cele i efekty kształcenia językowego.....	297
7.1.3. Zakres działań dydaktycznych.....	300
7.1.4. Inwentarz zagadnień tematycznych.....	305
7.1.5. Materiały glottodydaktyczne.....	311
7.2. Programy nauczania <i>polskiego języka medycyny (medycznego)</i> w ośrodkach nieakademickich.....	313
7.2.1. Nazewnictwo i organizacja zajęć.....	313
7.2.2. Cele nauczania języka.....	315
7.2.3. Inwentarz zagadnień tematycznych.....	317
7.2.4. Materiały glottodydaktyczne.....	318
7.3. Egzamin z języka polskiego organizowany przez Naczelną Izbę Lekarską	323
7.4. Podsumowanie.....	332
Rozdział VIII. Uczący się i nauczyciel w procesie rozwijania sprawności	
językowych do celów specjalistycznych.....	337
8.1. Perspektywa uczącego się.....	339
8.1.1. Charakterystyka grupy badawczej.....	339
8.1.2. Sprawności językowe – rola i hierarchia.....	347
8.1.3. Kompetencje komunikacyjne i umiejętności w zawodzie lekarza.....	352
8.1.4. Potrzeby i oczekiwania uczących się.....	357
8.2. Perspektywa nauczyciela.....	362
8.2.1. Charakterystyka grupy badawczej.....	362
8.2.2. Narzędzia dydaktyczne.....	363

8.2.3. Sprawności językowe – rola i hierarchia.....	367
8.2.4. Kompetencje językowe w zawodzie lekarza.....	368
8.3. Podsumowanie.....	371

CZĘŚĆ III

Rozdział IX. Model rozwijania sprawności językowych w nauczaniu języka medycznego – propozycja autorska.....	377
9.1. <i>Polski język medycyny (medyczny)</i> do celów akademickich i zawodowych – autorskie ustalenia terminologiczne i definicyjne.....	379
9.2. Wymagania i działania komunikacyjne (językowe) dla lekarza.....	389
9.2.1. Samokształcenie.....	391
9.2.2. Komunikacja <i>lekarz – lekarz</i>	394
9.2.3. Komunikacja <i>lekarz – pacjent</i>	395
9.3. Rozwijanie sprawności językowych na zajęciach <i>polskiego języka medycyny (medycznego)</i> do celów akademickich/naukowych.....	398
9.4. Rozwijanie sprawności językowych na zajęciach <i>polskiego języka medycyny (medycznego)</i> do celów zawodowych.....	405
9.5. Rozwijanie sprawności językowych na lektoracie z języka polskiego z elementami <i>języka medycyny (medycznego)</i> na uczelni medycznej.....	411
9.6. Nauczanie <i>polskiego języka medycyny (medycznego)</i> w XXI w. – kierunki dalszych badań	412
Streszczenie po polsku	417
Streszczenie po angielsku.....	421
Literatura przedmiotu.....	425
Bibliografia.....	428
Netografia.....	450
Wykaz tabel, wykresów, schematów.....	452
Aneks.....	456

Wstep

Przedmiotem prezentowanych w niniejszej rozprawie badań jest nauczanie/uczenie się *polskiego języka medycyny (medycznego)* (dalej PJMed)¹, ze szczególnym uwzględnieniem w tym procesie rozwijania receptywnych i produktywnych sprawności językowych, określanych w najnowszej literaturze działaniami językowymi (ESOKJ 2003: 24-25).

Na podjęcie takiego tematu z perspektywy lingwistycznej i glottodydaktycznej wpłynęło kilka zasadniczych czynników. Przede wszystkim kilkuletnie doświadczenie w pracy lektora języka polskiego jako obcego (dalej JPJO) oraz zainteresowania skupione wokół glottodydaktyki polonistycznej skierowały moją uwagę na nauczanie polszczyzny do celów specjalistycznych.

Impulsem do podjęcia badań nad PJMed stała się także osobista praktyka autorki w zakresie nauczania języka polskiego na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym w latach 2017-2021 oraz na kursach językowych dla lekarzy-cudzoziemców, które odbywały się od listopada 2020 r. do września 2021 roku. Blisko czteroletnia praktyka nauczania PJMed miała także znaczenie dla faktycznego zrozumienia specyfiki nauczania polskiego języka specjalistycznego.

Obserwacja ogólnościowych tendencji, wszechobecnej globalizacji, wzrostu znaczenia polskich uczelni w świecie oraz polskiego rynku pracy na arenie międzynarodowej utwierdziły mnie w przekonaniu, iż początek XXI w. zaowocował jeszcze większym zainteresowaniem nauczaniem i uczeniem się języka polskiego do celów specjalistycznych niż jak to miało miejsce do tej pory. We współczesnych realiach – jak podkreśla M. Sowa (2013: 5) – nie da się już oddzielić kształcenia językowego od potrzeb i wymagań rynku pracy. Potwierdzeniem tej tezy jest Rozporządzenie MEN w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach² oraz – co jest istotne z perspektywy podjętej problematyki – *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry*³. Ze względu na rozwijające się w Polsce globalne realia wolnorynkowe zapotrzebowanie na nauczanie komunikacji specjalistycznej w JPJO sukcesywnie się zwiększa, to natomiast przekłada się także na przyrost odpowiedniej literatury

¹ W literaturze można spotkać określenie *język polski medycyny* i *język polski medyczny*. Z tego powodu zdecydowałam się na konsekwentne używanie określenia *język polski medycyny (medyczny)*, zamiennie z *polszczyzna medycyny (medyczna)*, *kształcenie językowe dla potrzeb medycznych*, *język polski do celów medycznych*.

²<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20120000184/O/D20120184.pdf> (dostęp 13.04.2021).

³ <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970280152/O/D19970152.pdf> (dostęp 13.04.2021).

i pomocy dydaktycznych. Notowany na przestrzeni ostatnich lat wzrost zainteresowania zarówno językiem polskim ogólnym (dalej JOg), jak specjalistycznym (dalej JS) jest wynikiem natężonej migracji, powstających nowych miejsc pracy w sektorach nowoczesnych usług biznesowych oraz odpowiedzią na rozwój i zwiększony zakres potrzeb komunikacyjnych współczesnego człowieka. Obecnie języki specjalistyczne zyskują zupełnie nowy, podnoszący ich rangę status. Profesjonalna kompetencja językowa jest gwarantem osiągnięcia sukcesów w życiu zawodowym, ponieważ komunikatywny poziom języka obcego nie jest wystarczający, aby podjąć pracę w konkretnej branży (bankowość, rynek nieruchomości, ochrona zdrowia itp.). Problematyka nauczania polskiego języka specjalistycznego stanowi ogromne wyzwanie dla najnowszej glottodydaktyki polonistycznej. Teoretycy i praktycy tej subdyscypliny stoją przed niełatwym zadaniem kształcenia osób, które w przyszłości będą kompetentnymi uczestnikami nie tylko komunikacji prywatnej, ale również publicznej, edukacyjnej i zawodowej. Uważne obserwacje tego zjawiska na polskim gruncie, zarówno w ujęciu praktycznym, jak i teoretycznym pozwoliły na postawienie kilku tez.

Po pierwsze, mimo wieloletniej tradycji kształcenia językowego w zakresie polszczyzny medycznej (od połowy lat 70. XX w. – jeśli za okres początkowy uznamy pierwsze lektoraty m.in. na Uniwersytecie Łódzkim i Uniwersytecie Jagiellońskim), wciąż brakuje w tym zakresie uporządkowanych podstaw teoretycznych. Nie sposób oprzeć się wrażeniu, iż sama praktyka w postaci podręczników do nauczania PJMed przedstawia się jako bogatsza w osiągnięciach niż myśl teoretyczna.

Po drugie, początkowo nauczanie języków specjalistycznych dotyczyło przede wszystkim młodych osób przygotowujących się do studiów w Polsce. Pod koniec ubiegłego wieku do Polski zaczęło przyjeżdżać coraz więcej osób dorosłych, głównie z Europy Zachodniej, z zamiarem podjęcia u nas pracy, a po wstąpieniu przez Polskę do Unii Europejskiej atrakcyjność naszego kraju wzrosła jeszcze bardziej. Chodzi przede wszystkim o osoby wykształcone, zazwyczaj pełniące wysokie stanowiska w firmach zagranicznych. Na sytuację tę zwróciła uwagę w 2000 r. M. Gaszyńska-Magiera (2000: 146-147), prognozując też, że kolejne lata przyniosą napływ – oprócz osób w wieku licealnym i akademickim – inne grupy odbiorców języka polskiego: wykształconych specjalistów. Uczona

wyraźnie podkreśliła, że sytuacja ta stanowić będzie wyzwanie dla teoretyków i praktyków nauczania JPJO. Kwerenda licznych czasopism naukowych, publikacji pokonferencyjnych oraz prac naukowych wykazała, że temat nauczania JS, szczególnie jego teoretyczne podstawy, nie był podejmowany zbyt często, a przynajmniej nie tak często, jakby można się tego spodziewać przy obecnym zapotrzebowaniu rynkowym. B. Ligara i W. Szupelak (2012: 48) zwracają uwagę, że naukowy opis polskich języków specjalistycznych i metodologii ich nauczania pozostaje wciąż wyzwaniem dla polonistycznej myśli glottodydaktycznej. Dopiero ostatnia dekada przynosi ożywienie w tej kwestii w postaci prac naukowych, jak i podręczników do nauczania JS.

Kolejną kwestią istotną dla podjętych badań jest wzrost znaczenia polskich uczelni na międzynarodowym rynku edukacyjnym, który dał początek m.in. programom medycznym w języku angielskim. To z kolei sprawiło, iż ośrodki akademickie stanęły przed koniecznością tworzenia kursów oraz lektoratów skoncentrowanych na nauczaniu polszczyzny ogólnej z elementami słownictwa specjalistycznego (medycyny/medycznego) wśród cudzoziemców⁴. Nauczanie polszczyzny medycznej ma na celu przygotowanie uczących się do efektywnego funkcjonowania akademickiego i zawodowego w środowisku polskojęzycznym. Działaniem priorytetowym w tym zakresie jest doskonalenie kompetencji komunikacyjnej oraz skupienie się na zagadnieniach językowych ściśle wynikających z funkcjonowania zawodowego w środowisku medycznym, w tym pogłębianiu znajomości terminologii medycznej i leksyki z zakresu nauk medycznych.

Z uwagi na wieloaspektową dyskusję nad podjętym zadaniem praca została podzielona na trzy główne części.

Rozprawę otwiera Część I, na którą składają się cztery rozdziały. Jest ona poświęcona zagadnieniom teoretycznym z zakresu badań lingwistycznych i glottodydaktycznych nad językami specjalistycznymi oraz ich nauczaniem i uczeniem się. Centralne miejsce w tych rozważaniach zajmuje *polski język medycyny (medyczny)* jako język specjalistyczny oraz sprawności językowe w

⁴ Od lat 90. ubiegłego wieku regularnie zaczęto otwierać lektoraty języka polskiego do cudzoziemców w studiach języków obcych uniwersytetów medycznych: Uniwersytet Medyczny w Lublinie od 1994 r., Uniwersytet Medyczny w Szczecinie od 2001 r., Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu od 2008 r., Gdański Uniwersytet Medyczny od 2002 r., Uniwersytet Medyczny w Białymstoku od 2004 roku, Warszawski Uniwersytet Medyczny od 2005 roku.

kształceniu językowym. W odniesieniu do badań epistemologicznych prowadzonych w Części I za cele główne przyjmuje:

- 1) zaprezentowanie głównych badań z językoznawstwa i lingwistyki stosowanej dotyczących języków specjalistycznych;
- 2) podsumowanie dorobku glottodydaktyki polonistycznej nad nauczaniem języków specjalistycznych;
- 3) zaprezentowanie dorobku polskiej myśli glottodydaktycznej nad nauczaniem PJMed;
- 4) podjęcie próby naukowego opisu PJMed z uwzględnieniem kryteriów pragmatycznych i lingwistycznych;
- 5) omówienie dotychczasowych badań nad językowym i gatunkowym zróżnicowaniem PJMed;
- 6) zaprezentowanie podobieństw i różnic w rozwijaniu sprawności językowych w nauczaniu języka ogólnego i języka specjalistycznego;
- 7) sformułowanie ogólnych założeń dydaktyki rozwijania sprawności językowych w nauczaniu PJMed.

Realizacja tak sformułowanych celów epistemologicznych pozwoli odpowiedzieć na szereg pytań badawczych, które można uporządkować w trzech obszarach.

Obszar pierwszy dotyczy nauczania *polskiego języka medycyny (medycznego)* w kontekście glottodydaktyki specjalistycznej. Pytania szczegółowe skupiają się na:

- 1) wskazaniu dorobku glottodydaktyki polonistycznej w kwestii nauczania języków specjalistycznych;
- 2) omówieniu dorobku glottodydaktyki polonistycznej w kwestii nauczania PJMed;
- 3) wskazaniu aspektów postrzeganych przez badaczy jako szczególnie istotne w nauczaniu PJMed;
- 4) zdefiniowaniu celów nauczania i uczenia się PJMed.

Obszar drugi koncentruje się na *polskim języku medycyny (medycznym)* jako języku specjalistycznym. Problem główny obejmuje zagadnienia dotyczące naukowego opisu *polskiego języka medycyny (medycznego)*, a pytania szczegółowe dotyczą:

- 1) sposobów definiowania PJMed z perspektywy językoznawczej,

glottodydaktycznej i prawnej;

- 2) wskazania wyróżników pragmatycznych charakterystycznych dla PJMed;
- 3) wskazania wyróżników lingwistycznych charakterystycznych dla PJMed;
- 4) omówienia funkcji językowych charakterystycznych dla PJMed.

Natomiast obszar trzeci jest skupiony na teoretycznych podstawach rozwijania sprawności językowych w nauczaniu języka specjalistycznego (na przykładnie PJMed). Pytania szczegółowe mają na celu:

- 1) wskazanie kluczowych aspektów rozwijania sprawności językowych (słuchania, mówienia, czytania oraz pisanie) w nauczaniu języka specjalistycznego;
- 2) wytypowanie, które typy technik (ćwiczeń i zadań) z teoretycznego punktu widzenia są najbardziej efektywne w rozwijaniu każdej z czterech sprawności w nauczaniu języka specjalistycznego, szczególnie PJMed.

W Części II rozprawy zostały przedstawione wyniki badań oraz dyskusja. Uporządkowano ją w czterech rozdziałach, kolejno poświęconych następującym zagadnieniom:

- 1) założeniom metodycznym i rozwiązaniom praktycznym rozwijania sprawności językowych w podręcznikach i skryptach do nauczania PJMed;
- 2) organizacji lektoratów z języka polskiego na uczelniach medycznych oraz kursów (komercyjnych/prywatnych) języka polskiego do celów medycznych;
- 3) miejscu sprawności językowych na tle organizacji zajęć z języka specjalistycznego dla lekarzy-cudzoziemców;
- 4) kompetencjom komunikacyjnym i umiejętnościom niezbędnym do wykonywania zawodu lekarza.

Do realizacji badań wykorzystano (opracowany na podstawie literatury przedmiotu) model badawczy obejmujący analizy krytyczne podręczników i sylabusów, analizy ankiet przeprowadzonych wśród uczących się i nauczających PJMed, a także obserwacje uczestniczące i wywiady. Część II, empiryczną, wieńczą konkluzje, które dały podstawę do działań modelotwórczych w ostatniej części rozprawy.

W Część III, która ma charakter aplikacyjny, zostały uwzględnione trzy główne aspekty. Po pierwsze, zaprezentowano autorskie ustalenia terminologiczne i definicyjne polskiego języka medycyny (medycznego) do celów akademickich i zawodowych. Po drugie, omówione zostały wymagania i działania

komunikacyjne w trzech zakresach: 1) w obszarze samokształcenia w celu zdobycia specjalistycznej wiedzy medycznej, 2) w sferze komunikacji *lekarz – lekarz* oraz 3) w relacji *lekarz – pacjent*. Po trzecie – zaproponowano model rozwijania sprawności językowych na zajęciach *polskiego języka medycyny (medycznego)* do celów akademickich oraz zawodowych, a także na lektoracie z języka polskiego jako obcego na uczelni medycznej. Pracę zamyka zakończenie, w którym podjęto próbę wskazania kierunków dalszych badań nad nauczaniem/uczeniem się polskiego języka medycyny (medycznego).

Podstawą empirycznej Części II są sylabusy z uniwersytetów medycznych oraz podręczniki i skrypty do nauczania polszczyzny medycznej.

Mam pełną świadomość wysiłku i pracy włożonych przez autorów w przygotowanie analizowanych przeze mnie materiałów glottodydaktycznych, które stanowią wkład w dorobek polskiej glottodydaktyki polonistycznej. Bez podręczników i skryptów nie powstałaby niniejsza rozprawa. Korpus tworzą książki opublikowane w latach 1974-2021. Dzisiejszy stan wiedzy na temat rozwijania sprawności językowych, ale też nauczania języka polskiego jako obcego różni się znacząco od tego sprzed dwudziestu, trzydziestu lat. W świetle współczesnej metodyki większość materiałów może być potraktowana jako nieatrakcyjna, mało użyteczna czy niespełniająca obowiązujących standardów. Jednak w odniesieniu do realiów, w którym dany materiał powstał, uznaje się go za wartościowy.

Podjęte analizy nie miały na celu reklamy czy też antyreklamy wybranych podręczników i skryptów. Podobnie jest w przypadku uniwersyteckich sylabusów. Ich badanie służyło przedstawieniu ogólnego stanu wiedzy na temat nauczania języka polskiego na uczelniach medycznych. Wnioski prezentowane w rozprawie wynikają z analizy dokumentów, a nie z obserwacji lekcji prowadzonych na żywo.

Krytyczna analiza materiałów obecnych na rynku zawsze niesie na sobą ryzyko posądzenia o subiektywizm oraz narażenie się autorom poddanych ewaluacji podręcznikom i skryptom. Niemniej jednak badania tego typu uważam – podobnie jak W.T Miodunka (2016: 193-201) – za potrzebne.

CZEŚĆ I

Rozdział I

Języki specjalistyczne w badaniach językoznawczych

1.1. Pojęcie i definicja języka specjalistycznego

Punkt wyjścia rozważań w tym podrozdziale stanowią następujące założenia:

- 1) w pracach podejmujących zagadnienie języka specjalistycznego istnieje duża dowolność w posługiwaniu się terminologią w odniesieniu do tego samego desygnatu – *język specjalistyczny, język specjalny, język fachowy, język profesjonalny, język zawodowy, profesjolekt, technolekt, żargon, gwara zawodowa, specjalistyczna odmiana języka, styl specjalistyczny*;
- 2) w literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji języka specjalistycznego;
- 3) mnogość sposobów definiowania języka specjalistycznego wynika ze zróżnicowania czynników, a nawet ze specyfiki dziedzin, którymi kierują się badacze.

1.1.1. Rozbieżności terminologiczne

Analizę specyfiki języków specjalistycznych wypada rozpocząć od przeglądu instrumentarium nazewniczego. Dla niniejszej rozprawy kluczowe jest zdefiniowanie jej głównego przedmiotu, którym jest *język specjalistyczny*. Rozważania te będą stanowiły bowiem podstawę do naukowego opisu *polskiego języka medycyny (medycznego)* w dalszej części pracy.

Charakterystyka specyfiki JS nie jest zadaniem łatwym. Pierwsze problemy pojawiają się już na poziomie nomenklatury. Zarówno w językoznawstwie polonistycznym, językoznawstwie stosowanym, jak i w glottodydaktyce istnieje wielość nazw określających zjawisko JS. O dużym zróżnicowaniu terminów i mnogości ujęć omawianego zagadnienia pisał już K. Dejna (1998: 13-14), który sytuację tę nazwał dosłownie „chaosem terminologicznym”. Mnogość określeń jest konsekwencją różnorodności przyjmowanych przez autorów założeń teoretycznych, co z kolei stanowi przeszkodę w wypracowaniu wspólnego podejścia (S. Grucza 2008: 50-51). U lingwistów spotykamy określenia: *język, odmiana/wariant języka, gwara, styl* z różnymi określeniami gatunkowymi: *zawodowy, fachowy, specjalny, wyspecjalizowany* (Ligara, Szupelak 2012: 21-22). W publikacji T.W. Milewskiego (1947: 9-12) pojawił się *język specjalny*, takie hasło znajduje się również w *Słowniku terminologii językoznawczej* (STJ 1970 : 527) i *Encyklopedii wiedzy o języku polskim* (Urbańczyk 1978: 273). Z. Klemensiewicz (1961: 121-128) posługiwał się trzema terminami – *gwara zawodowa, zawodowa odmiana*

języka oraz *język zawodowy*. Ten ostatni był także wykorzystywany przez A. Furdalą (1997: 166-167)⁵. S. Urbańczyk (1956: 21) w swoim opracowaniu stratyfikacji języka polskiego pisał o *odmianie wyspecjalizowanej*. Z kolei W. T. Miodunka (1996: 43) stosował nazwę *odmiana specjalna* (uczony utożsamiał ją ze *stylem naukowym*), natomiast J. Bartmiński (1993: 116-117) był zwolennikiem określenia *styl wyspecjalizowany*. W nowszych pracach (wydawanych po 2000 r.) często pojawiają się terminy mające postać złożenia z sufiksu *-lekt* – *socjolekt* i *profesjolekt*, np. u A. Wilkonía (2000: 87-88) i S. Grabiasa (2003: 111-112). W ujęciu językoznawców omawiany kod językowy charakteryzuje się przede wszystkim (jeśli nie wyłącznie) słownictwem innym niż to, które jest charakterystyczne dla języka ogólnego.

Językoznawstwo stosowane także wypracowało własne propozycje narzędzia terminologiczne. Za sprawą F. Gruczy (1991: 39-42; 1994; 2004: 48-49) do powszechnego użytku weszła nazwa *technolekt*. Z kolei dzięki publikacjom S. Wojnickiego (1991a: 44-62; 1991b) na gruncie polskim pojawił się termin przeniesiony z badań niemieckich – *subjęzyk specjalistyczny*.

W powyższym zestawieniu nie ma terminu *język specjalistyczny*. Na gruncie polskim pojawił się on – wymiennie z określeniem *odmiana specjalistyczna* – w 1979 r. w artykule *Z zagadnień nauczania odmiany specjalistycznej języków obcych (na przykładzie nauczania języka medycznego studentów polonijnych)* A. Daneckiej-Chwals, D. Pukas-Palimaki oraz M. Chłopickiej-Wielgos – auterek pierwszej koncepcji nauczania *polskiego języka medycyny (medycznego)* jako obcego.

B. Ligara (2011: 167) stwierdza, że nadmiar terminów i wynikający z tego chaos nazewniczy jest konsekwencją niezdecydowania badaczy co do kryterium, na podstawie którego należy wyodrębnić poszczególne typy kodów zarówno w literaturze z zakresu językoznawstwa stosowanego, językoznawstwa polonistycznego, jak i glottodydaktyki. Zdanie to podziela M. Magajewska (2016: 200), stwierdzając, że „w języku polskim zdefiniowanie języka specjalistycznego (środowiskowego, fachowego) zależy przede wszystkim od przyjętych założeń teoretycznych, stąd też w literaturze przedmiotu próżno szukać jednoznacznej

⁵ W badaniach Z. Klemensiewicza i A. Furdalą widać rozróżnienie terytorialne języka zawodowego – na język zawodowy ludzi mieszkających na wsi i język zawodowy ludzi mieszkających w miastach.

definicji tego pojęcia”. W opinii B. Ligary (2011: 167) określenia *język zawodowy*, *język fachowy* i *profesjolekt* podkreślają związek języka z wykonywanym zawodem/fachem, natomiast termin *język specjalistyczny* (*język specjalny*), jest bardziej pojemny i odnosi się do dyscypliny nauki lub techniki oraz innej działalności, która wymaga bycia specjalistą do jej wykonywania.

Próby wykazania semantycznej (nie)kompatybilności przywołanych nazw oraz nieuzasadnionego użycia ich jako synonimów podjęła się B. Jarosz. Na podstawie dokonanej przez siebie analizy (leksykalnej, objaśnień leksykograficznych i lingwistycznych) zaproponowała, aby formy *język specjalistyczny* i *technolekt* niezmiennie traktować jako synonimy „oznaczające kody zbudowane z terminologii naukowo-technicznej właściwej dla określonej dziedziny nauki lub techniki, np. medycyna, chemia, architektura, lotnictwo” (Jarosz 2018: 19). Z kolei zdaniem badaczki termin *profesjolekt* powinien być używany w odniesieniu do wariantów języka, „które poza terminologią naukowo-techniczną posiadają w zasobie leksykalnym spory zbiór swoistego słownictwa ekspresywnego, odnoszącego się do zjawisk typowych w określonym środowisku zawodowym, np. dziennikarze, którzy na co dzień posługują się w codziennej komunikacji terminami z zakresu medioznawstwa, filmoznawstwa, tekstologii czy edytorstwa” (tamże). Mimo znaczących różnic między tymi dwoma kodami, B. Jarosz stoi na stanowisku, że należy postrzegać je jako pojęcia zakresowo krzyżujące się. Kolejną propozycją językoznawczyni jest uznanie *języka fachowego* i *języka zawodowego* za ekwiwalenty terminu *profesjolekt* z racji tego, iż „wyrażenie *język zawodowy* sugeruje związek z profesją” (tamże: 20). W dodatku mający polisemiczny charakter termin *język fachowy* można traktować za okresowo tożsamy z pojęciem *język specjalistyczny*. Autorka zaleciła ostrożne operowanie terminami *język specjalny* i *język profesjonalny* ze względu na ich niejednoznaczność i nieostrość. Zdaniem badaczki wskazane byłoby precyzowanie znaczenia, w jakim używa się tych nazw (tamże).

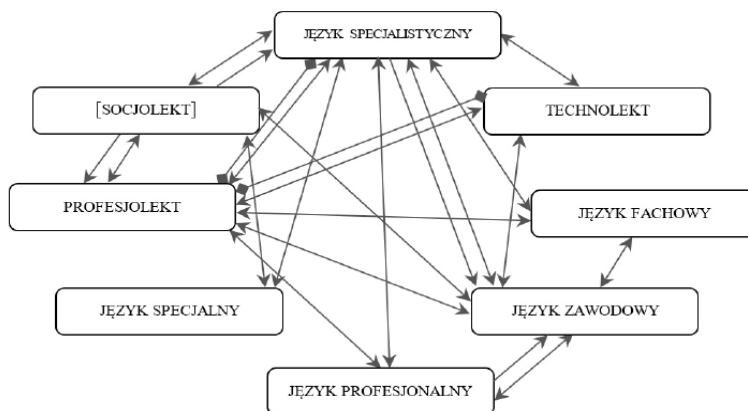
Schemat 1

Propozycja B. Jarosz diagramu przedstawiającego zakresy badanych pojęć (2018: 20)



Schemat 2

Relacje między zakresami badanych pojęć w opracowaniu B. Jarosz (2018: 18)



Legenda: ↔ zamiennosc; → podrzeczność (grot strzałki wskazuje hiponim; ♦♦ wykluczanie się

1.1.2. Definiowanie i wyróżniki języka specjalistycznego

W *Podręcznym słowniku językoznawstwa stosowanego* (1984: 107) JS jest utożsamiany z językiem fachowym. Zestawia się go z językiem ponaddialektalnym, a za cechy różnicujące uznaje się przede wszystkim słownictwo fachowe, składnię oraz częstotliwość użycia niektórych form gramatycznych. W *Słowniku dydaktyki języków obcych* (1997: 103) definicja języka specjalistycznego jest rozszerzona. A. Szulc podkreśla, że nauczanie każdego języka specjalistycznego nastręcza wiele trudności nie tylko natury leksykalnej, ponieważ różnice w stosunku do języka standardowego mogą występować we wszystkich subsystemach.

W. Pytel (2002: 48) w *Słowniku terminologii przedmiotowej (Języki specjalistyczne)* opisuje *język specjalistyczny* jako „skonwencjonalizowany system semiotyczny, bazujący na języku naturalnym i będący zasobem wiedzy specjalistycznej. Język specjalistyczny wykorzystywany jest w komunikacji zawodowej do porozumiewania się tylko w odniesieniu do określonych tematów specjalistycznych i może być scharakteryzowany jako: 1. narzędzie pracy zawodowej, 2. narzędzie kształcenia zawodowego, 3. wskaźniki poziomu cywilizacyjnego”.

Również B. Kubiak (2002: 6) przekonuje, że sama definicja JS nie jest możliwa bez odniesienia do JOg, ponieważ istnieje ciągłe oddziaływanie i transfer między tymi dwoma zjawiskami. O zjawisku zawierania się JS w *języku ogólnym* piszą m.in E. Gajewska i M. Sowa (2014: 23) podkreślając, że transfer leksykalny ma miejsce także z JS do JOg na skutek popularyzacji oraz rozpowszechniania się wiedzy.

Istotnym wkładem w dyskusję nad definiowaniem *języka specjalistycznego* są liczne prace S. Gruczy (2004: 38), który stwierdził, że „języki specjalistyczne to specyficzne języki ludzkie tworzone przez specjalistów na potrzeby komunikacji profesjonalnej w obrębie odpowiednich wspólnot specjalistów”.

Przytoczone powyżej ujęcia definiujące łączy fakt, że *język specjalistyczny* jest zestawiany z *językiem* określanym przez badaczy jako *ponaddialektalny, standardowy, naturalny, ogólny*.

Kwestia autonomii JS wobec JOg zaowocowała dwoma skrajnymi stanowiskami, choć obecne są też stanowiska pośrednie. Część lingwistów uważa, z L. Hoffmanem na czele, iż języki specjalistyczne to samodzielne byty o własnych regułach, zjawiskach lingwistycznych i elementach na wzór dialektów socjolingwistycznych (Gajewska, Sowa 2014: 22). Jednak wskazanie zjawisk językowych charakterystycznych tylko dla JS jest zadaniem bardzo trudnym i konieczne jest także odwołanie się do elementów pragmatycznych (Ligara, Szupelak 2012: 26). Przedstawiciele drugiego stanowiska, reprezentowanego na gruncie polskim m.in. przez A. Wilkonia oraz S. Grabiasa twierdzą, że JS różni się od JOg tylko słownictwem, czyli profesjonalizmami (tamże: 26-27). W takim ujęciu JS traktowany jest bardzo wąsko, i nieadekwatnie do swojej istoty, por.

„jakkolwiek obfitość i odmienność leksykalna jest rzeczą najbardziej rzucającą się w oczy w tekście specjalistycznym, to jednak nie leksyka, lecz składnia języka specjalistycznego stanowi trudność w zrozumieniu tekstów naukowych w języku obcym. Gdyby tylko słownictwo stanowiło trudności, problem ten zostałby zapewne już dawno rozwiązany” (Chłopicka i in. 1979: 78). Z kolei dla reprezentantów opcji pośredniej *język specjalistyczny* dzieli z *językiem ogólnym* jego podstawowe zasoby, takie jak alfabet, system fonologiczny, morfologiczny, wykazując przy tym różnice na płaszczyźnie leksykalnej, syntaktycznej, pragmatycznej i funkcjonalnej-semantycznej (Gajewska, Sowa 2014: 22).

Zdaniem B. Ligary JOg jest używany w sytuacjach nienacechowanych w przeciwieństwie do JS, po którego użytkownicy sięgają w sytuacjach nacechowanych (tamże: 26). Ten sposób zbadania osobliwości JS został zaproponowany przez A. Danecką-Chwals, D. Pukas-Palimąkę i M. Chłopicką na przełomie lat 70. i 80. XX w. W tym ujęciu na pierwszy plan wysuwa się analiza JS z perspektywy pragmatycznej/komunikacyjnej, czyli sytuacji użycia języka, na którą składają się: 1) uczestnicy komunikacji, 2) okoliczność komunikacji, 3) cele komunikacji, 4) temat/przedmiot komunikacji, 5) funkcje komunikacji oraz 6) intencje komunikacji wpływające na wybór gatunku tekstu (Cabré 1998: 118-121, 138, za: Ligara, Szupelak 2012: 26; Kubiak 2002: 7-8).

Na pragmatyczny wymiar JS zwraca uwagę także B. Skowronek (2001: 115), której zdaniem „języki specjalistyczne stanowią rodzaj komunikacji językowej typowej dla poszczególnych zakresów istnienia rzeczywistości obiektywnej, inaczej ujmując, są to systemy komunikacji językowej służącej mniej lub bardziej ścisłemu porozumiewaniu się ludzi w ramach pewnej dyscypliny, dziedziny, przedmiotu, zawodu czy zajęcia”. Do wyróżników komunikacji językowej specjalistycznej językoznawczynie zalicza:

- aspekt przedmiotowy, czyli określony zakres rzeczywistości obiektywnej,
- aspekt językowy, czyli odzwierciedlający go zakres rzeczywistości językowej,
- aspekt ludzki, czyli użytkownicy języka do celów specjalistycznych, a więc ludzie posługujący się językiem specjalistycznym określonym przedmiocie, określonej dyscyplinie (tamże).

Jeśli chodzi o kryteria definicyjne JS to, ich uporządkowania podjęła się M. T. Cabré (1998: 124-126, za: Ligara, Szupelak 2012: 28), która zaproponowała siedem kryteriów ułożonych w hierarchii i pogrupowanych dodatkowo w trzy kategorie. Zdaniem M. T. Cabré JS to podzbiory wyspecjalizowane języka narodowego, które charakteryzują się:

a) pod względem pragmatycznym

- 1) specjalistyczny temat/przedmiot komunikacji wyznaczony daną dziedziną,
- 2) użytkownicy języka specjalistycznego,
- 3) sytuacje komunikacyjne warunkujące charakter specjalistyczny kodu: są one typu formalnego i determinują je kryteria zawodowe czy naukowe,

b) pod względem lingwistycznym

- 4) języki specjalistyczne charakteryzują się specyficznymi dla nich jednostkami leksykalnymi i regułami oraz gatunkami tekstów,
- 5) mogą wykazywać wewnętrzne zróżnicowanie w postaci wariantów danego języka specjalistycznego, uwarunkowanych przez użycie i okoliczności komunikacji,

c) pod względem strukturalnym

- 6) różne języki specjalistyczne wykazują pewne cechy wspólne pragmatyczne i językowe, dlatego można je uważać za podzbiór języka narodowego,
- 7) języki specjalistyczne pozostają w relacji inkluzji względem języka narodowego, natomiast pokrywają się częściowo z językiem w odmianie ogólnej i pozostają z nimi w relacji nieustannej wymiany, tak gdy idzie o jednostki językowe, jak i konwencje w zakresie konstrukcji zdaniowych i konwencji dyskursywnych (tamże).

W zaproponowanej hierarchii wyróżniki pragmatyczne mają pierwszeństwo przed kryteriami lingwistycznymi. Jako ostatnie wskazano wskaźniki o charakterze strukturalnym, które dotyczą statusu i relacji języków specjalistycznych. Propozycja ta wydaje się interesująca pod kilkoma względami. Przede wszystkim tak przyjęty sposób definiowania JS jest daleki od konwencji słownikowych, w których język jest ujmowany jako abstrakcyjny system konwencjonalnych znaków oraz reguł produkowania z nich wypowiedzi (por. *Słownika terminologii przedmiotowej*) Po drugie, usytuowanie wyróżników pragmatycznych najwyżej w hierarchii podkreśla fakt, że język jest narzędziem w komunikacji.

Zaproponowane przez M. T. Cabré kryteria pragmatyczne można także ułożyć w pozycji horyzontalnej. Będą one prezentowały ciąg wynikających z siebie elementów: *specjalistyczny temat/przedmiot* → *użytkownicy* → *sytuacje komunikacyjne* → (...), co oznacza, że dany przedmiot implikuje konkretnych użytkowników, a ci (łącznie z przedmiotem) natomiast sytuacje komunikacyjne, co z kolei wymaga adekwatnego narzędzia komunikacji. Ujęcie glottodydaktyczne B. Kubiaka (2002: 7) obejmuje siedem kryteriów definicyjnych:

- 1) użytkownicy języka (grupa, warstwa społeczna),
- 2) obszar używania języka (region, miejsce),
- 3) stopień formalności (dostępności, zrozumiałości),
- 4) medium (pismo, mowa),
- 5) stopień normalizacji (normy skodyfikowane i rzeczywiste użycie języka),
- 6) cel posługiwania się językiem,
- 7) wynik posługiwania się językiem.

Jak można zauważyć, większość kryteriów ma charakter pragmatyczny, a tylko stopień formalności, stopień normalizacji i w pewnym sensie wynik posługiwania się językiem mają wymiar lingwistyczny. Warto podkreślić, że w zaproponowanych przez badaczy M.T. Cabré i B. Kubiaka kryteriach definicyjnych JS wspólną cechą jest nadrzędność elementów pragmatycznych nad lingwistycznymi.

Krytycznej analizy obu przywołanych podejść definicyjnych dokonały E. Gajewska i M. Sowa. Dyskusji poddano następujące kryteria: 1) dziedzina zastosowania, 2) użytkownicy, 3) podsystemy języka, 4) lingwistyka tekstów specjalistycznych 5) pionowy (stylistyczny) podział jęków specjalistycznych.

Jak już wiadomo w hierarchii M. T. Cabré najważniejsze jest kryterium „specjalistyczności” tematu/przedmiotu komunikacji, które pomaga rozwiązać wątpliwości⁶. Stopień ten zależy od relacji z językiem ogólnym, to znaczy od tego, jaka część języka w odmianie ogólnej wchodzi do danego języka

⁶ Zdaniem lingwistki języki fizyki, chemii, biologii, geologii, matematyki, statystyki, językoznawstwa, antropologii, historii, architektury, estetyki, ekonomii teoretycznej wykazują wysoki stopień specjalistyczności. Języki bankowości, giełdy, prawa i ekonomii odznaczają się mniejszym poziomem wyspecjalizowania, natomiast do grupy języków charakteryzujących się najniższą specjalistycznością należą języki związane z prowadzeniem restauracji i kuchni, fryzjerstwem, kowalstwem czy sportem.

specjalistycznego, opisywanego czy nauczanego jako obcy, a jaka jest dla niego swoista. Tak przyjęte założenia pozwoliły na wyodrębnienie trójstopniowej skali: 1) *język wyraźnie specjalistyczny*, 2) *język przejściowy między językiem specjalistycznym a językiem ogólnym*, 3) *język na samej granicy z językiem drugim* (Ligara, Szupelak 2012: 31). B. Ligara uważa, że zaproponowane rozwiązanie umiejscawiania języków na skali specjalistyczności ma szczególne znaczenie dla glotodydaktyki, „stawia bowiem przed uczącym pytanie, na ile może on dopuścić u uczących się uciekanie się do synonimów i parafraz terminów, do sposobu naturalnego (a nie sztucznego) wyrażania elementów składni – bez zakłócenia przekazywanej informacji natury specjalistycznej” (tamże).

Zdaniem E. Gajewskiej i M. Sowy (2014: 19) powiązanie języka z dziedziną bądź sytuacją zawodową redukuje go do parametrów kontekstualnych. Nie zmienia to faktu, iż aspekt tematyczny jest godny uwagi ze względu na przydatność i zakorzenienie w potocznym myśleniu i tradycji dydaktycznej (np. nazwy podręczników i kursów językowych).

Jeśli chodzi o użytkowników, w ujęciu M. T. Cabré zostali podzieleni na nadawców i odbiorców komunikatu specjalistycznego. Do grupy pierwszej należą jedynie specjaliści (eksperti) znający temat/przedmiot specjalistyczny, natomiast odbiorcami mogą być zarówno specjaliści, jak i niespecjaliści, czyli osoby zapoznające się z dziedziną oraz odbiorcy usług specjalistycznych, należących do niej (Ligara, Szupelak 2012: 32). Oznacza to, że poziomom specjalistyczności komunikacji ukierunkowana na temat/przedmiot specjalistyczny będą odpowiadały również poziomy wyspecjalizowania użytkowników w danej tematyce.

W propozycji B. Kubiaka to użytkownicy języka zostali umieszczeni na pierwszym miejscu kryteriów. Przez użytkowników badacz rozumie zarówno specjalistów z danej dziedziny, jak i „wszystkich w najszerszym znaczeniu zajmujących się tą dziedziną, a także osoby tylko zainteresowane nią, o ile posiadają wiedzę konieczną do porozumiewania się na tematy z nią związane” (Kubiak 2002: 7). Badacz ujmuje więc użytkowników bardzo szeroko – zarówno specjalista danej dziedziny, jak i pasjonat konkretnej tematyki są użytkownikami JS.

Zdaniem E. Gajewskiej i M. Sowy (2014: 20) „użytkownicy określają język specjalistyczny, lecz zarazem jego znajomość stanowi wymóg zaliczenia ich

do grupy profesjonalistów”⁷. Kryterium użytkowników również charakteryzuje się dużym stopniem nieostrości. Językoznawczynie zwróciły uwagę na fakt, iż zbyt rygorystyczne zastosowanie tego kryterium spowoduje wyeliminowanie z komunikacji specjalistycznej wszystkich interakcji, w których biorą udział „nieprofesjoniści” (tamże).

B. Skowronek opisuje użytkowników JS jako ludzi zdeterminowanych społecznie, połączonych mniej lub bardziej wspólną tematyką, treścią, znajomością zakresu komunikacyjnego oraz wspólnym sposobem przekazu treści. Takie dość szerokie ujęcie użytkowników dopuszcza udział w komunikacji specjalistycznej szersze grono, nie tylko wykwalifikowanych specjalistów. Językoznawczynie podkreśliła również ciągłe zazębianie, przenikanie się przy równoczesnym wzbogacaniu się języka ogólnego i języka specjalistycznego (Skowronek 2001: 115).

Takie dość szerokie ujęcie użytkowników JS wymusza wprowadzenie rozróżnienia na nadawcę i odbiorcę, a to natomiast jest nierozzerwalnie związane ze zróżnicowaniem *specjalistycznej kompetencji* użytkowników. Według S. Gruczy (2008a: 137) „o tym, czy dana osoba jest, czy nie jest specjalistą decyduje to, czy posiada ona odpowiednią wiedzę specjalistyczną i/lub umiejętność wykonywania odpowiednich (specjalistycznych) działań. To z kolei, czy posiada ona odpowiednią wiedzę i/lub umiejętność, czy też nie ocenić można jedynie na podstawie jej konkretnych (wy)tworów, w szczególności (wy)tworów językowych, czyli tekstów specjalistycznych. W przypadku tekstów specjalistycznych wypada od razu dodać, że (wy)tworzyć może je wyłącznie ktoś, kto posiada odpowiednią wiedzę, a także zna odpowiedni język specjalistyczny. Innymi słowy posiadanie odpowiedniej wiedzy i znajomość odpowiednich języków specjalistycznych jest warunkiem, od spełnienia którego zależy możliwość wytworzenia odpowiednich tekstów specjalistycznych”.

Z powyższej wypowiedzi wynika, iż kompetencje merytoryczne pełnią kluczową rolę w „identyfikowaniu” użytkownika języka jako specjalisty bądź też nie (por. Lukszyn 2002: 42). Warto przywołać wysuniętą przez F. Gruczę (1997: 13) tezę, że każdy człowiek jest genetycznie wyposażony w pewien załączek

⁷ Taki punkt widzenia podziela także P. Müldner-Nieckowski (2014: 403), pisząc o medycznym języku naukowym. Zdaniem lekarza-językoznawcy na podstawie tejże odmiany języka medycznego lekarze identyfikują się nawzajem. W przypadku błędnego stosowania leksyki (np. *woreczek żółciowy* zamiast *pęcherzyk żółciowy*) może nawet zakwestionować czyjaś „lekarskość”.

umiejętności wiedzotwórczej i może go w okresie życia rozwijać i kształtować. Jest zatem immamentną cechą właściwości mózgu człowieka, dlatego też zbadanie idiomów specjalistycznej polega na obserwacji i analizie jego konkretnych wytworów (S. Grucza 2013: 115). Z kolei „przekazywanie” i „odbieranie” wiedzy specjalistycznej, efektywność przekazu wiedzy specjalistycznej jest uzależniona od specjalistycznej kompetencji językowej, specjalistycznej kompetencji dyskursywnej oraz specjalistycznej kompetencji kulturowej (S. Grucza 2008: 157).

Specjalistyczna kompetencja językowa obejmuje umiejętności formacyjne (generatywne) i funkcyjne. Posiadanie umiejętności formacyjnych oznacza zdolność tworzenia wyrazów (terminów specjalistycznych), następnie przy ich pomocy zdań, a w konsekwencji całych tekstów specjalistycznych. Z kolei umiejętności funkcyjne przejawiają się zdolnością posługiwania się wyrazami i zadaniami w funkcji znakowej oraz wyrażania za ich pomocą wiedzy specjalistycznej w tekstach (tamże: 157). S. Grucza uważa, że „wypowiedziami w funkcji znakowej może się posługiwać tylko mówca-słuchacz potrafiący odpowiednio formować i nadawać lub odbierać oraz identyfikować znaki, a językowe umiejętności funkcyjne determinują z kolei (do pewnego stopnia) kognitywne właściwości mówcy-słuchacza” (tamże: 158).

Dzięki *specjalistycznej kompetencji dyskursywnej* specjaliści mogą uczestniczyć w interakcji specjalistycznej, która polega m.in. na prowadzeniu dialogu, dyskusji, polemiki (zarówno w mowie, jak i piśmie), dotyczących wiedzy specjalistycznej (tamże: 158-159).

Specjalistyczna kompetencja (inter)kulturowa to w opinii S. Gruczy „specyficzne umiejętności wytworzone przez specjalistę na potrzeby komunikacji profesjonalnej w obrębie odpowiednich wspólnot specjalistów. Wyrażają się one m.in. różnymi stylami zarówno tworzenia wiedzy specjalistycznej, jak i jej wyrażania, a ponadto odmiennymi stylami prowadzenia specjalistycznego dyskursu” (tamże: 161). Umiejętności te pozwalają koegzystować między odmiennymi kulturami specjalistycznymi, np. jak ma to miejsce w przypadku polskich i francuskich lekarzy, ale także między innymi kulturami specjalistycznymi w obrębie tej samej kultury, np. różnie między kulturą polskich lekarzy a kulturą polskich prawników (S. Grucza 2008a: 162; Gajda-Gałaszka 2018: 26)

Stałymi elementami sytuacji użycia języka są jego funkcje oraz jego intencja – cel użycia. O funkcji komunikacyjnej języków specjalistycznych jako pierwszy pisał L. Hoffman. Podkreślała ją w swoich badaniach M.T. Cabré, a także aspekt ten został również mocno wyakcentowany w definicji zawartej w *Słowniku terminologii przedmiotowej*. W leksykonie tym podkreślono też wagę funkcji przedstawieniowej JS, uwzględniono jego funkcję poznawczą (kognitywną) zaznaczając, iż nadrzędną rolą JS jest umożliwienie ludziom kognitywnego i praktycznego rozwoju. Z takim podejściem zgadza się S. Grucza (2008a: 79), uznając za nadrzędną jego rolę „wytwarzanie, porządkowanie i utrwalanie wiedzy specjalistycznej”. Zdaniem J. Lukszy (2005: 44) te trzy obszary pełnią „fundamentalną triadę” gromadzenia, przekazu i doskonalenia wiedzy. Teoria ta (gromadzenia i utrwalania wiedzy), połączona z rolą poznawczą JS pozwala wyróżnić kolejną funkcję – funkcję kumulacyjną. Natomiast funkcja socjalizująca wynika z faktu, iż język specjalistyczny jako wytwór jest „znamieniem ludzi zajmujących się tą samą pracą (...) i zarazem współczynnikiem nadającym im charakter pewnej wspólnoty” (F. Grucza 2002: 20). F. Grucza wysuwa również tezę, iż JS pełni funkcję „indykatorów” i „determinantów” rozwoju cywilizacyjnego. Jako sekundarne funkcje języka specjalistycznego wymienia się natomiast funkcję badawczą oraz dydaktyczną (por. Lukszy 2005: 40).

Jeśli chodzi o wykładniki systemowe JS (morfologiczne, składniowe, leksykalne), to niewątpliwie są one akcentowane w definicjach i opisach języków specjalistycznych. Przykładowo E. Całus (1985: 4) definiuje *język specjalistyczny* jako część naturalnego systemu językowego, która posiada pewną określoną liczbę znaków i reguł oraz te same, istniejące w języku ogólnym elementy językowe. Ponadto „w nieco inny sposób niż język ogólny posługuje się elementami morfologicznymi, syntaktycznymi i leksykalnymi”, dzięki czemu można mu przypisać „pewne autonomiczne cechy strukturalne” (tamże). Za cechy immanentne języka specjalistycznego językoznawca uznał:

- dokładność terminologiczną (precyzję) w użyciu leksyki, z dominującą przewagą rzeczowników: nomina instrumenti, nomina agentis, nomina actions,
- jednoznaczność i jednomianowość nazw, charakteryzującą się dużą liczbą złożzeń (composita) i rozbudowaną fazą nominalną, które uwidaczniają się

w ekonomiczności JS (kompresja rozbudowanych zdań i grup wyrazowych),

- systematyczność wyrażoną hierarchią pojęć, terminów, definicji oraz strukturą budowy tekstów, liczne zapożyczenia i internacjonalizmy, ciągi i szeregi nazewnicze oparte są na językach klasycznych (greka i łacina),
- operatywność polegająca na wykorzystaniu we właściwy dla JS sposób możliwości systemu morfologicznego, syntaktycznego i leksykalnego, np. możliwości budowy określonych modeli zdań i zwrotów (czasowniki posiłkowe i modalne, strona bierna) poprzez atrybutyzację,
- wysoka frekwencja użycia skrótów i skrótowców, międzynarodowych symboli, znaków, wzorów matematyczno-fizycznych (tamże: 4-5).

E. Całus opierając się na badaniach niemieckich językoznawców wskazał cechy i odrębności w podsystemie leksykalnym i syntaktycznym. Tak przygotowany opis języka specjalistycznego pozwolił polskiemu lingwiście opracować uwarunkowania nauczania języka specjalistycznego i wskazać główne zadania w dydaktyce języka specjalistycznego. Zaprezentowane w tekście wnioski i postulaty dotyczyły przede wszystkim języka technicznego, którego nauka w czasie, kiedy został napisany przez uczonego, przeżywała prawdziwy rozkwit.

Na znaczącą rolę wyznaczników lingwistycznych w definiowaniu JS zwraca też uwagę także M. Magajewska (2016: 202) stwierdzając, że : „cehuje go (język specjalistyczny – przypis P. O.) wprowadzenie i używanie terminów, elementów morfologicznych, a nawet syntaktycznych, których nie znajdziemy w języku ogólnym”. O ile niektóre terminy mogą funkcjonować tylko w języku specjalistycznym, albo tylko w języku ogólnym, tak już elementy morfologiczne czy syntaktyczne są identyczne z tą różnicą, że pojawiają się w różnych proporcjach ilościowych (Chłopicka i in. 1979 i nst.; Kubiak 2002; Całus 1985)⁸. Zdaniem S. Gajdy (1997: 18) „gramatykę języków specjalistycznych należy traktować jako „projekcję gramatyki ogólnej, zdeterminowaną przez specjalistyczny kontekst poznawczo-funkcyjny”. Oznacza to, że różnice między gramatyką języka ogólnego a języka specjalistycznego mają charakter czysto ilościowy, a nie jakościowy. Stanowisko to podzielają także inni badacze

⁸ Zapewne autorka użyła skrótu myślowego, który doprowadził do pewnego nieporozumienia.

zajmujący się językami specjalistycznymi. Są to m.in. W. Woźniakowski (1994: 58-59), S. Grucza (2008: 148), A. Danecka-Chwals, M. Chłopicka, D. Pukas-Palimąka (1979, 1989, 1996), J. Tambor i A. Majkiewicz (2003: 89-90).

W literaturze najczęściej wskazuje się na różnice w zakresie fleksji, słowotwórstwa oraz na poziomie składni. W JS większą niż w języku ogólnym częstotliwość wykazują następujące zjawiska słowotwórcze: 1) rdzenie pochodzenia grecko-łacińskiego, 2) nominalizacja odczasownikowa, 3) struktury złożone (composita), 4) internacjonalne afiksy typu aero-, bio-, -metr, elektro, etc. (por. Chłopicka i in. 1979: 76-78; Gajda 1997:19; Woźniakowski 1994: 59, Cabré 1999: 73; Lukszyn 2002: 43; Waszczuk 2003: 98; za: Gajda-Gałużka 2018: 29). W opinii W. Waszczuk (2003: 97) języki specjalistyczne nie pełnią funkcji ekspresywnej, dlatego też niski wskaźnik frekwencji wykazują sufiksy zdrabniające oraz zgrubiające.

Jeśli chodzi o fleksję JS, A. Danecka-Chwals, D. Pukas-Palimąka i M. Chłopicka (1979: 76) notują większą częstotliwość użycia: 1) strony biernej; 2) form nieosobowych czasowników; 3) form 1 os. l.mn. (por. Gajda 1997: 19; Gajda-Gałużka 2018: 30).

Z kolei wśród zjawisk syntaktycznych na szczególną uwagę zasługują wskaźniki takie, jak: 1) nagromadzenie struktur wieloczłonowych, zwanych skupieniami syntaktycznymi, grupami nominalnymi, terminami wielowyrazowymi; 2) obecność konstrukcji bezosobowych i konstrukcji wtrąconych; 3) bogaty zasób środków wyrażających relacje logiczne, 4) hipotaksa (łącznie odrębnych struktur syntaktycznych na bazie stosunków koordynacji i/lub subordynacji logicznej w ramach złożonych konstrukcji syntaktycznych) (Gajda 1997: 19; Lukszyn 2002: 43; Gajda 1997: 19; Waszczuk 2003: 98, za Gajda-Gałużka 2018: 30).

W wielu przywołanych badaniach to słownictwo jest uznane za główny wyróżnik języków specjalistycznych, a jego rola, wraz z postępującym rozwojem cywilizacyjnym, znacznie wzrasta. Poszerzenie zasobu leksykalnego konkretnej specjalności świadczy o nabywaniu wiedzy z danej dziedziny, na co uwagę zwraca się np. w definicji *języka specjalistycznego*, zawartej w cytowanym już *Słowniku terminów przedmiotowych*. Terminy pełnią rolę podstawowych jednostek wiedzy (Lukszyn, Zmarzer 2006: 103). Jak podkreślają B. Ligara i W.

Szupelak (2012: 35), słownictwo, bardziej niż inne płaszczyzny umożliwia realizację funkcji *przedstawieniowej* oraz *poznawczej*.

Punktem odniesienia większości rozważań lingwistycznych nad językami specjalistycznymi stały się teksty, czyli konkretne wypowiedzi specjalistyczne, których analiza daje możliwość odtworzenia leksykalnej specyfiki profesjolektów (S. Grucza 2008: 11, 143). Do specjalistycznych gatunków tekstowych B. Kubiak zalicza instrukcję obsługi, wskazówki użycia leków, zasady rozliczania podatku dochodowego, orzeczenie sądowe, umowy sprzedaży – kupna, recenzję, wykład, sprawozdanie, pogadankę popularnonaukową, referat (Kubiak 2002: 34). Wśród formuł tekstowych typowych dla tekstów specjalistycznych badacze wymieniają: opis, definicję, klasyfikację, wyliczenie/wymienienie, obliczanie, rozumowanie, argumentację, cytowanie, odsyłanie do strony, paragrafu, uogólnienie (Chłopicka i in. 1981: 64-65; Cabré 1998: 139, za Ligara, Szupelak 2014: 34).

W literaturze przedmiotu można znaleźć różne typologie tekstów specjalistycznych, które wynikają z szerokiego spektrum kryteriów przyjmowanych za podstawę klasyfikacji. Na szczególną uwagę zasługuje wieloaspektowa klasyfikacja zaproponowana przez W. Zmarzer (2003: 27-31), która określa istotę tekstu w postaci układu *forma – norma – znaczenie – przeznaczenie*, a każdy z tych elementów stanowi oddzielne kryterium wydzielenia innych typów tekstu.

E. Gajewska i M. Sowa (2014: 24) reprezentują pogląd, że „terminologia specjalistyczna nie jest determinowana *in abstracto*, lecz poprzez użycie w specyficznym kontekście, co tłumaczy polisemię terminów transdyscyplinarnych, których znaczenie zmienia się w zależności od dziedziny”. Przykładem konkretnego użycia języka jest nie tyle dyskurs, co jego rzeczywisty przejaw, czyli tekst. Teza, że lingwistyka JS jest tożsama z lingwistyką tekstów, jest głoszona m.in. przez S. Gruczę (2004). E. Gajewska i M. Sowa (2014: 25) podkreślają jednak, że podobnie jak poprzednie kryteria, to również charakteryzuje się nieostrością, bowiem „trudno jest zakresić granicę między tym, co jest lub nie jest specjalistyczne”.

1.2. Perspektywa typologiczna

Truizmem jest już stwierdzenie, że polszczyzna to twór żywy, mocno zróżnicowany wewnętrznie i ulega ciągłym zmianom. Na jej współczesny kształt wpływ mają nieustannie zachodzące zmiany polityczne, ekonomiczno-społeczne, kulturowo-obyczajowe i gospodarcze. Niemały wpływ na wewnętrzne zróżnicowanie polszczyzny miała migracja ludzi ze wsi do miast, co skutkowało wzrostem liczby użytkowników języka ogólnego, a tym samym spadkiem liczebności populacji posługującej się gwarami. Rozszerzające się z roku na rok badania nad językiem i wzrost wiedzy na jego temat pozwoliły językoznawcom modyfikować i też wypracowywać własne typologie języka.

Zagadnienie wewnętrznego zróżnicowania języka polskiego jest szeroko badane i analizowane przez językoznawców od wielu lat, choć widoczne jest zacieranie się różnic między terytorialnymi odmianami języka a językiem literackim, osłabia się odmiennosc między językiem miast i wsi, zanikają bezpowrotnie cechy wyróżniające odmiany tzw. nizin społecznych, a społeczeństwo polskie dąży do ujednolicenia języka. Wszystko to dzieje się pod wpływem urbanizacji, globalizacji, wirtualizacji oraz komercjalizacji społeczeństwa (Król 2015: 204; por. Pisarek 1999). Opisuując najnowsze dzieje języka polskiego po 1990 r., S. Dubisz (2020: 69) zwraca uwagę na procesy socjolingwistyczne, które nie tylko kontynuują proces demokratyzacji języka, ale również konstytuują nowe mieszane odmiany komunikacji, co w konsekwencji prowadzi do modernizacji stratyfikacji polszczyzny ogólnej. Językoznawca podkreślił także widoczny wzrost socjolektów i profesjolektów w codziennej komunikacji (tamże: 94). Uwaga ta jest istotna dla podjętego w rozprawie zagadnienia.

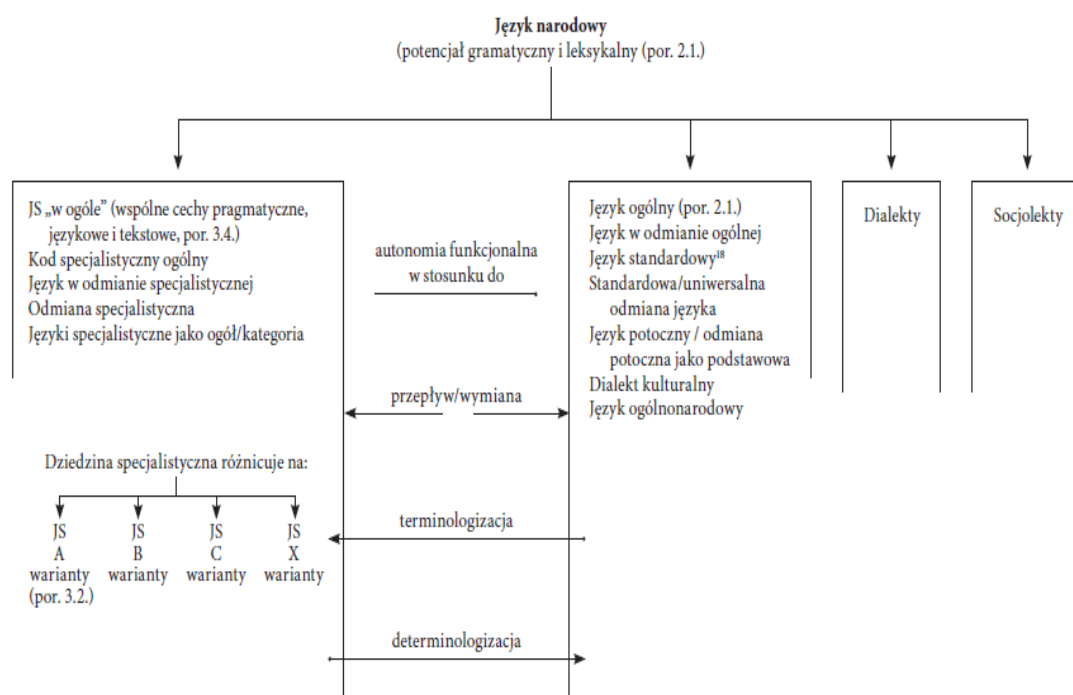
W pracach podejmujących zagadnienie wewnętrznego zróżnicowania polszczyzny widoczny jest podział języka obsługującego „dziedziny specjalistyczne na *język zawodowy* i *język naukowy*”, przy czym ten drugi jest uważany za odmianę języka literackiego (Ligara, Szupelak 2012: 38). Zdaniem A. Furdala (1997: 167) takie rozdzielenie było konieczne, „aby zaakcentować wagę język naukowego – narzędzia poznania w dzisiejszej cywilizacji i postawić go należycie w kręgu odmian języka literackiego”. Ponadto język naukowy miał formę prymarnie pisaną, natomiast język zawodowy funkcjonował tylko w

mowie. Odzwierciedleniem tej sytuacji jest np. *język lekarzy* (zawodowy, mówiony) oraz *język medycyny* (*medyczny*) (język nauki, pisany) (Ligara, Szupelak 2012: 22-23).

Pozostaje zatem kwestia „usytuowania” języka specjalistycznego na tle odmian współczesnej polszczyzny. W pełni zgadzam się ze zdaniem B. Ligary, że podział S. Gruczy najtrafniej oddaje miejsce JS na tle zróżnicowania języka narodowego. Badacz ten nie tylko usytuował JS obok języka ogólnego, dialektów i socjolektów, ale również ukazał zachodzące między nimi relacje (przepływania/wymiany słownictwa, która może mieć charakter terminologiczni i determinologizacji) (Buttler 1979; Gajda 1990). Co jest istotne w porównaniu z innymi badaniami, S. Grucza (2008a: 695-696) traktował język specjalistyczny jako wyodrębniającą się od języka ogólnego kategorię, która ulega dalszym, wewnętrznym podziałom zarówno pionowym, jak i poziom

Schemat 3

Zróżnicowanie polskiego języka narodowego oraz relacje między językami specjalistycznymi a polszczyzną w odmianie ogólnej pozostałymi odmianami (Ligara, Szupelak 2012: 37)

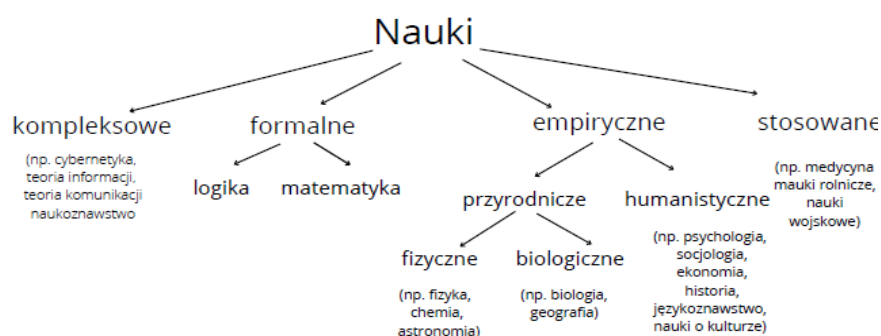


O ile zagadnienie stratyfikacji języka ogólnonarodowego jest szeroko i bogato omawiane od lat 50. ubiegłego wieku, tak już temat wewnętrznego zróżnicowania języka specjalistycznego podejmowany jest zdecydowanie rzadziej. W przypadku polszczyzny ogólnej mowa jest przede wszystkim o podziale ze względu na sposób realizacji (pisana i ustna), które następnie

klasyfikuje się ze względu na okoliczności, a wśród tych natomiast wydziela się warianty uwzględniając cel wypowiedzi. Natomiast lektura literatury dotyczącej JS prowadzi do konkluzji, iż wobec języka specjalistycznego obowiązuje inny system stratyfikacji – podział wertykalny i horyzontalny. W polskojęzycznych badaniach najczęściej przywołuje się zaproponowany przez L. Hoffmanna pionowy i poziomy podział języków specjalistycznych.

Systematyzacja przebiegająca wzdłuż osi poziomej jest ustalona na podstawie kryterium przedmiotu komunikacji, czyli ze względu na występowanie równorzędnych dziedzin, dyscyplin naukowych (Cudzewicz 2005: 167). Niemieccy językoznawcy są zdania, że liczba języków specjalistycznych odpowiada liczbie istniejących dyscyplin naukowych i technicznych. Należy jednak mieć na uwadze, „że poszczególne nauki ulegają dodatkowym podziałom, a te z kolei zmianom, dlatego trudno określić, która dziedzina jest dyscypliną dojrzałą, a która nie. Ponadto nie do końca wiadomo, który poziom klasyfikacji nauk powinien być brany pod uwagę przy klasyfikacji” (Sawicka 2009: 195). Oznaczałoby to istnienie wielu – być może nieskończonej liczny – języków specjalistycznych. To jest jeden z głównych powodów, dla których J. Lewandowski (2002: 27) typologie języków specjalistycznych określa mianem paratypologii i quasi-typologii. Dodatkowo sytuację komplikuje fakt, że „pojęcie dziedziny/dyscypliny specjalistycznej jak dotąd nie zostało dostatecznie sprecyzowane, co jest efektem możliwości różnego interpretowania statusu naukowości i zawodowości” (Gajda-Gałaszka 2018: 23). Granice między poszczególnymi dziedzinami są płynne. Oprócz tego niektóre nauki, tak jak medycyna, są konglomeratami kilku(nastu) dyscyplin naukowych.

S. Gajda (1990: 33-38), przy okazji omawiania współczesnej polszczyzny naukowej zaproponował własny podział nauk, wyróżniając jako filary główne nauki:



Badacz ustalił również cztery podstawowe odmiany stylowe języka naukowego w sferze komunikacyjnej ze względu na nadawcę i odbiorcę:

- 1) „*teoretycznonaukową*”, służącą komunikacji specjalisty ze specjalistą w działalności ściśle naukowej;
- 2) *popularnonaukową*, służącą komunikacji specjalisty ze specjalistą w zastosowaniu praktycznym osiągnięć nauki;
- 3) *dydaktycznonaukową*, której specjalista używa w nauczaniu osób przyswajających daną dyscyplinę naukową;
- 4) *popularnonaukową*, służącą komunikowaniu się specjalisty z niespecjalistą interesującym się daną dziedziną wiedzy” (tamże: 36-37).

Stopień specjalizacji od najmniejszego do największego poziomu nasycenia terminologią i specyficznymi strukturami, które zależą od odbiorcy, argumentu i celu stanowi kryterium kategoryzacji pionowej (Kaliska 2012: 90). W literaturze przedmiotu często przywoływana jest wertykalna stratyfikacja języków specjalistycznych zaproponowana przez Hoffmanna, której kryterium stanowi poziom abstrakcji. S. Grucza wyraźnie kwestionuje ten podział, doszukując się w koncepcji niemieckiego lingwisty braku wyjaśnienia, czym jest „poziom abstrakcji”. Ponadto kategoria abstrakcji (uogólnienia) jest sprzeczna z cechą dystynktywną języka specjalistycznego, którą jest precyzyjność (S. Grucza 2008: 16). Niektórzy z badaczy przytaczają również podział zaproponowany przez H. Ischreyta, który wyróżnił trzy płaszczyzny abstrakcyjne: 1) język naukowy, 2) język fachowy potoczny, 3) język rzemiosła (Cudzewicz: tamże).

J. Pieńkos w swoich badaniach podkreślał, że „jeżeli język specjalistyczny jest podsystemem języka całego narodu, znaczy to, że podlega on zmianom

językowym, historycznym, geograficznym i wielu innym. Obejmuje on zatem teksty mówione i pisane, gdyż wyraża to, o czym mówią i piszą specjaliści z różnych dziedzin w różnych sytuacjach zawodowych, np. mogą to być artykuły naukowe prasowe, książki, monografie, debaty, konferencje” (Pieńkos 2003: 263). Zdaniem językoznawcy takie założenia pozwolą na wydzielenie języka specjalistycznego współczesnego i dawnego, z języka specjalistycznego standardowego i niestandardowego (zgodnego lub niezgodnego z normą językową) (tamże).

Podobnego zdania jest A. Kacprzak (2011: 139) – powołując się na badania francuskich badaczy jasno podkreśla, iż „wszystkie własności języka ogólnego, w tym ich zróżnicowanie historyczne, geograficzne i społeczne, odzwierciedlają się także w językach specjalistycznych, a kwestią pozostaje jedynie intensywność ich występowania”⁹. Na podstawie tak wysuniętych uwag zwraca uwagę na 1) *diachroniczne*, 2) *diatopiczne* i 3) *diastratyczne* zróżnicowanie języka specjalistycznego.

Analizy diachroniczne języków specjalistycznych służą uchwyceniu zachodzących zmian np. znaczenia czy też używania konkretnego terminu na przestrzeni lat (okres relatywnie krótki bądź długi). Badania diatopicznych odmian JS polegają na poszukiwaniu regionalnych wariantów terminów, występujących w terminologicznej warstwie niestandardowej. Zróżnicowanie diastratyczne języków specjalistycznych wynika z uwarunkowań socjokulturowych. W języku *medycyny/medycznym* pozwala to np. na wyróżnienie nawet kilku stylów, w zależności od tego, kto jest autorem/odbiorcą wypowiedzi (lekarz, pacjent, członek zespołu medycznego) i gdzie odbywa się sytuacja komunikacyjna – w gabinecie lekarskim czy sali operacyjnej (Kacprzak 2011: 139-145).

Nad językiem specjalistycznym prowadzone są również badania synchroniczne, polegające na analizie wszystkich elementów i relacji między nimi w konkretnym okresie, bez uwzględnienia ich rozwoju w czasie, co również owocuje wewnętrznym podziałem języka specjalistycznego na konkretne okresy.

⁹ Autorka powołuje się na swój artykuł, który został opublikowany w 2004 r. w języku francuskim.

1.3. *Języki specjalistyczne w glottodydaktyce polonistycznej*¹⁰

1.3.1. Stan badań nad glottodydaktyką języków specjalistycznych

Zdaniem P. Gębala (2016: 23) „zarówno w wymiarze teoretycznym, jaki empirycznym nauczanie polszczyzny dla potrzeb zawodowych nie doczekało się zbyt wielu projektów badawczych”, a liczne teksty „są zwykle opisem doświadczeń lektorskich i ich autorów i nie prezentują przeprowadzonych wcześniej dociekań badawczych, realizowanych zgodnie z metodologią badań glottodydaktycznych”. Wprawdzie nie sposób nie zgodzić się z badaczem, niemniej jednak nie zmienia to jednak faktu, że nauczanie języka specjalistycznego i/lub zawodowego było w centrum zainteresowania polskich glottodydaktyków już od dawna. Pojedyncze opracowania, najczęściej autorstwa środowiska krakowskiego i łódzkiego, stanowią cenny wkład w rozwój polskiej myśli glottodydaktycznej.

Początek naukowej refleksji nad nauczaniem języka polskiego specjalistycznego jako obcego podjęto pod koniec lat 70. XX wieku. Za pionierki badań na gruncie glottodydaktyki polonistycznej w zakresie języka specjalistycznego – szczególnie *polskiego języka medycyny (medycznego)* – uznaje się M. Chłopicką, A. Chwals, D. Pukas-Palimąkę. Najwięcej publikacji oraz materiałów dydaktycznych i skryptów do kształcenia językowo-przedmiotowego i specjalistycznego dla cudzoziemców przygotowujących się do podjęcia studiów w języku polskim powstało jednak w Studium Języka Polskiego dla Cudzoziemców Uniwersytetu Łódzkiego (dalej Studium UŁ). Warte uwagi są prace S. Rubaja (1979, 1989), w których odnajdujemy m.in. załączki koncepcji CLIL oraz podstawy przygotowania (doksztalcenia) polonistów odpowiedzialnych za tworzenie materiałów do nauczania języka specjalistycznego w zakresie przedmiotów kierunkowych (fizyka, chemia, biologia, matematyka). J. Michowicz (1980) poruszyła kwestię badania potrzeb i oczekiwań dydaktycznych studentów, którzy w przyszłości podejmą naukę na studiach w polskich uczelniach. E. Wyrębowska-Bajor (1987) zaproponowała sposoby opracowywania

¹⁰ Stan badań na podstawie literatury przedmiotu z ostatniego półwiecza uwzględniający publikacje pokonferencyjne Stowarzyszenia Bristol, serie wydawnicze (np. *Nowe perspektywy w nauczaniu języka polskiego jako obcego*) oraz czasopisma „LingVaria”, „Poradnik Językowy”, „Przegląd Polonijny”, „Przegląd Glottodydaktyczny”, „Kwartalnik Polonicum”, „Neofilolog”, „Języki Obce w Szkole”, „Linguadidactica”, „Acta Universitatis Lodziensis Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”.

systemu ćwiczeń leksykalnych i gramatycznych, które odpowiadałyby na „potrzeby języka specjalności studentów grup ekonomicznych”. Z kolei L. Sikorski (1998) zwracał uwagę na konieczność tworzenia zespołów metodycznych składających się z nauczyciela języka i przedmiotu.

Lata 80. i 90. przyniosły blisko 40 tekstów autorstwa pracowników Studium UŁ, w których rozważania skupione były wokół kwestii teoretycznych, programowych, a także (glotto)dydaktycznych w zakresie nauczania języka specjalistycznego oraz przedmiotowo-językowego do biologii, chemii, fizyki, matematyki, ekonomii, przedmiotów humanistycznych: historii i wiedzy o Polsce oraz pedagogiki. Działalność dydaktyczna pracowników łódzkiego Studium zaowocowała publikacją blisko 100 materiałów dydaktycznych i skryptów dla cudzoziemców kandydujących na studia na polskich uczelniach. W zbiorze tym znalazło się 30 skryptów do nauczania języka polskiego, 26 do nauki matematyki, 10 do nauczania chemii, 12 do biologii, 6 do historii, 7 do wiedzy o Polsce i taka sama liczba do nauczania fizyki oraz jeden skrypt do nauczania geografii. Ponadto opracowano 35 słowników, m.in. do biologii, chemii (Gębał 2013: 139; 2016: 24; por. Wielkiewicz-Jałmużna 2008: 88).

Jednym z chętnie poddawanych dyskusjom naukowych tematem w publikacjach środowisk łódzkiego było opracowywanie materiałów językowo-przedmiotowych. B. Barska i K. Kalinowski (1997) opisali prace nad językowymi materiałami pomocniczymi wykorzystywanymi na lekcji chemii, natomiast E. Wyrębowska-Bajor i E. Madej (1996) w centrum swoich zainteresowań naukowych postawiły założenia metodyczne podręcznika dla grup humanistycznych. Opistem podręcznika do przedmiotów kierunkowych w języku obcym zajęły się zaś G. Kutuzowa, I. Lewina i I. Pierfilowa (1997). Prace nad słownikami specjalistycznymi także były przedmiotem kilku artykułów. K. Kalinowski i I. Słaby-Góral (1987) opisali problemy doboru i treści układu haseł w słowniku chemicznym. M. Starzycka (1987) omówiła proces przygotowawczy „Historycznego słownika minimum dla cudzoziemców”, a w kręgu zainteresowań badawczych L. Sikorskiego (1996) znalazł się słownik ekonomiczny.

W tekstach autorstwa łódzkiego środowiska naukowego podejmowano także zagadnienie nauczania słownictwa specjalistycznego. S. Bednarek (1989) omówił środki dydaktyczne i ich funkcje we wprowadzeniu słownictwa specjalistycznego z fizyki, a D. Wróbel (1991) i A. Zielińska (2016) zajęły się

nauczaniem języka polskiego jako obcego w zakresie matematyki. Organizacja słownictwa w materiałach do nauczania języka polskiego humanistów na etapie średnio-zaawansowanym była zagadnieniem poruszonym przez E. Wyřbowsk-Bajor (1998).

Kolejną kwesti równie często poruszaną przez pracowników Studium UŁ językowego zajmowały także teksty w nauczaniu specjalistycznym i językowo-przedmiotowym. Omawiano teksty w nauczaniu fizyki (Rubaj 1987), matematyki (Jerzewski 1987), chemii (Karowicz 1987) oraz medycyny (Omulecka 1987, 1996). Ogólnych konkluzji natomiast dostarczyła praca S. Rudzińskiego (1996), który zajmował się badaniem tekstów naukowych (specjalistycznych) w ksztalceniu cudzoziemców.

W porównaniu z dorobkiem z lat 1980-2000 pierwsze dwie dekady XXI w. przyniosły zdecydowanie mniej prac pořwiconych nauczaniu JS autorstwa łódzkich badaczy. Nadal jednak najwięcej uwagi pořwicano różnym aspektom nauczania języka specjalistycznego, rozwijaniu sprawnořci komunikacyjnej w grupach ekonomicznych (Wielkiewicz-Jałmużna 2013), nauczaniu języka polskiego w zakresie matematyki (Wróbel, Zielińska 2016), potrzebom językowym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (Wojtczak 2016) oraz programowi kursu adresowanego do studentów przygotowujących się do studiów wyřszych w Polsce (Zarzycka 2017). Kontynuowano także rozwazania nad użyciem i charakterystyk tekstów używanych w procesie specjalistycznego ksztalcenia językowego (Magajewska 2010). Niektórzy badacze podjęli próbę charakterystyki języka medycznego (Magajewska 2016) oraz humanistycznego (Sabela-Dymek 2016). Krytycznej analizy doczekały się materiały do nauczania chemii (Romańska, Kalinowska 2010), a także testy ogólne i specjalistyczne z języka polskiego jako obcego. Leksyka medyczna w materiałach do nauczania polszczyzny ogólnej i medycznej znalazła się w centrum zainteresowania M. Ławnickiej-Borońskiej i K. Kubackiej (2016).

Zaprezentowane powyżej prace nad nauczaniem JS pochodzące ze Studium UŁ stanowi znaczący wkłd w dorobek polonistycznego językoznawstwa glottodydaktycznego. Pracownicy naukowci i dydaktyczni tego řrodowiska dyskutuj nad podstawami teoretycznymi nauczania przedmiotowo-językowego i tworząc materiały dydaktyczne w postaci podręczników, skryptów i słowników, stali się prekursorami w zakresie glottodydaktycznych standardów

nauczania języka polskiego w odmianie specjalistycznej (Zarzycka 2016: 12). Warto wspomnieć tu o trzech numerach łódzkiego czasopisma „Acta Universitatis Lodzensis Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, które w całości poświęcone zostały nauczaniu odmian stylistycznych i specjalistycznych polszczyzny. Pierwszy, opublikowany w 1996 r., zawiera prace podsumowujące rozważania teoretyczne, programowe, a także dydaktyczne w zakresie nauczania języków specjalistycznych w XX wieku. W 2016 r. opublikowano numer 23 zatytułowany *Specjalistyczne odmiany języka. Koncepcje badawcze i praktyka glottodydaktyczna*, a numer 24 pt. *Odmiany stylistyczne i specjalistyczne języka, kształcenia dzieci i młodzieży* ukazał się rok później. Obydwa tomy nie tylko zbierają dyskusje nad nauczaniem polszczyzny specjalistycznej w pierwszych dwóch dekadach XXI w., ale również prezentują prognozę badań naukowych nad nauczaniem polskiego języka specjalistycznego na kolejne lata.

Do dyskusji nad nauczaniem JS i kształceniem językowo-przedmiotowym prowadzonej na łamach łódzkiego czasopisma dołączyli także pracownicy innych ośrodków akademickich, takich jak: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Studium Języka Polskiego dla Cudzoziemców Politechniki Świętokrzyskiej w Kielcach, Uniwersytet Śląski, Uniwersytet Jagielloński, Politechnika Wrocławska, Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Rzeszowie, Międzynarodowego Centrum Kształcenia Politechniki Krakowskiej, gdzie także prowadzono kursy przygotowawcze dla kandydatów na studia w Polsce.

Kompendium wiedzy na temat kształcenia specjalistycznego i przedmiotowo-językowego są cztery publikacje pod redakcją J. Mazura (1992, 1993, 1994, 1996a). Tematyka lubelskich publikacji odzwierciedlała ówczesną sytuację kształcenia językowego w Polsce. J. Mazur jest także autorem pracy pt. *Rola kształcenia specjalistycznego w przygotowaniu merytorycznym i komunikacyjnym cudzoziemców* syntetyzującej zadania stojące przed glottodydaktyką w zakresie kształcenia specjalistycznego. Pierwszym postulatem wysuniętym przez badacza było stwierdzenie, iż nauka języka obcego obejmuje naukę zarówno odmiany ogólnej, jak i wyspecjalizowanej. Po drugie, zdaniem J. Mazura (1996b: 10) „pojęcie odmiany wyspecjalizowanej nie może ograniczać się do słownictwa, lecz także obejmować typowe dla niej struktury gramatyczne i tekstowe”. Zdaniem uczonego opanowanie elementów poprawnościowych języka jest gwarancją efektywnego przebiegu komunikacji. Językoznawca postulował też

uwzględnienie w kształtowaniu specjalistycznym większym stopniu uwarunkowań kulturowych. Oznacza to „rozszerzenie wiedzy ogólnej o określoną wiedzę kulturową, natomiast wiedzy językowej o jakościowo odpowiednie do sytuacji słownictwo, formy i struktury – języka i tekstu” (tamże: 7).

Ważnym ośrodkiem naukowym w badaniach nad nauczaniem polskich języków specjalistycznych jest Instytut Polonijny Uniwersytetu Jagiellońskiego (Instytut UJ). Wyznaczona przez M. Chłopicką, A. Danecką-Chwals, D. Pukas-Palimąkę ścieżka naukowa, poczynając od wypracowania na założeniach lingwistycznych i dydaktycznych, a na ich implikacji w materiałach dydaktycznych kończąc, stała się inspiracją dla kolejnych badaczy i glottodydaktyków ze środowiska krakowskiego. Jednym z nich jest W. Śliwiński, autor tekstu *Podstawy metodologiczne i dydaktyczne podręcznika języka polskiego dla humanistów* (1985), w którym ujęte zostały rozważania na temat pojęcia, czym jest język humanistyczny, a także główne cele i założenia podręcznika dla cudzoziemców, którzy w przyszłości planują podjąć studia polonistyczne. W Instytucie UJ działał także zespół opracowujący założenia metodyczne i lingwistyczne materiałów do nauczania języka naukowo-technicznego (Szelc-Mays, Długosz 1999). Również w środowisku krakowskim podjęto refleksję nad nauczaniem języka biznesu (Ligara, Szupelak 2012). Jak podkreśla P. Gębał (2016: 25), „książka opisuje [...] umocowanie językoznawcze i metodyczne nauczania języka biznesu w dydaktyce europejskiej i polskiej, pokazuje tym samym etapy rozwoju lingwistyki języków specjalistycznych, terminologii, komunikacji specjalistycznej i glottodydaktyki języków specjalistycznych”.

W 2011 r. ukazała się praca magisterska M. Przybylskiej zatytułowana *Zarys programu nauczania cudzoziemców języka specjalistycznego na przykładzie polskiego języka architektury*. Prowadzone przez autorkę badania miały wykazać, w jakim kierunku powinien rozwijać się program nauczania polskiego języka architektonicznego, jakie powinny być jego założenia oraz do jakich treści należy odnosić się przy jego tworzeniu. Zaproponowana konstrukcja zarysu programu została opracowana zgodnie z założeniami ESOKJ¹¹.

Rok 2016 przyniósł dwa artykuły P. Gębała, w których celem było opisanie badań potrzeb językowych w zakresie komunikacji w środowiskach zawodowych. Oprócz tego autor zaprezentował ewaluację koncepcji nauczania

¹¹ <https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/handle/item/172658> (dostęp 12.09.2021).

języka dla potrzeb zawodowych, a także przedstawił dorobek glottodydaktyków polonistycznych w zakresie nauczania języków specjalistycznych (por. Gębał 2016; Szalc-Mays 2016).

W latach 2020 i 2021 na Uniwersytecie Jagiellońskim powstały dwie rozprawy doktorskie poświęcone nauczaniu języka polskiego specjalistycznego jako obcego. Tematykę pracy doktorskiej E. Komorowskiej w pełni oddaje jej tytuł: *Nauczanie języka polskiego jako obcego dla potrzeb biznesowych na najniższych poziomach zaawansowania* (2020). Natomiast D. Bartosik w swojej rozprawie zatytułowanej *Język polski jako obcy w odmianie specjalistycznej: nauczanie, uczenie się, ocenianie* (2021) zajęła się językiem pielęgniarek.

Wkład w dorobek glottodydaktyki polonistycznej w zakresie nauczania języka specjalistycznego mieli także przedstawiciele innych ośrodków akademickich, m. in. Studium Języków Obcych Politechniki Wrocławskiej, w którym w 1981 r. wydano podręcznik dla cudzoziemców uczelni technicznej oraz Uniwersytet Gdański z publikacją tekstów specjalistycznych z zakresu transportu morskiego i handlu zagranicznego (Lewandowski 2007: 217-218).

Do dyskusji nad nauczaniem polskiego języka specjalistycznego chętnie dołączają także pracownicy naukowcy związani z Europejskim Uniwersytetem Viadrina we Frankfurcie nad Odrą¹². Warto wymienić tu trzy publikacje wydane pod auspicjami tego ośrodka kształcenia: *Fachsprachenunterricht – Erwartungen und Realität / Nauczanie języka specjalistycznego – oczekiwania i rzeczywistość* (2015), *Fachsprachenunterricht: Lehren und Lernen am Beispiel des Polnischen als Fremdsprache / Nauczanie języka specjalistycznego: Nauczanie i uczenie się na przykładzie języka polskiego jako obcego* (2016) oraz *Fachsprache Polnisch – Sprache mit Zukunft / Specjalistyczny język polski – język z przyszłością* (2018). Kwestie poruszone w tych trzech pracach dotyczą m.in. koncepcji specjalistycznych kursów języka polskiego dla funkcjonariuszy policji, prawników oraz pracowników sektora bankowości, a także projektowania zadaniowego nauczania języka polskiego jako obcego dla potrzeb zawodowych.

¹² <https://www.sz.europa-uni.de/de/index.html> (dostęp 11.03.2022).

1.3.2. Podręczniki i programy nauczania

Jak stwierdzają B. Ligara i W. Szupelak (2012: 48) „naukowy opis polskich JS i metodologii ich nauczania pozostaje nadal wyzwaniem dla polonistycznej myśli glottodydaktycznej. Natomiast sama praktyka w postaci podręczników do nauczania polskich JS jako obcych przedstawia się jako bogatsza w osiągnięcia niż myśl teoretyczna”. Trudno nie zgodzić się z tym stwierdzeniem, ponieważ lista materiałów do nauczania językowo-przedmiotowego oraz języków specjalistycznych z roku na rok jest coraz dłuższa. Wykaz otwiera łódzka publikacja *Teksty matematyczne (skrypt dla cudzoziemców)* z 1965 r. A. Hładkowej, J. Morawca i J. Starskiego, zaś zamyka ją *Biologia* E. Gałat z 2022 roku. Cezurę czasową wyznaczają daty opublikowania najstarszego – według wiedzy piszącej – oraz najnowszego podręcznika do nauczania JS (w chwili pisania niniejszej rozprawy). Należy jednak wyraźnie podkreślić, iż nauczanie języka polskiego do celów specjalistycznych i/lub zawodowych oraz co się z tym łączy – publikacja materiałów służących tym celom ma znacznie dłuższą tradycję i sięga XVI wieku¹³.

Początkowo tworzone podręczniki do nauczania konkretnych przedmiotów, takich jak biologia, chemia, fizyka, geografia, historia, matematyka, wiedza o Polsce. Z upływem lat zaczęły powstawać bardziej sprofilowane materiały, np. do nauki języka medycyny (medycznego), humanistycznego, naukowo-technicznego czy ekonomicznego. Przełom społeczno-gospodarczy, który miał miejsce w latach 90. XX w. spowodował, że w kręgu zainteresowania znalazł się polski język biznesu. Zainteresowanie to trwa po dziś dzień, czego dowodzą nie tylko powstające co jakiś czas podręczniki, ale także refleksje naukowe m.in. E. Komorowskiej oraz B. Ligary i W. Szupelaka.

W ciągu ostatnich lat do dorobku glottodydaktyki polonistycznej z zakresu nauczania JS dołączyły materiały kierowane do konkretnych zawodów, np. opiekunów osób starszych i dzieci, kucharzy, kelnerów, fryzjerów, kierowców, kosmetyczek, hotelarzy, kierowców i pracowników branży TSL, kolejarzy¹⁴, stolarzy, trenerów i instruktorów pracujących z dziećmi, dietetyków,

¹³ Z wypowiedzi W. Martyniuka podczas VII Światowego Kongresu Polonistów, który miał miejsce 20-23.10.2021 we Wrocławiu. W. Martyniuk przywołał wówczas jeden z pierwszych podręczników do nauczania języka polskiego, który był kierowany do ówczesnych kupców i handlarzy.

¹⁴ Na rynku jest obecny podręcznik *Kolej na polski. Polski na kolej* (2015) M. Lepianki-Nowak i P. Wasilewskiego, wydany przez Federalny Związek Nauczycieli Języka Polskiego.

sprzedawców, doradców klienta, inżynierów branży budowlanej¹⁵ oraz pracowników mundurowych, np. policjantów czy funkcjonariuszy straży granicznej (por. Czerwińska-Trzaskoma, Woźniczka-Wawryków 2019: 25).

B. Ligara i W. Szupelak (2012: 48) zaznaczają, że zwykle podręcznik utożsamiany jest – przez użytkownika – z określoną metodą nauczania i uczenia się danego języka. W tej sytuacji istotną rolę w każdym podręczniku pełni wstęp i/lub komentarz autorski, w którym powinna znaleźć się nie tylko informacja o poziomie zaawansowania językowego przewidywanego przez autorów, ale przede wszystkim „prezentacja wypracowanej lub obranej metody bądź odwołanie się do założeń metodologicznych i lingwistycznych wcześniej w innym miejscu przedstawionych” (tamże). Niestety, nie wszyscy autorzy przestrzegają tej zasady i spora część materiałów glottodydaktycznych jest pozbawiona tego komponentu. Jeżeli już się pojawi, autorzy najczęściej uwzględniają wyłącznie krótką charakterystykę nauczanego języka, np. *języka naukowego, technicznego, humanistycznego*. Poza tym zamieszczają „techniczne” informacje na temat budowy podręcznika, układu jednostek lekcyjnych, zawartości tematycznej. Czasami twórcy jasno określają cel podręcznika, np. rozwijanie konkretnych sprawności językowych, np. jak w serii *Edukacja – Praca – Integracja*, czy w książkach *STUDIOLOGIA*, *Wstęp do matematyki*, *Wybraliśmy ekonomię*. W przeważającej większości adresatami podręczników są osoby, które opanowały język polski ogólny na poziomie minimum A2/B1 lub A2+/B1.

Najczęściej autorzy zaznaczają, że dana książka „stanowi rezultat ich kilkuletniej pracy” (*Sztuka bez granic*, *Ekonomia – to nie boli*, *O biznesie po polsku*). Nieliczne są publikacje, które powstały w oparciu o ankietę potrzeb językowych bądź o wytyczne Krajowego Ośrodka Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej. Takim przykładem jest wspomniana już seria podręczników *Edukacja – Praca – Integracja*. Przed jej przygotowaniem przeprowadzono badanie potrzeb językowych wśród 150 uczestników kursu, dzięki czemu pozyskano informacje na temat preferowanych zawodów i na tej

¹⁵ Więcej na temat organizacji kursów dla pracowników różnego rodzaju branż można znaleźć w II części publikacji *Nowe perspektywy w nauczaniu języka polskiego jako obcego* (2011) w następujących tekstach: N. Majrzyk, K. Strehlke, *Kurs języka polskiego jako obcego dla policjantów i funkcjonariuszy straży granicznej*, s. 333-340; H. Duszyński, I. Mucha, M. Pachucka, *Kurs języka polskiego jako obcego dla inżynierów branży budowlanej*, s. 341-348; J. Dziurdziel, M. Kobiela, A. Szelągowska, K. Żurawek, *Kurs języka polskiego jako obcego dla dietetyków*, s. 349-352.

podstawie opracowano trzy podręczniki dla zawodów, na które było największe zapotrzebowanie.

Jak już podkreślono, na przestrzeni lat najwięcej materiałów glottodydaktycznych do nauczania JS powstało w Studium Języka Polskiego dla Cudzoziemców w Łodzi. Omawiając dorobek glottodydaktyki polonistycznej w nauczaniu JS, należy też wspomnieć o działalności Międzynarodowego Centrum Kształcenia Politechniki Krakowskiej (dalej MCK PK), które prowadzi kursy przygotowawcze do studiów technicznych, architektonicznych, ekonomicznych, humanistycznych i artystycznych na wszystkich poziomach studiów: licencjackich, magisterskich i doktoranckich. W związku z dydaktyką prowadzoną w tych obszarach powstają stosowne materiały edukacyjne: *Sztuka bez granic*, *Wybraliśmy ekonomię* czy *Architektura – język specjalistyczny*. Na ten sam aspekt zwrócono uwagę w autorskim komentarzu do podręcznika *O ekonomii po polsku*¹⁶. W większości wstępów do tych materiałów autorzy podkreślają kluczową rolę leksyki specjalistycznej, a za nadrzędny cel wskazują opanowanie słownictwa z konkretnej dziedziny. Zwraca się też uwagę na rozumienia tekstów.

Koncepcję materiałów do nauczania języka zawodowego pracowników hotelu oraz całego kursu prezentują w swoim artykule A. Czerwińska-Trzaskoma oraz E. Woźniczka-Wawryków. Autorki zadeklarowały opracowanie większej ilości materiałów dla różnych zawodów, jak stolarze, opiekunki dziecięce, nauczyciele, trenerzy i instruktorzy pracujący z dziećmi, kosmetyczki, pracownicy gastronomii, fryzjerzy, kierowcy, sprzedawcy i doradcy klienta (Czerwińska-Trzaskoma, Woźniczka-Wawryków 2019: 25). Jeśli pomysł ten się powiedzie i materiały zostaną udostępnione na platformie www.doskonalepopolsku.pl (tak jak deklarują autorki), będzie to znaczący krok dla glottodydaktyki polonistycznej. Jak dotąd zaprezentowano jedynie plan kursu dla pracowników hotelu, który składa się z 12 jednostek lekcyjnych, na jedno zajęcia przypadają ćwiczenia leksykalne i gramatyczne. Z krótkiego opisu jednej

¹⁶ Autorzy napisali: „Na zjeździe Nauczycieli Polonijnych w Pułtusku w 1996 roku wielokrotnie sygnalizowano, że brakuje takiego typu podręczników, które korespondują z tematyką i słownictwem przedmiotów nauczanych w polskich szkołach. Powtarzały się prośby o „streszczenia” podręczników polskich, co miałyby ułatwić uczniom i studentom obcojęzycznym zapoznanie się z tematyką i słownictwem niezbędnymi do opanowania przedmiotu. Niniejszy podręcznik odpowiada na to zapotrzebowanie w zakresie terminologii ekonomicznej, a dokładnie odzwierciedlając problematykę spotykaną w podręcznikach do polskiej średniej szkoły ekonomicznej – z zastosowaniem niezbędnych uproszczeń i skrótów” (Szelc-Mays, Długosz 1999: 3).

lekcji można wyciągnąć wnioski o naturze ogólnej. Z pewnością widoczny jest duży nacisk na ćwiczenia leksykalne oraz gramatyczne. Brakuje natomiast informacji o ćwiczeniach komunikacyjnych, nastawionych na użycie języka w typowych sytuacjach zawodowych (tamże: 27-28).

W niniejszym przeglądzie warto też zaznaczyć wkład pracowników Uniwersytetu Adama Mickiewicza, którzy opracowali darmowe materiały do nauki języka specjalistycznego dla pracowników sektora transportu publicznego pt. *Porozmawiaj z pasażerem*¹⁷, podręcznik *Z polskim w drogę* do nauki języka polskiego dla pracowników branży TSL (transport, spedycja, logistyka)¹⁸, a także książkę *Przedsiębiorczość po polsku*¹⁹.

Nie sposób nie wspomnieć o trzech e-learningowych kursach, takich jak: *Handel i usługi*²⁰, *Transport i logistyka*²¹, *Język polski z elementami przedsiębiorczości (poziom B1)*²². Program został przygotowany przez pracowników Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu i jest dostępny na platformie navoica.pl²³. Głównymi celami kursów jest zdobycie wiedzy na temat funkcjonowania sektora handlowo-usługowego oraz logistyczno-transportowego, nauka słownictwa specjalistycznego, powtórzenie wiedzy gramatycznej, nabycie umiejętności prowadzenia rozmowy z pracodawcami, klientami, służbami ratowniczymi, a także mundurowymi. Obok materiałów glottodydaktycznych źródłem informacji na temat założeń metodycznych i teoretycznych nauczania JS są programy kursów językowych, np. jak te z MCK PK²⁴.

¹⁷ <https://simplypolish.pl/platforma-e-learningowa/> (dostęp 7.02.2022).

¹⁸ Książka, nagrania oraz aplikacja są dostępne <http://zpolskimwdroge.pl/> (dostęp 7.02.2022).

¹⁹ Dostęp do podręcznika: <http://olga95-mooc.home.amu.edu.pl/podr/> (dostęp 7.02.2022).

²⁰ Tematy modułów: *Centrum handlowe, Salon fryzjersko-kosmetyczny, Usługi budowlane, Lokal gastronomiczny, W markecie, Hotelarstwo i turystyka*. https://navoica.pl/courses/course-v1:UAM+JPJO002b+2021_E1/about (dostęp 17.09.2021).

²¹ Tematy modułów: *Pojazdy i ładunki, W drogę!, Zdarzenia drogowe, W trasie, Przepisy ruchu drogowego, Odbiór i załadunek towaru*. https://navoica.pl/courses/course-v1:UAM+JPJO001+2021_E1/about (dostęp 17.09.2021).

²² *Opis osoby, plany na przyszłość, Przeszłość, Praca w firmie, Relacje z innymi*. https://navoica.pl/courses/course-v1:UAM+JPJO03+2021_E2/about (dostęp 24.10.2021).

²³ Twórczynie programów podkreślają: „Przedsięwzięcie jest unikatowe w skali kraju. Uczestnicy uczą się, obserwując przedstawione w formie kreskówki perypetie bohaterów. Nauka odbywa się w tempie wybranym przez kursanta, bez udziału nauczyciela. Atrakcyjne graficznie animacje, udźwiękowione scenki i plansze są przeplatane ćwiczeniami i zadaniami, a zaliczenie ich z wynikiem co najmniej 60% daje prawo do otrzymania certyfikatu lub zaświadczenia. Kursy skierowane są w szczególności do cudzoziemców planujących wejście na rynek pracy w Polsce, a także do tłumaczy, pracodawców i kandydatów przygotowujących się do egzaminu certyfikacyjnego”. Zob. więcej <https://amu.edu.pl/wiadomosci/aktualnosci/studenci/e-learningowe-kursy-jezyka-polskiego-specjalistycznego-dla-cudzoziemcow> (dostęp 17.09.2021).

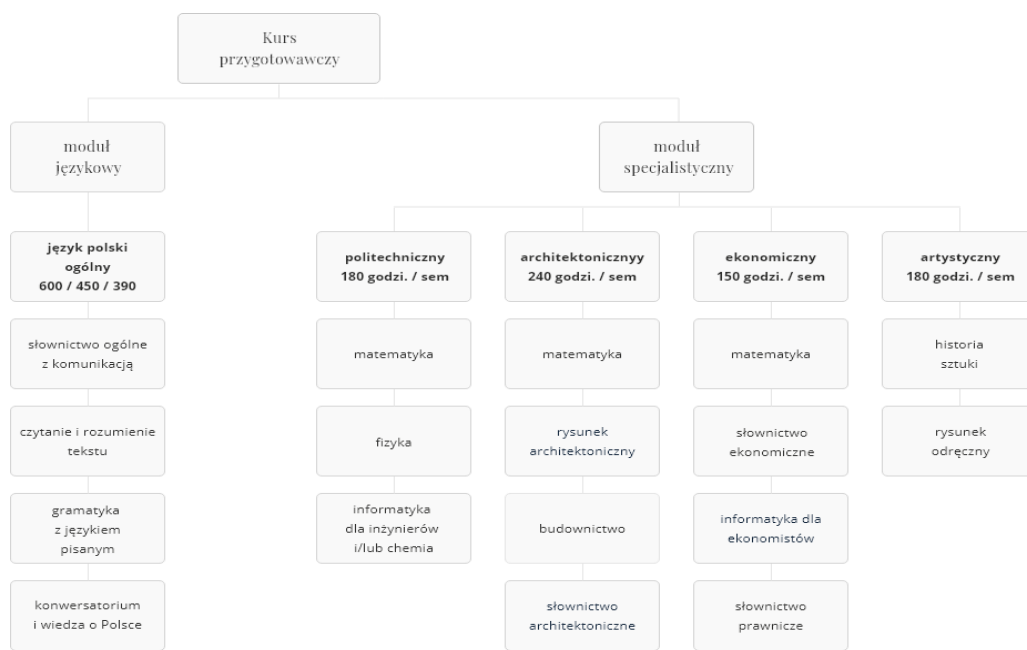
²⁴ Kursy przygotowawcze są prowadzone tylko w Studium Języka Polskiego dla Cudzoziemców Uniwersytetu Łódzkiego. Konieczna była jednak selekcja poruszanych zagadnień w pracy

Zdjęcie 1
Profile kursów przygotowawczych w MCK PK



Na roczny kurs przygotowawczy składa się moduł językowy (nauka języka polskiego ogólnego) oraz moduł specjalistyczny. Ten drugi ten obejmuje naukę przedmiotów i słownictwa związanych z konkretnym profilem oraz rozwijanie sprawności posługiwania się językiem (charakterystycznym dla wybranej specjalizacji) w mowie i piśmie w różnych sytuacjach komunikacyjnych.

Zzdjęcie 2
Program kursu przygotowawczego w MCK PK²⁵



doktorskiej. Z pewnością temat przygotowania cudzoziemców do studiów w Polsce jest warty zbadania w niedalekiej przyszłości.

²⁵ <https://www.mck.pk.edu.pl/kursy-przygotowawcze> (dostęp 23.11.2021).

Celem zajęć jest nie tylko nauczanie leksyki, ale także przekazanie wiedzy z danej dziedziny. Z tego powodu każda jednostka lekcyjna na kursie w MCK PK jest oparta na tekście, będącym bazą form leksykalnych i źródłem wiedzy specjalistycznej. Materiały te pozyskiwane są z Internetu albo z podręczników do historii oraz historii sztuki na poziomie polskiego gimnazjum, a ich długość wynosi mniej więcej 320 słów (Gałat, Rittner 2016: 166). Zajęcia te mają na celu rozwijanie sprawności czytania ze zrozumieniem i nabywanie umiejętności wyjaśniania oraz komentowania tekstu. Do najczęściej wykorzystywanych technik nauczania słownictwa specjalistycznego należą: pokazywanie ilustracji przedmiotu, przywoływanie synonimu, antonimu, internacjonalizmu, przywoływanie definicji, kontekstowe objaśnianie słowa, zilustrowanie słowa za pomocą gestów i mimiki (tamże: 169).

Wyraźnie zaznacza się, że zajęcia ze słownictwa specjalistycznego prowadzą lektorzy JPJO, którzy posiadają przynajmniej podstawową wiedzę z danej dziedziny (tamże: 164). Warte uwagi jest stwierdzenie autorek „że w przypadku zajęć ze słownictwa specjalistycznego dla grup na poziomie podstawowym istotniejsza jest odpowiednia kompetencja w zakresie nauczania języka polskiego jako obcego niż gruntowne przygotowanie z zakresu danej dziedziny wiedzy. Pozwala to bowiem na dopasowanie nauczanego materiału oraz stosowanych technik nauczania do możliwości studentów początkujących w sytuacji” (tamże: 167).

Na przeciw oczekiwaniom obcokrajowców poszukujących zatrudnienia w Polsce wychodzą także fundacje i językowe szkoły prywatne. W latach 2005 – 2020 Fundacja Linguae Mundi z Warszawy zrealizowała 30 projektów, z czego aż 9 dotyczyło nauki języków specjalistycznych oraz orientacji zawodowej. W ramach projektu *Edukacja – Praca – Integracja* powstała seria podręczników: *Chcę pracować w Polsce, Wybieram gastronomię, Opiekuję się osobą starszą*²⁶. Wśród warszawskich prywatnych szkół językowych zajmujących się nauczaniem JPJO szczególne miejsce zajmuje Instytut Kształcenia Obcokrajowców, który w latach 90. XX w. zasłynął z uczenia języka polskiego głównie biznesmenów i pracowników zagranicznych (głównie z Belgii, Holandii, Niemiec, Francji).

²⁶ Więcej informacji na temat projektów znajduje się na stronie <http://linguaemundi.pl/pl/projekty-europejskie/projekty-zakonczzone/>; <http://linguaemundi.pl/pl/projekty-europejskie/projekty-aktualnie-realizowane/> (dostęp 12.09.2021).

Lektorki tej placówki nigdy nie zdecydowały się na wydanie swoich autorskich materiałów, przez co nie są one dostępne szerszemu gronu, niemniej jednak skrypty te również należy uznać za wkład do dorobku glottodydaktyki specjalistycznej²⁷.

Zagadnieniem najmniej opracowanym, nie tylko w wymiarze teoretycznym, ale przede wszystkim praktycznym, jest certyfikacja polskiego języka specjalistycznego jako obcego (Bartosik 2019: 58). Obecnie przeprowadza się dwa egzaminy z polskiego języka specjalistycznego jako obcego. Pierwszym z nich jest egzamin resortowy z języka polskiego, oparty na wytycznych *Porozumienia o standaryzacji STANG 6001 – stopnie znajomości języków obcych*. Polskim dokumentem, który reguluje kwestie związane z przystosowaniem systemu kształcenia i egzaminowania do wymogów Porozumienia STANG 6001, jest Decyzja nr 251/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 26 czerwca 2015 roku w sprawie kształcenia i egzaminowania ze znajomości języków obcych w resorcie obrony narodowej, Dz.U.MON, poz.193 (Lewandowska 2019: 67). Drugi to egzamin z języka polskiego dla lekarzy i lekarzy dentystów organizowany przez Naczelną Izbę Lekarską, o którym będzie mowa w rozdziale VII. Jeszcze kilka lat temu odbywały się egzaminy z języka polskiego przeprowadzane przez Komisję Nadzoru Finansowego. Brak jednak aktualnych informacji, czy ten egzamin jest nadal organizowany.

1.4. Podsumowanie

Rozważania dotyczące definiowania JS pozwoliły wyeksponować pragmatyczne i lingwistyczne wyróżniki języków specjalistycznych. Zarówno w podejściu lingwistycznym, jak i glottodydaktycznym specyfikę JS wyznaczają w pierwszym rzędzie kryteria pragmatyczne, natomiast kryteria językowe zajmują pozycję drugorzędną. Do wyróżników pragmatycznych JS zalicza się: 1) zróżnicowanie przedmiotowe w układzie poziomym i pionowym; 2) zróżnicowanie specjalistycznej kompetencji użytkowników (nadawcy i odbiorcy)

²⁷ W latach 2019-2021 współpracowałam z tą szkołą i miałam okazję używać tych materiałów.

oraz 3) funkcje. Natomiast specyfikę lingwistyczną JS określa się na poziomie: 1) gramatycznym, 2) leksykalnym i 3) tekstowym.

Kwestie terminologiczne wciąż poddawane są dyskusjom. J. Waniakowa (2005: 138) postuluje, aby zrezygnować z terminu *język specjalistyczny* na rzecz *specjalistycznej odmiany języka*. Swoją propozycję uzasadnia tym, że termin *język specjalistyczny* jest nie adekwatny do rzeczy, którą nazywa. Trudno zgodzić się z J. Waniakową, bowiem w moim odczuciu termin *język specjalistyczny* na dobre zakorzenił się w badaniach językoznawczych oraz glottodydaktycznych i jest intuicyjnie zrozumiały nawet przez odbiorców bez przygotowania dydaktycznego (Gajewska, Sowa 2014: 18). Świadczą o tym liczne tytuły publikacji naukowych²⁸, tytuły konferencji²⁹, podtytuły czasopism naukowych³⁰ czy nawet słowa klucze w referatach i artykułach³¹. Sięganie po pojęcie *język specjalistyczny* jest zabiegiem wynikającym z ekonomii języka oraz celów czysto praktycznych.

Drugim istotnym zagadnieniem poruszonym w niniejszym rozdziale było miejsce języków specjalistycznych na tle współczesnej polszczyzny. Schemat zaproponowany przez S. Gruczę najlepiej obrazuje omawiane zjawisko. Badacz ulokował JS obok języka ogólnego, dialektów i socjolektów, i jednocześnie podkreślił przepływanie/wymianę słownictwa między nimi.

Jeśli chodzi o badania nad językami specjalistycznymi w glottodydaktyce polonistycznej, to niewątpliwie za „złoty okres” poczynąń naukowo-teoretycznych należy uznać przełom lat 80. i 90. XX wieku. Oprócz poziomu zaawansowania, na jakim można rozpocząć wprowadzenie elementów języka specjalistycznego oraz które zagadnienia gramatyczne należy uwzględnić w programowych nauczania, najwięcej dyskusji toczono nad tym, czy zajęcia z JS powinny skupić się wyłącznie na kwestiach językowych, czy należy przekazywać pewną wiedzę merytoryczną uczestnikom kursów. Przedstawicielki środowiska

²⁸ Zob. np. katalog Biblioteki Uniwersytetu Warszawskiego.

²⁹ Np. *Języki specjalistyczne w badaniach i praktyce*, Katowice 19-20.06.2021; *Języki specjalistyczne – praktyka i teoria*, Rzeszów 2019, 2022; *Języki specjalistyczne w ujęciu synchronicznym i diachronicznym*, Rybna 9.12.2019; *VI Międzynarodowa Konferencja Specjalistyczny język polski Frankfurt nad Odrą*, 6-07.3.2020; *Języki specjalistyczne w dydaktyce i translatoryce*, Poznań 17-18.11.2017; *SPECLANG 2016. Języki specjalistyczne. Edukacja. Perspektywy. Kariera*, Łódź 04.05.2016, *Języki specjalistyczne: definicja, dydaktyka, dylematy*, Cieszyń 3.03.2017.

³⁰ Zob. np. „Neofilolog”, nr 42/1 i 2 z 2013 r., ale już dwa numery „Acta Universitatis Lodziensis” z 2016 i 2017 roku zatytułowane zostały: *Specjalistyczne odmiany języka. Koncepcje badawcze i praktyka glottodydaktyczna*; *Odmiany stylistyczne i specjalistyczne języka, kształcenie dzieci i młodzieży*.

³¹ Zob. bibliografia.

krakowskiego – M. Chłopicka-Wielgos i D. Pukas-Palimąka opowiadały się za drugim podejściem, z kolei R. Cudak i J. Tambor ze środowiska śląskiego byli zdania, że nauczyciel języka polskiego może uczyć kwestii wyłącznie językowych (Chłopicka, Pukas-Palimąka 1996; Cudak, Tambor 1996). Dyskusje te nadal trwają, nie tylko na polu glottodydaktyki polonistycznej.

Lata 1996 – 2004 były przełomowe dla polskiej gospodarki i postrzegania polskiego rynku pracy, a co za tym idzie także języka polskiego. Ostatnie 20 lat to także wzmożona działalność szkół prywatnych, które niejako „przejęły” nauczanie osób dorosłych zarówno polskiego języka ogólnego, jak i specjalistycznego. Warto zauważyć, że pomysłodawcami kursów o nachyleniu języka typowo zawodowego są właśnie prywatne szkoły językowe, a autorami materiałów i koncepcji kursów są lektorzy pracujący w tychże szkołach. W moim odczuciu istnieje zbyt mały przepływ informacji czy też współpracy między środowiskiem akademickim a środowiskiem komercyjnym. Zapewne wynika to z obawy ze strony osób pracujących w miejscach prywatnych przed „uszkolnieniem” bądź nadaniem charakteru akademickiego kursom komercyjnym, które z założenia mają mieć jak najmniej wspólnego z nauczaniem języka w szkole. Wkład tychże jednostek w dorobek polskiej glottodydaktyki, szczególnie specjalistycznej – w moim odczuciu – jest ogromny, choć wymaga oddzielnego zbadania i omówienia. Kwestię tę podniósł także W. Miodunka w swojej monografii omawiającej stan obecny i perspektywy na przyszłość polskiego środowiska glottodydaktycznego (Miodunka 2016).

Rozdział II

Glottodydaktyka języków specjalistycznych

2.1. Wprowadzenie

W polskiej literaturze przedmiotu można znaleźć kilka funkcjonujących i używanych z różną frekwencją terminów stosowanych na nazwanie interesującej mnie dziedziny. S. Wojnicki (1991: 14) wziął pod uwagę trzy określenia:

- 1) *glottodydaktyka do celów ograniczonych* – ponieważ nauczanie JS z jednej strony wiąże się z selekcją treści względem nauczania JOg, z drugiej strony wymaga wprowadzenia elementów nieobecnych w języku ogólnym,
- 2) *nauczanie subjęzyków specjalistycznych* – nazwa zaczerpnięta z badań niemieckojęzycznych,
- 3) *glottodydaktyka do celów zawodowych*.

Wprawdzie termin wskazany jako trzeci znalazł się ostatecznie w tytule publikacji S. Wojnickiego, sam autor nie był do końca przekonany o słuszności wybranego wariantu. P. Sobkowiak (2003: 11) w swojej publikacji posługuje się określeniem *nauczanie języka dla celów profesjonalnych*. Rozważań nad instrumentarium nazewniczym nie prowadzi także B. Kubiak (2002, 2006), w publikacjach którego można znaleźć termin *nauczanie języków specjalistycznych*. S. Grucza proponuje określenie *dydaktyka języków specjalistycznych i/lub glottodydaktyka specjalistyczna*.

Zwolenniczkami takich rozwiązań terminologicznych są także E. Gajewska i M. Sowa. Zdaniem badaczek dopuszczalne jest także użycie nazwy *dydaktyka JO do celów zawodowych* (Gajewska, Sowa 2014: 46). Ponadto proponują dwa inne określenia:

- 1) *glottodydaktyka dla potrzeb zawodowych*, odnoszące się do organizacji i realizacji kursów językowych dla osób czynnych zawodowo i poszukujących zatrudnienia w obcojęzycznym środowisku językowym,
- 2) *glottodydaktyka do celów zawodowych*, w obszarze której znajduje się „nauczanie języków zawodowych lub branżowych do wykorzystania ich w późniejszej karierze (tamże: 47).

Na gruncie glottodydaktyki polonistycznej wprowadzono kolejne warianty nazewnicze. Pierwszą chronologicznie z propozycji był termin *glottodydaktyka w zakresie kształcenia specjalistycznego* ukuty przez J. Mazura (1996). Badacz nie podjął jednak refleksji terminologicznej, podobnie zresztą jak większość

glottodydaktyków. W pracach P. Gębała promowane są określenia *dydaktyka języków specjalistycznych* i/lub *glottodydaktyka specjalistyczna* (Gębał 2016). Badacz zwraca także uwagę na funkcjonującą w nomenklaturze materiałów glottodydaktycznych nazwę *nauczanie (języka) komunikacji w miejscu pracy (przedsiębiorstwie)* (tamże: 21). Z kolei B. Ligara i W. Szupelak posługują się terminem *glottodydaktyka języków specjalistycznych*. Kolejnym wariantem jest określenie *dydaktyka specjalistycznych (specjalnych) odmian języka* zaproponowane przez G. Zarzycką (2016: 10). Niniejszy rozdział zatytułowałam *Glottodydaktyka języków specjalistycznych*, przychylając się tym samym do propozycji nazewniczej B. Ligary oraz W. Szupelaka. W moim odczuciu określenie to jest najbardziej pojemne i jednocześnie językowo ekonomiczne.

Pod koniec lat 80. W. Pfeiffer (1986: 197) wysunął tezę, że nie można mówić o glottodydaktyce specjalistycznej, ponieważ „brak stosownych, opartych na podstawach lingwistycznych opisów języków specjalistycznych powoduje, że nie mogła się jeszcze rozwinąć metodyka tych języków”. Również M. Chłopicka i D. Pukas-Palimąka (1996: 79) pisały, iż „nie istnieje specjalna metodyka nauczania języka specjalistycznego i dlatego podejście komunikacyjne doskonale się do tego celu nadaje. Wystają tu te same fazy przyswajania języka: prezentacja i objaśnianie, ćwiczeń i utrwalanie, wolnego zastosowania”. Zdania tego nie podzielają E. Gajewska i M. Sowa (2014: 26) twierdząc, że najlepszym dowodem na istnienie metodyki języków specjalistycznych jest wieloletnia praktyka ich nauczania. W pełni zgadzam się z opinią językoznawczyń. Przekonującym dowodem jest specjalistyczna glottodydaktyka polonistyczna. Praktyka w postaci podręczników do nauczania przedstawia się jako dominująca w porównaniu z refleksją teoretyczną, która notabene powinna wyprzedzać wszelkie działania aplikacyjne.

W badaniach nad językiem specjalistycznym i jego definicją punktem odniesienia był język ogólny. Analogicznie więc, charakterystyki glottodydaktyki specjalistycznej należałoby dokonać w odniesieniu do glottodydaktyki ogólnej. Wyraźnie zaakcentowane zostało to w opisie *glottodydaktyki specjalistycznej* autorstwa S. Gruczy (2007: 12): „glottodydaktykę specjalistyczną trzeba uznać za pewien nowy, czy dodatkowy składnik glottodydaktyki w ogóle, natomiast w żadnym razie nie jest ona jakąś inną glottodydaktyką” oraz rozważaniach S. Wojnickiego (1991: 14) na temat zasadności terminu *glottodydaktyka do celów*

ograniczonych, w których autor pisał: „glottodydaktyka do celów ograniczonych – gdyż istotną rolę odgrywa tu wspomniana już idea ścisłej selekcji, a więc ograniczenia względem nauczania ogólnego (jak jednak wspomniano, ograniczeniu temu towarzyszy wprowadzenie elementów w nauczaniu ogólnym nieobecnych)”.

Zdaniem E. Gajewskiej i M. Sowy (2014: 30), które przybliżyły polskiemu czytelnikowi badania francuskojęzyczne nad nauczaniem JS, „różnice między nauczeniem języka ogólnego a nauczaniem języka specjalistycznego dotyczą dwóch zasadniczych elementów:

- w przypadku języka specjalistycznego – cele i treści programu nauczania są ściślej związane z rzeczywistymi konkretnymi potrzebami uczących się;
- nauczanie i uczenie się języka specjalistycznego powiązane jest z wiedzą specjalistyczną w danej dziedzinie”.

Wśród innych odmienności glottodydaktyki specjalistycznej względem glottodydaktyki ogólnej badaczki wymieniły:

- „dokładnie określony przez odbiorcę wąski i konkretny cel uczenia (się);
- stosunkowo krótki czas nauki odpowiadający najczęściej pilnej potrzebie uczącego się;
- skupienie się na wybranych sytuacjach i kluczowych dla odbiorców kompetencjach przez realizację zadań i projektów, przez co nauczanie języka jest podporządkowane jego aktualnej i przyszłej użyteczności;
- nieznajomość lub wyłącznie częściowa znajomość nauczanych zagadnień specjalistycznych przez nauczyciela;
- współpracę ze specjalistami lub korzystanie z ich pomocy;
- brak gotowych materiałów dydaktycznych do wykorzystywania na lekcji” (tamże: 29).

W pierwszej kolejności autorki wskazały na dokładnie określony cel nauczania JS, który wynika z potrzeb uczącego się wobec języka. Stąd też wniosek, iż wszystkie działania w obrębie (treści nauczania i formy ćwiczeń) glottodydaktyki specjalistycznej są skoncentrowane na zaspokojeniu owych potrzeb (Cholewa 2013: 76). Aby dokładnie sprofilować oczekiwania uczących się w stosunku do kursu/zajęć językowych glottodydaktyka specjalistyczna wypracowała narzędzie w postaci analizy potrzeb. Zdaniem badaczy wypracowanie narzędzia umożliwiającego identyfikację potrzeb, wymagań i

oczekiwać uczącego się ułatwia rozróżnienie tego, co specjalistyczne lub niespecialistyczne (Gajewska, Sowa 2014: 45).

Kolejny punkt dotyczy stosunkowo krótkiego czasu nauki. Zasadne są tu uwagi o braku gotowych materiałów dydaktycznych (choć te ciągle powstają i nisza ta jest coraz częściej i chętniej zapełniana) oraz teza, że w trakcie organizacji kursu JS wskazane są konsultacje ze specjalistą, ponieważ nauczyciel wykazuje się nieznajomością bądź tylko częściową znajomością nauczanych treści. Dyskusyjna jest natomiast kwestia krótkiego czasu nauki wynikająca z pilnej potrzeby uczącego się. Wydaje się bowiem, że każdemu, kto podejmuje naukę języka obcego zależy właśnie na jego opanowaniu w stosunkowo szybkim czasie, aby możliwie jak najprędzej zaspokoić swoje potrzeby. Początkowo są to najprostsze potrzeby komunikacyjne, np. pytanie o cenę, o lokalizację jakiegoś miejsca, kupno kawy, biletu, potem jednak lista potrzeb znacznie się rozszerza. Kolejnymi czynnikami mobilizującymi do szybszej nauki języka ogólnego są np. chęć nawiązania nowych znajomości w celach towarzyskich, a nie tylko zawodowych, czy w przypadku osób dorosłych presja ze strony partnerki/partnera oraz jej/jego rodziny. W moim odczuciu obecnie nie ma znaczenia, czy uczymy się języka do celów ogólnych lub specjalistycznych/zawodowych, pilna potrzeba opanowania nowego narzędzia komunikacji może wystąpić w obu tych kontekstach, zwłaszcza w XXI wieku, kiedy jeszcze bardziej odczuwalne są globalne migracje.

Glottodydaktyka specjalistyczna i glottodydaktyka ogólna wykazują także podobieństwa. Zarówno w nauczaniu JS, jak i JOg, nadrzędnym celem jest stworzenie warunków ułatwiających rozwój pełnej kompetencji komunikacyjnej (Olpińska-Szkielko 2009: 2004). J. Zając (2013: 11) słusznie stwierdza, że „dotychczasowy podział w dydaktyce akademickiej na kompetencje zawodowe (profesjonalne) i kompetencje językowe (komunikacyjne) jest sztuczny, ponieważ nie przystaje do potrzeb współczesnego rynku pracy, a nawet ów podział można uznać za szkodliwy. (...) Eksperci z dziedziny zarządzania mają bowiem zbyt niskie umiejętności komunikacyjne (zwłaszcza w zakresie języków obcych), zaś u lingwistów stwierdza się niedobory wiedzy pozalingwistycznej”.

Rozwijanie kompetencji kulturowej to kolejna cecha wspólna dydaktykom obu omawianym odmianom języka (Gajewska i Sowa 2014: 30). Nauczyciel języka specjalistycznego i ogólnego powinien zadbać, aby w trakcie zajęć

stworzyć warunki podobne do naturalnego środowiska komunikacyjnego, a samą lekcję oprzeć na materiałach autentycznych (tamże: 31). Za cechy wspólne obu glottodydaktyk E. Gajewska i M. Sowa uważają także opieranie nauczania na mniej lub bardziej samodzielnych działaniach podejmowanych przez uczącego się w celu realizacji określonych dążeń oraz wykorzystywanie w nauczaniu nowych technologii.

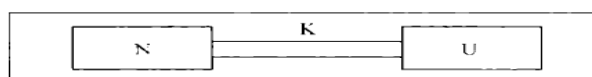
2.2. Modelowe ujęcie procesu uczenia (się) języków specjalistycznych

Autorem pierwszego opracowanego w 1978 r. na gruncie polskim modelowego ujęcia procesu nauczania i uczenia się jest F. Grucza. Autor sam podkreślił, iż układ ten „niczym się właściwie nie różni od zwykłego układu dydaktycznego, a także komunikacyjnego” (F. Grucza 1978: 31). Model ten pozwolił F. Gruczy wypracować pierwszą w badaniach polskojęzycznych definicję glottodydaktyki (tamże: 32). P. Gębał (2013: 20) stwierdza, iż stworzony w latach 70. XX w. schemat odznacza się wówczas nowoczesnością, kompleksowością i wszechstronnością.

Filarami modelu F. Gruczy są **(U) uczeń** i **(N) nauczyciel**, kanałem **(K)** łączącym uczestników sytuacji glottodydaktycznej jest język. Autor podkreślił, że to uczący się jest elementem nadrzędnym w tym układzie, niejako niezależnym od nauczyciela, może bowiem istnieć i funkcjonować bez nauczyciela, natomiast odwrotna sytuacja jest wykluczona (F. Grucza 1978: 33).

Schemat 5

Układ glottodydaktyczny według F. Gruczy (Gębał 2013: 20)



N – nauczyciel, K – kanał, U – uczeń

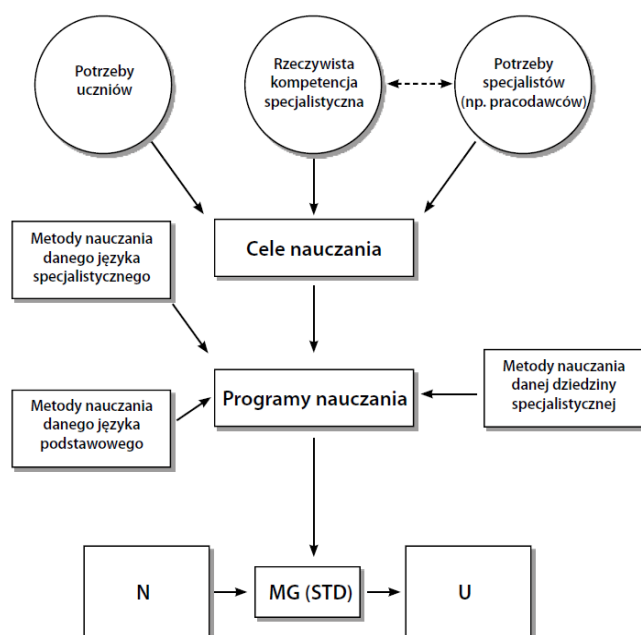
W propozycjach układów glottodydaktycznych powstałych w latach późniejszych centralną osią zawsze tworzyli **Uczeń** i **Nauczyciel**. Ponadto badacze włączali komponenty, których pojawienie się było wymuszone przez zmieniającą się obiektywną rzeczywistość (Gębał 2013: 22). W schemacie W. Woźniewicza były to cele polityki oświatowej, program nauczania, warunki

organizacyjne, społeczne zapotrzebowanie na znajomość danego języka obcego, kontekst społeczno-grupowy, system kształcenia i doskonalenia glottodydaktycznego nauczycieli, rodzinno-środowiskowe uwarunkowania i aspiracje, a także materialna obudowa procesu glottodydaktycznego (Woźniewicz 1987: 60; za: Gębał 2013: 23). Z kolei W. Pfeiffer (2001: 21; za: Gębał 2013: 26) uwzględnił jako dodatkowe materiały glottodydaktyczne oraz metody nauczania i uczenia się. Autorem najnowszego układu glottodydaktycznego jest P. Gębał, który przeniósł elementy dotychczasowych propozycji do współczesnej rzeczywistości. Jak sam zaznaczył, obecnie nie można mówić o modelowym układzie glottodydaktycznym bez uwzględnienia kształcenia nauczycieli i edukacji szkolnej (typy szkoły) oraz wielojęzyczności. W porównaniu z poprzednimi modelami to właśnie te trzy elementy stanowią swoiste *novum* w pracy badacza (Gębał 2013: 26-27). Podobnie jak W. Woźniakowski i W. Pfeiffer, P. Gębał uwzględnił w swoim modelu metody uczenia się i nauczania oraz preparację i ewaluację materiałów glottodydaktycznych (tamże: 27).

Przedstawione powyżej propozycje układów glottodydaktycznych były punktem odniesienia dla ujęcia modelowego procesu uczenia (nauczania i uczenia się) języków specjalistycznych, którego autorem jest P. Szerszeń. Podstawą pragmatyczno-metodycznej bazy glottodydaktyki specjalistycznej są **nauczyciel, uczeń** oraz **specjalistyczne teksty dydaktyczne** pełniące funkcję łącznika.

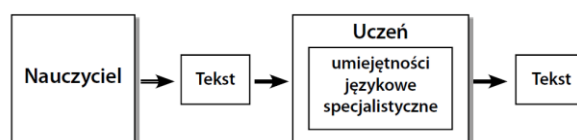
Schemat 6

Pragmatyczno-metodyczna baza glottodydaktyki specjalistycznej P. Szerszenia (Szerszeń 2014: 136)



Badacz (2014: 134) podkreśla także, że osoba ucząca się powinna „rozwijać umiejętności specjalistyczne językowe, wśród których kluczową rolę odgrywają specyficzne umiejętności formacyjne i funkcyjne, zaś w ujęciu szerszym umiejętności dyskursywne, a zwłaszcza umiejętności rozumienia i tworzenia tekstów specjalistycznych opartych m.in. na zdolności rekonstruowania treści specjalistycznych oraz transferencji w ten sposób uzyskiwanej wiedzy specjalistycznej we własnych komunikatach tekstowych”. Ostatecznie propozycja rozszerzonego układu glottodydaktycznego według P. Szerszenia wygląda następująco:

Schemat 7
Rozszerzony układ glottodydaktyki specjalistycznej (Szerszeń 2014: 139)



2.2.1. Uczący się w układzie glottodydaktycznym

Informacji na temat charakterystyki sylwetki ucznia w kształceniu języka specjalistycznego dostarczają prace J. Kic-Drgas (2017a) oraz E. Komorowskiej (2020). Charakteryzując sylwetkę osoby uczącej się języka do celów specjalistycznych i/lub zawodowych, badaczki zwracają uwagę na następujące czynniki: *wiek, wysoka motywacja, znajomość innych języków obcych, wiedza specjalistyczna, znajomość innych języków specjalistycznych, znajomość docelowego języka obcego, potrzeby osoby uczącej się i umiejętność ich dokładnego precyzowania oraz ograniczenia czasowe w nauce języka* (Komorowska 2020: 89-102; Kic-Drgas 2017: 215).

Wiek osoby uczącej się ma kluczowe znaczenie dla procesu glottodydaktycznego. W przeważającej większości uczestnikami kursów języków specjalistycznych są osoby dojrzałe społecznie i zawodowo. Dorośli uczniowie mają doświadczenie w nauce języków obcych (przynajmniej jednego), dobrowolnie podejmują naukę języka obcego specjalistycznego, przez co ich pozytywne nastawienie oraz gotowość do uczenia się są zdecydowanie wyższe. E.

Gajewska i M. Sowa zwracają uwagę, iż dojrzałemu zawodowo i społecznie uczniowi musi zostać przedstawiony nie tylko cel zajęć (którym jest uczenie rzeczy niezbędnych do radzenia sobie z zadaniami zawodowymi), zasadność poszczególnych czynności, ale także związki logiczne między następującymi po sobie fazami kształcenia (tamże: 95).

Jednym z czynników, który znacząco wpływa na proces uczenia się jest motywacja, która może mieć charakter „*zewewnętrzny* (nagrody i kary), *pośredni* (współzawodnictwo, naśladowanie innych ludzi, autorytet nauczyciela) oraz *wewnętrzny* (doświadczenie życiowe i przekonania uczących się, czyli: samorzutne zainteresowanie, zamiłowanie do nauki, perspektywa studiów, przyszła praca zawodowa, korzyści materialne z wykonywanego zawodu)” (Lewowicki 1975: 148; za: Lipińska 2006: 70). T. Lewowicki przestrzega, że zarówno zbyt słaba, jak i nadmiernie silna motywacja mogą wpłynąć destruktywnie na osobę uczącą się (tamże). W literaturze funkcjonuje także podział na motywację integracyjną i instrumentalną. Pierwsza z nich wiąże się z nauką języka z powodu zamiłowania do kultury danego kraju i chęci poszerzenia własnych horyzontów poznawczych. Natomiast motywacja instrumentalna jest ściśle związana z korzyściami, jakie można uzyskać dzięki znajomości języka, np. znalezienie nowej pracy, uzyskanie awansu lub podwyżki (Lipińska 2006: 71). Motywacja ta będzie szczególnie charakterystyczna dla dorosłych osób uczących się języka obcego – i jak podkreślają B. Ligara oraz W. Szupelak (2012: 106) – „siła takiej motywacji będzie równa lub nawet większa od motywacji integracyjnej”.

Ponadto istotnym aspektem warunkującym sukces kształcenia jest motywacja uczącego się do podjęcia, a później do kontynuacji nauki. Wynika ona zarówno z chęci samorozwoju oraz samodoskonalenia, ale także z potrzeb instrumentalnych, np. otrzymanie zatrudnienia czy też awansu (Szafernakier-Świrko 2016: 87). Jednak uczenie się języka obcego w dorosłym wieku wiąże się trudnościami natury nie tylko biologicznej (kondycja zmysłów wzroku, słuchu czy mowy), ale także psychologicznej (np. strach przed ośmieszeniem w chwili popełnienia błędu) (Lipińska 2006: 66, por. Lipińska, Seretny, Fiema, Mikulska 2019: 71-101).

Kolejnym czynnikiem wpływającym na proces uczenia się z perspektywy uczącego się jest znajomość języków obcych, która obejmuje zarówno znajomość języków drugi i kolejnych, jak i poziom znajomości docelowego języka ogólnego

i – co istotne – innych języków specjalistycznych. Współcześnie nie da się już mówić o akwizycji języka obcego w oderwaniu od wielojęzyczności, która jest wyzwaniem dla glottodydaktyków, na co zresztą zwrócił uwagę w modelowaniu autorskiego układu glottodydaktycznego P. Gębał (por. Chłopek 2011; Kucharczyk 2018). Stopień znajomości innych (obcych) języków specjalistycznych (ale także znajomość ojczystego języka specjalistycznego) ma istotny wpływ na akwizycję/dydaktykę kolejnego (S. Grucza 2007: 17-18).

Znawcy tematu wielojęzyczności z jednej strony zwracają uwagę na korzyści płynące z takiej sytuacji: możliwość skorzystania z doświadczenia w nauce języka, zdobytej dotychczas wiedzy, znajomości strategii uczenia się oraz pozytywnego transferu językowego (Gębał 2019: 240; Chłopek 2011: 243). A. Zawadzka (2018: 503) podkreśla, że nauczanie trzeciego i kolejnego języka jest procesem znacznie bardziej złożonym i wymagającym niż to się może wydawać, ponieważ współdziałają czynniki lingwistyczne i pozalingwistyczne. Zdaniem badaczki istotne jest porównywanie ze znanym już językiem, a także odwoływanie się do dotychczasowej wiedzy i świadomości językowej (tamże: 509).

Wymienione wcześniej pozytywne aspekty znajomości innych języków może stać się barierą trudną dla pokonania, zarówno dla uczącego się, jak i nauczającego. Przykładem takich sytuacji może być niechęć do poznania innych strategii uczenia się (E. Komorowska 2020: 94). Jeszcze bardziej problematyczne w przewyciężeniu i oduczeniu studenta ciągłego porównywania z innym językiem opanowanym na bardzo zaawansowanym poziomie na zasadzie: język łatwy – język trudny.

Na konieczność znajomości ogólnego języka docelowego do opanowania języka specjalistycznego zwrócił uwagę S. Grucza (2007: 17). Również A. Seretny (2011: 110) stoi na stanowisku, iż większość kursów specjalistycznych jest kierowana do osób, które wykazują znajomość języka ogólnego na poziomie B2. Jednak zarówno P. Szerszeń, jak i E. Gajewskiej oraz M. Sowa, a także E. Komorowska odrzucają tezę S. Gruczy. Ponadto są zdania, iż nauczanie języka do celów specjalistycznych jest nie tylko możliwe, ale wręcz wskazane na poziomach niższego zaawansowania znajomości języka ogólnego (Szerszeń 2014: 145; Gajewska, Sowa 2014: 92).

Ze znajomością języka specjalistycznego wiąże się także poziom wiedzy

specjalistycznej. Dla A. Seretny (2019: 110) posiadanie specjalistycznej wiedzy przedmiotowej jest czynnikiem decydującym o przynależności do konkretnej grupy: 1) *profesjonalistów*, tj. osób czynnych zawodowo na rynku pracy lub mających wystraczające kwalifikacje, aby tę pracę podjąć w niedługim czasie lub 2) *adeptów*, tj. osób dopiero poznających daną dziedzinę wiedzy. Wiedza na temat rzeczywistego zakresu wiedzy specjalistycznej jest niezwykle istotna dla lektora/nauczyciela odpowiedzialnego za przygotowanie zajęć/kursu. Zróżnicowanie na specjalistów i osoby przygotowujące się do zawodu pozwoliło E. Gajewskiej i M. Sowie (2014: 47) dokonać rozróżnienia na glottodydaktykę dla potrzeb zawodowych (przygotowanie profesjonalistów do podjęcia pracy w środowisku obcojęzycznym) oraz glottodydaktykę dla celów zawodowych (nauczanie języka do celów akademickich). Na zjawisko asymetrii w wiedzy specjalistycznej, zarówno między uczniem a nauczycielem, jak i między samymi uczącymi się zwróciła także uwagę J. Kic-Drgas. Badaczka podkreśla, iż jest jeden z kluczowych czynników wpływających na proces dydaktyczny w nauczaniu języków specjalistycznych (Kic-Drgas 2017a: 215). Zagadnieniem istotnym w kontekście osoby uczącej są jej potrzeby związane z nauką języka specjalistycznego. Mają one także kluczowe znaczenie przy planowaniu i organizacji kursu językowego, dlatego też zostaną omówione w dalszej części.

Ostatnią kwestią, do której chciałabym się odnieść to *wiedza specjalistyczna* oraz *znajomość języka specjalistycznego*. Z mojego punktu widzenia, niezwykle pomocne w nauce JS jest także *doświadczenie* (lub jego brak) w wykonywanym zawodzie w pracy w środowisku języka rodzimego, ale i obcego. Praktyka (a dokładniej mówiąc jej czas trwania) przekłada się znacząco na potrzeby. Osoba będąca np. kardiologiem może łatwiej sprecyzować swoje oczekiwania wobec nauki języka niż lekarz pracujący na tym stanowisku rok. W przypadku osób z krótkim stażem może istnieć ryzyko wyobrażeniowe nt. języka. Z tego powodu jest to czynnik, na który należy zwrócić uwagę charakteryzując sylwetkę uczącego się, a także jego doświadczenie zawodowe lub jego brak. Wówczas w trakcie nauki obcego języka specjalistycznego można bazować na wiedzy i doświadczeniu zdobytym podczas pracy.

Praca z uczestnikami kursów specjalistycznych uwarunkowane są sześcioma zasadami andragogicznymi zaproponowanymi przez M. Knowlesa, E. Holtona i R. Swansona:

- „potrzeba wiedzy (dlaczego? co? jak?),
 - wyobrażenie siebie przez uczącego się (autonomiczność, samosterowalność),
 - wcześniejsze doświadczenia uczącego się (zasoby, modele mentalne),
 - gotowość do uczenia się (związane z życiem, zadania rozwojowe),
 - zorientowanie na uczenie się (skoncentrowanie na problemie, kontekstualne),
 - motywacja do uczenia się (wartość autoteliczna, korzyść osobista)”
- (Knowles, Holton i Swanson 1998: 4; za: Gajewska, Sowa 2014: 94).

2.2.2. Nauczyciel w układzie glottodydaktycznym

Do zasadniczych funkcji nauczyciela W. Pfeiffer (2001: 122-123) zalicza: *funkcję organizacji, kreacji, sterowania, kontroli procesów glottodydaktycznych, funkcję interpretatora kultury obcojęzycznej i funkcję wychowawczą*. Oprócz tego badacz wymienia *funkcję podawczo-nauczającą, aktywizacji, indywidualizacji, motywacji oraz funkcję opiekuna-wychowawcy*. W celu skutecznego realizowania wymienionych ról oraz zadań z nimi związanymi, nauczyciel powinien nie tylko dysponować rozległą wiedzą gramatyczną o danym języku, ale także wiedzą na temat wzorców zachowań członków wspólnoty posługującej się nauczonym językiem. Kompetencje te korespondują z projektem zestawu standardowych kompetencji zawodowych nauczycieli, opracowanego przez Komitet Nauk Pedagogicznych PAN (Denek 2000: 126), a także z propozycjami amerykańskiego gremium o nazwie *Międzynarodowe Konsorcjum do Wspierania Nowych Wymagań Zawodowych Nauczycieli* (Kwieciński 1998: 35; Zawadzka 2014: 111).

E. Gajewska, M. Sowa i J. Kic-Drgas również zwracają uwagę na różnorodność ról, które przychodzi pełnić nauczycielowi JS. Jest on specjalistą w zakresie nauczanego języka - musi nauczyć elementów językowo-stylistycznych pozwalających na zrozumienie treści specjalistycznych i praktyk werbalnych (Gajewska, Sowa, Kic-Drgas 2020: 106). O byciu ekspertem w dziedzinie nauczania języka obcego świadczy już nie tylko wiedza i kompetencje specjalistyczne, ale także dyspozycje oraz postawy i wartości niezbędne do wykonywania zawodu (E. Zawadzka 2014: 109).

Nauczyciel JS jest także głęboko zaangażowany w proces koncepcyjny i

twórczy całego kursu językowego, stoi bowiem przed nim zadanie opracowania odpowiedniego sylabusu i/lub programu, nierzadko też własnych materiałów dydaktycznych. Z tego powodu jest także kreatorem procesu kształcenia. Rola ta wiąże się z wieloma zadaniami podejmowanymi i przeprowadzanymi przez nauczyciela JS na różnych etapach kursu – w fazie przygotowawczej należy możliwie jak najbardziej precyzyjnie określić profil uczącego się i jego potrzeby wobec kursu. W trakcie zajęć językowych rolą nauczyciela jest czuwanie nad prawidłowym przebiegiem kształcenia, nadzorowaniu uczniów oraz formułowaniu wyjaśnień i ewentualnej korekcie. Nauczyciel to także innowator, badacz i nieustanny refleksyjny praktyk, który będzie mógł reagować na nieustanne transformacje polityczne, gospodarcze i społeczne w wymiarze globalnym, społecznym i indywidualnym (Zawadzka 2014: 281). Wraz z upowszechnieniem się komunikacyjnego podejścia do nauczania języków obcych oraz podkreśleniem podmiotowości ucznia pojawiła się konieczność zweryfikowania dotychczasowo obowiązującej roli nauczyciela jako osoby przekazującej wiedzę i dbającej o jej zapamiętanie. Dzięki psychologii kognitywnej zaczęto patrzeć na uczenie się jako proces konstruowania i przetwarzania informacji, a nie tylko ich magazynowania przez uczącego się, który dodatkowo steruje całym procesem. To zaś spowodowało, iż nauczyciel jest jednocześnie organizatorem i moderatorem procesu uczenia się, jak i również doradcą wskazującym odpowiednie sposoby i techniki zdobywania informacji (tamże: 221).

Przez cały przebieg nauki nauczyciel jest także ewaluatorem zarówno osób uczących się, jak i przygotowanego przez siebie kursu. Rola ta znaczenie się intensyfikuje już po zakończeniu nauczania, kiedy nauczyciel ocenia podjęte przez siebie procedury dydaktyczne i przydatność wykorzystanych materiałów (ewaluacja konkluzyjna/konkluzywna, sumatywna) w celu oszacowania efektywności (Gajewska, Sowa, Kic-Dras 2020: 106-107). Ewaluacja jest niezwykle istotna z punktu widzenia samego uczącego, ponieważ w tym przypadku pełni funkcję kształtowania świadomości i motywacji uczących się do dalszej nauki (funkcja psychologiczna) (Zawadzka 2014: 247; Lesiak-Bielawska 2015: 388).

Przed nauczycielem jako wychowawcą realizującym zasady humanistyki pedagogicznej stoi zadanie uczenia krytycznego postrzegania rzeczywistości,

odpowiedniej interpretacji zjawisk i procesów społecznych, technologicznych i kulturowych (Zawadzka 2014: 184).

Współcześnie oczywista jest też rola nauczyciela jako pośrednika kulturowego. Uczenie (się) języka obcego to nie tylko poznawanie charakterystycznych dla niego systemu znaków i struktur formalnych, ale także nabywanie umiejętności odczytywania i dekodowania przenoszonych przez każdy język systemu wartości oraz kultury kraju języka docelowego. Język jest nie tylko przejawem danej kultury, ale przede wszystkim narzędziem do jej poznania. Z tego powodu warunkiem umożliwiającym nauczycielowi pełnienie roli pośrednika kulturowego jest posiadanie przez niego kompetencji wielo- i międzykulturowej, będącej kompleksem analityczno-strategicznych umiejętności w stosunkach z przedstawicielami innych narodowości (tamże: 213). Diagram przedstawiający role nauczyciela języka specjalistycznego prezentuje się następująco:

Schemat 8

Role nauczyciela języka specjalistycznego (Gajewska, Sowa, Kic-Drgas 2020: 107)



Z pełnienia wyżej nadmienionych ról wynika (wielozadaniowość działań nauczyciela JS, które zmierzają do zrealizowania celów i zaspokojenia potrzeb potencjalnych odbiorców kształcenia „dla których nauka języka jest jedyną sposobnością do uzupełnienia ewentualnych braków, podniesienia kompetencji, rozwinięcia sprawności, aby skutecznie podejmować zawodowe działania komunikacyjne w języku obcym” (Gajewska, Sowa, Kic-Dragas 2020: 109).

E. Gajewska, M. Sowa i J. Kic-Drgas zastanawiają się, czy nauczyciel języka specjalistycznego to osoba do (zbyt?) wielu zadań. Podejmując próbę odpowiedzi na to pytanie, podkreślają, że „zawód nauczyciela JS wymaga realizacji bardziej różnorodnych zadań, niż ma to miejsce w przypadku nauczyciela języka obcego ogólnego (JOOg), co przekłada się na szerszy zakres kompetencji zawodowych tego pierwszego” (tamże: 105) oraz na konieczność radzenia sobie przez nauczyciela z dziedziną wiedzy, która nie jest mu dobrze znana (Gajewska, Sowa 2014: 381). Choć wśród badaczy zdania co do składowych kompetencji zawodowej nauczyciela są podzielone w badaniach obco- i polskojęzycznych wyróżnia się trzy podstawowe kompetencje: w zakresie znajomości języka obcego, glottodydaktyki specjalistycznej oraz dziedziny zawodowej (Gajewska, Sowa, Kic-Drgas 2020: 105).

We współczesnej dyskusji coraz częstsze są głosy w sprawie włączenia do profilu umiejętności zawodowych nauczyciela kompetencji w zakresie wykorzystania nowszych technologii, centrów zasobów językowych, nauczania zdalnego, dydaktyki samokształcenia, znajomości języków obcych, oceniania, kompetencji związanych z przygotowaniem i realizacją zintegrowanych programów nauczania przedmiotowo-językowego (tamże: 106).

Sytuację komplikuje brak stosownego przygotowania lektorów do wykonywanego zawodu. Wprawdzie w środowisku glottodydaktycznym *język specjalistyczny* cieszy się dużym zainteresowaniem (czego przykładem mogą być już nie tylko panele dyskusyjne na konferencjach, ale całe konferencje poświęcone glottodydaktyce specjalistycznej), widać jednak znaczące braki w samym kształceniu i przygotowaniu lektorów do prowadzenia zajęć z zakresu nauczania języka specjalistycznego. Wciąż nie został opracowany program studiów nauczania języków specjalistycznych, a kursy czy szkolenia podejmujące tematykę analizy języka specjalistycznego, projektowania i ewaluacji kursu JS, dostępnych na rynku materiałów czy wykorzystania autentycznych materiałów źródłowych należą (Lesiak-Bielawska 2015: 382, por. Kic-Drgas, Woźniak 2022).

2.2.3. Materiały w układzie glottodydaktycznym

Materiały glottodydaktyczne stanowią niezbędny element procesu nauczania języka obcego, są – jak pisał W. Pfeiffer (1975: 5) – „bazą materialną procesu nauczania języków obcych i bezpośrednio oddziałują na jego przebieg

i efektywność. Za bazę materiałową uczony uznał: „1) podręcznik podstawowy, 2) podręcznik dialogowy, 3) podręcznik ze zbiorem tekstów, 4) podręczniki specjalne, 5) środki wizualne, 6) środki audialne, 7) środki audiowizualne, 8) słownik dwujęzyczny (dwustronny), 9) zwięzłą gramatykę języka obcego, 10) podręcznik nauczycielski” (tamże: 1975: 18). Od czasu opublikowania tych słów minęły prawie cztery dekady, w czasie których nastąpił ogromny rozwój technologiczny, mający także wpływ na proces uczenia się.

Obecnie podstawową bazę materiałów glottodydaktycznych można sprowadzić do czterech elementów: podręcznik podstawowy, podręcznik ćwiczeniowy, poradnik nauczyciela, media, audialne oraz media wizualne, przy czym zeszyt ćwiczeń, a nierzadko też i podręcznik, zastępowane są platformami z dostępem do interaktywnych zestawów ćwiczeń i zadań (Andrychowicz-Trojanowska 2015: 3-4). J.C. Styszyński (1993) zauważa, że nauczyciel ma nieograniczony – poza aspektem finansowym – dostęp do materiałów glottodydaktycznych, które pomogą mu w realizacji planu nauczania. Wprawdzie możliwość skorzystania z wielu środków dydaktycznych jest dużym ułatwieniem dla nauczyciela, niemniej jednak nauczyciel powinien wykazywać się wysoką świadomością podręcznikową oraz krytyczną analizą materiałów glottodydaktycznych, aby wybrać tylko te materiały, które będą spełniały standardy kształcenia, będą odpowiadały oczekiwaniom uczących się i pomogą w realizacji celu.

Klasyfikacja oraz zestaw funkcji pełnionych przez materiały glottodydaktyczne zaproponowane przez W. Pfeiffera są niejednokrotnie punktem wyjścia w analizach podejmowanych obecnie przez językoznawców i glottodydaktyków³². Uczony wymienił osiem funkcji materiałów glottodydaktycznych: 1) prezentacja autentycznego języka obcego, 2) prezentacja wiedzy krajo- i kulturoznawczej, 3) odpowiednia organizacja i systematyzacja materiału nauczania, 4) funkcja motywująca, 5) funkcja indywidualizacji nauczania, 6) funkcja aktywizacji uczniów i 7) funkcja organizacji procesów glottodydaktycznych 8) funkcja rozwijania umiejętności i sprawności językowych. Ostatnią z wymienionych wyjaśnia w następująco: „Materiały

³² Przykładowo D. Nowacka (2015: 241) zwróciła uwagę na trzy podstawowe kryteria, którymi należy się kierować w trakcie oceny kompletności umiejętności i sprawności językowych, przydatność w nauce własnej ucznia, łatwość stosowania przez nauczyciela.

glottodydaktyczne muszą umożliwiać wypełnienie funkcji rozwijania sprawności językowych poprzez treści metodyczne, tj. adekwatny do celów układ ćwiczeń i zadań językowych. Ćwiczenia i zadania językowe służą przy tym wdrażaniu i utrwalaniu słownictwa i struktur gramatycznych. Pragnę także podkreślić z naciskiem, że ćwiczenia nie są celem samym w sobie oraz to, że ćwiczeniu podlegają także treści pozajęzykowe, tj. różnego rodzaju teksty. Typy i forma ćwiczeń są wtedy oczywiście inne. Nauczyciele wybierający podręcznik powinni się zatem kierować także tym kryterium” (Pfeiffer 2001: 175, 167-175). Kryteria ewaluacji materiałów glottodydaktycznych zostały podzielone przez Pfeiffera na zewnętrzne (zwane również formalnymi) oraz wewnętrzne (określane także mianem merytorycznych). Wśród pierwszej grupy należy wymienić adresatów, kompletność i koherencję materiałów, typografię i cenę, zgodność z obowiązującym programem nauczania oraz koherencję celu i poziomu nauczania (tamże: 177-179). Natomiast drugą grupę tworzą kryteria odnoszące się do uczniów, języka nauczania, metody nauczania oraz nauczycieli (tamże: 179-187).

Zagadnieniem ewaluacji materiałów glottodydaktycznych zajęła się również H. Komorowska. Autorka zaproponowała listę 44 pytań kontrolnych, które mają pełnić funkcję pomocniczego narzędzia w trakcie wyboru podręcznika. Badaczka uporządkowała utworzony zestaw w pięciu kręgach tematycznych, które prezentują się następująco:

- pytania o zgodność z podstawami programowymi lub wybranym programem autorskim,
- pytania o budowę podręcznika,
- pytania o przydatność podręcznika z punktu widzenia nauczyciela,
- pytania o przydatność podręcznika z punktu widzenia ucznia,
- pytania dodatkowe dotyczące przygotowania uczniów do określonego egzaminu (Komorowska 2015: 53-55).

Autorka zwróciła ponadto uwagę na konieczność oceny ćwiczeń podręcznikowych. Dobre ćwiczenie scharakteryzowane zostało przez nią jako takie, które poprzedzone jest przygotowaniem językowym, służy określonemu celowi i kończy się określonym produktem, nie wywołuje chaosu i problemów dyscyplinarnych oraz jest przydatne w sytuacjach autentycznych (tamże: 58-59).

2.3. Planowanie i organizacja kursu języka specjalistycznego

2.3.1. Analiza potrzeb specjalistycznych

Tym, co odróżnia specyfikę kursów *języka specjalistycznego* od kursów języka ogólnego, jest możliwość precyzyjnego dopasowania do potrzeb komunikacyjnych uczącego się. Analizy docelowych sytuacji zawodowych oraz potrzeb danej grupy zawodowej pozwalają określić kompetencje niezbędne do wykonywania konkretnych zadań zawodowych (Dudley-Evans, St. John 1998: 140-144, za: Gajewska, Sowa 2014). Początkowo analiza potrzeb była rozumiana jako prosta procedura, której celem było oszacowanie przed kursem docelowej sytuacji komunikacyjnej. Obejmowała też ocenę punktu startowego oraz rozwiązania dydaktyczne, które pozwalają osiągnąć zamierzony cel (Krajka 2015: 222).

Zdaniem A. Sendur (2020a: 50; por. Gajewska, Sendur 2015) przeprowadzenie analizy potrzeb powinno pokazać, które sprawności mają istotne znaczenie dla komunikacji w określonych sytuacjach zawodowych oraz jakie funkcje językowe i terminologia są niezbędne do realnego wykonywania zadań zawodowych z użyciem języka obcego.

Omawiając rolę analizy potrzeb w procesie planowania i przygotowania kursu języka specjalistycznego, warto zwrócić uwagę na kwestie techniczne, czyli sposoby identyfikowania potrzeb uczącego się. Najbardziej popularnymi i najczęściej wybieranymi przez nauczycieli formami zbierania takich informacji są bezpośrednie spotkania i wywiady z przyszłymi kursantami, różnego rodzaju ankiety i formularze opracowane na podstawie literatury przedmiotu. Dodatkowym źródłem informacji na temat potencjalnych potrzeb uczących się może być współpraca ze środowiskiem zawodowym, obserwacje i wywiady ze specjalistami, a także zapoznanie się z literaturą fachową czy inwentarzami kompetencji (Gajewska, Sowa 2014). Cenne mogą okazać się także wywiady z potencjalnymi pracodawcami w celu ustalenia ich oczekiwań wobec przyszłych pracowników. Pomocne są też również analizy ofert pracy³³. Zbadanie obiektywnych i subiektywnych potrzeb uczącego się służy dobraniu elementów leksykalnych oraz kulturowych, które w późniejszym etapie powinny zostać objęte programem nauczania (Lesiak-Bielawska 2015: 383-384). Jak zaznaczają

³³ Tak opracowaną analizę potrzeb przeprowadził pod kątem swoich badań P. Gębał.

E. Gajewska, M. Sowa i J. Kic-Drgas (2020: 113), analiza oczekiwań winna obejmować dwa obszary:

- „źródło zlecenia na opracowanie konkretnego kursu – czy jest on zamawiany przez realnie istniejącą grupę odbiorców (logika popytu), czy też kurs jest oferowany przez instytucją kształcącą (logika podaży),
- potrzeby uczącego się (ale także nauczyciela, dyrektora szkoły/instytucji kształcącej, pracodawcę/zlecniodawcę)”.

Badaczki podkreślają, że problem potrzeb należy rozpatrywać w kontekście różnorodności profili zawodowych uczestników kształcenia. W jednej grupie mogą znaleźć się przedstawiciele różnych zawodów. Jako przykład podały kurs języka medycznego, w którym często biorą udział lekarze różnych specjalizacji, pielęgniarki, ratownicy medyczni oraz personel medyczny (tamże). Pełna oraz trafnie opracowana i przeprowadzona diagnoza potrzeb uczących się pozwala nauczycielowi dokonać samooceny własnego przygotowania w obrębie wiedzy i umiejętności zarówno językowych, jak i zawodowych. To z kolei prowadzi do wniosku, iż przy okazji analizy potrzeb uczących się ma miejsce także analiza potrzeb nauczającego. Świadomość własnych braków w zakresie wiedzy oraz umiejętności językowych i zawodowych ma decydujący wpływ na decyzję o gotowości do przygotowania i przeprowadzenia kursu (tamże: 114).

2.3.2. Dobór materiału językowego i opracowanie ćwiczeń

Jak już pokazano, w propozycji układu glottodydaktyki specjalistycznej P. Szerszenia kanałem łączącym Nauczyciela i Ucznia są materiały glottodydaktyczne (teksty językowe) MG (STD), dzięki którym dokonuje się „akwizycja każdego elementu jakiegokolwiek języka, czyli jakiejkolwiek umiejętności (wiedzy i sprawności) językowej” (S. Grucza 2007: 10). Za ich wybór i dobór jest odpowiedzialny nauczyciel. Materiały glottodydaktyczne stanowią podstawę do ćwiczeń dydaktycznych, dostarczając uczącemu się wiedzy i wzorów na temat rzeczywistej realizacji wypowiedzi językowych w danym obszarze zawodowym. Wykorzystany na zajęciach materiał powinien ułatwić rozwijanie niezbędnych w docelowym miejscu pracy sprawności komunikacyjnych i podsystemów języka, zrozumienie zagadnień

specjalistycznych: językowych, zawodowych i/lub kulturowych (Gajewska, Sowa, Kic-Drgas 2020: 111).

Zasadniczym problemem związanym z materiałami glottodydaktycznymi do nauczania JS jest ich brak. W tej sytuacji nauczyciel jest zobowiązany do pozyskania danych źródłowych, które będą stanowiły podstawę do ćwiczeń. Założenie, iż np. wzory dokumentów można znaleźć bez problemu w Internecie, jest poniekąd błędne. Choć Sieć jest cennym źródłem pozyskiwania materiałów, to nie zawsze są one aktualne. Po drugie, niekiedy znacznie różnią się od tych, które funkcjonują w danym miejscu pracy. Kolejną przeszkodę stanowi fakt, iż obecnie dokumentacja jest prowadzona w specjalnie do tego stworzonych programach i wewnętrznych bazach komputerowych, do których osoby niezwiązane z daną branżą nie mają i nie mogą mieć dostępu. Przykładem tego może być dokumentacja medyczna. W styczniu 2021 roku wszedł obowiązek prowadzenia i wymiany dokumentów między placówkami w postaci elektronicznej³⁴. Także rejestracja autentycznych sytuacji komunikacyjnych w środowisku zawodowym może być utrudniona. Obecność nauczyciela w roli obserwatora, np. w spotkaniu zarządu danej firmy czy konsylium lekarskiego może wpłynąć na naturalny przebieg rozmowy. Wobec tego nauczyciel jest zmuszony do poszukania alternatywnych rozwiązań.

Gromadząc materiały, które zostaną wykorzystane w procesie kształcenia, należy mieć na uwadze relacje pomiędzy dyskursem a kontekstem (czasowym, miejscowym, działaniowym), ponieważ pozbawienie dyskursu uwarunkowań sytuacyjnych może skutkować brakiem jego wartości operacyjnej. W konsekwencji „pozakontekstowe wykorzystanie danych językowych zarejestrowanych w kontekście bogatym w zasoby informacyjne może skutkować ich zupełną nieprzydatnością, ponieważ nie będą zrozumiałe dla uczących się” (Gajewska, Sowa, Kic-Drgas 2020: 116).

Jak już wspomniano, pozyskiwanie danych źródłowych jest nie tylko niezwykle czasochłonne i pracochłonne, ale także wiąże się z wieloma zadaniami, takimi jak choćby zapytania, wywiady czy rozmowy ze specjalistami. Efektem tychże czynności jest wejście w posiadanie tzw. „danych powodowanych” –

³⁴ <https://www.rynekzdrowia.pl/Technologie-informacyjne/E-dokumentacja-medyczna-obowiazkowa-juz-od-1-lipca-Co-na-EDM-zyskaja-pacjenci,222768,7.html> (dostęp 29.06.2021).

informacji o działaniu danej grupy zawodowej (wywiad) oraz „danych istniejących” – odzwierciedlających dyskurs w działaniu (np. uczestnictwo w obchodzie lekarskim, spotkaniu zarządu). O ile pozyskanie informacji poprzez wywiad czy rozmowę ze specjalistą nie jest zadaniem trudnym (zakładając, że rozmówca wykaże wolę współpracy i będzie odpowiadał rzetelnie i uczciwie na nasze pytania), o tyle już zebranie danych w terenie okazuje się zadaniem o wiele bardziej problematycznym. Przede wszystkim językowe działania mogą być rozproszone i rozciągnięte w czasie, co nie ułatwia uchwycenia granic czasowych i podziału wypowiedzi na logiczne i chronologiczne sekwencje (Sowa 2018: 97).

Przygotowując się do opracowania kursu JS, nauczyciel powinien mieć świadomość nie tylko problemów z pozyskaniem danych źródłowych, ale także istnienia różnorodności tychże danych. Z tego powodu uczący JS musi być baczny obserwatorem tego, co się dzieje w środowisku zawodowym i starać się, po pierwsze, zebrać możliwie jak najdokładniejsze dane językowo-kontekstowe, po drugie dokonać ich analizy pod kątem przydatności (odrzuć te, które są najmniej wartościowe), a na końcu opracować na ich podstawie ćwiczenia pozwalające rozwinąć niezbędne w docelowym miejscu pracy sprawności komunikacyjne i podsystemy języka. Od tego zależy, jak przebiegnie proces kształcenia językowego oraz efekty akwizycji umiejętności językowych (S. Grucza 2007: 10).

Typy ćwiczeń wykorzystywanych w nauczaniu języka specjalistycznego bazują na repertuarze technik stosowanych w kształceniu języka ogólnego. Cechą różniącą nie jest ich forma, ale wykorzystanie na użytek konkretnych działań zawodowych, czyli ukierunkowanie na cel. Przekłada się to na konkluzję, że ćwiczenia powinny być ściśle związane z kontekstem zawodowym i działaniami językowymi właściwymi dla danego zawodu. „Język – jak piszą Gajewska, Sowa i Kic-Drągas (2020: 118) – nie jest tu celem samym w sobie, ale jednym z podstawowych narzędzi niezbędnych do skutecznej realizacji obowiązków zawodowych w zawodzie/branży”.

2.3.3. Współczesne podejścia do nauczania języków specjalistycznych

Prymarnym celem glottodydaktyki specjalistycznej jest kształtowanie umiejętności działania językowego w określonej sferze zawodowej (Fluck: 1992, 1996, 1998; za: Gajewska i Sowa 2014: 30). Badacze podkreślają, iż współczesne

kursy i podręczniki języka specjalistycznego w mniejszym bądź większym stopniu opierają się na koncepcji: zorientowanej na język, zorientowanej na ucznia i sprawności, zorientowanej na tekst oraz zorientowanej na proces uczenia (Kubiak 2006; Gębał 2016).

Współcześnie podkreśla się, że najlepsze efekty uczenia osiąga się poprzez towarzyszące mu działanie, to znaczy wykonywanie zadań identycznych z tymi, które mają miejsce w życiu codziennym. E. Gajewska i M. Sowa (2014: 191) są zdania, że glottodydaktyka specjalistyczna od bardzo dawna – w krajach anglosaskich już w latach 80. XX w. – stawia na mniej lub bardziej samodzielne działania, które są podejmowane w celu realizacji określonych dążeń. W ostatnich latach „koncept uczenia się poprzez wykonywanie zadań przeniesiono na grunt glottodydaktyki ogólnej pod nazwą podejście zadaniowe” (Sowa 2010: 91). Stało się to za sprawą *Europejskiego Systemu Opisu Kształcenia Językowego* (dalej ESOKJ), w którym „zadanie definiuje się jako każde celowe działanie, uważane za konieczne, by rozwiązać jakiś problem, wypełnić zobowiązanie lub zrealizować dążenie” (ESOKJ 2003: 20).

W polskiej literaturze przedmiotu funkcjonują obok siebie zamiennie terminy: *podejście zadaniowe* oraz *metoda zadaniowa* i można odnieść wrażenie, że są one traktowane jako synonimy. B. Ligara i L. Szupelak (2012: 169) stoją na stanowisku, że „podejście zadaniowe, mimo iż stanowi pewne *novum* w metodyce nauczania języków obcych, wywodzi się bezpośrednio z podejścia komunikacyjnego i nie zmienia jego podstawowych założeń”. Kwestie statusu podejścia zadaniowego w kontekście podejścia komunikacyjnego, jak i same rozbieżności terminologiczne *metoda/podejście zadaniowe* stanowią oddzielne zagadnienie, szeroko omawiane w literaturze przedmiotu (Janowska 2011, Gębał 2019), z tego względu w niniejszej pracy temat ten został tylko zasygnalizowany.

Powracając do głównych założeń podejścia zadaniowego, należy podkreślić, że według autorów ESOKJ zarówno uczących się, jak i użytkowników języka postrzega się jako aktywne „jednostki społeczne”, czyli członków określonego społeczeństwa, mających do wykonania pewne zadania (nie tylko językowe), uwarunkowane kontekstem środowiskowym i sytuacyjnym” (ESOKJ 2003: 20). W związku z tym posługując się podejściem zadaniowym jako rozwiązaniem dydaktycznym, kładzie się nacisk nie na komunikację, ale na działanie, w którym to język jest częścią aktywności (Sowa 2010: 92). Ponadto

podejmowane działania dokonują się we współpracy z innymi osobami, co może mieć różny wpływ. (tamże).

Autorzy ESOKJ zwrócili uwagę, iż do realizacji konkretnych zadań są potrzebne kompetencje ogólne obejmujące wiedzę deklaratywną na temat otaczającego nas świata, wiedzę socjokulturową, proceduralną, uwarunkowania osobowościowe oraz umiejętności uczenia się. Oprócz tego niezwykle istotne są także kompetencje lingwistyczne, socjolingwistyczne oraz pragmatyczne, które pozwalają w pełni posługiwać się językiem (ESOKJ 2003: 94-114).

Dlatego też przeniesienie kategorii kompetencji ESOKJ na obszar nauczania języka obcego do celów specjalistycznych i/lub zawodowych spowoduje, że należy je rozpatrywać i – co najważniejsze – rozwijać na zajęciach w odniesieniu do zawodu i sytuacji zawodowej (Sowa 2010: 98). Jako *działanie* w środowisku zawodowym M. Sowa podaje „podjęcie inicjatywy i odpowiedzialność przez agensa w sytuacjach, w których ten się znalazł”, np. osobiste zaangażowanie, wybór sposobu działania w obliczu problemu (tamże: 103).

W przypadku *uczenia się*, kompetencją w środowisku zawodowym będzie „praktyczna integracja sytuacji, która opiera się na wcześniej nabytych wiadomościach i która zmienia się w zależności od kontekstu, np. użycie, weryfikacja tego, co już wie i potrafi (tamże).

Z kolei „zdolność do nawiązywania relacji z innymi w ramach tych samych sytuacji, do dzielenia wyzwań i zagrożeń, do ponoszenia współodpowiedzialności za prowadzone działania” jak np. wykorzystanie umiejętności innych osób, nadanie działaniom wspólnego znaczenia, podzielenie wartości będzie należało do kompetencji *współpracy* (tamże).

W dydaktyce języka obcego popularnością cieszy się podejście *Content and Language Integrated Learning* (dalej CLIL). M. Rzeszutko-Iwan podkreśla, że „określenia: język zawodowy, język specjalistyczny, wariant akademicki i wariant zawodowy języka specjalistycznego, pokazują balansowanie punktu ciężkości w nauczaniu specjalistycznej odmiany języka pomiędzy „nauczaniem dla” potrzeb używania języka w konkretnych sytuacjach zawodowych („język w działaniu”), a „nauczaniem dla” zdobywania wiedzy z danej dziedziny. Zawsze jednak w sytuacji zajęć lektoratowych przeznaczonych na naukę specjalistycznej” (Rzeszutko-Iwan 2016: 98). Prowadzi to do konkluzji, że w trakcie zajęć zachodzi

zjawisko nauczania przedmiotowo-językowego (tamże). Konkluzja ta jest niezwykle istotna, zwłaszcza w kontekście nauczania PJMed, należy bowiem pamiętać, że proces uczenia się w tym zawodzie trwa całe życie. Akademickie użycie języka przewija się przez całą karierę zawodową lekarza. W przypadku cudzoziemskiej kadry medycznej akcent ten jest jeszcze bardziej widoczny ze względu na konieczność nostryfikacji dyplomu, a co się z tym wiąże konieczność zdania egzaminu nie tylko z języka, ale także z wiedzy medycznej. Dlatego też podejście CLIL wydaje się być korzystnym rozwiązaniem na lektoracie z *polskiego języka medycyny (medycznego)*. Podejście to może zostać opisane jako 4 x C:

- 1) „*content* = wiedza,
- 2) *communication* = zdobywanie (nowej) wiedzy poprzez język i doskonalenie języka w *naturalnych* sytuacjach komunikacyjnych,
- 3) *cognition* = sprostanie wyzwaniom, samodzielne, kreatywne myślenie,
- 4) *culture* = świadomość różnic i odmienności kulturowych” (Rzerzutko-Iwan 2016: 99).

Podobnie jak w przypadku podejścia zadaniowego, tak i w podejściu CLIL język nie jest celem samym w sobie, a stanowi narzędzie w celu zrealizowania określonego celu, np. zdobycie odpowiedzi na zadane pytanie. W obydwu podejściach kładzie się nacisk „na uczenie/uczenie się przez działanie, rozwiązywanie zadań, rozwój samodzielności, samodzielnego myślenia, kreatywności, umiejętności analizowania i dokonywania syntezy, rozbudzanie nieustannej pasji poznawania nowego, chęci zrozumienia zagadnień, działania, efektywności komunikacji (tamże: 100). M. Dakowska i I. Janowska podkreślają, że CLIL ma wiele cech wspólnych zarówno z nauczaniem przez treści (*Content-Based Language Teaching*), jak i nauczaniem przez zadania (*Task-Based Language Teaching*) (Dakowska 2010: 163-167; Janowska 2011). W literaturze przedmiotu podkreśla się znaczącą skuteczność zastosowania podejścia CLIL w porównaniu z innymi metodami nauczania (Handzel 2014: 151).

2.3.4. Ocenianie i ewaluacja kompetencji językowych

Ostatnim elementem planowania organizacji kursu języka specjalistycznego jest ocenianie i ewaluacja kompetencji językowych.

Do ewaluacji i oceniania kompetencji językowych w kontekście zawodowym niezbędne jest dobrze opracowane narzędzie, np. test, egzamin, sprawdzian³⁵. Jak zaznacza H. Komorowska, każdy test (sprawdzający znajomość zarówno języka ogólnego, jak i specjalistycznego) powinien przestrzegać podstawowych zasad jakości badania, którymi są: 1) trafność sprawdzianu i testu (trafność treści, trafność teoretyczna, trafność fasadowa, trafność prognostyczna i diagnostyczna); 2) rzetelność sprawdzianu i testu (rzetelność zespołu zadań i oceny); 3) praktyczność sprawdzianu i testu; 4) wartość dydaktyczna sprawdzianu i testu (wpływ zwrotny testu) (Komorowska 2007: 22-31, por. Sendur 2020b: 50).

Oprócz wymienionych powyżej podstawowych zasad jakości badania w testowaniu języków specjalistycznych zwraca się uwagę przede wszystkim na autentyczność zadań, związek pomiędzy wiedzą językową i wiedzą specjalistyczną, testowanie priorytetowych kompetencji i sprawności językowych, kryteria oceny wykonania zadania (Gajewska, Sowa 2014: 205-209). Przez autentyczność zadań należy rozumieć wykorzystanie autentycznego materiału w celu wykonania zadania tak, aby w maksymalny sposób naśladowało ono sytuację nieegzaminacyjną, zawodową.

Sprawdzanie merytorycznej wiedzy fachowej nie jest celem testowania języków specjalistycznych, niemniej jednak kompetencje zawodowe, na które składają się m.in. kompetencja interkulturowa i wiedza zawodowa, przekładają się na językowe sposoby postępowania w danym środowisku. Gajewska i Sowa określają to podwójną kompetencją (Gajewska i Sowa 2014: 2008).

W przeciwieństwie do testów znajomości języka do celów ogólnych, za pomocą których sprawdza się opanowanie czterech sprawności językowych w równych proporcjach, w testowaniu specjalistycznym zaleca się przyznawanie pierwszeństwa niektórym sprawnościom językowym (w zależności od wykonywanego zawodu) i kładzenie nacisku na sprawdzenie ich opanowania. Ponadto zaleca się łączenie sprawności w jedno zadanie egzaminacyjne na rzecz działania zawodowego (Sendur 2020b: 52). W dydaktyce nauczania i testowania

³⁵ Na potrzeby niniejszego tekstu pojęcia *ewaluacji*, *oceniania* i *oceny* są traktowane jako synonimy.

języków specjalistycznych podkreśla się, aby testy języków specjalistycznych były testami umiejętności wykonania zadania (*performance test*), w których ocena wykonania zadania oparta jest na kryteriach pozajęzykowych, a nie testami biegłości językowej (*proficiency test*). T. McNamara wśród kryteriów oceny praktyki lekarskiej wymienia m.in.:

- umiejętność przeprowadzania wywiadu fizykalnego,
- umiejętność wyjaśniania pacjentowi diagnozy i prognozy dalszego leczenia,
- czytanie ze zrozumieniem tekstów naukowych,
- wyciąganie wniosków z notatek lekarskich (McNamara 1997: 29; tłumaczenie własne).

2.4. Podsumowanie

Celem rozdziału II było nakreślenie podstawowych założeń glottodydaktyki specjalistycznej i wskazanie jej specyfiki w zestawieniu z glottodydaktyką ogólną. Za najważniejsze wskaźniki różnicujące uznano analizę potrzeb – narzędzie identyfikacji potrzeb, wymagań i oczekiwań uczących się wobec kursu/zajęć językowych. Istotny jest fakt, że glottodydaktyka języka do celów specjalistycznych koncentruje się na realizacji konkretnych potrzeb uczących się.

Omówione zostały elementy również składowe specjalistycznego układu glottodydaktycznego, którym są uczący się, nauczyciel i materiały glottodydaktyczne. Uczący się do celów specjalistycznych jest przede wszystkim osobą dorosłą, nierzadko dojrzałą życiowo i zawodowo, dlatego też konieczna jest znajomość zasad andragogicznych. Jeśli chodzi o nauczyciela języków specjalistycznych, zaprezentowana została dość długa lista funkcji oraz zadań, które musi spełniać osoba zajmująca się uczeniem JS. Jedną z nich jest tworzenie materiałów do nauczania, z racji ich deficytów na rynku.

Zaprezentowano także koncepcje nauczania języka specjalistycznego. Szczególna uwaga została skierowana ku podejściu zadaniowemu oraz metodzie CLIL, gdyż oferują one z najskuteczniejszych i przynoszących zamierzone efekty oraz cele formy pracy na zajęciach.

Rozdział III

Polski język medycyny (medyczny)
jako język specjalistyczny

3.1. Stan badań nad *polskim językiem medycyny (medycznym)*

Nazywanie czynności oraz przedmiotów związanych z leczeniem towarzyszyło człowiekowi od zarania ludzkości, dlatego też za jeden z najstarszych języków fachowych – obok języka rybaków i rolników – uznaje się język „babek”, zielarek, znachorów i wędrownych szarlatanów, którzy posiadali wiedzę na temat leczniczych ziół (Kokot 2007: 34, Olędzka 2021: 27). Odwieczna obecność medycyny w życiu człowieka sprawia, że język tejże dyscypliny jest nie tylko jednym z najstarszych, ale przede wszystkim i najbogatszych leksykalnie pośród języków specjalistycznych (Kacprzak 2001: 76-77). Jak podkreśla J. Masłowski, początków ścisłej terminologii medycznej należy upatrywać już w czasach Hipokratesa, czyli 460-377 p.n.e (Masłowski 1977: 11).

Słownictwem związanym z szeroko pojętą medycyną zajmowano się już w dobie staropolskiej, czego dowodem są pochodzące z tamtych okresów zielniki, herbarze, poradniki medyczne oraz słowniki, jak np. łacińsko-polski słowniczek ziół i chorób z roku 1537 *Enchiridion medicine* autorstwa Szymona z Łowicza (tamże: 8). Inwentarze leksykalne tworzone były na podstawie języka potocznego, twórczości ludowej, żargonów środowiskowych oraz w mniejszym bądź większy sposób na podstawie języków obcych, głównie greki i łaciny (tamże: 10). Od połowy XIX wieku notuje się ciągły wzrost słowników medycznych i słowników medycyny³⁶.

Mimo że przybliżenie krótko rysu historycznego medycyny w Polsce nie ma swojego przełożenia na podjęte w niniejszej pracy badania, warto zwrócić uwagę na kilka najważniejszych punktów. Pierwszym polskim lekarzem odnotowanym w zachowanych pismach był Jan Smera, którego działalność przypadała na 990 rok (Olędzka 2021: 27). Wprawdzie już w średniowieczu na ziemiach polskich widoczna była aktywność lekarzy, wykształconych głównie we Włoszech i Czechach, prawdziwy rozkwit medycyny polskiej przypada na czasy renesansu, a tworzona wówczas w języku łacińskim literatura medyczna przez takich lekarzy, jak J. Struś, W. Oczko, Maciej z Miechowa czy S. Petrycy budziła zainteresowanie nie tylko na ziemiach ówczesnej Rzeczypospolitej, ale również poza jej granicami (Noszczyk 2016: 20).

³⁶ Katalog Biblioteki Uniwersytetu Warszawskiego zawiera blisko 71 pozycji pod hasłem *słownik medyczny* (w przeważającej większości są to słowniki polsko-obcojęzyczne), natomiast hasło *słownik medycyny* daje wynik 25 rekordów.

3.1.1 Badania lingwistyczne

Choć już na przełomie XIX i XX w. zaczęto interesować się mianownictwem lekarskim, początek intensyfikacji badań w tym zakresie przypada na lata 60. minionego stulecia. Zajmowano się przede wszystkim opisem kształtowania się polskiego słownictwa anatomicznego oraz nazewnictwa chorób w poszczególnych okresach historycznych, a także obcojęzycznym wpływem na polską leksykę medyczną. W gronie czołowych językoznawców podejmujących tę tematykę znaleźli się Z. Klemensiewicz (1963), J. Ross (1965), F. Wysocka (1966) i J. Masłowski (1977), a ich badania w późniejszych latach stanowiły inspirację oraz punkt odniesienia w pracach innych badaczy. Ostatnie dwie dekady XX w. przyniosły badania nad terminologią medyczną w kontekście słowotwórczym i składniowym. Leksykalno-składniową analizę wyrazów podstawowych oraz derywatów z zakresu anatomii przedstawiła w swoich pracach F. Wysocka (1980, 1994). K. Musiołek-Choinski (1986, 1987) zajęła się opisem polskich nazw chorób w metodologii strukturalistycznej, a tematem prac M. Górnicza (1997) były mechanizmy kompresji terminów medycznych. D. Gonigroszek (2017) omówiła wybraną terminologię medyczną w ujęciu diachronicznym, z kolei L. A. Jankowiak (2011) badała synonimie w polskiej terminologii medycznej drugiej połowy XIX w. oraz zapożyczenia w XVI-wiecznym słownictwie medycznym. Interesujące są również badania M. Buławy (2019) poświęcone funkcjonowaniu nazw wybranych chorób w gwarach.

Istotną rolę w badaniach nad językiem medycznym w kontekście tłumaczeń naukowych pełnią prace kontrastywne A. Kacprzak (polsko-francuskie) (2000, 2011, 2013), U. Kokot (polsko-niemieckie) (2001) oraz liczne prace polsko-angielskie, np. E. Kościółkowskiej-Okońskiej, A. Bączkowskiej (2020) oraz W. Karwackiej (2016), które powstały głównie z myślą o tłumaczeniach oraz metodyce nauczania *języka medycyny (medycznego)*.

Pierwsze dwie dekady XXI w. przyniosły kolejne nurty badawcze nad językiem medycznym. Należą do nich zarówno badania stylistyczne, jak i genologiczne tekstów medycznych. Klasyfikacja tekstów medycznych była przedmiotem prac wspomnianej już U. Kokot (2001). Jeśli chodzi o konkretne gatunki, A. Starzec (2007) dokonała analizy genologiczno-stylistycznej ulotki medycznej, a M. Żelazowska-Sobczyk i M. Zabielska (2019a, 2019b) poświęciły uwagę opisowi przypadku. Z kolei E. Donesh-Jeżo (2013) przeprowadziła

badania porównawcze polskiego i angielskiego artykułu naukowego, a i B. Drozd zajęła się dyskursem medycznym w czasopismach specjalistycznych. Dyskursem w domenie języka specjalistycznego zajęli się K. Stefaniak (2011), A. Badziński (2019) oraz S. Krukowska, K. Koszela i M. Woldańska-Okońska (2019). W tym samym nurcie mieszczą się teksty opublikowane w monografii pokonferencyjnej *Dyskurs (para)medyczny. Gatunki, funkcje, przeobrażenia* (2018).

Temat wewnętrznego zróżnicowania *polskiego języka medycyny (medycznego)* był przedmiotem prac dwóch wybitnych lekarzy-językoznawców: P. Müldnera-Nieckowskiego oraz wymienionego już J. Doroszewskiego. Drugi z wymienionych opracował semiotyczno-systemowy model wiedzy medycznej, badał także semantyczno-syntaktyczne struktury twierdzeń biomedycznych.

Dzięki działalności członków Polskiej Komisji Języka Medycznego utworzonej przy Radzie Języka Polskiego Państwowej Akademii Nauk na przestrzeni ostatnich lat rozwinęły się badania nad *komunikacją lekarza z pacjentem* i jej wieloaspektowym wymiarem, zarówno lingwistycznym, jak i kulturowym. Na konieczność kształcenia w dziedzinie komunikacji lekarzy z pacjentami wielokrotnie zwracał uwagę J. Doroszewski, że język jest najpotężniejszym, a czasami najbardziej skutecznym narzędziem medycyny, zarówno w poznaniu, leczeniu, jak i opiece nad pacjentem (Doroszewski 2012: 38). Zapoczątkowane w tym kierunku badania kontynuują obecnie m. in. A. Doroszevska i M. Chojnacka-Kuraś³⁷. Pilną potrzebę wymaga ujednolicenie nauczania komunikacji na polskich uniwersytetach medycznych (Chojnacka-Kuraś 2017: 53-55). Warto wspomnieć także o konferencjach organizowanych od 2016 r. przez Studium Komunikacji Medycznej WUM, Zespół Języka Medycznego Rady Języka Polskiego PAN oraz Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej, które są poświęcone komunikacji w medycynie (por. Doroszevska, Kulus, Chojnacka-Kuraś 2019)

Wprawdzie zagadnienie różnorodności i wielokulturowości w medycynie nie jest niczym nowym w literaturze zachodniej, dotychczas nie zajmowano się nim na gruncie polskim. Zmieniające się w szybkim tempie realia życia społeczno-zawodowego i związane z tym uwarunkowania kulturowe otwierają jednak nową przestrzeń do badań. Według wiedzy piszącej te słowa ostatnie

³⁷ Szczególnie warte uwagi są materiały takie, jak: <https://www.prawo.pl/zdrowie/pacjenci/potrzebuja-nietylko-leczenia-ale-takze-opieki-i-wsparcia,249023.html> (dostęp 25.06.2022).

dziesięciolecie przyniosło wiele prac z zakresu socjologii i psychologii poświęconych pacjentowi-cudzoziemcowi³⁸, które stanowią także cenne źródło informacji dla lektorów JPJO opracowujących zajęcia poświęcone tematyce zdrowia i higieny. Nie prowadzono do tej pory badań, kiedy to lekarz jest obcokrajowcem. Również w literaturze światowej jest niewiele prac na ten temat. Jedną z najpopularniejszych jest publikacja F. Ericksona i W. Rittenberga z 1987 r., poświęconej interakcji między wietnamskimi i polskimi lekarzami³⁹. Globalnie znany jest projekt „Communication and Interaction in Multicultural Health Care” prowadzony przez Wydział Lingwistyki Uniwersytetu Göteborgu, którego celem były analiza i opisanie zachowań komunikacyjnych obcojęzycznych lekarzy ze szwedzkimi pacjentami (Stefaniak 2011: 120).

3.1.2. Glottodydaktyczne nurty badawcze⁴⁰

Omawiając kształtowanie się nurtów nauczania PJMed należy na samym początku zwrócić uwagę na wewnętrzne zróżnicowanie grupy uczących się języka polskiego do celów medycznych, co zostało już zasygnalizowane we wstępie niniejszej pracy. Pierwszą grupą, która zapoczątkowała badania nad nauczaniem *polskiego języka medycyny (medycznego)*, byli kandydaci (w dużym stopniu z polskimi korzeniami) na studia medyczne w Polsce. To właśnie nauczanie biologii, chemii, fizyki oraz matematyki, służące przygotowaniu cudzoziemców do studiów medycznych w Polsce, uwydatniło potrzebę przygotowania kursów języka polskiego do celów akademickich, a z upływem czasu także specjalistycznych i/lub zawodowych.

Pod koniec lat 90. XX w. nastąpił spadek zainteresowania młodzieży polonijnej studiami medycznymi, co doprowadziło do ograniczenia liczby kursów przygotowawczych. Niszę wśród uczących się języka polskiego do celów medycznych zaczęli stopniowo zapełniać studenci kierunków lekarsko-dentystycznych w języku angielskim. Nowa grupa uczących się – z całkiem

³⁸ Zagadnienie wielokulturowości w medycynie zostało dość obszernie omówione w czasopiśmie „Władza sądenia” (16/2016), pt. *Problemy różnorodności i wielokulturowości w medycynie*. <http://wladzasadenia.pl/2019/16/wladza-sadenia-2019-16.pdf> (dostęp 19.06.2022).

³⁹ Zdaniem F. Ericksona i W. Rittenberga, polscy i wietnamscy lekarze – w przeciwieństwie do amerykańskich – nie dają pacjentom szansy na przedstawienie problemu, mają skłonności do przerywania w momencie, gdy pacjent zaczyna opowiadać historię (Stefaniak 2011: 119).

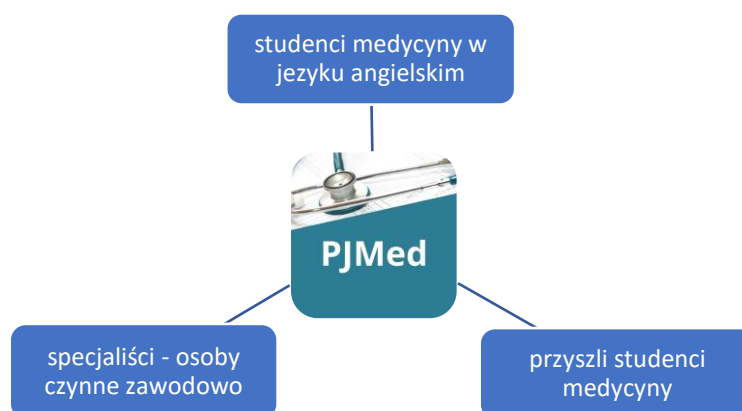
⁴⁰ Niniejszy tekst jest rozwinięciem mojego artykułu pt. *Rozwój polskiej myśli glottodydaktycznej nad nauczaniem języka do celów medycznych*, złożonego do czasopisma „Linguodidactica”.

innymi oczekiwaniami wobec nauki polszczyzny medycznej – postawiła głównie praktyków (lektorów) przed opracowaniem autorskich programów nauczania⁴¹.

Ostatnią grupą uczących się języka polskiego do celów medycznych, która pojawiła się mniej więcej po 2004 r., czyli po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej, są dorośli poszukujący zatrudnienia w polskojęzycznym środowisku medycznym. Stąd też ich oczekiwania wobec nauki języka będą różniły się od potrzeb uczestników wymienionych wcześniej kursów. Wprawdzie osoby te zdobyły wiedzę merytoryczną z zakresu medycyny, ciąży na nich jednak obowiązek nostryfikacji dyplomu. To natomiast skłania do refleksji, iż osoby te powinny poznać nie tylko język medyczny w praktyce, tzw. kliniczny, ale także język medyczny do celów akademickich, czyli naukowy (Doroszewski 2010: 299-300).

Schemat 9

Wewnętrzne zróżnicowanie osób uczących się PJMed – oprac. własne



Jak wspomniano, każda z grup charakteryzuje się innymi potrzebami oraz oczekiwaniami wobec nauki PJMed, które można przedstawić następująco, co pokazuje poniższa tabela

⁴¹ Przyczyną tego zjawiska jest zapewne bardzo mała liczba godzin lektoratu (zwykle jedno spotkanie tygodniowo przez półtora lub dwa lata) oraz fakt, że są to zajęcia z języka ogólnego, a nie specjalistycznego. Ponadto, jak już zostało nadmienione, osoby przyjeżdżające na studia medyczne w języku angielskim nie wiążą swojej przyszłości i pracy w zawodzie z Polską. Niemniej jednak, pogłębione badania wśród większej grupy badawczej (np. wszystkie uniwersytety medyczne oferujące studia lekarsko-dentystyczne w języku angielskim z obowiązkowym lektoratem z języka polskiego) pozwoliłoby zbadać rzeczywiste potrzeby osób uczących się, a następnie opracować ogólnodostępny program, tak jak jest to w przypadku języka ogólnego.

Tabela 1
Polska myśl glottodydaktyczna nad nauczaniem PJMed – oprac. własne

Odbiorcy	Przyszli studenci medycyny	Studenci medycyny w języku angielskim	Specjaliści – osoby czynne zawodowo
Nazwa	język medyczny w kształceniu językowo-przedmiotowym	język ogólny z elementami języka medycznego język polski w komunikacji medycznej	język polski medyczny język polski dla lekarzy i personelu medycznego
Czas	1970 r. – +/- 2000 r., zdecydowanie rzadziej po 2000r.	po 2000 r.	po 2000 r.
Cel nauczania	wyrównanie poziomu wiedzy z biologii, chemii, fizyki nauka słownictwa specjalistycznego przygotowanie do słuchania i notowania w czasie rzeczywistym praca ze stylistyką tekstów naukowych/ popularnonaukowych ----- rozwijanie kompetencji komunikacyjnej potrzebnej w miejscu pracy	nauka słownictwa specjalistycznego rozwijanie kompetencji komunikacyjnej potrzebnej w miejscu pracy	nauka terminologii specjalistycznej rozwijanie kompetencji komunikacyjnej potrzebnej w miejscu pracy przygotowanie do egzaminu NIL
Materiały	skrypty opracowane na podstawie podręczników licealnych i akademickich podręczniki do nauczania PJMed	wewnętrzne skrypty podręczniki do nauczania języka ogólnego	autorskie materiały
Priorytet	początkowo język, w późniejszych latach także komunikacja	jednocześnie język i komunikacja	głównie komunikacja, mniej język

Przegląd literatury przedmiotu prowadzi do konkluzji, iż dyskusje nad nauczaniem PJMed oscylowały wokół następujących zagadnień:

- wyznaczniki formalno-gramatyczne i semantyczne słownictwa specjalistycznego,
- cechy leksykalne i syntaktyczne *języka medycyny (medycznego)*,
- rozwijanie sprawności językowych,
- praca z tekstem medycznym/specjalistycznym: analiza tekstu, rozwój kompetencji tekstowej,
- komunikacja specjalistyczna w środowisku medycznym.

Publikacji podejmujących tematykę uczenia (się) PJMed jest niewiele, ale praktyka kształcenia przedmiotowo-językowego będącego elementem przygotowania studentów cudzoziemskich do studiów na kierunkach medycznych w Polsce i punktem wyjścia do nauki języka specjalistycznego liczy blisko 50 lat.

Największym problemem (oprócz braku materiałów), z którym borykali się nauczyciele na zajęciach, był niski poziom wiedzy merytorycznej studentów wynikający m.in. z różnic programowych między polskim systemem szkolnictwa a systemem kraju pochodzenia danego kandydata (tzw. bariera wiedzy początkowej) (Bednarek 1992: 98). Dodatkowym utrudnieniem był różny poziom opanowania (lub całkowity brak) języka polskiego. Z tego powodu celem opracowanego programu przedmiotowo-językowego było:

- powtórzenie wiedzy z biologii, chemii i fizyki w zakresie szkoły ogólnokształcącej w celu wyrównania różnic,
- nauczanie cudzoziemców polskiego słownictwa specjalistycznego związanego z biologią, chemią, fizyką,
- przygotowanie cudzoziemców do słuchania wykładów w wyższych uczelniach, a następnie streszczania ich ustnie i/lub pisemnie,
- przygotowanie uczących się do notowania w czasie rzeczywistym, pisania sprawozdań, rozumienia tekstów pisanych (Karowicz 1987: 209, Barska, Kalinowski 1997: 69; Kmita, Kotowska 1996: 238; 1989: 87; Borowczyk, Jurga, Rudzińska 1996: 205).

M. Chłopicka (1993: 86) podkreśla, że głównymi celami kursów przygotowawczych do studiów medycznych było „osiągnięcie dwóch zasadniczych sprawności, umożliwiających studiowanie w Polsce: a) przyswojenia informacji specjalistycznej w obcym języku; b) przygotowania

językowego do efektywnego udziału w zajęciach”.

Początkowo skupiano się przede wszystkim na zaznajomieniu z fonemami języka polskiego, co miało w przyszłości ułatwić rozwijanie sprawności słuchania i mówienia. Na dalszych etapach kładziono nacisk na wypracowanie u studentów umiejętności słuchania ekstensywnego. W gronie najczęściej stosowanych ćwiczeń językowych znalazły się: dryle językowe, parafrazy, zadawanie pytań, udzielanie odpowiedzi, opis zjawisk, czytanie wzorów, interpretacja wykresów, rozwiązywanie zadań i wyjaśnianie zjawisk chemicznych, fizycznych oraz procesów biologicznych (Nosko 1996: 172-174). Nauczyciele prowadzący zajęcia starali się stwarzać sytuacje, „w których student, wykorzystując poznane dotychczas słownictwo i materiał gramatyczny, będzie chciał przekazać własne pomysły, zaproponować metody rozwiązania problemu, wyciągnąć wnioski czy choćby opisać wykonane przez siebie czynności” (Browczyk, Jurga, Rudzińska 1996: 207). Innymi słowy, zajęcia przedmiotowe miały stwarzać okazję do ćwiczenia funkcji komunikacyjnej poznanych struktur przez studentów na lekcjach językowych.

Przy takich założeniach język polski był narzędziem komunikacji, a nie przedmiotem nauczania. Towarzyszące przygotowaniu merytorycznemu kształcenie językowe miało na celu rozwinięcie u uczącego się umiejętności posługiwania się owym narzędziem oraz uświadomienie, że „język polski jest jeden, że te same zjawiska językowe funkcjonują w różnych odmianach języka i są jedynie inaczej „wypełnione” leksykalnie, czyli że proces uczenia się języka polskiego trwa przez cały okres nauki, niezależnie od tego, czy prowadzone w danym momencie są zajęcia z matematyki, chemii itp. (każdego innego, obowiązującego w grupie dydaktycznej przedmiotu)” (Słaby-Góral 2016: 118).

Na zajęciach przedmiotowo-językowych łączono elementy dydaktyki szkoły średniej i wyższej w zakresie nauczania przedmiotu z elementami dydaktyki języka polskiego jako obcego (ogólnego). Tylko takie rozwiązanie pozwalało osiągnąć zamierzone cele (tamże; Wnuk 1996: 2016). Stałym elementem zajęć była także kontrola wyników nauczania. Sprawdzanie efektywności nauczania miało formę egzaminów ustnych oraz wprowadzonych z czasem egzaminów i testów pisemnych. Testy diagnostyczne i osiągnięć studenta przeprowadzane w trakcie rocznego kursu przygotowawczego nie tylko mierzyły poziom wiedzy merytorycznej z biologii, chemii czy fizyki, ale także oceniały

stopień opanowania języka polskiego (sprawności językowej) przez studentów na danym etapie nauki (Karowicz 1987: 215). W latach 90. ubiegłego stulecia cudzoziemcy aplikujący na studia medyczne w języku polskim musieli zdać test, którego inicjatorem było Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Za przygotowanie pytań dotyczących przedmiotów kierunkowych oraz znajomości języka polskiego odpowiadał Zespół Organizacyjny Krajowej Rady Egzaminów Medycznych. Forma testu oraz opublikowane przez tenże zespół *Materiały przygotowawcze dla kandydatów na akademie medyczne* dawały pewne wyobrażenie o warstwie merytorycznej oraz językowej, które powinny zostać opanowane przez kandydatów na studia medyczne (Kalinowski, Mendak 1996: 194). Obecnie warunkiem koniecznym do spełnienia, aby podjąć studia w języku polskim jest posiadanie m.in. certyfikatu poświadczającego znajomość języka polskiego ogólnego na poziomie co najmniej B2 wydanego przez Państwową Komisję ds. Poświadczania Znajomości Języka Polskiego jako Obcego⁴². Natomiast osoby ubiegające się o zatrudnienie w Polsce czeka nostryfikacja dyplomu oraz egzamin z języka polskiego, za którego przygotowanie i organizację jest odpowiedzialna Naczelna Izba Lekarska (dalej NIL) (Oczko 2021a: 136).

Istotne miejsce w nauczaniu przedmiotowo-językowym zajmowała terminologia specjalistyczna. Na szczególną uwagę w tej kwestii zasługują prace E. Madej (1996) oraz M. Magajewskiej (2016), w których autorki zwróciły uwagę na różnorodność terminologii medycznej oraz zaprezentowały typowe dla *języka medycyny (medycznego)* zjawiska gramatyczno-semantyczne (Madej 1996: 159-162; Magajewska 2016: 203-206). Zdaniem E. Madej (1996: 162) cechą dystynktywną terminologii jest występowanie synonimii, polisemii oraz antonimii. Z kolei druga badaczka podkreślała obecność środków stylistycznych, takich jak metafora czy eufemizmy (Magajewska 2016: 204). Oprócz teoretycznych rozważań na temat semantycznych wyznaczników formalno-gramatycznych i terminologii medycznej w kręgu badaczy znalazły się praktyczne sposoby wykorzystywania środków dydaktycznych we wprowadzaniu słownictwa specjalistycznego (Bedanrek 1989) oraz źródła problemów w przyswojeniu przez

⁴² Osoby posiadające certyfikat poświadczający znajomość języka polskiego jako obcego na poziomie biegłości językowej C1 mogą studiować za darmo. Zob. <https://rekrutacja.umed.lodz.pl/studia-w-jezyku-polskim-dla-cudzoziemcow/> (dostęp 15.09.2021).

młodzież ze Wschodu terminologii biologicznej (Laskowska-Mańko 1996; Kmita, Kotowska 1996).

W dyskusji nad nauczaniem przedmiotowo-językowym podjęto także temat pracy z tekstem specjalistycznym, zwanym medycznym (Omulecka 1988, 1996; Magajewska 2010, 2016). Na lekcjach przedmiotów kierunkowych korzystano z tekstów napisanych stylem naukowym, który charakteryzował się zwartością, przejrzystością, przewagą hipotaksy nad parataksą, dużą liczebnością zdań bezpodmiotowych, imiesłówów przymiotnikowych czynnych i biernych, rzeczowników odczasownikowych oraz form bezosobowych czasowników (Omulecka 1988: 25).

Wykorzystywane teksty popularnonaukowe musiały spełniać 5 warunków:

- tematyka przyrodnicza powinna być związana z wiedzą medyczną, ale nieograniczona zbyt wąską specjalizacją;
- treści zawarte w tekstach i materiał pojęciowy muszą uwzględniać możliwości percepcyjne studentów na różnych etapach pracy z tekstem;
- wykorzystane teksty powinny być interesujące dla czytającego i pobudzać do refleksji ogólnych;
- teksty powinny posiadać immanentne cechy stylu naukowego biologii, chemii i fizyki;
- użyte środki językowe powinny służyć do jak największej liczby różnorodnych ćwiczeń leksykalnych, morfologicznych i składniowych (tamże: 26-27).

Do nauki wykorzystywane były nie tylko teksty preparowane przez nauczycieli języka polskiego w konsultacji z nauczycielem przedmiotu lub samego lekarza, ale także teksty oryginalne, zaczerpnięte z czasopism medycznych, książek naukowych, encyklopedii i słowników. A. Omulecka wyraźnie podkreśla, że najważniejszą funkcją tekstu medycznego jest nauczanie studenta dłuższych form językowych i logicznego przedstawiania treści, a nie informacji merytorycznych *sensu stricto* (tamże: 29; Omulecka 1996: 81-88). Opinii tej nie podziela z kolei M. Magajewska, której zdaniem wykorzystywane na zajęciach teksty powinny wzbogacać wiedzę studenta (Magajewska 2010: 460; zob. też Magajewska 2016). Podobnie zresztą uważają M. Chłopicka, D. Pukas-Palimąka i A. Danecka-Chwals ich zdaniem wykorzystywane na zajęciach materiały powinny służyć poszerzaniu wiedzy merytorycznej (Chłopicka, Pukas-

Palimąka 1996: 78).

Zmiany zachodzące w prawie wszystkich obszarach życia obligują do ciągłego podnoszenia kwalifikacji, kompetencji, a także poziomu wiedzy. Obecnie koncepcja uczenia się przez całe życie (ang. *lifelong learning*) sprawia, że niemożliwe jest już oddzielenie kształcenia językowego od potrzeb i wymagań rynku pracy. Zintegrowane kształcenie przedmiotowo-językowe (CLIL) jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych form uczenia języków obcych do celów specjalistycznych i /lub zawodowych, realizowanych w kontekście szkolnym (Gębał 2019: 295). Celem metodyki CLIL jest nauczanie treści pozajęzykowych wraz z językiem obcym i poprzez język obcy (tamże: 296). Medycyna jest dziedziną nauki, która nieustannie się rozwija i jednocześnie dezaktualizuje. W związku z czym w pełni podzielam zdanie M. Magajewskiej, M. Chłopickiej, D. Pukas-Palimąki i A. Daneckiej-Chwals, że teksty wykorzystywane na zajęciach PJMed powinny poszerzać także wiedzę studenta. Z poczynionych przeze mnie obserwacji w trakcie trwającego prawie rok kursu języka medycyny (medycznego) dla lekarzy ze Wschodu wynika, iż teksty, które dotyczyły nowych zagadnień merytorycznych, wzbudzały zdecydowanie większe zainteresowanie wśród uczących się. Warto w tym miejscu także podkreślić, że zarówno w ankietach przeprowadzonych przed rozpoczęciem kursów, jak i w kwestionariuszach ewaluacyjnych respondenci niejednokrotnie podkreślali potrzebę poszerzenia wiedzy z zakresu medycyny (Oczko 2021a: 140; zob. także rozdział VIII).

Przełomowe dla całej polskiej glottodydaktyki, nie tylko w kontekście nauczania PJMed, okazały się dwa artykuły *Z zagadnień nauczania odmiany specjalistycznej języków obcych (na przykładzie nauczania języka medycznego studentów polonijnych)* z 1979 r. i opublikowany dwa lata później *Założenia metodyczne i lingwistyczne podręcznika języka medycznego dla studentów polonijnych* autorstwa M. Chłopickiej, D. Pukas-Palimąki i A. Daneckiej-Chwals. Pokłosiem teksów naukowych były dwa podręczniki do nauczania polszczyzny medycznej⁴³. Krakowskie badaczki nie tylko wprowadziły termin *język specjalistyczny* (wymienne z określeniem *odmiana specjalistyczna*) na grunt polski, ale także zaproponowały pierwszą (i prawdopodobnie jedyną opisaną w

⁴³ Chodzi o podręczniki *O człowieku po polsku* z 1981 r. (wyd. pierwsze) oraz *Co Panu dolega?* z 1991 r., wydane ponownie w roku 2015 i 2021 roku.

ten sposób) koncepcję nauczania PJMed. Zdaniem językoznawczyń język specjalistyczny jest pozbawiony zmiennych cech socjolingwistycznych (indywidualnych, socjalnych, klasowych). Komunikacja (wypowiedzi użytkowników) jest jednorodna – zarówno nadawca, jak i odbiorca należą do tej samej grupy specjalistów. Różni ich tylko stopień poznania przedmiotu (poziom wiedzy). Powołując się na uczonych z byłego ZSRR, autorki podkreślały, że „język specjalistyczny jest średnioobiektywny w stosunku do języków formalnych posługujących się tylko symbolami, ponieważ wprowadza kod słowny, jest natomiast obiektywny w stosunku do subiektywnego języka ogólnego, zaś stanem idealnym byłaby bezwzględna obiektywność tego języka” (Chłopicka i in. 1979: 79).

Opis języka specjalistycznego oraz założenia nauczania *polskiego języka medycyny (medycznego)* został opracowany w odniesieniu do badań językoznawców francuskich i radzieckich. Był to niewątpliwie jeden z najważniejszych kroków w glottodydaktyce polonistycznej i jednocześnie początek glottodydaktyki polonistycznej do celów specjalistycznych. Definicja, czy też precyzyjniej, opis specjalistycznego języka technicznego, zaproponowana przez językoznawczynie oparta była nie tylko na kryterium użytkowników – grupie specjalistów, ale również wyznacznikach lingwistycznych, pełniących funkcję nadrzędną (Chłopicka, Pukas-Palimąka 1996: 80-81).

Krakowskie środowisko glottodydaktyczne postulowało, aby w nauczaniu języka medycznego zwracać uwagę przede wszystkim na jego funkcjonalną stylistykę i składnię, a następnie na słowotwórstwo i słownictwo. Choć postulowano potrzebę kształcenia praktycznego wymiaru PJMed oraz społecznej roli, jaką uczący się będzie musiał odgrywać w języku obcym w niedalekiej przyszłości (lekarz-pacjent, lekarz-personel szpitalny) szala ciężkości początkowo przechylała się w stronę koncepcji nauczania języka polskiego do celów akademickich (Chłopicka, Pukas-Palimąka, 1989: 34). Największy nacisk kładziono na rozwijanie sprawności mówienia i czytania oraz na opanowanie fachowej terminologii i struktur gramatycznych właściwych dla specjalności zawodowej.

Prace przedstawicieli krakowskiego środowiska naukowego dotyczyły nie tylko języka nauki medycyny, ale także komunikacji medycznej. Podział ten jest zdecydowanie wyraźnie widoczny w opisie założeń metodologicznych dwóch

podręczników. Uczone wyraźnie rozdzieliły te dwa zjawiska, co należy uznać za krok milowy dla glottodydaktyki specjalistycznej. W latach późniejszych, w opisie założeń lingwistycznych i metodycznych drugiego podręcznika *Co Panu dolega?* M. Chłopicka, D. Pukas-Palimąka oraz A. Chwals zwróciły uwagę na rolę uczestników – nadawców i odbiorców komunikatu, która z kolei przekłada się na użycie różnych stylów PJMed w zależności od tego, kto do kogo mówi. Warto podkreślić, iż był to pierwszy i jedyny na lata 90. XX w. zaproponowany wewnątrz podział polszczyzny medycznej. W porównaniu z pierwszym artykułem z końca lat siedemdziesiątych, gdzie A. Chłopicka i D. Pukas-Palimąka dopuszczały komunikację specjalistyczną tylko między specjalistami, tak już w latach późniejszych, dopuszczały możliwość różnych typów odbiorców komunikatu specjalistycznego.

Można domniemać, że przez „mówiony i pisany język fachowy”, którego lekarze używają między sobą, rozumiały zarówno odmianę bardziej sformalizowaną, ale również i tę, która w literaturze przedmiotu jest zwana żargonem. Prawdopodobnie wtedy po raz pierwszy w glottodydaktyce polonistycznej zwrócono uwagę na obecność wariantu potocznego i żargonowego obok języka nauki o medycynie i to zróżnicowanie językowe zaczęto uwzględniać w materiałach do nauczania PJMed.

Ważny w kwestii nauczania polszczyzny medycznej jest również artykuł M. Ławickiej-Borońskiej, W. J. Rudnik i J. Wiśniewskiej pt. *Kurs języka polskiego jako obcego dla studentów medycyny*. Autorki zaprezentowały własny program kursu języka polskiego medycznego, którego celem „jest poszerzenie słownictwa z zakresu zdrowia i medycyny, zapoznanie się z polskim nazewnictwem laickim i specjalistycznym, polską służbą zdrowia, opieką medyczną oraz nauka praktycznego wykorzystania umiejętności w realiach polskiej służby zdrowia” (Ławicka-Borońska i in. 2011: 327). W trakcie kursu uczący rozwijają następujące umiejętności:

- swobodnego, poprawnego gramatycznie porozumiewania się w polskim języku specjalistycznym;
- rozumienia przekazu ustnego i tekstu pisanego;
- łatwiejszego przyswajania słownictwa oraz ze słuchu;
- przygotowywania i uzupełnienia dokumentów (tamże: 328).

Zagadnienia tematyczne zostały pogrupowane w cztery podstawowe

kategorie: 1) język polski w opisie antropologicznym, 2) najczęściej występujące choroby, 3) język polski w praktyce medycznej i farmaceutycznej, 4) epikryzy. Omawiając program nauczania, autorki zwróciły także uwagę na funkcje językowe i wskazały następujące działania: nawiązywanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzanie wywiadu, informowanie o stanie zdrowia, wyrażanie opinii, przekonania, niepewności, przytakiwanie, negacja, doradzanie, odradzanie, zabranianie (tamże: 329). Autorki tekstu pokrótce zaprezentowały także zastosowanie poszczególnych przypadków gramatycznych w nauczaniu języka medycznego oraz użycie wybranych form czasownikowych (konstrukcje bezokolicznikowe, tryb rozkazujący, strona bierna) (tamże: 330).

Ciekawym głosem w sprawie organizacji nauczania języka polskiego na uczelniach medycznych są teksty E. Wojtczak i A. Kijoch⁴⁴, które dotyczą analizy potrzeb językowych w zakresie znajomości języka polskiego studentów uczących się medycyny w języku angielskim.

Z obserwacji poczynionych przez E. Wojtczak (2016: 245) w Centrum Nauczania Języków Obcych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wynika, że studenci widzieli „potrzebę zmodyfikowania kursów języka polskiego, a sugestie i uwagi dotyczą zagadnień omawianych na lekcjach, liczby godzin języka polskiego i odpowiedniego rozmieszczenia ich w rozkładzie zajęć – przede wszystkim wydłużenie czasu trwania lektoratu na cały okres studiów”. Ankietowani zgłosili potrzebę rozszerzenia niektórych zagadnień leksykalnych, takich jak nazwy narządów wewnętrznych, nazwy części ciała, objawy chorób, nazwy członków personelu medycznego, nazwy urządzeń i maszyn w szpitalu oraz sposoby komunikowania się z pacjentem. Ponadto zasugerowano, by kursy przewidywały projekty studenckie realizowane poza uczelnią, „co jest charakterystyczne dla amerykańskich i kanadyjskich uniwersytetów medycznych” (tamże: 244).

Przedstawiając kształtowanie się koncepcji nauczania języka polskiego do celów medycznych, warto omówić tu materiały glottodydaktyczne. Ponieważ zagadnieniu temu jest poświęcony cały rozdział VI, tutaj przedstawiono tylko ogólne wnioski.

Skrypty do nauczania przedmiotowego cudzoziemców z lat 70. i 80. XX w. były przygotowane na bazie podręczników licealnych i akademickich,

⁴⁴ Zapowiedziane przez A. Kijoch w 2019 r. badania nie zostały jeszcze opublikowane.

słowników, atlasów anatomicznych, a także zbiorów zadań testowych. W początkowej fazie wybierano leksykę i struktury gramatyczne, które miały najwyższy wskaźnik częstotliwości użycia. Bardzo często nauczyciele kierowali się również subiektywnym odczuciem zastosowania danego wyrazu lub konstrukcji gramatycznej (Barska, Kalinowski 1997: 70). Z czasem do procesu kształcenia włączano jednojęzyczne słowniki specjalistyczne (do biologii, chemii, fizyki), które były tworzone specjalnie z myślą o cudzoziemcach, dzięki czemu były łatwiejsze i bardziej przystępne dla odbiorców niż słowniki kierowane do rodzimych użytkowników języka. Co więcej, proces ich przygotowania przebiegał w identyczny sposób jak skryptów – na podstawie przeglądu podręczników do nauczania biologii, chemii i fizyki, zadań testowych tworzone indeksy leksykalne, które z kolei stanowiły punkt wyjścia do opracowania słowników. Praca ze słownikiem pomagała w powtórzeniu i utrwaleniu materiału przepracowanego na zajęciach oraz w nabyciu umiejętności korzystania z trudniejszych słowników i encyklopedii (Kalinowski, Słaby-Góral 1987: 163).

Z kolei analiza materiałów przeznaczonych do nauczania PJMed prowadzi do refleksji bardziej ogólnych. Przede wszystkim w wielu książkach brakuje nie tylko wstępu, lecz także spisu treści, co powoduje, że koncepcja kształcenia języka specjalistycznego oraz założeń metodycznych przyjętych przez autorów pozostają w sferze domysłów. Jeśli już pojawiają się autorskie komentarze czy wstępy, dostarczają one informacji częściowych, przede wszystkim o celach nauczania, którymi są: przygotowanie cudzoziemców do czytania ze zrozumieniem tekstów popularnonaukowych i naukowych w języku polskim, czynne posługiwanie się stylem naukowym w mowie i piśmie, wprowadzenie terminologii medycznej i wykorzystanie jej w rozmowach z pacjentami w trakcie praktyk lekarskich, ćwiczenie i utrwalenie nowo poznanego słownictwa medycznego, a także rozwijanie umiejętności efektywnego porozumiewania się z pacjentem i personelem medycznym (Oczko 2021b: 208-209; Oczko, 2020a: 32-43).

W zależności od czasu powstania podręcznika i/lub skryptu, uwagę skupiano na innych sprawnościach: początkowo było to czytanie, w nowszych publikacjach jest to słuchanie i mówienie. Najmniej uwagi poświęcano rozwianiu sprawności pisania, co zapewne wynika z ogólnego przeświadczenia, że w zawodzie lekarza najważniejsza jest komunikacja ustna, a sprawność pisania

sprowadza się tylko do umiejętności wypisania recepty⁴⁵. Jest to myślenie błędne, na co dzień bowiem lekarz pracuje z różnego typu tekstami (Kokot 2001a: 60).

Spośród wszystkich przeanalizowanych materiałów szczególnie wyróżniają się dwie pozycje – *Co panu dolega?* oraz *U lekarza. Słucham i rozumiem* w których autorzy najpełniej przedstawili podstawy metodologiczne i lingwistyczne swoich materiałów. Zestawienie tych dwóch najnowszych podręczników z materiałami, które powstały na przestrzeni mijających dekad i ocena ich w kategorii dobry/zły byłoby nie tylko mało merytoryczne, ale przede wszystkim bardzo krzywdzące dla samych autorów, którzy włożyli wiele wysiłku, aby przygotować każdą książkę czy skrypt. Niemniej jednak dzięki takiej praktyce badawczej można zauważyć, jak na przestrzeni lat zmieniała się świadomość twórców materiałów glottodydaktycznych, a wszelkie nowe pomysły były odpowiedzią na rozwój myśli teoretycznej.

W najnowszej literaturze (po 2000 r.) dominują prace omawiające niektóre materiały glottodydaktyczne do nauczania PJMed głównie pod kątem leksyki medycznej i ogólnomedycznej (patrz rozdział V). Badania prowadzone w ramach niniejszej rozprawy skierowały moją uwagę – oprócz rozwijania sprawności językowych – na kształcenie kompetencji socjolingwistycznej (Oczko 2021c) oraz interkulturowej kompetencji komunikacyjnej w nauczaniu PJMed (Oczko 2022 w druku).

3.1.3. Ujęcie prawne

Istotnych spostrzeżeń na temat języka polskiego do celów medycznych dostarcza także *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu znajomości języka polskiego w mowie i piśmie, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 29 czerwca 2009 roku*. Lekarze obcokrajowcy ubiegający się o zatrudnienie w Polsce muszą opanować język polski w mowie i piśmie w stopniu umożliwiającym:

- 1) „stosowanie w mowie i piśmie prawidłowej terminologii medycznej, obejmującej mianownictwo anatomiczne, fizjologiczne, patofizjologiczne,

⁴⁵ Wypowiedź pochodzi z ankiety pilotażowej przeprowadzonej w styczniu 2020 r. wśród lektorów zajmujących się nauczaniem języka polskiego do celów medycznych.

stanów metabolicznych, rozpoznań, stanów chorobowych, procedur i zabiegów;

- 2) rozumienie tekstu pisanego, a w szczególności korzystanie z fachowej literatury i piśmiennictwa lekarskiego oraz przepisów regulujących wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentysty w Rzeczypospolitej Polskiej;
- 3) porozumiewanie się z pacjentami, lekarzami, lekarzami dentystami i przedstawicielami innych zawodów medycznych, a w szczególności poprawne przeprowadzanie wywiadów lekarskich, udzielanie przystępnych i zrozumiałych dla pacjenta porad i informacji, przekazywanie danych o pacjencie, a także czynne uczestniczenie w konsyliach i konsultacjach oraz naradach i szkoleniach zawodowych;
- 4) redagowanie tekstów zgodnie z zasadami gramatyki i ortografii oraz czytelne odręczne prowadzenie dokumentacji medycznej, wypisywanie recept oraz skierowań na badania diagnostyczne i specjalistyczne, a także wydawanie orzeczeń i opinii lekarskich”⁴⁶.

Warty uwagi jest fakt, iż dopiero w rozporządzeniu z 23 lipca 2007 r. i obowiązującym do dziś rozporządzeniu z 29 czerwca 2009 r. uwzględniono wymóg stosowania w mowie i piśmie prawidłowej terminologii medycznej, a na umiejętność redagowania dokumentów medycznych od tej pory składać się będzie znajomość zasad gramatyki i ortografii oraz czytelność pisma.

Tak zdefiniowane kompetencje w języku polskim są weryfikowane podczas egzaminu z języka polskiego organizowanego przez Naczelną Izbę Lekarską. Egzamin ten składa się z 4 części zwanych testami, gdzie część A to sprawdzian pisemny, część B to sprawdzian testowy, część C to sprawdzian ustny, a część D to sprawdzian. W przedstawionym tu rozporządzeniu i opartym na nim egzaminie *polski język medycyny (medyczny)* jest rozpatrywany w sposób funkcjonalny, jako konglomerat czterech podstawowych sprawności językowych, których stopień opanowania warunkuje skuteczność działania w środowisku medycznym. Wprawdzie w części D pierwszorzędą rolę odgrywa poprawność językowa – formułowanie pytań, porad i wypowiedzi, jednak wiedza medyczna nie pozostaje bez znaczenia. Wręcz przeciwnie, w ostatnim teście jest ona

⁴⁶ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20091080908/O/D20090908.pdf> (14.04.2021).

kluczowa, ponieważ bez odpowiednich kompetencji merytorycznych osoba przystępująca do egzaminu nie jest w stanie w sposób poprawny zareagować w konkretnej sytuacji medycznej, np. postawić diagnozę, zlecić konkretne dodatkowe badania, odesłać do specjalisty czy przepisać leki.

Można zatem wnioskować, iż język polski do celów medycznych w świetle prawa jest zbiorem sprawności i umiejętności językowych (poszerzonych o wiedzę merytoryczną), które umożliwiają funkcjonowanie w środowisku medycznym. Ze względu na rangę przywołanego tu egzaminu, będącego jedynym na ten moment przykładem ewaluacji kompetencji w zakresie polskiego języka specjalistycznego medycznego, jest on szczegółowo omówiony w rozdziale VII niniejszej rozprawy.

3.2. Typologie językowe i gatunkowe polskiego *języka medycyny (medycznego)*

3.2.1 Horyzontalny i wertykalny podział języka medycznego

Poziomy i pionowy podział języka medycznego był przedmiotem badań przede wszystkim M. Szafrńskiego (1988) i J. Gorbacz-Pazery (2000, 2002), którzy odwoływali się do ustaleń niemieckich językoznawców.

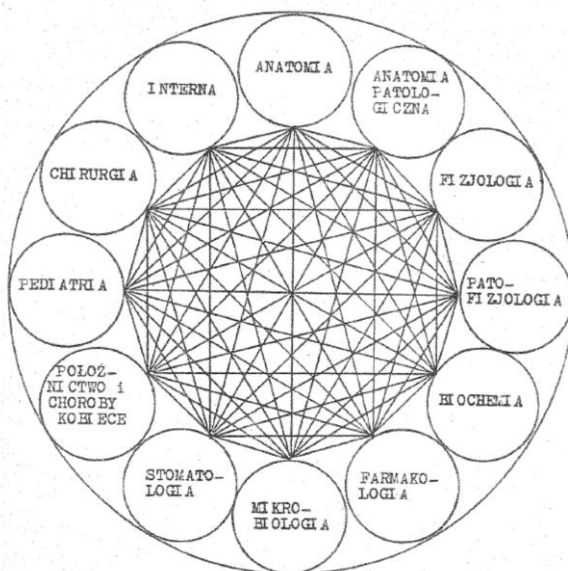
Horyzontalne zróżnicowanie języka medycznego jest próbą klasyfikacji dziedzinowej. Na przestrzeni lat liczba specjalizacji medycznych wzrastała, co oczywiście znajdowało odzwierciedlenie w badaniach nad podziałem poziomym języka specjalistycznego. H.R. Flück zaproponował tylko trzy podstawowe dziedziny: anatomię, fizjologię i chirurgię, w pracach L. Hoffmanna zostało wyróżnione już 25 specjalizacjach medycznych (Gorbacz-Pazera 2000: 207). Jeszcze inny punkt widzenia prezentował H. Lippert, który zastosował dwuczęściowy podział na przedmioty teoretyczne (łącznie siedem) i praktyczne (w sumie 23). Ponadto wydzielił osiem innych dodatkowych specjalności, takich jak: medycyna pracy, foniatria, homeopatia, ziołolecznictwo, psychoterapia, medycyna sportu, choroby tropikalne i działalność lekarza zdrojowego (tamże).

Ciągły rozwój medycyny wiąże się z powstawaniem nowych przedmiotów

i specjalizacji medycznych, takich jak biofizyka, medycyna kosmiczna, medycyna morska czy medycyna nuklearna. Z tego powodu można mówić w pewnym sensie o niekończącym się procesie horyzontalnego podziału języka medycznego. W schemacie opracowanym przez M. Szafrąńskiego omówione zróżnicowanie przedstawia się następująco:

Schemat 10

Wewnątrzdzyscyplinarny podział medycyny (M. Szafrąński 1988: 76)



Pomimo dużego wewnętrznego zróżnicowania medycyny M. Szafrąński odrzucił tezę, jakoby ilość subjęzyków w języku medycyny była wprost proporcjonalna do liczby dających się wydzielić specjalności lekarskich (tamże: 76). Należy zgodzić się z badaczem, ponieważ mimo iż medycyna nie jest dziedziną wewnątrznie jednorodną, różnice między poszczególnymi specjalnościami są zbyt nikłe, aby mówić o niezależnych od siebie (sub)językach medycyny, a zachodzące między nimi interferencje tylko utrudniają znalezienie wyrazistych granic. Z kolei zaakceptowanie takiego sposobu kodyfikowania odmian języków medycyny byłoby równoznaczne ze twierdzeniem, że chirurg posługuje się całkowicie innym (sub)językiem niż ginekolog czy pediatra.

Zdaniem J. Gorbacz-Pazery (2000: 208) wertykalny podział język medycznego pozostaje wciąż niezbadanym zagadnieniem. Najczęściej przywoływanym pionową klasyfikacją jest model H. Lipperta z 1978 r., który obejmuje trzy poziomy:

- 1) „język czysto naukowy występujący w naukowych publikacjach

wystąpieniach/wykładach, charakteryzujący się stylem podręcznikowym; opis operacji;

- 2) zawodowy język potoczny występujący w codziennej pracy lekarza i personelu medycznego w klinice lub praktyce lekarskiej; medyczny slang w otoczeniu klinicznym;
- 3) język jako narzędzie komunikacji lekarza z laikiem/pacjentem” (Lippert 1988 za: Gorbacz-Pazera 2000: 209).

Takie ujęcie skłania do wniosku, że są trzy poziomy uczestników komunikacji: 1) specjalista – specjalista, 2) specjalista – personel medyczny, 3) specjalista – laik (tamże).

Podział ten oddaje w pełni rzeczywiste sytuacje komunikacyjne, jednak uściślenia wymaga zakres znaczeniowy. Przez *personel medyczny*⁴⁷ należy rozumieć wszystkie osoby z wykształceniem w zakresie medycyny (oprócz lekarza specjalisty konkretnej dziedziny, który według powyższego podziału znajduje się na najwyższym poziomie: *specjalista – specjalista*), czyli np. *pielęgniarka, student medycyny i ratownik medyczny*,

W propozycji P. Löning kryteriom tego podziału są stopień fachowości partnerów komunikacji oraz cel komunikacji stanowią kryteria podziału tekstów medycznych. Na podstawie tych zależności badaczka wydzieliła cztery płaszczyzny: 1) teoretyczno-pisemną, 2) teoretyczno-ustną, 3) praktyczno-pisemną, 4) praktyczno-ustną. Odpowiadają one różnym okolicznościom, w których zachodzi komunikacja między osobami wykazującymi różny stopień wyspecjalizowania (fachowiec z fachowcem, fachowiec z półfachowcem, np. studentem medycyny, fachowiec z laikiem, laik z laikiem) (Szafrński 1988: 69), por. tabelę:

⁴⁷ <https://www.aotm.gov.pl/media/2021/02/Kategorie-personelu-wraz-z-przyporzadkowaniem-przykladowych-stanowiskzawodow.pdf> (dostęp 17.01.2022).

Tabela 2

Klasyfikacja tekstów medycznych (Löning 1981:79-92, cyt. za Kokot 2001: 60)

	Teksty teoretyczne	Teksty praktyczne
Teksty pisane	artykuły naukowe, monografie, kompendia, studia, podręczniki, leksykony, abstrakty, teksty popularnonaukowe, poradniki, skrypty, rozprawy doktorskie, tezy, polemiki, artykuły encyklopedyczne	protokoły operacyjne, selekcyjne, sprawozdania laboratoryjne, orzeczenia lekarskie, historie choroby, karty chorych, kalendarze szczepień, opinie lekarskie, instrukcje zażywania leków, sformalizowane druki
Teksty mówione	wykłady, seminaria, sympozja, dyskusje naukowe, polemiki, programy medyczne w telewizji w radiu, egzaminy, prelekcje	rozmowa lekarza z pacjentem – wywiad lekarski, dyskusje interdyscyplinarne, przydziały zadań roboczych

Badania niemieckiej językoznawczyni pokazują, iż w *języku medycyny* (*medycznym*) wykorzystywane są różnorodne gatunki tekstów. Uwaga ta jest niezwykle istotna, zwłaszcza dla glottodydaktyki. Od momentu ukazania się pracy P. Löning minęły cztery dekady, w trakcie których nastąpił ogromny postęp technologiczny mający wpływ na pracę w zawodzie lekarza. Przede wszystkim kontakt lekarza z pacjentem przeniósł się w dużej części do świata wirtualnego. Popularność zyskały nie tylko blogi prowadzone przez lekarzy, ale również liczne fora dyskusyjne, gdzie można m.in. zadać pytanie specjaliście⁴⁸. Ponadto w sposób wymuszony za sprawą pandemii, spowszechniały się teleporady⁴⁹. Nie można zapomnieć o roli reklamy, gatunku tekstu, który również został zaadaptowany na rzecz oświaty zdrowotnej. Wszystkie te czynniki sprawiają, że zakres tekstów pisanych i mówionych zaproponowany przez P. Löning wymaga uaktualnienia.

Wprawdzie pojedyncze teksty i gatunki charakterystyczne dla języka medycznego były i wciąż są obiektem badań polskich językoznawców, brakuje prac, które podejmowałyby ten temat w sposób całościowy. Wyjątek stanowi opracowanie A. Badzińskiego, w którym zaprezentowano stratyfikację tekstów medycznych, a kluczowym kryterium jest odbiorca. Badacz wyróżnił *język medyczny praktyczny* (język dokumentacji medycznej), jego egzemplifikacją są

⁴⁸ Tego typu blogi zawierają nie tylko fabularyzowane historie z gabinetu lekarskiego, ale są także źródłem wiedzy na temat chorób i ich leczenia oraz profilaktyki. Zob.: <http://www.meduzo.pl/>; <https://www.ratowniczy.net/> (dostęp 24.07.2021).

⁴⁹ <https://www.kardiologia-i-diabetologia.pl/arttykul/teleporady-praktyczne-aspekty-ich-udzielania> (dostęp 24.10.2021).

np. epikryzy, skierowania oraz *język medyczny naukowy*. Ten drugi typ ulega dalszym podziałom na trzy odmiany. Pierwszą z nich jest język praktyczno-naukowy, reprezentowany przez wytyczne i rekomendacje stowarzyszeń. Drugą kategorię tworzy *język* informacyjno-naukowy, np. manuskrypty czy prace zjazdowe, natomiast informacje dostępne dla niespecjalistów, np. ulotki, plakaty reprezentują trzecią kategorię, czyli język popularnonaukowy (Badziński 2019: 388).

Schemat 11

Podział tekstów języka medycznego wg A. Badzińskiego – oprac. własne



3.2.2. Wewnętrzne zróżnicowanie polszczyzny medycznej

Język medyczny (medyczny) jest wyrazistym i specyficznym zjawiskiem, dlatego też najczęściej podawano go jako przykład reprezentujący język specjalny, język środowiskowy oraz żargon. W badaniach nad podziałem wewnętrznym polszczyzny ogólnej traktowano język nauki medycyny oraz język lekarzy jako dwa oddzielne zjawiska.

Polszczyzna medyczna, podobnie jak polszczyzna ogólna, nie jest jednorodna sama w sobie. P. Müldner-Nieckowski (2015: 399) słusznie stwierdził, że „nad typologią tej (medycznej – przyp. P. O) odmiany języka polskiego jeszcze nie pracowano”. Warto jednak przypomnieć, że na wewnętrzne zróżnicowanie stylistyczne PJMed w 1988 r. jako pierwsze zwróciły uwagę M. Chłopicka, D. Pukas-Palimąka i A. Chwals (1988: 124), wyróżniając:

- „język potoczny używany w rozmowach lekarzy z pacjentami,
- mówiony i pisany język fachowy używany między lekarzami,

- sformalizowany język pisany występujący wyłącznie w podręcznikach i artykułach naukowych”.

Schemat 12

Zróźnicowanie stylistyczne PJMed wg M. Chłopickiej, D. Pukas-Palimąki, A. Chwals – oprac. własne



Przedstawiona klasyfikacja została przygotowana z myślą o nauczaniu języka polskiego do celów medycznych, jednak jej autorki podkreśliły, że „świadomość istnienia takich rejestrów języka medycznego jest niezwykle ważna nie tylko dla cudzoziemca, ale także native-speakera, o czym świadczyć może trudność związana z wykonaniem nawet przez polskiego studenta ćwiczenia wymagającego użycia odpowiedniego rejestru z zależności od wymagań sytuacji wynikłej z rodzaju kontaktu” (tamże). Jako przykład językoznawczynie podały uspokojenie matki dziecka przyjętego do szpitala. Za nieakceptowane reakcje słowne uznano użycie przez studenta licznych terminów medycznych bez wyjaśnienia ich znaczenia. Natomiast rekomendowaną reakcją werbalną jest użycie tylko zrozumiałych dla zdenerwowanej kobiety terminów (tamże). Uwagi M. Chłopickiej, D. Pukas-Palimąki, A. Chwals dotyczące wewnętrznego zróźnicowania stylistycznego *języka medycyny (medycznego)* i problemów z nim związanych są wciąż aktualne, a kwestia braku przygotowania polskich studentów medycyny do pracy z pacjentem jest częstym tematem poruszonym na konferencjach i w najnowszych publikacji, o czym była już mowa wcześniej.

Najwięcej informacji na temat wewnętrznego zróźnicowania PJMed przynoszą prace językoznawców-lekarzy – P. Müldnera-Nieckowskiego i J. Doroszewskiego.

P. Müldner-Nieckowski posługuje się terminem wyjściowym *język lekarski* i wyróżnia pięć jego odmian. Pierwszą z nich jest *medyczny język naukowy*,

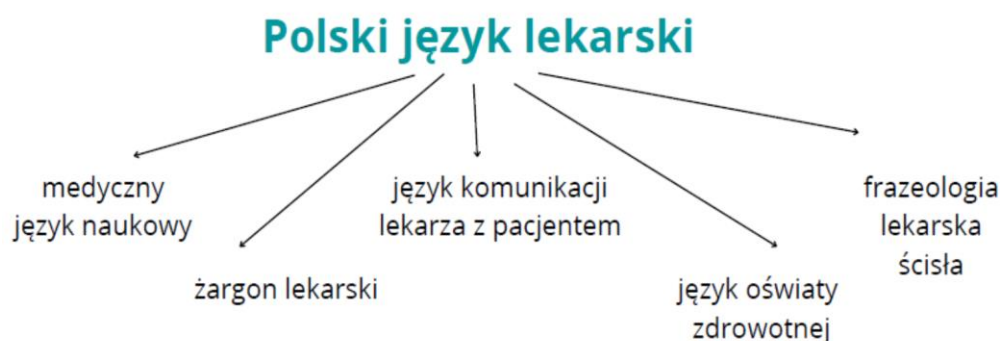
którego cechą charakterystyczną jest dbałość o wysoki poziom poprawności lekarsko-językowej, przejawiającej się we właściwie dobranej terminologii oraz leksykalnej i stylistycznej ścisłości wyrażania się. Jest to przede wszystkim język prac naukowych poświęconych zagadnieniom medycyny. Uczony podkreśla również, że dzięki naukowemu językowi medycznemu lekarze identyfikują się nawzajem, a brak dostatecznego opanowania tej odmiany może być powodem do zakwestionowania „lekarskości” danego użytkownika (Müldner-Nieckowski 2014: 403). *Żargon lekarski* (zwany również *językiem pokoju lekarskiego*) stanowi drugą odmianę języka lekarskiego, a jego użycie ma służyć przede wszystkim przyspieszeniu wymiany informacji i ułatwieniu komunikacji w dobrze znającej się grupie zawodowej. Odznacza się skrótami, akronimami oraz defektywnymi frazami, które mają charakter lokalny. Ponadto ma charakter tajny we wszystkich elementach, przez co jest niezrozumiały dla laika na płaszczyźnie leksykalnej, semantycznej, a czasem nawet składniowej (tamże: 404). P. Müldner-Nieckowski podkreśla też, że lekarze stale mówią żargonem i z biegiem czasu przestają dostrzegać skrótowości i głębokiej metaforyzacji swojej mowy i w konsekwencji używają go jako odpowiednika języka naukowego (tamże: 405). Jako trzeci typ językoznawca wyróżnia *język komunikacji lekarza z pacjentem*, który charakteryzuje się krótkimi, prosto skonstruowanymi i logicznie powiązаныmi zdaniami oraz ubogim, ale trafnym słownictwem. Jest pozbawiony dygresji i niepotrzebnych wtrąceń, które mogłyby zakłócić komunikację. Wypowiedzi lekarza powinny być dostosowane do świadomości językowej rozmówcy (tamże: 406). *Język oświaty zdrowotnej* stanowi kolejną odmianę omawianej typologii. Jest językiem wypowiedzi pisemnej kierowanej do osób nieznających medycyny w celu wyjaśnienia konkretnych problemów dotyczących zdrowia i/albo choroby (tamże: 407). *Język oświaty zdrowotnej* bliski jest odmianie popularnonaukowej. Poza tym jest pełen mniej lub bardziej jawnych technik i zabiegów perswazyjnych, takich jak nakazy, zakazy, wskazówki, sugestie, ostrzeżenia czy zalecenia. Teksty oświaty zdrowotnej są obecne przede wszystkim w reklamach telewizyjnych i internetowych, mają za zadanie kształtować pewne zachowania, nawyki czy nawet postawy. Następuje w nich uproszczenie języka naukowego oraz wymiana terminów fachowych i medycznych skrótów myślowych na rzecz poszerzonych opisów zrozumiałych dla laików (tamże: 408). Po przeanalizowaniu opisu cech immamentnych tej odmiany można stwierdzić, że są one tożsame z

cechami komunikacji lekarz – pacjent. Jediną różnicą jest kanał (ustny lub pisemny), za pośrednictwem którego odbywa się przekaz informacji

Piątą kategorią, którą da się wyraźnie wydzielić w obrębie języka lekarskiego jest *frazeologia lekarska ścisła*. Zdaniem autora odmiana ta jest najsłabiej poznana, ponieważ nie występują żadne jej egzemplifikacje pisane. Sposobem tworzenia i funkcjonowania przypomina rodzaj języka stosowanego w wojsku, lotnictwie, marynarce, straży pożarnej, ogólnie mówiąc – służbach tajnych, gdzie porządna jest nie tylko komunikacja tajna, ale także bardzo szybka. Komunikaty należące do tego wariantu odznaczają się jednoznacznością i precyzją na najwyższym poziomie, są też pozbawione jakiejkolwiek potoczności, synonimii oraz wyrazów bliskoznacznych. Przeważają równoważniki zdań, a każda wypowiedź wymusza reakcję. W zakresie medycyny taki typ wypowiedzi jest charakterystyczny dla chirurgii (sali operacyjnej) i ratownictwa medycznego. Reasumując, jest to kod porozumiewawczy w sytuacjach działania szybkiego i precyzyjnego (w działaniach zabiegowych) i zagrożeniach (w ratownictwie) (tamże: 409-410).

Schemat 13

Typologia odmian języka lekarskiego wg P. Müldnera-Nieckowskiego – oprac. własne



Z kolei drugi z wymienionych lekarzy-językoznawców, J. Doroszewski początkowo postulował rozróżnienie na *język nauki medycznej* oraz *język praktyki medycznej*. *Naukowy język medyczny* jest systemem uznanych twierdzeń ogólnych, które wyrażają wiedzę przedmiotową i metodyczną dotyczącą człowieka w stanie zdrowia i choroby, jest używany przez pracowników naukowych prowadzących medyczne badania podstawowe. Zdaniem J.

Doroszewskiego (2010: 299) jest on w znacznej części jest identyczny z językami innych nauk. Z kolei *języka klinicznego (praktyki medycznej)* używają się przede wszystkim lekarze w związku z bezpośrednią opieką lekarską nad chorymi. Zakres tematyczny dotyczy działań profilaktycznych, epidemiologii, klinicznych badań naukowych oraz komunikacji medycznej (tamże).

W późniejszych badaniach J. Doroszewski (2019: 13) rozbudował swoją typologię i wyróżnił następujące odmiany:

- język opisu ludzi zdrowych i chorych,
- język relacji deontycznych łączących personel medyczny z ludźmi zdrowymi i chorymi,
- język porozumienia między ludźmi zdrowymi i chorymi a personelem medycznym,
- język opisujący leki, aparaturę i medyczne urządzenia pomocnicze.

Każda z kategorii dzieli się na język ogólny czyli *język nauki* oraz na język konkretny, będący *językiem praktyki klinicznej*.

Ogólny język opisu ludzi zdrowych i chorych ma charakter naukowy i dydaktyczny, prezentuje metodologię postępowania klinicznego (badania i leczenie), natomiast egzemplifikacją klinicznego rodzaju tego języka jest dokumentacja kliniczna, czyli wyniki badań i leczenia pacjentów. Zdaniem J. Doroszewskiego odmiana ogólna języka relacji deontycznych opisuje filozoficzne i etyczne relacje łączące personel medyczny z pacjentami, wariant konkretny zaś służy opisowi zobowiązań moralnych i uczuciowych łączących lekarzy z ich pacjentami w konkretnych przypadkach. Ogólny język porozumienia lekarzy z pacjentami przedstawia teoretyczne podstawy tej działalności i jest przy tym przedmiotem nauczania w komunikacji medycznej. Natomiast język stosowany przez lekarzy w związku z diagnozą, projektem postępowania i podejmowaniem decyzji oraz realizacją pomocy medycznej jest przykładem szczegółowego języka porozumienia lekarzy z pacjentem (tamże). Język opisujący leki, aparaturę i medycznych urządzeń pomocniczych nie został opisany przez językoznawcę, ale można zakładać, że typ ogólny ma służyć teoretycznym, naukowym opisom leków oraz sprzętu medycznego, a odmiana konkretna, szczegółowa będzie stosowana w komunikacji z pacjentem w związku ze stosowaniem leków (np. polecenia, wyjaśnienia), posłuży też lekarzom i personelowi medycznemu do opisu aparatury medycznej (np. jej obsługa).

Ponadto w języku ogólnym każdej dziedziny J. Doroszewski wyróżnia poziom operacyjny (najbardziej szczegółowy) oraz poziom mający charakter pośredni (specjalistyczny i interdyscyplinarny). Zdaniem językoznawcy „ogólne odmiany języka medycznego są zbliżone do naturalnego systemu językowego w rozumieniu *langue*, z kolei języki o charakterze szczegółowym są porównywalne do języka poziomu parole i faktów językowych” (Doroszewski 2019: 14).

Schemat 14

Odmiany języka medycyny według J. Doroszewskiego – oprac. własne



Analiza dwóch propozycji typologicznych J. Doroszewskiego i P. Müldnera-Nieckowskiego pozwala stwierdzić, że w obydwu stratyfikacjach można dostrzec punkty wspólne, ale są również i elementy je różniące.

Po pierwsze, obydwaj lekarze-językoznawcy posługują się inną terminologią w odniesieniu do *polszczyzny medycznej* – J. Doroszewski za bazowy uznaje określenie *język medycyny* (Doroszewski 1996) i/lub *polski język medyczny* (Doroszewski 1999 i nast.), z kolei Müldner-Nieckowski operuje pojęciem *języka lekarskiego* (*biomedyczny naukowy*).

Po drugie, językoznawcy nie posługują się w żadnym kontekście terminem *język specjalistyczny*. W pracach J. Doroszewskiego można spotkać używaną od czasu do czasu frazę język fachowy, jednak w samej definicji PJMed zaproponowanej przez niego to określenie nie pada. Badacz stwierdza, iż „najczęściej stosowanym środkiem opisu rzeczywistości w większości nauk medycznych jest język naturalny (na ogół w fachowej odmianie)” (Doroszewski 2004: 604). J. Doroszewski stoi na stanowisku, że język naturalny stosowany w medycynie jest wysoko rozbudowanym i wyspecjalizowanym językiem fachowym, natomiast zadania związane z pomocą zdrowotną są ściśle powiązane

z językiem potocznym (Doroszewski 2019: 14). Takiego punktu widzenia nie podziela drugi językoznawca. P. Müldner-Nieckowski (2014: 403) wysuwa tezę, iż język lekarski – choć zawiera składniki porozumiewawcze, instruktywne, fatyczne i wszelkie inne właściwe językowi ogólnemu – sam jest mimo wszystko odczuwalny jako przymusowy i sztuczny. Po trzecie, J. Doroszewski skupia się głównie na różnych odmianach języka medycznego w kontekście komunikacji *lekarz – pacjent*, co stanowi kryterium wydzielenia odmian w jego badaniach. W swoich pracach najczęściej miejsca poświęca zagadnieniu porozumienia lekarza z pacjentem. Zapewne taki „obraz ogólny języka nauki i języka praktyki klinicznej” wynika z tego, iż środowisko medyczne dostrzega rosnącą potrzebę wprowadzenia na uczelniach medycznych kształcenia kompetencji komunikacyjnej (Doroszewski 2019: 14). Coraz częściej na wydziałach lekarskich wprowadza się zajęcia fakultatywne, które umożliwiają studentom medycyny rozwijanie kompetencji w zakresie komunikacji z pacjentem (Chojnacka-Kuraś 2017: 54)⁵⁰. Językoznawca nie uwzględnia w swojej typologii np. żargonu lekarskiego, choć wspomina o nim kilkakrotnie w swoich pracach (Doroszewski 1996, 1999, 2010). Natomiast P. Müldner-Nieckowski pojmuje polszczyznę medyczną znacznie szerzej niż J. Doroszewski. Na uwagę zasługuje zaproponowane przez niego wyraźne rozróżnienie między żargonem lekarskim a frazeologią lekarską ścisłą. Jako egzemplifikację żargonu lekarskiego przytacza następującą wypowiedź: „Zrób te dwie cukrzyce na trójce, bo już późno/ bo zmierzcha / bo jeszcze pełno roboty”, zaś jako przykłady frazeologii lekarskiej ścisłej podaje pary typu „hegar numer cztery” czy „bosa igła” (Müldner-Nieckowski 2015: 404, 409). Ponadto w typologii P. Müldnera-Nieckowskiego znalazł się także *język oświaty zdrowotnej*, który jest widoczny m.in. na portalach i stronach internetowych (para)medycznych oraz na ulotkach firm farmaceutycznych. Zwłaszcza ostatnie lata przyniosły nie tylko znaczny wzrost medykalizacji niektórych rejonów życia społecznego, ale przede wszystkim wzrost świadomości społeczeństwa w zakresie zdrowia.

Przywołani wyżej badacze wykazali wewnętrzną niejednorodność polszczyzny medycznej. Wiedza na temat cech dystynktywnych każdej z odmian

⁵⁰ W krajach zachodnich kompetencje komunikacyjne lekarzy traktowane są na równi z posiadaną wiedzą medyczną. Przykładowo, w Szwajcarii przez cały sześcioletni okres studiów medycznych są prowadzone obowiązkowe zajęcia z komunikacji, kształtujące umiejętność rozmawiania z pacjentem (Chojnacka-Kuraś 2017: 54).

polskiego języka medycyny (medycznego) ma wpływ nie tylko na proces planowania kursu, ale przede wszystkim na opracowanie podręczników do nauki tego języka. Każda z odmian wymaga bowiem innego podejścia choćby do sprawności językowych. W przypadku *języka (medycyny (medycznego) naukowego* w pierwszej kolejności nacisk będzie położony na rozwijanie sprawności czytania ze zrozumieniem oraz produkcji pisemnej, z kolei w przypadku języka komunikacji między lekarzem a pacjentem rozwijane będą głównie umiejętności rozumienia komunikatów ustnych oraz ich tworzenie.

3.3. Wyróżniki *polskiego języka medycyny (medycznego)* i komunikacji medycznej

3.3.1. Specjalistyczny przedmiot

Słowo *medycyna*, które ma pochodzenie łacińskie (*mēdicīnā*) oznacza:

- 1) sztukę lekarską,
- 2) lekarstwo,
- 3) środek leczniczy (Kumaniecki 1986: 305).

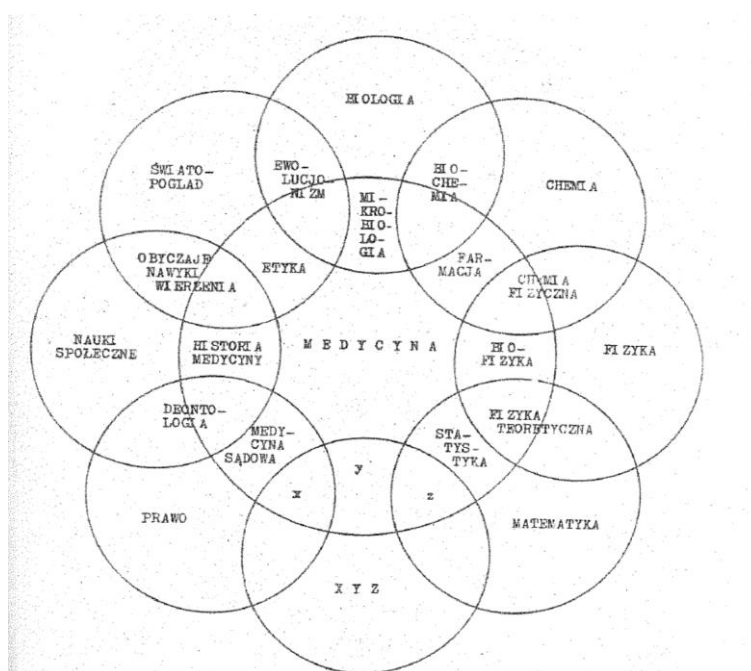
W *Wielkim słowniku medycznym* (1996: 713; por: Kostrzewa 2011: 96) czytamy, że *medycyna* jest dziedziną nauk przyrodniczych, zajmuje się badaniem budowy i czynności organizmu ludzkiego w stanie zdrowia i choroby, rozpoznaniem chorób i rokowaniem oraz leczeniem chorych i zapobieganiem chorobom. Obok podstawowych dyscyplin medycznych, takich jak anatomia i fizjologia człowieka, embriologia, histologia, genetyka, immunologia, mikrobiologia, higiena, epidemiologia, wskazuje się dyscypliny kliniczne, m.in. internę, pediatrię, chirurgię, ginekologię, położnictwo, dermatologię, okulistykę, neurologię, psychiatrię, stomatologię. W wyniku rozwoju nauki powstały nie tylko węższe specjalności wśród dyscyplin klinicznych, takie jak kardiologia, gastrologia, reumatologia, urologia, kardiochirurgia, ale wraz z rozwojem cywilizacyjnym i społecznym zaczęły tworzyć się specjalności integrujące podstawową i kliniczną wiedzę wokół nowych problemów medycznych. W ten sposób powstały m.in. medycyna kosmiczna badająca wpływ warunków lotu kosmicznego na organizm, medycyna morska zajmująca się profilaktyką i

leczeniem chorób związanych z pracą na morzu i w portach, czy medycyna społeczna, która dokonuje ocen stanu zdrowotnego zbiorowości ludzkich, bada wpływ czynników przyrodniczych i społecznych na zdrowie, określa warunki i metody optymalizacji społecznych działań na jego rzecz⁵¹.

Złożoną naturę medycyny tak oto tłumaczy M. Szafrąński (1988: 72, zob. Szafrąński 1993: 97-104): „Medycyna nie jest zamkniętym, jednorodnym zakresem wiedzy i działania, lecz niejednorodną i otwartą dziedziną reprezentowaną przez nauki teoretyczne, jak i dyscypliny kliniczne, przedstawianą językowo przy pomocy różnych zdeterminowanych lub niezwiązanych struktur językowych na różnych stopniach abstrakcji, w ramach medycyny eksperymentalnej i stosowanej”. W swoim schemacie badań uwzględnił nauki, które mają elementy styeczne z medycyną

Schemat 15

Kontakty innych dyscyplin z medycyną (M. Szafrąński 1988: 73)



Zdaniem badacza przenikalność elementów, czyli terminologii, między dyscyplinami jest dowolna i zachodzi według potrzeby. Jako przykład tego procesu podał następujące terminy: *procent*, *współczynnik załamania*, *cukier*, *gospodarka*, *rozmnażanie*, *wiek*, *użycie* (tamże: 74).

⁵¹ <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/medycyna;3939269.html> (dostęp 13.04.2021).

Dla J. Doroszewskiego (2004: 601-602), który opracował semiotyczno-systemowy model wiedzy medycznej, *medycyna* jest nauką o zdrowiu i chorobie człowieka, „jest oparta na podstawowych naukowych praktykach opieki zdrowotnej, tj. utrzymania i rozwijania stanu zdrowia, zapobiegania chorobom, leczenia ludzi chorych, rehabilitacji i udzielania innego rodzaju pomocy zdrowotnej [...] jest nauką podstawową, która w sposób niejako zbiorczy, integrujący zajmuje się badaniem stanów zdrowia i choroby oraz racjonalnym oddziaływaniem na te stany, zarówno jeśli chodzi o poszczególnych ludzi, jak i o społeczeństwo, tak i z somatycznego i psychologicznego punktu widzenia”.

Medycyna, oprócz wymiaru naukowego, etymologicznie odnosi się do praktyki, ludzkiej działalności, postępowania medycznego, sztuki lekarskiej. Słowem kluczowym w przytoczonych powyżej definicjach jest wyraz *leczyć* (*sztuka lekarska*). W wymiarze praktycznym *język medycyny* (*medyczny*) jest bowiem narzędziem, które umożliwi nie tylko zaistnienie, ale również przeprowadzenie procesu leczenia.

Próby zdefiniowania terminu *medycyna* byłyby niekompletne bez uwzględnienia nauk humanistycznych, gdyż podmiotem, ale i przedmiotem nauk medycznych jest człowiek. Z tego powodu *medycyna* – oprócz nauk przyrodniczych, takich jak biologia, chemia, fizyka, korzysta też z nauk społecznych: z psychologii i socjologii. Ponadto coraz częściej pojawiają się nawiązania do humanistycznego aspektu medycyny. Przykładem tego mogą być liczne konferencje i kongresy, które odbywają się co jakiś czas.

3.3.2. Użytkownicy języka i uczestnicy komunikacji medycznej

W badaniach T. Cabré, B. Kubiaka, E. Gajewskiej i M. Sowy, kryterium użytkowników/uczestników jest jednym z fundamentalnych wyróżników JS.

A. Kacprzak (2000: 10-11) rozróżnia dwa poziomy językowe – poziom lekarza (*specjalisty*) i poziom pacjenta (*nie-specjalisty*). M. Smuk (2007: 64) podkreśla, że mimo wszystko, członkowie wspólnoty językowej, którą tworzą zarówno profesjonaliści, jak i laicy, „dysponują bogatym zasobem słów i wyrażań medycznych, czasem nawet o wysokim stopniu specjalizacji”. Trudno nie zgodzić się z tą opinią, niemniej jednak – jak pisze A. Seretny – poprawne rozumienie terminu (tzn. odsyłające do właściwego desygnatu) przez przeciętnego odbiorcę

często jest nieprecyzyjne i nienaukowe. Jako przykład badaczka podaje termin *cholesterol*, który w rozumieniu potocznym (ogólnym) jest związkiem chemicznym znajdującym się w organizmie, może dzielić się na dobry i zły. Natomiast według słownikowej definicji to „organiczny związek chemiczny, lipid z grupy steroidów zaliczany także do alkoholi; jego pochodne występują w błonie każdej komórki zwierzęcej, działając na nią stabilizująco i decydując o wielu jej własnościach” (Seretny 2017: 153).

Zróżnicowanie komunikacji ze względu na użytkowników biorących w niej udział stanowiło punkt wyjścia dla opracowania założeń metodologicznych podręcznika *Co Panu dolega?*. W przygotowaniu książki *O człowieku po polsku* autorki brały pod uwagę tylko komunikację w relacji na poziomie *specjalista – specjalista* (Chłopicka, Dancecka-Chwals 1989: 122).

Badaczki wyeliminowały sytuacje komunikacyjne, w których biorą udział student i prowadzący zajęcia oraz sami studenci medycyny. Z perspektywy założeń lingwistyczno-metodycznych opracowywanego przez nie podręcznika był to zabieg jak najbardziej słuszny. Jednak w świetle rozważań prowadzonych w niniejszej rozprawie, sytuacje komunikacyjne student – prowadzący zajęcia oraz student – student są niezwykle istotne i muszą zostać uwzględnione. W tym wypadku student to specjalista na początku swojej kariery zawodowej. Z biegiem lat sytuacja komunikacyjna student – student zostanie zastąpiona przez model lekarz – lekarz, czyli specjalista – specjalista.

Język medycyny (medyczny) jest szczególnym przykładem języka specjalistycznego, bo nie tylko przedmiot (temat) jest bardzo złożony. Niezwykle istotna jest również rola drugiego z użytkowników – czyli odbiorcy. W przypadku PJMed to właśnie nie osoba nadawcy, ale w dużym stopniu odbiorca wpływa na model aktu komunikacyjnego. Możliwe konfiguracje komunikacji w zakresie polszczyzny medycznej zostały zaprezentowane w tabeli poniżej. Przy tworzeniu poniższego rejestru kierowałam się następującymi założeniami:

- 1) nadawcą komunikatu specjalistycznego (naukowego, technicznego, zawodowego) może być tylko specjalista (ekspert), czyli osoba ze znajomością tematu/przedmiotu specjalistycznego,
- 2) odbiorcą komunikatu specjalistycznego może być zarówno specjalista, jak i niespecjalista, czyli osoba zapoznająca się z dziedziną oraz osoba będąca odbiorcą usług specjalistycznych (Ligara, Szupelak 2014: 32).

W pierwszym punkcie kluczową rolę odgrywa *wiedza specjalistyczna* oraz *kompetencja specjalistyczna* nadawcy, na którą składają się *specjalistyczna kompetencja językowa*, *specjalistyczna kompetencja dyskursywna* i *specjalistyczna kompetencja dyskursywna* (Grucza 2013: 109). W punkcie drugim starałam się uwzględnić możliwych odbiorców niespecjalistów, z którymi w interakcję może wejść nadawca specjalista. Na tej podstawie udało się wyróżnić sześciu uczestników komunikacji *lekarz specjalista – odbiorca*. Badania nad użytkownikami JS skupiają się głównie profilu nadawcy – kim jest i jakie cechy go wyróżniają. Natomiast odbiorcą niespecjalisty nie zajmowano się szczegółowo. Komunikacja medyczna (czy też sytuacja medyczna) jest szczególnym przykładem komunikacji specjalistycznej, ponieważ to właśnie odbiorca ma największy wpływ na formę komunikatu i język, aby był zrozumiany. Dla lepszego zobrazowania komunikacji medycznej i ukazania jej złożoności, przytoczę kilka przykładów dla poniżej sytuacji:

Pacjent, u którego występuje kolka wątrobowa (żółciowa)
Leki przeciwbólowe nie pomogły, skierowano pacjenta na kilkudniowe leczenie szpitalne. W tym czasie nasiliły się uporczywe wymioty a leczenie farmakologiczne petydyną, <u>drotaweryną</u> okazuje się mało skuteczne.

Źródło: wywiad z lekarzem

Komunikacja lekarz specjalista – lekarz specjalista

1. Lekarz zwołuje konsylium lekarskie, które ma na celu m.in określenie ścieżki diagnostycznej i ustalenie koniecznych badań dodatkowych. Jest to przykład ustnej komunikacji formalnej (choć lekarze mogą zwracać się do siebie *per ty*) o najwyższym stopniu specjalistyczności.
2. Lekarz opisuje przypadek swojego pacjenta w artykule do czasopisma naukowego kierowanego również do specjalistów. Artykuł naukowy jako gatunek specjalistyczny ma określoną formę oraz środki językowe. Język tekstu wykazuje się najwyższym stopniem specjalistyczności. Ponadto istnieje duże prawdopodobieństwo wygłoszenia przez lekarza referatu na konferencji na powyższy temat.

Podczas przerwy w pracy lekarz opowiada swojemu koledze lekarzowi o trudnym przypadku, może pominąć niektóre informacje zaprezentowane np. w artykule oraz na konsylium.

Komunikacja lekarz specjalista – personel medyczny

1. Lekarz prowadzący prosi pielęgniarkę o ponowne pobranie krwi, następnie informuje ją, że została zwiększona dawka leku.
2. Lekarz prowadzący prosi laborantów o jak najszybsze przesłanie wyników badań.

Komunikacja lekarz specjalista – student medycyny

1. Lekarz prowadzący jest również wykładowcą na uniwersytecie medycznym. Prowadzi zajęcia ze studentami z III roku. Wymienia kolikę żółciową jako jedno ze schorzeń wątroby. Następnie przechodzi do wyjaśnienia, czym jest kolka wątrobową, jakie są jej najczęstsze objawy, a także jak wygląda leczenie. Po części teoretycznej przechodzi do zaprezentowania konkretnego przypadku, którym się obecnie zajmuje. Zajęcia mogą mieć formę czysto wykładową, ale istnieje prawdopodobieństwo pojawienia się pytań uszczegóławiających i/lub prośb studentów o ponowne wytłumaczenie konkretnego pojęcia bądź zagadnienia.

Komunikacja lekarz specjalista – pacjent / rodzina pacjenta

Wariant A – pacjent nie miał większych problemów ze zdrowiem w przeszłości, to jego pierwszy pobyt w szpitalu

Wariant B – pacjent leczy się na inne schorzenia, to jego kolejny pobyt w szpitalu

1. Lekarz przeprowadza wywiad z pacjentem w celu uzyskania jak najwięcej potrzebnych informacji. Następnie zleca wykonanie badań i sygnalizuje pacjentowi możliwe przyczyny bólu w podbrzuszu.
2. Przez cały czas lekarz regularnie informuje pacjenta i/lub rodzinę pacjenta o przebiegu leczenia i podejmowanych dalszych krokach.

Powyżej przedstawione zostały możliwe sytuacje komunikacyjne, w których występują różni odbiorcy tego samego przedmiotu/tematu specjalistycznego. Z krótkich opisów można wywnioskować, że z jednej strony to od odbiorcy i jego stopnia „zanurzenia w dziedzinie/przedmiocie” zależy, jaki stopień specjalistyczności będzie miała komunikacja. Z drugiej strony jednak to na nadawcy ciąży większa odpowiedzialność dostosowania komunikatu do

słuchacza-odbiorcy.

Jako pierwszy został zaprezentowany casus komunikacji *specjalista – specjalista* z tą różnicą, że kontakt może mieć charakter oficjalny, formalny bądź nieoficjalny, nieformalny. W przypadku personelu medycznego (pielęgniarka, laborant) komunikacja specjalistyczna jest mocno zawężona, ogranicza się do konkretnych poleceń. Podobnie jest z zespołami ratownictwa medycznego.

Podobne zjawisko można zaobserwować w kontakcie lekarza z pacjentem: z tym, który po raz pierwszy w życiu będzie poddany leczeniu szpitalnemu, i tym, który od lat cierpi na przewlekłe choroby. W tym wariantcie kontakt z lekarzem jest dla pacjenta czymś naturalnym, a w efekcie częstszych pobytów w środowisku medycznym przewidywalnie nabył „pewnej wiedzy”. Język pacjenta, ale też lekarza, będzie w tym wypadku obejmował terminy lub inne wyrazy ogólne, które posłużą w rekonstrukcji wiedzy medycznej. J. Doroszewski (2014: 19) podkreśla, że pacjenci nie mają znajomości zagadnień medycznych, dlatego czynnikiem, który umożliwia wspólne (czyli z punktu widzenia pacjenta i lekarza) rozpatrywanie kwestii medycznych, jest zastosowanie języka naturalnego: fachowego języka naturalnego i potocznego. Jego elastyczność na tyle wysoka, iż „umożliwia porozumienie między ludźmi o różnych wykształceniu, mających różne zadania, cele życiowe i konkretne, związane z określonymi działaniami, które lekarz ma wykonać” (tamże).

Podział, zaprezentowany w tabeli poniżej ma charakter umowny. Celem jest pokazanie, jak różni mogą być odbiorcy specjalistycznego komunikatu medycznego. Hipotetycznie można przyjąć, że jeśli nadawcą (specjalistą) jest ten, kto posiada specjalistyczną kompetencję językową, czyli umiejętności tworzenia i posługiwania się terminami specjalistycznymi, zdaniem i tekstami specjalistycznymi, to odbiorcą osoba będąca w stanie odebrać, zrozumieć i odpowiednio na nie zareagować w ten sam sposób. Podobnie jest w przypadku *specjalistycznej kompetencji dyskursywnej*, dzięki której odbiorca będzie mógł uczestniczyć w interakcji specjalistycznej na takim samym bądź możliwie jak najbardziej zbliżonym poziomie.

Tabela 3
Użytkownicy PJMed i uczestnicy komunikacji medycznej – oprac. własne

		Nadawca	Odbiorca
Grupa I	specjalista – specjalista	lekarz specjalista	lekarz specjalista
	specjalista – specjalista innej dziedziny medycznej	lekarz specjalista	lekarz innej specjalności
		lekarz specjalista	zespół ratownictwa medycznego ⁵²
		lekarz specjalista	personel medyczny
		lekarz specjalista	student medycyny
	specjalista – laik	lekarz specjalista	pacjent
		lekarz specjalista	rodzina pacjenta
Grupa II	laik – laik	pacjent	pacjent
Grupa III	specjalista języka – specjalista dziedziny	nauczyciel języka	uczeń z wykształceniem medycznym
		nauczyciel języka	uczeń w trakcie studiów

Grupa I odpowiada wertykalnemu podziałowi języka specjalistycznego. Niektórzy niemieccy językoznawcy, którzy brali pod uwagę przede wszystkim aspekt stosowania specjalistycznego słownictwa w tekstach o tematyce medycznej, uwzględnili w swoim modelu pionowym nadawcę i odbiorcę niebędących fachowcami w danej dziedzinie (Gorbacz-Pazera 2000: 212). W komunikacji *pacjent – pacjent*, zarówno nadawca, jak i odbiorca posługują się quasi-terminami i wyrazami ogólnymi. Poza tym wiedza na temat przedmiotu/tematu specjalistycznego jest mocno ograniczona. Z tego powodu w powyższym zestawieniu komunikacja *pacjent – pacjent* traktowana jest jako oddzielne zjawisko. Grupę III tworzy nadawca, którym jest nauczyciel języka oraz uczeń zarówno ten, który już posiada wykształcenie medyczne, jak i uczeń będący w trakcie studiów medycznych lub dopiero rozpoczynający naukę.

Tak autor, jak i nadawca są specjalistami, ale w różnych dziedzinach. Ponadto cel komunikacji jest zupełnie inny niż jak ma to miejsce w grupie I, gdzie także zachodzi komunikacja między specjalistą (lekarzem) a profesjonalistą w innej dziedzinie medycznej. Co więcej, w tym przypadku to odbiorca (szczególnie uczeń z wykształceniem medycznym) posiada większą wiedzę z zakresu medycyny niż nadawca. Moim zdaniem nie do końca zasadne jest użycie tutaj określeń nadawca i odbiorca, ale z braku pomysłu na lepsze rozwiązanie, przynajmniej na tym etapie badań własnych, pozostają przy takiej propozycji. W powyższej propozycji uwzględniono dwa typy odbiorcy – studenta i osobę aktywną zawodowo. To jednak nie jedyny podział. Jeśli chodzi o studenta medycyny, dodatkowym kryterium podziału będzie rok studiów, w przypadku osób aktywnych zawodowo będą to specjalizacja, wiek oraz doświadczenie zawodowe. Wspólnym kryterium podziału dla obu kategorii, zarówno dla studentów, jak i osób czynnych zawodowo będzie kraj pochodzenia, poziom znajomości języka obcego.

3.3.3. Cechy systemowo-stylistyczne

Choć w definiowaniu języka specjalistycznego najwięcej uwagi poświęca się kryteriom pragmatycznym i to one niejednokrotnie są stawiane na pierwszym miejscu, pełna charakterystyka *polskiego języka medycyny (medycznego)* nie byłaby kompletna bez uwzględnienia jego cech lingwistycznych.

O poprawności języka tekstów medycznych pisano już na przełomie XIX i XX w. w „Krytyce Lekarskiej”. W numerze z 1906 r. w kolumnie „Notatki Językowe” można przeczytać: „Język prac polskich z dziedziny nauk przyrodniczych, lekarskich i technicznych jest dziś przeważnie wprost odstraszaający. Mianownictwo (nazwy) nieustalone, styl niedbały, składnia i szyk cudzoziemski, wyrazów obcych niepotrzebnych mnóstwo, spolszczenia przez zmianę pisowni i dodanie niby polskiej końcówki cudaczne, wyrazy obce i w obcej pisowni, np. łacińskie rzeczowniki i przymiotniki albo wbrew sensowi pozostawiane w zdaniach polskich bez odmiany («leczyłem wielokrotnie pneumonia cruposa») albo iście humorystycznie przypadkowe po polsku («w przypadku porażenia vagusa»). Okropności!” (Ktoś 1906: 147: cyt. za Doroszewski 1996: 34).

Współcześnie zagadnieniem tym zajął się J. Doroszewski. Badacz stwierdza, że poprawność badanego przez niego języka „nie różni się w istotny sposób od języka innych nauk przyrodniczych i technicznych, a czasem nawet nauk społecznych, na tle zaś niektórych publikacji prasowych i publicznych wypowiedzi wyróżnia się często korzystnie” (Doroszewski 1999: 34). Językoznawca zwrócił uwagę, iż język podręczników zawierających podstawową wiedzę kliniczną, przeznaczonych dla studentów medycyny i lekarzy niespecjalistów, jest stosunkowo prosty i łatwy w odbiorze w przeciwieństwie do języka, którym pisane są artykuły naukowe. J. Doroszewski określił go jako język hermetyczny, zrozumiały dla określonego grona, odznaczający się wysokim stopniem uporządkowania stylu i mnogością wysokospecjalistycznych terminów (tamże: 47). W opinii badacza język medycyny jest konkretny, pozbawiony abstrakcji, scalający elementy biologii, psychologii, nauk społecznych i humanistycznych. Jest narzędziem złożonych i precyzyjnych rozumowań, które ułatwiają nie tylko podejmowanie naukowych i codziennych decyzji, ale także służą ich realizowaniu⁵².

Istotne z punktu niniejszej rozprawy są semantyczno-syntaktyczne analizy struktur twierdzeń biomedycznych, które przeprowadził J. Doroszewski. Badania te opierały się na schemacie logicznej struktury wiedzy medycznej. Obiektem analiz w pierwszej kolejności były terminy i prawa (twierdzenia) biomedyczne, gdyż zdaniem językoznawcy stanowią one fundamentalną część składową wiedzy medycznej. W opinii uczonego twierdzenie składa się z 1) nazwy zjawiska, 2) nazwy relacji oraz 3) nazw kwantyfikujących (Doroszewski 1999: 43).

Z analiz wynika, że rzeczownikowe (abstrakcyjne) formy odczasownikowe i przymiotnikowe stanowią najczęstszy sposób tworzenia nazw zjawisk w biologii i medycynie, np. *niedrożność*, *zamknięcie*, *znaczne zwężenie*. Są one także używane do opisu konkretnych wartości (podzbiorów cech elementarnych), np. *duża szerokość*, *szybki przepływ*, *ciężkie zapalenie* (tamże: 44). Rzeczownikowe nazwy predykatów ułatwiają ścisłe definiowanie – przekształcanie ogólnych znaczeń w fachowe terminy. Stąd też ich wysoka frekwencja w twierdzeniach ogólnych w ogóle, nie tylko w naukach biomedycznych (tamże: 45). Po drugie, wyrażenia opisujące związki przyczynowo-skutkowe, np. *powstaje na skutek*, *jest wynikiem*, *przyczyną... jest*,

⁵² <http://www.pts.edu.pl/teksty/jd2011.pdf> (dostęp 10.05.2022).

powoduje, prowadzi do są najczęściej wykorzystywane do opisywania relacji między zjawiskami. Zdecydowanie rzadziej za to stosuje się wyrażenia opisujące stosunki czasowe, choć nie oznacza to, że aspekty czasowe pomijane są całkowicie. Jako przykłady J. Doroszewski wymienił następujące określenia relacji czasowych: *po okresie, kilka dni, trwać, kilka godzin, kilka tygodni, w ciągu godziny* (tamże: 46).

Analizom zostały poddane także opisy chorób zamieszczone w rozdziałach podręczników klinicznych. J. Doroszewski (2010: 300) zbadał aspekt społeczny choroby, jej etiologię i patogenezę, objawy podmiotowe i przedmiotowe, rozpoznanie oraz postępowanie terapeutyczne. Jego obserwacje wykazały powtarzalność wielu struktur językowych, co skłoniło go do konkluzji, iż „Język medycyny klinicznej, mimo znacznych różnic związanych ze stopniem szczegółowości i przeznaczeniem tekstów, charakteryzuje się istotnym podobieństwem zasadniczych struktur językowych” (Doroszewski 2010: 317-318). W poniższym zestawieniu zaprezentowane są konstrukcje typowe dla poszczególnych rodzajów tekstów.

Tabela 4

Semantyczno-syntaktyczna struktura twierdzeń biomedycznych wg J. Doroszewskiego – oprac. własne

	Rodzaj tekstu	Schemat struktury	Cecha dystynktywna
Ogólne pojęcia i terminy	definicja przedmiotowa	<i>A wywołuje B, B wywołuje C, C wywołuje D i E</i>	relacja przyczynowo-skutkowa
	definicja przedmiotowo-metodyczna	<i>stan pacjenta – działanie lekarza – zmiana stanu umysłu lekarza</i>	zdania mogą mieć formę potoczną i są zmodyfikowane znaczenie
	definicja metodyczna	<i>stan pacjenta – działanie lekarza – zmiana stanu pacjenta</i>	zdania mogą mieć formę potoczną i są zmodyfikowane znaczenie
Teksty z dziedziny szczegółowej wiedzy klinicznej	definicje	<i>A wywołuje B, B wywołuje C, C wywołuje D i E</i>	relacja przyczynowo-skutkowa
	opis przedmiotowy	<i>w takich a takich warunkach, w większości przypadków (z takim a takim stopniem prawdopodobieństwa) występowanie zjawiska X wywołuje po określonym czasie pojawienie się zjawiska Y</i>	relacja przyczynowo-skutkowa czynnik czasu i niepewności
	opis typu metodycznego	<i>przy takim a takim stanie pacjenta należy wykonać takie a takie działanie</i>	zdania o charakterze dyrektyw
	opis przedmiotowo-metodyczny (badanie podmiotowe)	<i>stan pacjenta – działanie lekarza</i>	powszechnie znane wyrażenia w języku polskim

Po przeanalizowaniu fragmentów artykułów naukowych J. Doroszewski (2010: 48-49) stwierdził, że niemal każde zdanie można sprowadzić do standardowego sformułowania: *zjawisko A wywołuje zjawisko B*, a zrozumienie tekstu zależy od trzech czynników – 1) znajomości pojęć (terminów), 2) wiedzy ogólnej oraz 3) umiejętności wnioskowania. Kolejność ta nie jest przypadkowa, ponieważ to właśnie brak znajomości poszczególnych terminów stanowi największą przeszkodę dla niespecjalistów w rozumieniu treści. Swoiste cechy sposobu wnioskowania są takie same dla wszystkich dziedzin nauki, oparte są na prawach logiki, dlatego też nie utrudniają zrozumienia treści (tamże).

Zupełnie odmienne stanowisko w tej kwestii reprezentują zaś M. Chłopicka i D. Pukas-Palimąka, A. Danecka-Chwals (1979: 78), które już w 1979 r. pisały: „jakkolwiek obfitość i odmienność leksykalna jest rzeczą najbardziej rzucającą się w oczy w tekście specjalistycznym, to jednak nie leksyka, lecz składania języka specjalistycznego stanowi trudność w rozumieniu tekstów naukowych w języku obcym. Gdyby tylko słownictwo stanowiło o trudności, problem ten zostałby zapewne już dawno tak czy inaczej rozwiązany”. Zdaniem krakowskiego zespołu do nauczania języka medycyny słownictwo odgrywa rolę podrzędną. Co więcej, w słownikach wyrazy pochodne tworzą oddzielne hasła, co tylko sztucznie poszerza objętość leksykalną. Z tego powodu kluczowa jest znajomość zasad słowotwórstwa, dzięki którym objętość tę można zmniejszyć nawet o jedną trzecią (Chłopicka, Pukas-Palimąka, 1989: 30).

Warto jednak podkreślić, że J. Doroszewski mówił tylko o niespecjalistach, rodzimych użytkownikach języka, z kolei przedstawicielki krakowskiego środowiska naukowego mówiły o użytkownikach obcojęzycznych, którzy uczą się języka polskiego. Ciekawe jest natomiast spostrzeżenie, że zarówno J. Doroszewski, jak i M. Chłopicka-Wielgos, D. Pukas-Palimąka, A. Danecka-Chwals za najważniejszą umiejętność w specjalistycznym języku medycznym uznali *definiowanie*. Uczzone we wstępie do podręcznika *O człowieku po polsku pisać*: „Ćwiczenia po tekście /9-12 to ćwiczeń w temacie/ mają służyć zapamiętaniu charakterystycznych dla języka medycznego zwrotów i konstrukcji, takich jak: definicja, klasyfikacja, uogólnienie, oraz zapamiętaniu i reprodukcji poznanego i zrozumiałego tekstu.” (Chłopicka i in. 1986: 6).

Badacze zajmujący się *polszczyzną medyczną* (M. Chłopicka, D. Pukas-

Palimąka, A. Danecka-Chwals, J. Doroszewski, M. Magajewska, E. Madej) są zgodni co do tezy, że różnice między językiem specjalistycznym a językiem ogólnym na płaszczyźnie syntaktycznej są natury ilościowej, a nie jakościowej, co oznacza wyższą (bądź niższą) frekwencję niektórych zjawisk z zakresu fleksji, słowotwórstwa i stylistyki.

Wśród najbardziej reprezentatywnych kategorii gramatycznych charakterystycznych dla tekstów medycznych wyróżnia się:

- rzeczowniki abstrakcyjne (odczasownikowe) w grupach syntaktycznych razem z drugim rzeczownikiem w dopełniaczu w funkcji modyfikatora: *przemieszczenie__śledziony, krążenie płynów ustrojowych, wydzielanie hormonów*;
- grupy nominalne z rzeczownikiem odczasownikowym jako członem głównym (nagromadzenie się soków trawiennych, upośledzenie wchłaniania płynu, zmniejszone przesączenie w nerkach);
- konstrukcje bierne: *jest położony, został skierowany, była pobierana*;
- formy nieosobowe czasowników:
 - zakończone na -no i -to: *wycięto, zoperowano, zdiagnozowano*;
 - o budowie czasownik w stronie czynnej + się: *dzieli się, wyróżnia się, zalicza się*;
- formy 1 os. l.mn w funkcji bezosobowej: *wyróżniamy, dzielimy, zaliczamy*;
- struktury złożone „composita”: *przedramię, nakłucie podpotyliczne, lek nasenny*;
- nominalizację odczasownikową (dwa rzeczowniki lub więcej): *budowa organu, przemiana materii, suma łuków kręgow kręgosłupa*;
- złożenia syntagmatyczne (dwa rzeczowniki lub rzeczownik i przymiotnik w pozycji prenominalnej i postnominalnej) *ból nogi, udar mózgu, przeszczep wątroby*;
- „łańcuchy terminologiczne” – skupiska piecio - sześciowyrazyowe: *ciężkie niepożądane działanie produktu leczniczego, napadowe gwałtowne bóle w okolicy prawego podżebrza z charakterystycznym promieniowaniem do prawej łopatki i kręgosłupa*;
- bogaty zasób środków wyrażających spójność logiczną oraz związki przyczynowo-skutkowe: *powstaje na skutek, jest wynikiem, prowadzi do*;
- zaimek wskazujący *to* w użyciu anaforycznym: *Zaburzenia przemiany lipidów*

powodują ich odkładanie się w śródbłonku. Prowadzi to do pogrubienia i uszkodzenia śródbłonka;

- *przymiotniki relacyjne: diagnostyka: funkcja diagnostyczna, jelito: nieżyt jelitowy, krew: układ krwionośny);*
- *derywaty wsteczne: napad (padaczkowy);*
- *deminutiwa, szczególnie w zakresie anatomii, np. bródka, mózdzek, jęczyzek;*
- *rzeczowniki abstrakcyjne zakończone na -ość, np. odporność, krótkowzroczność;*
- *czasowniki specyficznie terminologiczne, które jednoznacznie nazywają pojęcia danej dyscypliny medycyny, nie powodując skojarzeń z innymi podsystemami zasobu leksykalnego, np. amputować, cewnikować, dializować;*
- *czasowniki używane w leksyce ogólnej, które w terminologii przystosowują się do wyrażania pojęć specjalnych, co przejawia się zawężeniem i większą konkretyzacją ich znaczenia: porażać (nerwy);*
- *przymiotniki opisujące w funkcji atrybutywnej: biała krwinka, uodpornienie bierne/czynne;*
- *rdzenie pochodzenia grecko-łacińskiego: dermatologia, hydroterapia, bradykardia;*
- *internacjonalne afiksy: aero-, bio-, elektro-, -metr (aerotonometria, biopsja, urometr, elektrowstrząs) (Wielki słownik medyczny 1996; Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów zdrowotnych ICD – 10; 1996; Magajewska 2016; Chłopicka i in. 1979; Madej 1990; Müldner-Nieckowski 2014; Smuk 2007; Doroszewski 2010; Gajda 1997).*

Wyróżnikami systemowymi *język medycyny (medyczny)* wskazywanymi niemal zawsze w pierwszej kolejności są leksyka (zapożyczenia) oraz formacje słowotwórcze. PJMed jest szczególnym przykładem języka specjalistycznego, w którym rozumienie danego wyrazu przez odbiorcę laika, choć poprawne, będzie często nieprecyzyjne i nienaukowe z punktu widzenia specjalisty. J. Doroszewski (1999: 35) opisuje polską terminologię medyczną jako zbiór wyrazów o polskim rdzeniu, spolszczonych wyrazów obcego pochodzenia oraz wyrazów będących kombinacją wyrazów o różnych pochodzeniu. Językoznawca dość krytycznie ocenia wpływ angielszczyzny (ale także języka francuskiego i niemieckiego) na polską terminologię medyczną, nazywając to zjawisko zachwaszczaniem (tamże).

A. Kacprzak zwraca uwagę na rolę antonimii w *języku medycyny*

(medycznym). W języku medycyny pełni ona rolę czynnika strukturyzacji terminologii. Językoznawczynie podkreśla, że antonimia jest „częstym instrumentem kreatywności leksykalnej w języku medycznym” (Kacprzak 2000: 43). Największą frekwencję wykazują:

- rzeczowniki, przymiotniki i czasowniki z przedrostkami występującymi po obu członach biegunowych: *przedurazowy* – *pourazowy*, *przedśrodkowy* – *zaśrodkowy*, *nadczynność* – *niedoczynność*;
- rzeczowniki z przedrostkami tworzące tylko jeden z członów antonimii przy przedrostku zerowym w drugim członie: *niepamięć* – *pamięć*, *przeciwnacięcie* – *nacięcie*;
- rzeczowniki z przedrostkami występującymi tylko w jednym członie: *beztęczówkowość*, *antykoncepcja*;
- złożenia rzeczownikowe typu: *dużoocze* – *małoocze*, *przodożuchwie* – *tyłożuchwie*, *dalekowidz* – *krótkowidz*;
- złożenia przymiotnikowe typu: *barwnikochłonny* – *barwnikooporny*, *jednokomórkowy* – *wielokomórkowy*;
- złożenia rzeczownikowe i przymiotnikowe z liczebnikiem tworzące tylko jeden człon biegunowy, oznaczające odstępstwa od normy: *jednoplciowość*, *wielopalczałość* (tamże: 43).

Krótkiego komentarza wymaga stosowanie skrótowców. W *polskim języku medycyny (medycznym)* stosowane są liczne skróty i skrótowce, np. ChL-C – *choroba Leśniowskiego-Crohna*, G+ – *bakterie gramododatnie*, KZN – *kłębuszkowe zapalenie nerek*. Oprócz tego stałym elementem tekstów specjalistycznych (szczególnie w naukach ścisłych) cyfry, litery oraz symbole międzynarodowe (np. P10.9 – *nieokreślone rozerwanie struktury śródczaszkowej i krwotok spowodowany urazem porodowym*, H05.8 – *inne zaburzenia oczodołu*). Zastępują długie nazwy terminologiczne, używane są ze względu na ekonomię i ergonomię tekstu J. Doroszewski (1996: 255) źródło wzrostu liczby skrótowców upatruje w dużym wpływie angielszczyzny na nauki biomedyczne. Nie da się jednak zaprzeczyć, że skrótowce oraz wszelkie zapisy z użyciem wielkich liter oraz cyfr jest elementem charakterystycznym dla języka medycyny.

Zjawisko metafory jest także znane nie tylko w rozmowach lekarza z pacjentem, ale także w tekstach wysokospecjalistycznych. A. Badziński (2019: 391) zaznacza, że metafora „nie jest wyłącznie kwestią językową, ponieważ

procesy myślowe same w sobie są często metaforyczne, a istnienie metafor jako wyrażeń lingwistycznych jest możliwe, ponieważ występują one w ludzkim systemie konceptualnym” (tamże). Potwierdzeniem tych słów mogą też być liczne metafory dotyczące części ciała, innymi słowy – żaden inny „obiekt” nie jest tak zmetaforyzowany jak właśnie ludzkie ciało. Metafora ułatwia mówienie o rzeczach nie tylko abstrakcyjnych i mało konkretnych, ale także skrytych, bolesnych czy wstydlivych. Przybliża pacjentowi pojęcia medyczne dotyczące diagnozy, przebiegu choroby i terapii dla niego niejasne i trudne (Domaradzki 2015: 42). Najbardziej rozpowszechnioną metaforą w medycynie jest wojna, gdyż „pozwala ona ustrukturyzować myślenie o chorobie i jej leczeniu, umożliwia konceptualizację abstrakcyjnych i złożonych pojęć «zdrowie» i «choroba» w kategoriach bardziej znanych i jasnych, jakim jest konflikt, wojna i walka” (tamże: 32). Drugą pod względem wysokiej frekwencji użyć jest metafora człowieka jako maszyny, a ciało jest postrzegane jako układ złożony z wymiennych części. Jej pomysłodawcą jest francuski fizjolog J. Offroy de La Mettrie (tamże: 36). Ostatnią, równie licznie reprezentowaną przenośnią, której początków należy doszukiwać się w latach 60. XX w., kiedy to dokonywano pierwszych odkryć w zakresie biologii molekularnej, jest ciało człowieka opisywane jako chemiczny system (tamże: 37). Inne równie często stosowane konteksty to metafory rynku (lecznice jako usługa), sportu (leczenie to wyścig), ekologii (zanieczyszczenie organizmu) oraz podróży (choroba daje możliwość wybrania różnej „drogi” – sposobu leczenia) (tamże: 39-41). Zarówno A. Kacprzak, jak i A. Domaradzki podkreślają, że przydatność metafor w nauce uwidacznia się szczególnie, gdy mowa o zjawiskach trudnych i złożonych. *Medycyna* jest najlepszym tego przykładem, tutaj metafory pomagają pacjentom zrozumieć niejasne teorie naukowe i ułatwiają radzenie sobie z niezrozumiałą i odhumanizowaną terminologią medyczną (tamże: 4, Kacprzak 1997: 151)⁵³.

Zdaniem A. Badzińskiego (2019: 392) dość popularnymi figurami stylistycznymi w tekstach (popularno)naukowych są *metonimia* (klasycznym przykładem jest fraza *zmarł na AIDS*) oraz *eponimia*, czyli stosowanie w nazwach chorób nazwisk uczonych, którzy jako pierwsi opisali dane zjawisko. Jako przykład badacz podaje eponim *choroba Hallervordena-Spatza*, który jest obecnie

⁵³ Omawiając metaforę w języku medycyny najczęściej przywołuje się nazwisko S. Sontag jako tej, która jako jedna z pierwszych badaczek zwróciła uwagę na rolę tego zjawiska.

pomijany ze względu na współpracę Spatza i Hallervordena z nazistami. Drugim przykładem jest *odczyn Biernackiego*. Polski uczony nie był znany na arenie międzynarodowej, dlatego używa się terminu *erythrocyte sedimentationrate (ESR)* (tamże: 393).

Polski język medycyny (medyczny) wykazuje również cechy charakterystyczne dla stylu literackiego, o czym świadczy zjawisko redundancji, synonimii, np. *gorączka*, *temperatura* i *hipertermia*, *erytrocyt*, *czerwona krwinka*, *czerwone ciało krwi*, *infekcja* i *zakażenie* (Magajewska 2016: 204).

Wśród badaczy języka od kilku(nastu) dużym zainteresowaniem cieszy się sposób komunikacji ustnej lekarza z pacjentem. Najczęściej wymienia się dwie kategorie wypowiedzi. Do pierwszej z nich należą wypowiedzi typowe dla rozmowy między dwojgiem ludzi, takie jak: zdania oznajmujące, zdania pytające oraz dyrektywy (instrukcje lub/i propozycje) o charakterze życzeniowym. Druga natomiast jest powiązana ze specjalnym dla medycyny sposobem porozumiewania się dotyczącym bezpośredniego działania lekarza i wiąże się zasadniczo z przyszłością. Wypowiedzi projektujące mają charakter zdań warunkowych i dotyczą rzeczywistości zamierzonej. Dochodzą do tego również zdania mające charakter obopólnego zrozumienia, zgody i zobowiązania (Doroszewski 2019: 17-18). Cechami dystynktywnymi PJMed używanego w komunikacji z pacjentem są zarówno zdania typu oznajmującego (stosowane w formułowaniu wypowiedzi mających na celu przekazanie informacji o stanie zdrowia), jak i wypowiedzi typu dyrektywnego o różnym stopniu kategoryczności. Rozmówcy mogą wyrażać różne typy postaw poprzez wypowiedzi wyrażających wątpliwość, niepewność, zamiar, powinność, konieczność oraz zobowiązanie (tamże: 18).

Leksyka medyczna to nie tylko zapożyczenia czy trudne złożenia, ale także liczne elementy gwarowe. Wprawdzie posługiwanie się gwarą w komunikacji *lekarz – pacjent* stopniowo zanika, nie można jednak pominąć tego aspektu w charakteryzowaniu lingwistycznych wyróżników PJMed. Na ich znaczenie w komunikacji *lekarz – pacjent* zwrócił uwagę W. Pędich (2000: 167-171). Przywołane przez niego nazewnictwo chorób i dolegliwości z Opolszczyzny, Śląska i Białostocczyzny są niezrozumiałe nie tylko dla cudzoziemców, ale także dla native speakerów czy osób, które nie mają kontaktu z gwarą tych regionów, przykładowo Opolanin *kuca* a Białostoczanin *charka*, co

w języku ogólnym oznacza *kaszeleć* (Pędich 2000: 169)⁵⁴.

M. Magajewska zwraca uwagę na dość powszechnie stosowane w komunikacji medycznej *eufemizmy*, których użycie służy złagodzeniu lub zawoalowaniu nazwy jakiegoś zjawiska, wywołującego poczucie strachu lub smutku. Wymienione wyżej zjawiska są szeroko rozpowszechnione w nauce, wpływają na precyzję opisu i definiowania, służą do wyeliminowania subiektywizmu, gwarantują bezosobowość i obiektywizm, pomagają w formułowaniu twierdzeń ogólnych. Oddzielną kategorię tworzy żargon lekarski, który zawiera liczne skrócenia, akronimy, defektywne frazy, wyróżnia się także głęboką metaforyzacją. Można przypuszczać, że będą w nim również neologizmy.

3.3.4. Funkcje językowe

Na funkcje użycia *języka medycyny* zwróciły uwagę M. Chłopicka i D. Pukas-Palimąka (1988). Zdaniem autorek *medyczny język pisany i mówiony* obecne są następujące funkcje:

- referencyjną (informacyjną) służącą przekazywaniu informacji, powiązaniu świadomości użytkowników z rzeczywistością pozajęzykową,
- ekspresywną (emotywną) wykorzystywaną do wyrażania emocji,
- dyrektywną (imperatywną) stosowaną w kierowaniu postępowaniem innych ludzi,
- fatyczną (kontaktową) będącą środkiem w podtrzymywaniu komunikacji,
- metajęzykową służącą dokładnemu definiowaniu (Chłopicka, Pukas-Palimąka 1988: 122 i nst.).

Identyczne spostrzeżenia na temat koegzystowania obok siebie funkcji językowych w *języku medycyny (medycznym)* ma także A. Kacprzak. Zdaniem łódzkiej badaczki teksty naukowe, choć z założenia cechują się neutralnością, zawierają też elementy oceny, które są ściśle związane z pewnym stanem emocji. Jest to szczególnie widoczne w tekstach medycznych, których autor nierzadko ujawnia swoje negatywne lub pozytywne nastawienie do omawianego zagadnienia (Kacprzak 2001: 78). Ponadto językoznawczyni podkreśliła dużą rolę funkcji poetyckiej w *języku medycyny (medycznym)*. Stosowanie odpowiednich

⁵⁴ Więcej na temat nazw chorób w gwarach polskich przynosi publikacja M. Buławy (2019).

środków językowych ma na celu nie tyle osiągnięcie waloru estetycznego, ale przede wszystkim wspomaganie uwypuklenia wyrazistości i dosadności przekazywanej treści. Przykładem tego może być zastąpienie wyrażen semantycznie „nieprzejrzystych” zwrotami bardziej obrazowymi, np. *krztusiec* zamiast *koklusz* czy *choroba błękitna* zamiast *cyjanoza* (tamże: 79, zob. także Kacprzak 2006: 457-464).

Specyfiką dialogu między lekarzem a pacjentem zajęła się R. Grzegorzczkova. Językoznawczyni zwróciła uwagę, iż rozmowa mająca na pozór charakter „przesłuchaniowy” stanowi w istocie część dialogu terapeutycznego. Specyfika ta wynika z dwóch czynników: „po pierwsze, nie ma równorzędności między rozmówcami, lekarz jest ekspertem i wie więcej, ma z tego powodu przewagę, po drugie, pacjent jest zarówno rozmówcą, jak i obiektem rozmowy i działań lekarza” (Grzegorzczkova 2006a: 24-25).

R. Grzegorzczkova podkreśla, że w dialogu lekarz – pacjent niezwykle istotna jest funkcja fatyczna polegająca na podtrzymaniu kontaktu z odbiorcą, ale również zdobycie zaufania pacjenta. Ważną rolę odgrywają tutaj czynniki paralingwistyczne, takie jak mimika, gesty, sposoby mówienia będące wyrazem uznania podmiotowości pacjenta i postawy szacunku. Językoznawczyni zaznacza także rolę funkcji perswazyjnej, która pomaga przeorientowaniu poglądów pacjenta i funkcji informacyjnej służącej przekazaniu diagnozy i zalecenia terapeutycznego (tamże: 26, por. Grzegorzczkova 2006b).

Znajomość *języka medycyny* (ale też jej brak) z kolei pełni funkcję socjalizującą (stąd ten wyraźny podział na „język lekarza” i „język pacjenta”) (por. F. Grucza 2002, Müldner-Nieckowski 2014). Kluczowa w przypadku PJMed jest także funkcja determinantu rozwoju cywilizacyjnego, język jest bowiem dowodem na zachodzące zmiany cywilizacyjne i postęp naukowy. *Językiem medycyny (medycznym)* posługują się także wykładowcy na uczelniach medycznych, lekarze na praktykach, stażach stąd też jego funkcja badawcza i dydaktyczna.

3.4. Podsumowanie

Zarówno badania lingwistyczne, jak i glottodydaktyczne nad nauczaniem PJMed wzajemnie się uzupełniały i czerpały ze wspólnych osiągnięć. Co więcej, można stwierdzić, że potrzeba uczenia polszczyzny medycznej wymusiła szersze spojrzenie na nią, nie tylko z perspektywy terminologii specjalistycznej. Dowodem tego jest choćby zwrócenie uwagi na wewnętrzne zróżnicowanie PJMed, którego dokonały po raz pierwszy M. Chłopicka oraz D. Pukas-Palimąka. Dopiero nauka języka polskiego do celów medycznych ukazała potrzebę zbadania np. warstwy syntaktycznej.

Pierwsze założenia metodyczne i lingwistyczne nauczania języka polskiego do celów medycznych bazowały na dydaktyce szkoły średniej i wyższej w zakresie nauczania przedmiotów (biologia, chemia, fizyka, matematyka) oraz dydaktyce języka polskiego jako obcego (ogólnego). Koncentrowano się przede wszystkim na rozwijaniu dwóch sprawności językowych: czytania i pisania. Celem kształcenia przedmiotowo-językowego było jak najlepsze przygotowanie do pracy z tekstem naukowym o tematyce medycznej. Z tego powodu kładziono duży nacisk na rozwijanie kompetencji pracy ze stylistyką tekstu naukowego.

Specyfika polszczyzny medycznej jest ściśle związana z charakterem pracy lekarza, który z jednej strony jest w stałym kontakcie z pacjentami oraz personelem medycznym, z drugiej zaś nie kończy nauki wraz z uzyskaniem dyplomu, tylko musi cały czas się doszkalać. Osobliwość pracy wymaga od niego ciągłego rozwoju naukowego, bieżącego zapoznawania się z literaturą specjalistyczną i przedstawiania w formie pisemnej bądź ustnej wyników swoich badań naukowych na różnych kongresach, konferencjach bądź czasopismach branżowych i publikacjach naukowych.

Określenie tematu/przedmiotu komunikacji specjalistycznej w PJMed okazało się dość proste, jednak sam przedmiot, którym jest medycyna, jest zjawiskiem niezwykle złożonym i szerokim. Ponadto, nie jest do końca zbiorem zamkniętym, ponieważ nauka nie stoi w miejscu, powstają nowe dziedziny medycyny, które są odpowiedzią na rozwój cywilizacyjny, postęp technologiczny i rodzące się potrzeby ludzkości.

Istotną rolę w opisie PJMed pełni odbiorca, a dokładniej mówiąc poziom jego wiedzy specjalistycznej oraz specjalistyczne kompetencje językowe. W

kontekście niniejszej pracy istotna jest także komunikacja nauczyciel języka polskiego – uczeń. W opracowaniu tabeli z uczestnikami komunikacji medycznej przyjąłam tylko dwa rozróżnienia – na studenta odbiorcę PJMed, który już zakończył studia medyczne i na studenta odbiorcę PJMed, który jest w trakcie studiów. Tworząc taki podział miałam na uwadze przede wszystkim poziom zdobytej wiedzy medycznej. Oczywiście jest, że osoby już aktywne zawodowo, bądź planujące podjąć pracę w niedalekiej przyszłości będą bardziej świadome roli języka obcego w rozwoju kariery niż osoby, które dopiero podejmują studia, a które są w języku angielskim, a lektorat z języka polskiego odbywa się tylko przez dwa lata studiów w małym wymiarze godzinowym. Można także zaproponować podział użytkowników-studentów ze względu na narodowość i kulturę danego kraju albo ze względu na poziom językowy.

Jeśli chodzi o podział języka polskiego do celów medycznych z perspektywy glottodydaktycznej, podzielam poglądy J. Doroszewskiego oraz M. Chłopickiej, D. Pukas-Palimąka, A. Daneckiej-Chwals. We współczesnych badaniach zwraca się szczególną uwagę na trudne momenty w relacji lekarz – pacjent i podkreśla się, że lekarze nie są uczeni, jak rozmawiać z chorymi i ich rodzinami, jak – przede wszystkim – przekazać niepomyślnie wiadomości, jak motywować pacjentów do leczenia⁵⁵. M. Konopka (2016: 69) trafnie konkluduje, że „Koncentracja na istocie rzeczy, na przypadku medycznym, na leczeniu, na boczny tor odsuwa kwestię relacji z podmiotem tychże zabiegów”. Z tego powodu istotne jest również zaaplikowanie na grunt glottodydaktyki specjalistycznej badań nad *specjalistyczną komunikacją medyczną*.

⁵⁵ Raport Health at a Glance 2015

<https://www.health.gov.il/publicationsfiles/healthataglance2015.pdf> (dostęp 19.03.2021).

Rozdział IV

**Sprawności językowe
w nauczaniu
języka ogólnego i specjalistycznego**

4.1. Pojęcie *sprawności językowej i techniki*

Choć sprawność językowa znajdowała się w kręgu zainteresowania polskich językoznawców już od końca lat 60. ubiegłego wieku⁵⁶, to glottodydaktyka odkryła i zdefiniowała ją na nowo. W *Słowniku dydaktyki języków obcych* *sprawność językowa* to „termin spotykany w tradycyjnej dydaktyce ogólnej, odpowiadający mniej więcej pojęciu nawyku. Oznacza on dobrze opanowaną, osiągniętą dzięki ćwiczeniu umiejętność, umożliwiającą osiągnięcie odpowiednich efektów przy stosunkowo zmniejszonym wysiłku” (Szulc 1997: 202; por. Wilczyńska 2002: 329).

Omawiane tu pojęcie odnosi się do zachowania i zdolności do wykonywania określonego zadań o charakterze poznawczym i psychosomatycznym (DeKeyse 2007: 310; za: Aleksandrak 2018: 18). Definiowana jest również jako kognitywne zrutynizowane wzorce postępowania, które umożliwiają wykonanie określonych zachowań (tamże). W tradycyjnym postrzeganiu *sprawności językowych* w nauczaniu języka wyróżnia się cztery podstawowe sprawności podzielone na dwie kategorie. Pierwszą z nich tworzą możliwości receptywne: *śłuchanie (rozumienie ze słuchu)* i *czytanie (rozumienie tekstu pisanego)*. W drugiej zaś znajdują się sprawności produktywne: *mówienie (wypowiedź ustna)* i *pisanie (wypowiedź pisemna)*. Zdaniem C. Kramsch piątą sprawnością tworzą kompetencje kulturowe, które są konieczne dla efektywnej komunikacji w danym języku (Kramsch 1996:1; za: Chłopek 2016: 4). Z kolei J. Murby i H. G. Widdowson stoją na stanowisku, że można wskazać w komunikacji około pięćdziesięciu rodzajów i gatunków (podtypów) sprawności szczegółowych (Ożdżyński, Rittel 2000: 23).

Choć z perspektywy współczesnej metodyki nauczania języków obcych kwestionuje się zasadność izolowania i rozgraniczania *sprawności językowych* (w komunikacji bowiem sprawności te nigdy nie są wykorzystywane oddzielnie), to nie da się zaprzeczyć, że takie wyodrębnianie znajduje czasami uzasadnienie, przykładowo w pracy ze studentem o określonych dysfunkcjach albo potrzebach językowych (Chłopek 2016: 4; Ożdżyński 2000: 23). W dydaktyce JS znana jest

⁵⁶ Mowa tutaj o książce A. i P. Wierzbickich pt. *Praktyczna stylistyka*. Według jej autorów sprawność językowa nie jest dziedziną wiedzy, ale umiejętnością sprawnego formułowania wypowiedzi.

koncepcja ograniczenia kompetencji językowej do niezbędnych danemu odbiorcy sprawności językowych, np. w przypadku pracownika infolinii najważniejsze są sprawności słuchania i mówienia, natomiast czytanie i pisanie są zbędne (Gajewska, Sowa 2014: 69-70).

Zmiany w tradycyjnym postrzeganiu i definiowaniu czterech sprawności językowych przyniósł opublikowany w 2003 roku ESOKJ. Twórcy tego dokumentu zaproponowali odejście od przyjętej w glottodydaktyce perspektywy czterech sprawności (*skills*) na rzecz koncepcji czterech działań językowych (*language activities*) (Banach, Bucko 2019: 45). Ponadto pomysłodawcy ESOKJ dostrzegli potrzebę uwzględnienia innych wymiarów komunikowania, dlatego też obok działań receptywnych i produktywnych wyróżniono działanie interakcyjne, polegające na wymianie informacji w formie pisanej i ustnej oraz działanie mediacyjne, czyli przetwarzanie tekstów pisanych i mówionych (ESOKJ 2003: 24). Stosowanie wymienionych powyżej działań językowych jest przejawem językowej kompetencji komunikacyjnej. Autorzy ESOKJ podkreślili, jak ważną funkcję w życiu akademickim i zawodowym pełnią działania produktywne, które są także „swego rodzaju probierzem prestiżu społecznego” (tamże).

Przedstawione podejście było wynikiem podstawowych założeń ESOKJ, według których „zarówno uczących się, jak i użytkowników języka postrzega się przede wszystkim jako aktywne jednostki społeczne, czyli członków określonego społeczeństwa, mających do wykonania pewne zadania (nie tylko językowe), uwarunkowane kontekstem środowiskowym i sytuacyjnym. Podczas gdy same akty mowy są przejawem działań ściśle językowych, o ich pełnym znaczeniu stanowi dopiero szerszy kontekst społeczny, w którym działania te są prowadzone. [...] Posługiwanie się językiem, w tym także uczenie się języka, obejmuje działania podejmowane przez uczestników życia społecznego, którzy – jako osoby indywidualne – posiadają i stale rozwijają swoje kompetencje zarówno ogólne, jak i językowe kompetencje komunikacyjne. Posługując się tymi kompetencjami, podejmują oni określone działania językowe” (tamże). Dzięki temu, rozumienie tekstów pisanych i dźwiękowych, tworzenie tekstów ustnych i pisanych są celowymi działaniami – czy też według nomenklatury ESOKJ – zadaniami, które są konieczne, „aby rozwiązać jakiś problem, wypełnić zobowiązanie lub zrealizować dążenie” (tamże: 21).

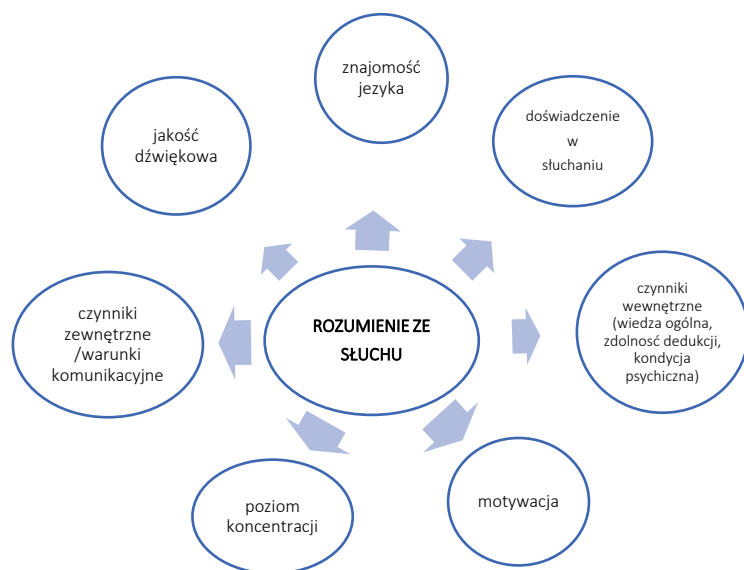
Na potrzeby niniejszej pracy przyjmuję, iż *technika* to metoda w węższym

przedziale działania, czyli planowe działanie prowadzące do uzyskania określonego celu, składające się z procesów myślowych oraz czynności praktycznych realizowanych w ustalonej kolejności (Szulc 1997: 130).

4. 2. Sprawność słuchania

4.2.1. Proces rozumienia ze słuchu

Według badań L. Steil i W. R. Miller (1982: 16) niemal 45% naszej komunikacji odbywa się poprzez słuchanie. Na co dzień jesteśmy otoczeni dźwiękami na każdym kroku, tylko w wyjątkowych sytuacjach znajdujemy się w kompletnej ciszy. Nieustanne uczestnictwo w sytuacjach komunikacyjnych, zarówno w roli nadawcy, jak i odbiorcy, nie oznacza, że sprawność jest naturalną ludzką umiejętnością i nie wymaga rozwijania czy wzmacniania. Wręcz przeciwnie zwłaszcza jeśli chodzi o rozumienie komunikatu w języku obcym. Istnieje bowiem wiele czynników, które wpływają na efektywność zrozumienia komunikatów mówionych obcej mowy. Autorzy ESOKJ (2003: 53) wśród czynników wpływających negatywnie na jakość dźwięku wymieniają: 1) wyrazistość mowy, 2) hałas (pociągi, samolotu, tramwaje), 3) nakładanie się dźwięków (zatłoczona ulica, sklepy, puby, przyjęcia, dyskoteki), 4) zakłócenia (złe połączenie, odbiór radiowy, systemy nagłaśniające; 5) warunki pogodowe (wiatr, mróz). Listę tę rozszerzyła A. Prizel-Kania, której zdaniem na zrozumienie komunikatów mówionych mają wpływ zarówno czynniki zewnętrzne, jak i wewnętrzne.



Na rozumienie ze słuchu istotny wpływ ma również stan emocjonalny nie tylko słuchającego, ale także mówiącego. Przykładowo, w sytuacjach zagrożenia życia wypowiedź jest zazwyczaj chaotyczna, niespójna, wielowątkowa, wypowiedziana szybkim tempem, czasami wręcz wykrzyczana albo przerywana płaczem. Z kolei gdy rozmowa dotyczy sfery intymnej, osoba będzie mówiła zdecydowanie ciszej i bardziej niepewnie. Emocjonalny stosunek mówiącego do tematu rozmowy przekłada się na jego sposób mówienia, a to z kolei wpływa na zrozumienie komunikatu przez słuchającego. Komunikacja lekarza z pacjentem jest tego najlepszym przykładem.

Fakt, iż słuchanie nie jest darem natury ani też wrodzonym talentem, a rozumienie komunikatu ustnego zależy od wielu czynników, utwierdza w przekonaniu o konieczności uczenia, rozwijania i wzmacniania tej sprawności językowej w całym procesie dydaktycznym (Seretny, Lipińska, 2005: 139). Poza tym sama fizjologia występującego uprzednio słyszenia (warunkującego słuchanie) jest bardzo złożona. Zanim dojdzie do usłyszenia, muszą wystąpić cztery etapy przekształcenia energii przenoszonej przez fale dźwiękowe: 1) przedostanie się dźwięków do błony bębenkowej, 2) transport fal do ślimaka ucha, 3) przesłanie impulsów elektrycznych do mózgu, 4) rozpoczęcie procesu

przetwarzania wyższego rzędu (Prizel-Kania 2013: 14).

Akty myślowe, do których należy także słyszenie i słuchanie, są wciąż w wielu aspektach niezbadane przez naukowców, a odpowiedzi na rodzące się pytania pozostają w sferze domysłów (tamże; por. Gębał, Miodunka 2020: 270). Badacze mają świadomość, że rozumienie ze słuchu „jest procesem, który stanowi wysoce skomplikowaną interakcję między składnikiem słuchowym (postrzeganie fal dźwiękowych), fonologicznym (fonetyczna reprezentacja słowa w leksykonie mentalnym), gramatycznym i składniowym (np. znajomość szyku zdania jako wiedza deklaratywna) oraz semantycznym (znaczenie zależne od kontekstu). W przypadku rozumienia ze słuchu wspieranego obrazem (film, wideo, DVD) ważnymi przekazywanymi informacjami stają się dodatkowo elementy niewerbalne (mimika twarzy, gesty, język ciała interlokutorów)” (Gębał, Miodunka 2020: 271).

4.2.2. Charakterystyka tekstu mówionego

Od samego początku prowadzenia badań nad typologią języka polskiego, zwracano uwagę na istnienie jego odmiany ustnej i pisanej, mimo iż „nie ma [...] odrębnego systemu języka pisanego i mówionego, przynajmniej nie ma go i nigdy nie było w Polsce” (Taszycki, Milewski 1956: 401 za: Wilkoń 2000: 36). Jednak różnice między tymi dwoma kodami, głównie w funkcjonowaniu składników cząstkowych, bogactwie środków leksykalnych i syntaktycznych czy struktur na poziomie wypowiedzi pozwalają mówić o języku mówionym jako niezależnym przedmiocie badań językoznawczych (Wilkoń 2000: 36; Kucharczyk 2013: 85).

Syntetyczne zestawienie i opis języka mówionego i pisanego można znaleźć w wielu pracach, m. in. w opracowaniu na temat rozwijania sprawności rozumienia ze słuchu A. Prizel-Kania (2013: 101-105)⁵⁷. Cechy mówionej odmiany polszczyzny najlepiej oddaje poniższe zestawienie:

⁵⁷ Bogatą bibliografię w tym zakresie cytuję A. Prizel-Kania (2013).

Tabela 5

Cechy mówionej odmiany polszczyzny (Prizel-Kania 2013: 103)

Cechy mówionej odmiany języka	▪ spontaniczność mówienia; ▪ zmienność ról nadawczo-odbiorczych; ▪ dominacja form dialogowych; ▪ zawartość wyrażen potocznych; ▪ wysoki poziom nasycenia tekstu wyrażeniami redundantnymi (powtórzenia, sztampy językowe, transformacje zdaniowe, wtrącenia), autokorekty, wyrazy w funkcji „wypełniaczy ciszy”; ▪ występowanie operatorów kontaktu, czyli struktur odpowiedzialnych za rozpoczynanie, podtrzymanie oraz wygaszenie kontaktu; ▪ występowanie werbalnych i asemantycznych zachowań językowych sygnalizujących aktywny odbiór i przetwarzanie komunikatu przez odbiorcę; ▪ zaburzenia w strukturze syntaktycznej oraz logiczno-semantycznej; ▪ eliptyczność (niski poziom strukturalizacji); ▪ szerokie zastosowanie konstrukcji współrzędnie złożonych lub równoważnikowych; ▪ niski stopień zróżnicowania wskaźników zespolenia; ▪ częste stosowanie wykrzykników i wyrażen wykrzyknikowych oraz zaimków; nieokreślonych;

R. Kucharczyk (2013: 85) zwraca także uwagę na niski poziom precyzyjności i eksplicytności języka mówionego, który wynika z faktu, iż jest on silnie zakotwiczony w kontekście. Należałoby się zastanowić, czy powyższy zbiór cech w pełni odpowiada mówionemu *językowi medycyny (medycznemu)*, czy też posługując się terminologią P. Müldnera-Nieckowskiego – *językowi lekarza*. Na to pytanie próbuje odpowiedzieć m.in. B. Boniecka, która zwróciła uwagę na ekspansję potoczności w interakcji *lekarz – pacjent*. Użycie języka potocznego przez pacjenta jest, zdaniem badaczki, motywowane jego stanem emocjonalnym, który z kolei jest skutkiem ubocznym złego stanu fizycznego (Boniecka 2013: 59). Kwestia wpływu stanu zdrowia na psychikę jest bezdyskusyjny, w przeciwieństwie do wskazywania zależności między użyciem potocyzmów a stanem emocjonalnym. Pacjenci nie mają wykształcenia medycznego, nie wykazują znajomości zagadnień medycznych, dlatego w kontaktach z lekarzem posługują się językiem, którym porozumiewają się na co dzień. Z badań przeprowadzonych przez uczoną wynika, że potoczność ustnych wypowiedzi lekarza jest widoczna na poziomie fonetycznym (wymowa asynchroniczna samogłosek nosowych, redukcji głosek i upodobnienia międzywyrazowe) oraz na poziomach fleksyjnym i składniowym (zastępowanie systemowych wskaźników kategorii trybu rozkazującego przez potoczne, błędne podanie daty) (tamże: 55).

Ponadto można zauważyć dominację zdań niedokończonych, form deminutywnych⁵⁸. Szczególnie wyraźne są także kategoria niedookreśloności, apersonalności, obrazowości, emocjonalności (tamże: 56).

Zupełnie inne stanowisko w temacie *języka lekarza* prezentuje J. Doroszewski (2007; 2012; 2013). Językoznawca jest zdania, że wypowiedzi lekarza są zbyt fachowe, co utrudnia komunikację z pacjentem. J. Doroszewski (2013: 142) w swoich badaniach niejednokrotnie podkreślał, że „lekarze w rozmowie z pacjentami używają języka stanowiącego przystosowanie języka naukowego do niefachowych rozmówców”. Postulował konieczność uczenia sprawnej komunikacji oraz nabycie przez lekarza znajomości metod lingwistycznych ułatwiających „przekładanie” języka fachowego, którym posługuje się lekarz na język potoczny pacjenta (Doroszewski 2012: 40). Zaznaczał również, że prawidłowy przebieg procesu leczniczego w dużej mierze zależy od pełnego zrozumienia przez pacjenta rozpoznania lekarskiego oraz planowanego procesu terapeutycznego. To może być możliwe tylko dzięki zdolności lekarza do swobodnego porozumienia z chorym (tamże: 38, 40).

4.2.3. Nauczanie słuchania

W badaniach nad kształceniem rozumienia ze słuchu najczęściej przywołuje się pracę G. Bucka, którego zdaniem na efektywność dekodowania komunikatu ustnego składają się dwa rodzaje kompetencji: kompetencja językowa i kompetencja strategiczna (Buck 2001: 104, za Prizel-Kania 2013: 95-96). Stały się one punktem wyjścia dla rozważań A. Prizel-Kani, która zaproponowała strategiczny model kształcenia sprawności rozumienia ze słuchu na gruncie glottodydaktyki polonistycznej. Zdaniem badaczki „kwestią niezwykle istotną jest równoległe nauczanie elementów językowych oraz rozwijanie kompetencji strategicznych przez kształcenie umiejętności cząstkowych składających się na całość procesu słuchania” (Prizel-Kania 2013: 96). Równoległe rozwijanie wiedzy językowej i umiejętności odbioru wypowiedzi jest gwarancją efektywnego nauczania rozumienia ze słuchu (tamże).

⁵⁸ B. Boniecka dostrzega też w badanym materiale stosunkowo częsty niechętny stosunek lekarza do pacjenta.



W badaniach nad nauczaniem JS nie poświęcano zbyt wiele uwagi sprawności rozumienia tekstów mówionych. To także jest powodem powtarzania opinii, że nie ma znaczącej różnicy między słuchaniem w języku ogólnym a specjalistycznym (Lesiak-Bielawska 2017: 117; por. Gajewska, Sowa 2014: 175). W obydwu przypadkach zakłada się integrację procesów lokalnych lub oddolnych „dół-góra” oraz globalnych lub odgórnych „góra-dół”. Mówiąc o pierwszym modelu, mamy na myśli dekodowanie znaczenia na podstawie analizy formy (fonemów). Z kolei w drugim przypadku chodzi o aktywowanie przez słuchającego wiedzy uprzedniej, która pozwoli przewidzieć temat i kontekst (tamże).

J. Flowerdew, badając rozwijanie sprawności rozumienia ze słuchu w nauczaniu języka angielskiego do celów akademickich stwierdził, że słuchanie wykładów akademickich wymaga dodatkowych umiejętności, np. sporządzania notatek, rozpoznawania w tekstach ustnych parafrazy, podsumowania, zmiany tematu czy integrowania informacji usłyszanych z wiedzą pochodzącą z innych źródeł. (Flowerdew 1994; za Lesiak-Bielawska 2017: 117; zob. Sawaki, Nissan 2007: 12-13). Odwołując się do ustaleń anglosaskich badaczy oraz do badań poświęconych komunikacji medycznej, należałoby przyjąć, że w rozwijaniu sprawności słuchania w nauczaniu specjalistycznego języka obcego powinno skupić się na umiejętnościach najbardziej przydatnych w środowisku pracy.

Podczas uczenia języka do celów medycznych kluczowa jest umiejętność

przełożenia informacji usłyszanych w języku ogólnym na język specjalistyczny. Potrzebne są także umiejętności integrowania informacji usłyszanych z wiedzą pochodzącą z innych źródeł, np. z wyników badań czy zdjęcia RTG. Z kolei wśród technik rozwijania sprawności słuchania stosowanych po wysłuchaniu tekstu kluczową rolę będą odgrywały te, które polegają na relacjonowaniu treści z perspektywy innego uczestnika komunikacji oraz te, które polegają na zmianie gatunku tekstu. Nie oznacza to oczywiście, że inne techniki powinny być eliminowane

W praktyce klinicznej w centrum zainteresowania umieszczone jest tzw. *skuteczne słuchanie*, które „umożliwia zauważenie i zrozumienie komunikatów rozmówcy oraz uchwycenie tego, co jest ważne ze względu na cel rozmowy i tego, czego nie potrafi zwerbalizować rozmówca. Uważa się, że kluczem do skutecznego uważnego słuchania jest chęć (intencja) zaangażowania się” (Chwieralska, Witt 2018: 20). Zadaniem odbiorcy jest słuchanie w sposób pełny i odpowiadanie werbalnie, jak i niewerbalnie na komunikat mówiącego (tamże). Wymienia się cztery rodzaje skutecznego słuchania: słuchanie aktywne, słuchanie empatyczne, słuchanie otwarte, słuchanie świadome. W słuchaniu aktywnym chodzi o podejmowanie starań (werbalnych i niewerbalnych) w celu pełnego zrozumienia przekazywanej treści. Wśród działań znajduje się: 1) utrzymanie kontaktu wzrokowego, 2) utrzymanie otwartej postawy ciała, 3) dystans, 4) potakiwanie głową, 5) używanie zwrotów dodających odwagi oraz świadczących o słuchaniu (*mhmm, rozumiem*) (tamże: 20).

Badacze zajmujący się komunikacją lekarza z pacjentem wskazują na 4 przydatne techniki, które mogą zostać wykorzystane do ćwiczenia aktywnego słuchania. Są to: *parafrazowanie*, *klaryfikowanie*, *odzwierciedlanie* oraz *podsumowywanie*. *Parafrazowanie* polega na krótkim streszczeniu własnymi słowami usłyszanej treści, dzięki czemu słuchający ma pewność, że dobrze zrozumiał i zinterpretował przekaz interlokutora. Przydatne są tutaj następujące zwroty: *O ile dobrze rozumiem, to...*; *Czyli...*; *Mówi Pan/Pani, że...*; *Z tego, co Pan/Pani mówi, rozumiem, że...* (tamże: 21).

Technikę klaryfikowania stosuje się w sytuacji, gdy usłyszana wypowiedź jest niespójna, chaotyczna i zawiera wiele wątków bądź niesprecyzowanych informacji. Stosowanie w rozmowie fraz typu: *Nie do końca Pana/Panią rozumiem, czy...?*, *Proszę mnie poprawić, jeśli się mylę, czy...?*, *Kiedy Pana/Pani*

slucham, nie jest dla mnie jasne... ma na celu wskazanie, że brak zrozumienia leży po stronie lekarza, a nie mówiącego, pomaga również w uporządkowaniu zaburzonej i niejasnej wypowiedzi mówiącego, np.:

„Pacjentka: Od jakiegoś czasu czułam się osłabiona. Myślałam, że to letnie przesilenie. Wczoraj byłam u siostry na urodzinach i znowu pojawiło się to uczucie. Znowu osłabienie i omdlenie. Ocknęłam się na podłodze.

Lekarz: Proszę mnie poprawić, jeśli się mylę: omdlenie zdarzyło się wczoraj po raz pierwszy?” (tamże: 21-22).

Technika *odzwierciedlenia* pełni kluczową rolę w budowaniu relacji między lekarzem a pacjentem opartej na zaufaniu. Celem jej zastosowania jest uświadomienie rozmówcy (pacjentowi), że jego uczucia zostały zauważone, odczytane i lekarz daje na nie przyzwolenie. Pomocne mogą być w tym następujące formuły: *Odnoszę wrażenie, że jest Pan/Pani przytłoczony/a informacją, że...; Wydaje mi się, że ta sytuacja jest dla Pana/Pani bardzo trudna*, np.

„Pacjent (mówi cicho, nie nawiązuje kontaktu wzrokowego): Nie wiem, co mam powiedzieć, bardzo przepraszam, nie mogę zebrać myśli.

Lekarz: Wyobrażam sobie, że jest Pan przytłoczony tymi informacjami” (tamże: 22-23).

Jeśli chodzi o technikę *podsumowania*, to celem jej stosowania jest zwerbalizowanie w sposób uporządkowany tego, co powiedział pacjent oraz zestawienie i zakończenie rozmowy lub jakiegoś tematu w wielowątkowej dyskusji (tamże: 23).

W *sluchaniu empatycznym* uwaga jest kierowana ku perspektywie mówiącego wraz z jego historią, przekonaniami i strukturą osobowości, ponieważ wszystko to oddziałuje na reakcje emocjonalne, zachowanie i sposób mówienia. Aby poznać genezę zachowania pacjenta, lekarz może poszukać odpowiedzi na następujące pytania: „Czego pacjent potrzebuje w danej chwili?”, „Czego może się obawiać?”, „O co prosi swoim zachowaniem?” (tamże: 24). Z kolei *otwarte sluchanie* polega na powstrzymaniu się od wyrażenia opinii i oceny przed uzyskaniem pewności, że intencja i sposób myślenia rozmówcy zostały w pełni zrozumiane. Jest to zachowanie, w którym powinno nastąpić zahamowanie naturalnej tendencji do wstępnej oceny tego, co jest widoczne i słyszalne, np.:

„Lekarz: Panie Tomaszu, objawy, które pan opisuje, są charakterystyczne dla zespołu suchego oka.

Pacjent: Panie doktorze, ale w związku z zespołem suchego oka leczę się od lat, a ostatnio objawy są nieco inne.

Lekarz: Nie wydaje mi się, żeby tak było. Pana opis pasuje do podstawowego schorzenia.” (tamże).

Natomiast *sluchanie świadome* polega na porównaniu usłyszanego komunikatu z posiadaną wiedzą i wskazaniu pojawiających się nieścisłości, np.:

„Lekarz: Mówi pani, że czuje się już zupełnie dobrze i chce wrócić do aktywności fizycznej. Widzę jednak, że poruszanie sprawia pani dużą trudność, a – sądząc po wyrazie twarzy – także ból.” (tamże: 25).

4.2.3.1. Etapy i techniki rozwijania słuchania

Proces nauczania rozumienia ze słuchu obejmuje 4 fazy dydaktyczne, których charakterystyka została zaprezentowana w tabeli:

Tabela 6
Fazy dydaktyczne recepcji ustnej (Gębał, Miodunka 2022: 277)

Faza przygotowawcza (1)	aktywizacja ogólnej wiedzy na dany temat, wspieranie antycypacji, tworzenie hipotez na temat treści nagrania, motywowanie i ogniskowanie uwagi
Faza aktywnego słuchania (2)	koncentracja uwagi, określenie najważniejszych treści, odróżnienie informacji kluczowych od drugorzędnych, elekcja informacji, notowanie
Faza interpretacji i kształcenia wrażliwości fonologicznej (3)	kontrola zrozumienia treści, kontrola wykonania zadania na rozmienienie ze słuchu, analiza warstwy dźwiękowej, trening percepcji słuchowej, analiza cech mówionej odmiany języka, analiza stylu językowego
Faza ewaluacji (4)	ocena wykonania zadania, identyfikacja jego trudności, ocena trafności występujących hipotez, ocena efektywności zastosowanych strategii

Każda z faz odgrywa istotną rolę w procesie słuchania. Pominiecie którejs z nich wpłynie negatywnie na cały przebieg słuchania, szczególnie że

„rozumienie wypowiedzi ustnych w języku obcym stanowi jedną z najtrudniejszych sprawności, jakie uczeń musi opanować w trakcie nauki [...] ponieważ tekst słuchany jest zjawiskiem ulotnym: nie można wrócić do fragmentów, które są dla uczniów niezrozumiałe (jak to ma miejsce w przypadku tekstu czytanego)” (Kucharczyk 2011: 15). W trakcie całego procesu ważne są następujące strategie rozumienia tekstów: rozumienie globalne, rozumienie selektywne, rozumienie szczegółowe (ESOKJ 2003: 68).

Tabela 7

Techniki rozwijania sprawności słuchania – oprac. własne

Faza słuchania	Technika
Przed słuchaniem nagrania	▪ zbieranie skojarzeń (leksyki) do tematu w formie mapy myśli, asocjogramu, grafiki, rysunku (bodziec słowny, wizualny, dźwiękowy) ▪ przewidywanie/wnioskowanie i stawianie hipotez na podstawie tytułu, śródtytułów ▪ formułowanie pytań do tekstu ▪ rozmowa na temat elementów graficznych i/lub dźwiękowych dołączonych do tekstu ▪ refleksja nad celem czytania danego tekstu ▪ quizy, zagadki związane z tematyką tekstu ▪ dopasowywanie wyrazów do definicji ▪ podpisywanie obrazków / łączenie słów-kluczy i/lub wyrażen z fotografiami ▪ grupowanie słownictwa ▪ budowanie zdań ze słowami-kluczami
W trakcie słuchania	▪ dopasowywanie obrazka do usłyszonej wypowiedzi ▪ wskazywanie informacji prawdziwych/nieprawdziwych z treścią nagrania ▪ identyfikowanie osób, miejsc i sytuacji ▪ układanie ilustracji w odpowiedniej kolejności ▪ uzupełnianie niekompletnego obrazka ▪ wypełnianie tabeli, diagramu, wykresu ▪ uzupełnianie niekompletnego tekstu ▪ notowanie słów-kluczy/informacji ▪ eliminowanie słów/obiektów niezgodnych z nagraniem ▪ korekta błędów ▪ ćwiczenie pantomimiczne
Po wysłuchaniu nagrania	▪ ćwiczenia prawda/fałsz/brak informacji ▪ ćwiczenia na wybór wielokrotny ▪ odpowiadanie (pisemnie/ustnie) na konkretne pytania ▪ rozwijanie notatek w opowiadanie, streszczenie ▪ odgrywanie ról ▪ opowiadanie treści z perspektywy innego bohatera ▪ proponowanie przebiegu wcześniejszych wydarzeń ▪ proponowanie dalszego ciągu historii

4.2.3.2. Kryteria doboru tekstu

Autorzy ESOKJ zaproponowali sześciu kryteriów, które powinny być brane pod uwagę w trakcie selekcji materiału dydaktycznego. O tym, czy dany tekst może (lub nie) zostać wykorzystany na zajęciach decydują następujące

czynniki: 1) złożoność języka, 2) struktura tekstu, 3) rodzaj tekstu, 4) forma prezentacji, 5) długość tekstu, 6) znaczenie dla uczących się (ESOKJ 2003: 143).

Jeśli chodzi o kwestię tekstów do słuchania, szczególną rolę odgrywa kanał przekazu, który implikuje określone właściwości języka niewidoczne w tekście pisanym, takie jak choćby tempo mowy czy sposoby wymowy i intonacji. Stosowanie nagrań jako materiału dydaktycznego sprawia, że kryteria zaaprobowane przez ESOKJ wymagają rozszerzenia. Z uwagi na wykorzystanie powyższych wskaźników przy ewaluacji tekstów zarówno słuchanych, jak i pisanych, zostaną one szerzej omówione w dalszej części rozdziału (4.4.2). W tym miejscu natomiast skupiam się na wymaganiach stawianych tylko materiałom nagrany, które powinny być przeanalizowane od strony technicznej. Oceniając nagrania pod względem możliwości ich zastosowania w procesie dydaktycznym powinno się uwzględnić następujące parametry: jakość nagrań, sposób realizacji fonicznej, czas nagrań (Prizel-Kania 2013: 105-107).

Czynniki te odgrywają kluczową rolę, mogą one bowiem wypłynąć zarówno pozytywnie, jak i negatywnie na cały przebieg procesu słuchania. Mówiąc o jakości nagrania, mamy na myśli stronę techniczną, przede wszystkim głośność (natężenie) dźwięków. Na jakość nagrania wpływają także wszelkiego rodzaju zniekształcenia, które nie są naturalne dla rozmowy na żywo. Należy przeanalizować, czy występują one w materiale, a jeśli tak, to jaki mają charakter i czy wpływają na rozumienie nagrania⁵⁹.

Jeśli chodzi o warstwę foniczną, materiały powinny charakteryzować się naturalnym tempem mowy, zróżnicowaniem subkodu prozodycznego i prezentacją różnych głosów i typów wymowy (Prizel-Kania 2013: 116). Praca z tekstami mówionymi, w których lektorzy porozumiewają się z zachowaniem naturalnego tempa (albo możliwie jak najbardziej zbliżonego), zniweluje u uczących szok, który pojawia się zazwyczaj przy pierwszym kontakcie z osobą natywnie posługującą się językiem poza salą lekcyjną. Dodatkowo wykorzystanie nagrań prezentujących swobodną szybkość wymowy poszerza gamę technik rozwijających rozumienie ze słuchu. Przykładowo wykorzystanie audycji o wysokim stopniu redundancji może być podstawą do ćwiczeń polegających na wskazaniu różnic między tekstem mówionym a pisanym (tamże: 117).

⁵⁹ <https://studia.elka.pw.edu.pl/FILE/21L/103A-TLRTM-MSP>
BUA/pub/Bua_Wyk_ocena_sluchowa.pdf (dostęp 22.03.2022).

Konieczność prezentowania rozmaitych głosów, sposobów wymowy, akcentowania wynika z faktu, iż na co dzień komunikujemy się z osobami w różnym wieku i w różnej kondycji fizycznej, a czynniki te zazwyczaj wpływają na sposób mówienia. Dzięki temu będzie możliwe przygotowanie uczących się do aktywnego słuchania poza salą lekcyjną (tamże: 107). Podkład dźwiękowy to kolejny element, na który trzeba zwrócić uwagę. W naturalnym środowisku rozmowa bardzo rzadko (lub prawie nigdy) odbywa się w kompletnej ciszy. Zazwyczaj towarzyszą nam odgłosy typowe dla konkretnego miejsca: w domu najczęściej będą to działające sprzęty elektroniczne, hałas dobiegający z ulicy (samochody, tramwaje), natomiast w gabinecie lekarskim usłyszymy szuranie krzesłem, uderzanie o klawiaturę, sygnał dźwięku ambulansu, kaszel, pociąganie nosem czy dochodzące z korytarza rozmowy. W tej sytuacji należy zadbać, aby podkład dźwiękowy był autentyczny, adekwatny, do sytuacji komunikacyjnej. Towarzyszące rozmowom tło foniczne sprawia, że słuchane teksty są bliższe realiom znanym z życia. Ponadto wszystkie z pozoru drobne sygnały towarzyszące nagraniu mogą pozytywnie wpłynąć na zrozumienie, osoba ucząca się może wywnioskować, np. gdzie odbywa się sytuacja komunikacyjna (Kucharczyk 2011: 15).

Ostatnim parametrem, na który nauczyciel powinien zwrócić uwagę przy wyborze nagrania jest jego czas trwania. W opinii A. Prizel-Kani (2013: 117) wysiłek umysłowy związany z percepcją tekstu powinien mieścić się w granicach 4-7 minut. Wydłużenie tego czasu wiąże się ze spadkiem koncentracji i osłabieniem motywacji. M. Szalek (1982: 72) podaje, że optymalna długość nagranego tekstu to około 3 minut, ponieważ tyle wystarczy, aby zaprezentować konkretne zagadnienie i wystarczającą ilość informacji do sprawdzenia rozumienia ze słuchu. Warto także podkreślić, że pierwsze 10-20 sekund nagrania to czas, w którym następuje zogniskowanie uwagi na treść. Pojawiające się w tym przedziale czasowym informacje zazwyczaj pozostają trudne do wychwycenia i zrozumienia przez uczącego się. A. Prizel-Kania odradza wykorzystywanie tej części nagrania do przygotowania pytań sprawdzających rozumienie słuchania. Niewskazane jest też wykorzystanie tej części do pytań przykładowych. Według wytycznych dla autorów zadań testowych do części *Rozumienie ze słuchu* długość transkrybowanego tekstu dla poziomu B1 powinna wynosić od 110 do 160 słów,

natomiast dla poziomu C1 jest to już 210-260 słów⁶⁰. Recepcja ustna w zdecydowanej większości jest powiązana z językiem mówionym, który zasadniczo różni się od języka pisanego. Widoczny kontrast między mową a pismem powoduje, iż należy uwzględnić następujące kryteria doboru tekstów mówionych: 1) przynależność tekstu do mówionej odmiany języka, 2) autentyczność języka, 3) autentyczność celu, 4) autentyczność interakcji, 5) autentyczność realizacji fonicznej (tamże: 107). Zdaniem A. Prizel-Kani podstawą analizy warstwy semantycznej i pragmatycznej materiału językowego powinny być następujące aspekty poziom komunikowania, stopień oficjalności (kategoria oficjalności, nieoficjalności, potoczności), kontekst komunikacyjny, typ rozwinięcia tematycznego (opisowe, narracyjne, argumentacyjne), funkcje tekstu (informacyjna, impresywna, zobowiązująca, kontaktowa, deklaratywna, ekspresywno-emocjonalna), odmiana języka (mówiona, pisana) (tamże: 108).

4.3. Sprawność mówienia⁶¹

4.3.1. Proces produkcji mowy

Opanowanie sprawności mówienia swobodnego wypowiedziania się jest kluczowym celem procesu uczenia (się) języka docelowego. Świadczy o odniesionym sukcesie w nauce języka obcego, choć jest to trudne wyzwanie stojące przed podejmującym naukę (Komorowska 2002: 148). Co więcej, umiejętność swobodnego wypowiedziania się w danym języku jest w powszechnym odbiorze utożsamiana ze znajomością tego języka (Wilczyńska 2002, za: Aleksandrak 2018: 9). Sam akt mówienia jest obiektem badań naukowców reprezentujących różne dziedziny nauki. Według kognitywnej teorii przyswajania języka, na proces rozwijania umiejętności mówienia składają się trzy etapy: poznawczy, asocjacyjny, automatyzujący (Janowska 2019: 28).

W trakcie studium poznawczego uwaga uczącego się skupiona jest na poznaniu elementów języka, ich znaczeń, po czym następuje wprowadzenie ich

⁶⁰ Do omówienia tego podrozdziału wykorzystane zostały również niepublikowane materiały dla autorów zadań testowych do części *Rozumienie ze słuchu* opracowane przez A. Prizel-Kanię na szkolenie organizowane przez NAWA dnia 7.11.2020.

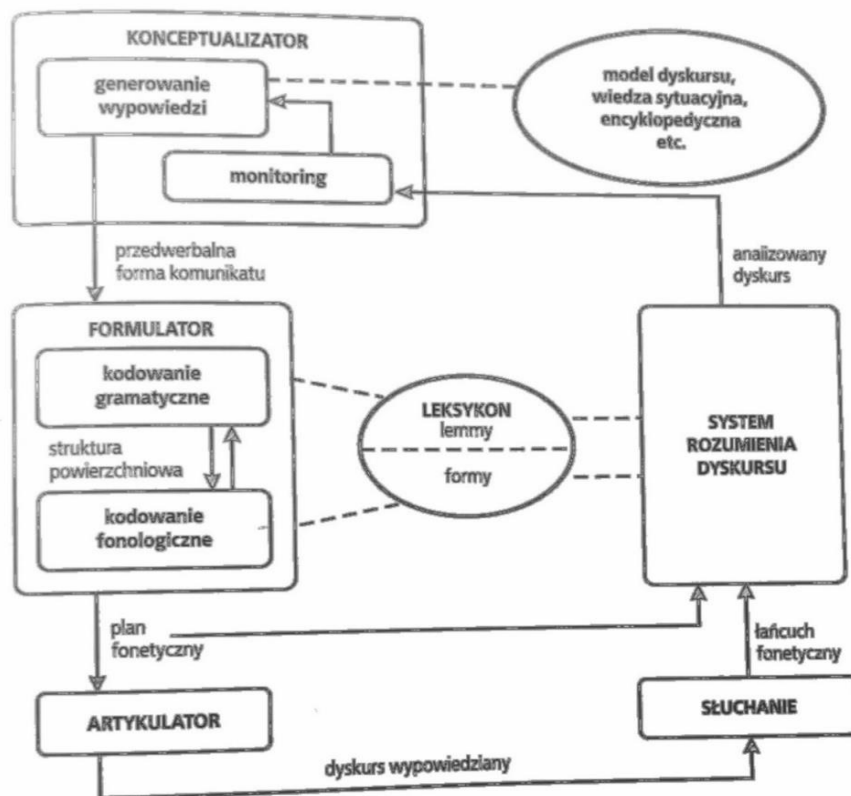
⁶¹ W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele zamienników terminu *mówienie*, np. *wypowiedź ustna*, *język mówiony*, *sprawności ustne*, *działanie ustne* czy *produkcja ustna*.

do swojej pamięci. Podczas drugiego etapu nabywania umiejętności zachodzi oswojenie się z nabytą uprzednio wiedzą po to, by w niedługim czasie móc ją zastosować proceduralnie. W fazie asocjacyjnej możliwe jest już użycie podstawowych elementów języka w pewnych sytuacjach komunikacyjnych. Zwieńczeniem procesu jest poziom automatyzacji, kiedy to uczący koncentruje się na funkcjonalnym użyciu języka (tamże: 27-28).

Z kolei z perspektywy socjokulturowej teorii uczenia się, na którą składają się koncepcja rozwoju społecznego L. Wygotskiego oraz interakcjonizm, „umiejętności językowe rozwijają się najpierw na płaszczyźnie społecznej, później zaś indywidualnie – w umyśle uczącego się/użytkownika języka” (tamże: 29). Poglądy rosyjskiego psychologa zweryfikował P. Bange, i ostatecznie stwierdził, iż język jest narzędziem działania, mowa natomiast samym działaniem, co oznacza, że działanie społeczne zawsze poprzedza użycie języka i kieruje jego użyciem (Bange 2005: 16-17).

Niewystarczalność obydwu koncepcji (kognitywnej i socjokulturowej) do wyjaśnienia wszystkich aspektów procesu rozwoju umiejętności mówienia skłoniły francuskich badaczy do wypracowania socjokognitywnego podejścia do nauczania/uczenia się języków obcych. Opierała się ona na „procesie rozwiązywania problemów językowych w trakcie działań o charakterze komunikacyjnym i społecznym, a centralnym pojęciem staje się «zadanie»” (Janowska 2019: 31). Wykonaniu *zadania* służy rozwój reguł i strategii wykorzystywanych w procesie komunikowania się w języku docelowym (tamże).

Jeszcze inne spojrzenie na ustną produkcję przynoszą badania z zakresu psycholingwistyki. Jednym z najczęściej przywoływanych modeli produkcji mowy w kontekście komunikacji jest schemat opracowany przez W. Levelta, który służy do opisu spontanicznej wypowiedzi ustnej dorosłego rodzimego użytkownika języka:



W. Levelt (1989: 181-182, za: Janowska 2019: 34) wyróżnił trzy etapy mowy: konceptualizację wypowiedzi, formułowanie wypowiedzi; artykulację. Centralne miejsce w procesie produkcji mowy zajmuje leksyka. Zdaniem badacza jest ona mediatorem pomiędzy konceptualizacją a kodowaniem gramatycznym i fonologicznym, ponieważ każda jednostka leksykalna jest źródłem informacji semantycznych, syntaktycznych, morfologicznych i fonologicznych. Jego badania stały się podstawą do wypracowania autorskiego modelu przez M. Dakowską (2001: 178), która wyróżniła cztery następujące po sobie fazy:

- „faza konstruowania intencji komunikacji, w trakcie której użytkownik języka, biorąc pod uwagę parametry sytuacji komunikacyjnej i wiedzę ogólną, odpowiada na pytanie „co powiedzieć”;
- faza planowania dyskursu, polegająca na doborze struktur językowych i strategii retorycznej;
- faza integracji wyżej wymienionych wszystkich wyborów i wykonanie wypowiedzi;
- faza edycji, czyli modyfikacje i doskonalenie wypowiedzi na podstawie informacji zwrotnych.”

Ponadto badaczka zaznaczyła, że powyższy model odpowiada także opisowi procesu pisania (tamże). Wydaje się to słusznym założeniem, jak bowiem uzasadnia autorka, produkcja wypowiedzi ustnej „polega na wejściu w sytuację w roli nadawcy i podejmowaniu decyzji na poziomie wszystkich ważnych strategicznie etapów budowania wypowiedzi w zakresie przewidzianym działaniem nadawcy” (tamże).

4.3.2. Komunikacja niewerbalna

W podrozdziale poświęconym sprawności słuchania scharakteryzowany został tekst mówiony. Celowo pominięta została komunikacja niewerbalna, jako że w trakcie słuchania nagrań na zajęciach jest niewidoczna. Niemniej jednak jest ona stałym i niezastąpionym elementem komunikacji ustnej. O tym, że jest ona niezastąpiona, świadczy pełna gama emotikon i emoji, czyli ideogramów, które służą do wyrażania emocji w tekstach pisanych⁶². Nacechowane kulturowo gesty powinny być uczone eksplicytnie, ponieważ „komunikacja werbalna pozwala odkryć tylko to, co rozmówca chciał wyrazić, natomiast jego postawa i zachowanie pozwalają uchwycić coś, czego nie miał zamiaru ujawnić czy zakomunikować” (Janowska 2019: 68). W zbiorze zachowań niewerbalnych wskazuje się:

- paralingwistykę, do której zaliczamy tonację wypowiedzi, akcent, rezonans, artykulację, tempo, rytm i siłę głosu;
- proksemikę, czyli zależności przestrzenne mające bezpośredni wpływ na komunikację, takie jak: aranżacja miejsca pracy, ustawienie biurka i krzeseł w gabinecie lekarskim;
- kinezytykę, która obejmuje wszystkie przejawy komunikacji ciałem: gesty, mimika twarzy, ruch ciała (Chwielarska, Witt 2018: 16-19).

Natomiast za najważniejsze funkcje komunikatów niewerbalnych uznaje się: 1) komunikowanie emocji, 2) wyrażenie postaw, np. pochylona i skierowana w stronę pacjenta sylwetka ciała świadczy o zaangażowaniu w rozmowę, 3) podtrzymywanie rozmowy; 4) pozdrowienia i inne rytuały społeczne, 5) uwiarygodnienie komunikacji, 6) dostarczenie kontekstu dla słów (tamże: 2018:

⁶² <http://semahead.pl/blog/emoji-wiecej-niz-tysiac-slow.html> (dostęp 20.07.2022).

16-19). W badaniach nad elementami niewerbalnymi w komunikacji *lekarz – pacjent* najwięcej uwagi poświęca się kierunkowi spojrzenia oraz położeniu ciała lekarza i pacjenta. Zdaniem C. Goodwina (1981), J.D. Robinsona (1989) i J. Ruusuvouriego (2000) oba te wskaźniki to najważniejsze sygnały informujące o stopniu zaangażowania interlokutorów (lekarza i pacjenta) w rozmowę. K. Stefaniak zwraca uwagę jeszcze na jedną rolę, jaką pełni wspomniane wyżej elementy komunikacji niewerbalnej. Jej zdaniem są to także skuteczne „narzędzia władzy” w trakcie komunikacji *lekarz – pacjent*. Odwrócenie wzroku od pacjenta okazuje się pomocne w chwili, kiedy ten przejmuje kontrolę nad interakcją i przebiegiem konsultacji/wizyty. Dla pacjenta to znak, że opowiada historię, które jest mało znacząca w danej chwili, w kontekście jego wizyty czy stanu zdrowia (Stefaniak 2011: 124-125).

Ponadto w pantomimice najbardziej widoczna jest odmienność kulturowa. W praktyce medycznej bardzo potrzebna jest wiedza na temat odmienności gestów, które służą do ilustrowania bólu. Przykładem tego może być zachowanie tureckiego pacjenta, który nie wskaże palcem konkretnego miejsca bólu, a większy obszar ciała (Krajewska-Kułąk i in 2019: 88). Podanie ręki pacjentowi przez lekarza w krajach anglosaskich jest postrzegana pozytywnie, w przeciwieństwie do Polski, gdzie w sytuacji klinicznej nie jest to standardowe zachowanie (Kocurek, Kowalska 2018: 53-54). Zdaniem W. Kubik (2019: 121-122) w przekazie niewerbalnym największym problemem są gesty, które pojawiają się w miejscu słów, tzw. emblematory. Jest to istotny element komunikacji *lekarz – pacjent*, nie zawsze bowiem pacjenci są w stanie dobrze opisać lokalizację bólu. Obserwacja pacjenta, jego reakcji czy wyrazu twarzy w trakcie badania palpacyjnego jest źródłem dodatkowych, nierzadko znaczących informacji. (Nie)wiedza w zakresie komunikacji niewerbalnej w środowisku mono- i wielokulturowym może być przyczyną wielu nieporozumień, a przede wszystkim niepowodzenia w leczeniu (tamże: 121).

4.3.3. Model komunikacji w relacji *lekarz – pacjent*

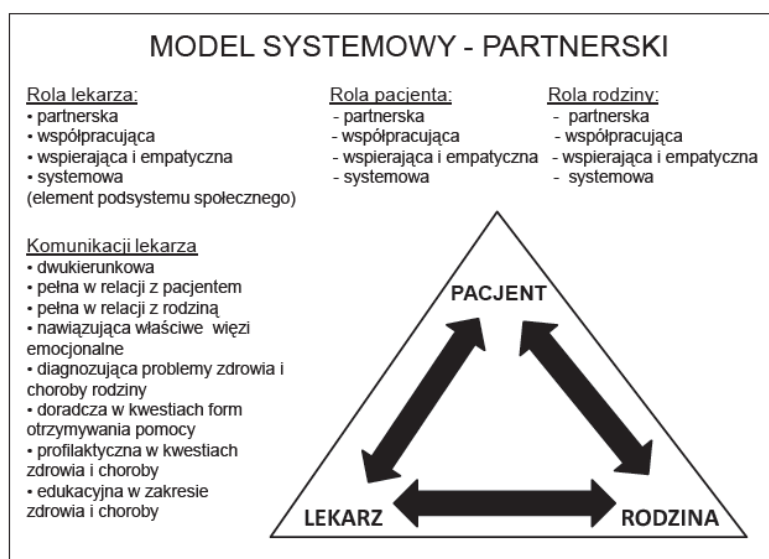
Istotną kwestią związaną ze sprawnością mówienia w kontekście nauczania PJMed jest model komunikacji między lekarzem a pacjentem. W literaturze przedmiotu omawia się zazwyczaj wady i korzyści czterech

następujących modeli: 1) jednokierunkowy-autorytarny, 2) dwukierunkowy-paternistyczny, 3) dwukierunkowy-kooperacyjny, 4) systemowo-partnerski (Jarosz i in. 2012: 215-216; Zembala 2015: 35-50).

Za właściwą i najbardziej pożądaną wymienia się komunikację relacji *lekarz – pacjent* reprezentowaną przez model systemowo-partnerski. Jego podstawą jest systematyczna współpraca (partnerstwo) między leczącym/specjalistą a chorym/pacjentem i jego rodziną. Przez partnerskie relacje rozumie się przede wszystkim zaniechanie postawy paternistycznej względem pacjenta i nietraktowanie go jako kolejny przypadek medyczny. Tym samym ważne jest, aby w podejmowaniu decyzji o leczeniu uczestniczył też sam chory. Zadaniem lekarza jest dostosowanie formy wsparcia do indywidualnych potrzeb pacjenta (Jarosz i in. 2012: 216). Relacje te przedstawia poniższy schemat.

Schemat 19

Model systemowo-partnerski komunikacji relacji lekarz – pacjent (Jarosz i in. 2012: 216)



Trzonem każdego wywiadu lekarskiego jest skuteczne zadawanie pytań. Specjaliści zajmujący się komunikacją między lekarzem a pacjentem wymieniają trzy rodzaje pytań:

- otwarte, dzięki którym pacjent ma przestrzeń na odpowiedź własną narracją, np. *Jakie są te bóle?*;
- zamknięte, na które można odpowiedzieć tak lub nie, np. *Czy ten ból nadal trwa?*

- otwarte nakierowane na temat, np. *Proszę powiedzieć, jak zaczęło się ten ból?* (Górski 2018: 67).

Osobnego komentarza wymaga komunikacja w zespole terapeutycznym. G. Cebula i S. Górski (2018: 183) podkreślają, iż postawienie w centrum badań komunikacji lekarza z pacjentem spowodowało mniejszym zainteresowaniem komunikacją między specjalistami. Badania pokazują, że „do przeszło 70% zdarzeń niepożądanych dochodzi nie z powodu braku wiedzy czy umiejętności technicznych, lecz w wyniku problemów w zakresie kompetencji miękkich (uniwersalnych), w tym komunikacji w zespole” (tamże). Problemy te wynikają z faktu, iż medycyna jest wciąż silnie zhierarchizowana. Wspomniani badacze wymieniają trzy zabiegi, które mogą usprawnić porozumienie między członkami personelu medycznego. Po pierwsze – używanie imion, ponieważ „ktoś, to znaczy nikt”, przykładowo znacznie lepszy efekt przyniesie wyrażenie w formie: *Piotrze, podaj morfinę*. zamiast *Podajmy morfinę*. Po drugie, sam komunikat werbalny nie wystarczy, dla wzmocnienia wypowiedzi i uzyskania pewności, że odbiorca zrozumie wypowiedź, należy np. podejść do danej osoby czy zwrócić wzrok w jej kierunku. Natomiast trzecim zabiegiem tzw. świadomość czasu – interlokutor powinien umiejętnie zidentyfikować moment, w którym przekazać konkretną wiadomość czy przekazać całemu zespołowi informacji o poważnych problemach (Cebula, Górski 2018: 188-189).

4.3.4. Nauczanie mówienia

W nauczaniu języka ogólnego rozwijanie sprawności mówienia jest ważne już na poziomie elementarnym (A1) i wstępnym (A2). Są to kluczowe etapy w nauce języka obcego, kiedy ćwiczy się poprawną wymowę oraz intuicję językową, ponieważ w późniejszym stadium nauki ich korygowanie będzie dość trudne (Awdiejew 1981: 74). Na wyższych poziomach (B1 i B2, zwanych również poziomami samodzielności) kontynuuje się rozwijanie umiejętności komunikacyjnych, przy jednoczesnej dbałości o płynność oraz swobodę wypowiedzi. Rozbudowywanie wypowiedzi monologicznych, łączenie kolejnych wypowiedzi w tekst to umiejętność, nad której rozszerzeniem pracuje się na poziomie biegłości C1 i C2.

Zdaniem E. Tarone (2005: 485, za: Pawlak 2010: 4), a także wielu innych

badaczy sprawność mówienia jest najbardziej złożona i najtrudniejsza do opanowania ze wszystkich sprawności. Przesłankami do takiego rozumowania są następujące uwarunkowanie i właściwości procesu mówienia:

- „symultanizm produkcji;
- nieustanne przewidywanie, planowanie i reakcja na nieprzewidziane okoliczności;
- mało lub w ogóle nieznany kontekst wypowiedzi ustnej i towarzysząca jej nierzadko odmienność kulturowa;
- nieprzerwane korzystanie ze środków językowych (wymowa, gramatyka, leksyka) i pozajęzykowych (mimika, gesty, dystans;
- wiedza na temat konwencji socjopragmatyczne;
- znajomość strategii komunikacyjnych, np. zyskiwanie na czasie” (Pawlak 2010: 4).

Oddzielną kategorię czynników wpływających na proces nauczania mówienia tworzą czynniki indywidualne. M. Aleksandrak (2018: 152-153) zalicza do nich: 1) osobowość osoby mówiącej, na którą składają się: poziom ekstrawersji/introwersji, lęk językowy, poziom samooceny, skłonność do podejmowania ryzyka, 2) motywację do mówienia oraz 3) gotowość komunikacyjna. W opinii badaczki wskazane indywidualne aspekty rozwijania sprawności mówienia mają pośredni lub bezpośredni wpływ na to, w jaki sposób uczący się podchodzą do nabywania umiejętności tworzenia wypowiedzi ustnej. Największy wpływ przypisuje się zagadnieniom osobowościowym, które z kolei przekładają się na dwa pozostałe czynniki, czyli motywację do rozwijania własnych umiejętności werbalnych oraz chęć faktycznego komunikowania się (tamże: 201-202).

Rozwijanie sprawności mówienia w języku obcym wymaga opanowania różnych rodzajów wiedzy, kompetencji i umiejętności. Interakcja ustna to konglomerat nie tylko strategii produktywnych, receptywnych oraz tzw. „strategii współpracy”, ale również strategii kompensacji, czyli elementów para- i niewerbalnych, takich jak ton i natężenie głosu, gestykulacja oraz kontakt wzrokowy. Najważniejszą funkcją, jaką ma spełnić akt mówienia, jest wypełnienie luki informacyjnej, dlatego wypowiedzi ustne muszą być skuteczne informacyjnie oraz stosowane formalnie i społecznie (Gajewska, Sowa, 2014:180). M. Bygate rozróżnia *język rozumiany jako system* (znajomość form

językowych) i *stosowanie języka w kontekście* (wykorzystanie i przystosowanie posiadanej wiedzy). Dla E. Tarone natomiast rozpatrywanie wypowiedzi ustnych uczących się jest możliwe pod kątem stosowanych *form językowych* (fonetyka, składnia, morfologia) i realizowanych przez nie *funkcji językowych*, do których zaliczają się m.in.: *funkcja interakcyjna* (tworzenie i podtrzymanie więzi), *funkcja transakcyjna* (przekazanie informacji), *funkcja ludyczna* (rozbawianie rozmówcy) (Bygate 2002; Tarone 2005, za Pawlak 2010: 7). Oprócz umiejętności tworzenia spójnych i logicznych pod względem gramatycznym zadań istotną rolę odgrywa również „znajomość i umiejętność stosowania zasad porządkowania wypowiedzi, według takich kategorii, jak: temat, następstwo w czasie, związki przyczynowo-skutkowe, struktura i organizacja wypowiedzi (porządek tematyczny, koherencja i kohezja, porządek logiczny, styl i rejestr, skuteczność retoryczna, zasady konwersacji), organizacja tekstu (znajomość konwencji tekstowych obowiązujących w danej społeczności [...] elastyczność w interakcji, sposoby zabierania głosu i prezentowania tematu, a także spójność (logiczną i gramatyczną) wypowiedzi” (Janowska 2019: 67).

4.3.4.1. Kompetencje i reguły rozwijania sprawności mówienia

We współczesnej glottodydaktyce podkreśla się konieczność równoległego rozwijania kompetencji językowych (leksykalnej, gramatycznej, fonologicznej) i komunikacyjnych. Jest to bowiem najkorzystniejsze rozwiązanie metodyczne, przynoszące najlepsze efekty (Janowska 2019: 114). Na tę zależność zwróciła już w 1988 r. H. Komorowska (1988: 10): „Otóż komunikacja językowa zakłada umiejętność posługiwania się pewną liczbą środków, tzn. wyrazów i struktur gramatycznych, bez nich bowiem nie ma mowy ani o skuteczności porozumiewania się, ani o jego zgodności z podstawowymi zasadami komunikacji. Wiadomo już, że znajomość poszczególnych wyrazów i zwrotów zdaniowych nie umożliwia”. Efektywne rozwijanie sprawności mówienia nie jest możliwe bez wcześniejszego przygotowania leksykalno-gramatycznego.

Jak już zostało nadmienione, czynnikiem, który determinuje mówienie jako najtrudniejszą sprawność, jest fakt, że w tym samym czasie miejsce ma recepcja i produkcja. Prawidłowy przebieg konwersacji wymaga szeregu umiejętności od mówiącego. Nie wystarczy tylko biegłość w konstruowaniu poprawnych pod względem gramatycznym wypowiedzi. Niezbędna jest też

zdolność do jednoczesnego słuchania, rozumienia i reagowania na komunikat, zdolność do śledzenia toku rozmowy, a także sprawność poświęcenia uwagi drugiemu interlokutorowi (por. Janowska 2019).

Jednym z zadań kształcenia językowego w zakresie mówienia jest nabycie umiejętności posługiwania się strategiami komunikacyjnymi, zwanymi także przez R. Oxforda strategiami kompensacyjnymi, które pomagają przezwyciężyć przeszkody na drodze do osiągnięcia celu komunikacyjnego i rekompensują braki językowe (Michońska-Stadnik 1996: 27 za: Janowska 2019: 70). W. Piegzik (2015: 401) zwraca także uwagę na rolę psychologiczną zastosowanych w komunikacji strategii językowych, szczególnie zredukowanie poziomu stresu. Do najbardziej przydatnych strategii w rozwijaniu sprawności mówienia zalicza się: 1) zmianę kodu komunikacyjnego, 2) zapożyczenia, 3) parafrazy, 4) zmianę struktury językowej (uproszczenia gramatyczne), 5) sygnalizowanie interlokutorowi problemów w tworzeniu wypowiedzi, prośbę o wyjaśnienie, powtórzenie, strategię informacji zwrotnej (prośba potwierdzenie, że rozmówca zrozumiał naszą wypowiedź), 6) strategię zyskiwania na czasie (stosowanie wyrażen wypełniających luki komunikacyjne) (Czwartos 2010: Piegzik 2015: 404-405; Janowska 2019: 70). Do powyższego zestawienia zalicza się także elaborację, czyli sprawne łączenie wiedzy nabytej uprzednio z elementami nabywanymi w trakcie mówienia, co z kolei owocuje umiejętnością produkowaną nowych zdań. Jest zatem przeciwieństwem odtwarzania (reprodukcji) wyuczonych na pamięć struktur, a skutecznym sposobem jej nabywania jest stawianie uczącego się w sytuacji, w której musi podjąć ryzyko działania (Janowska 2019: 71).

Zadaniem nauczyciela JS jest pomoc w opanowaniu wymienionych strategii, tak aby uczący się wypracowali nawyk monitorowania efektywności wypowiedzi i dokonywania autokorekty oraz sięgania po różne strategie w razie konieczności. W glottodydaktyce specjalistycznej podstawowymi formami wypowiedzi monologicznych są prezentacje, wykłady oraz referaty, natomiast w skład interakcji ustnych wchodzi dyskusje formalne (np. debata, konsylium lekarskie) i nieformalne (np. rozmowa na tematy mniej lub bardziej związane z pracą).

W kwestii zasad rozwijania sprawności mówienia pewne odpowiedzi oraz wskazówki przynoszą prace H. Komorowskiej (1999) i A. Pado (2013), choć

jak podkreśla I. Janowska (2019: 121), nie ma jednej skutecznej metody poprowadzenia tego rozległego procesu, jakim jest mówienie.

H. Komorowska zaproponowała zestaw dziewięć zasad rozwijania sprawności tworzenia wypowiedzi ustnej. Przede wszystkim zwraca uwagę na konieczność występowania ćwiczeń przedkomunikacyjnych, których rolą jest zapoznanie i oswojenie uczącego z nową leksyką i strukturami. Konieczna jest gradacja ćwiczeń, od mocno strukturyzowanych do swobodnych. Zalecana jest także stopniowalność budowanych wypowiedzi – od jednozdaniowych do wielozdaniowych. Zdaniem uczoney pojawiające się błędy gramatyczne świadczą o niewystarczającej liczbie ćwiczeń przedkomunikacyjnych (Komorowska 1999: 205). Jednak właściwością bardziej pożądaną od dużej ilości ćwiczeń wprowadzających jest ich skuteczność oraz efektywność. Istotne w procesie mówienia jest również oddzielanie ćwiczeń płynnościowych od poprawnościowych. Ważną rolę odgrywa też fakt nagradzania – za sam fakt mówienia czy mówienie bez błędów, przy czym mówiący musi być jasno informowany, za co otrzymuje pochwałę. W trakcie całego procesu należy wykorzystywać jak najwięcej bodźców (słowo, obraz, dźwięk), które będą stymulowały i zachęcały do dalszej produkcji ustnej. Niemale znaczenie odkrywa także jasno sprecyzowany cel działania oraz punkt wyjścia do ćwiczeń w mówieniu, które z kolei stanowią przejście do innych sprawności językowych (tamże). Zbiór czynności pomocny w przygotowaniu zajęć koncentrujących się na rozwijaniu sprawności mówienia zaproponowany przez A. Pado składa się z sześciu punktów. Podobnie jak H. Komorowska, wspomniany badacz wskazuje na opanowanie środków i nawyków językowych z zakresu leksyki, gramatyki, fonetyki i intonacji, a także na integrację wszystkich czterech sprawności językowych. W zestawie tym znalazła się jeszcze przyswojenie modeli mownych (tekstowych) oraz przyswojenie ich struktur oraz zdobycie wiedzy o przedmiocie wypowiedzi (Pado 2013: 86).

4.3.4.2 Rodzaje ćwiczeń i techniki nauczania mówienia

W literaturze przedmiotu można funkcjonuje różne nazewnictwo rodzajów ćwiczeń. Najczęściej przywołuje się jednak dwie ich kategorie. Pierwszą z nich tworzą ćwiczenia przedkomunikacyjne, których celem jest zogniskowanie uwagi na temacie, zapoznanie z nową leksyką, strukturami gramatycznymi i powiązanie

ich z funkcją komunikacyjną. (Gajewska 2011: 91). Zalicza się do nich ćwiczenia takie, jak:

- „skojarzenia (np. tematyczne, łańcuskowe), pozwalające zgromadzić leksykę z określonego tematu;
- ćwiczenia kategoryzująco-tematyczne, w trakcie których uczący się grupują leksykę według określonego klucza;
- eliminacja niepotrzebnych zwrotów, niepasujących do pozostałych;
- ćwiczenia literowo-graficzne, czyli tworzenie wyrazów zaczynających się na ostatnią literę poprzedniego wyrazu” (Janowska 2019: 118).

W grupie ćwiczeń przedkomunikacyjnych mieszczą się także dryle językowe, które przyczyniają się do lepszej znajomości systemu językowego. Wyróżnia się wśród nich: 1) dryle imitacyjne, czyli powtarzanie, 2) dryle substytucyjne; czyli zastąpienie jednego elementu innym, 3) dryle transformacyjne, czyli przekształcanie jednej struktury w drugą (tamże; por. Pietrzykowska 2010: 187).

Mimo że dryle językowe są mocno utożsamiane z metodą audiolingwalną, ich obecność jest wręcz niezbędna w procesie rozwijania sprawności mówienia. W ostatnich latach wskazuje się nieco inne sposoby przygotowania do produkcji czy interakcji. A. Seretny (2015: 207-210) proponuje ciągi formułiczne, natomiast B. Czwartos (2013: 75-81) leksykogramatykę.

Drugą kategorię tworzą ćwiczenia wypowiedzi swobodnej, w trakcie których uczący się rozwija płynność oraz swobodę swoich wypowiedzi. Ten typ ćwiczeń charakteryzuje się „orientacją bardziej humanistyczną, socjokulturową i holistyczną i ma na celu rozwój językowy i kognitywny uczącego się” (Janowska 2019: 120).

Gradacja ćwiczeń pozwala na płynne przejście od wypowiedzi silnie strukturyzowanych do wypowiedzi swobodnej. Poznanie leksyki w różnym kontekście przekłada się na kreatywność oraz naturalność późniejszych, swobodnych wypowiedzi. Ważnym elementem ćwiczeń rozwijających sprawność mówienia (szczególnie w kontekście nauczania JS) jest różnicowanie danych wyjściowych dla każdego z uczestników zadania. Dzięki temu przebieg wypowiedzi ustnej nie będzie już tak oczywisty, przewidywalny i „wyuczony na pamięć” zmobilizuje uczestników do sięgnięcia po różne strategie i elementy dyskursu. Ponadto nic nie stoi na przeszkodzie, aby w trakcie zajęć używać

elementów przerysowanych i fantastycznych. Komponenty wymagające użycia wyobraźni są czynnikiem silnie motywującym do tworzenia wypowiedzi ustnych (Gajewska, Sowa 2014: 181).

Aby proces nabywania i doskonalenia sprawności mówienia przyniósł zamierzone efekty potrzebne są skuteczne techniki nauczania. Zdaniem H. Komorowskiej (2002: 149) „najistotniejsze są te, które najskuteczniej prowokują samodzielne wypowiedzi, stanowiąc dostatecznie silny bodziec do mówienia, nie powodując jednak przy tym nadmiernej trudności”. Impulsem, który może skutecznie zachęcić do wypowiedzi, może być obraz, słowo albo dźwięk.

Tabela 8
Techniki rozwijania sprawności mówienia z wykorzystaniem bodźców – oprac. własne

Bodziec	Technika
OBRZ	▪ zadawanie pytań i odpowiadanie na pytania dotyczące treści obrazka ▪ przewidywanie i wnioskowanie tematu zajęć na podstawie ilustracji ▪ opowiadanie treści obrazka (tzw. historyjka) ▪ relacjonowanie wydarzeń nagrania wideo osobom, które go nie widziały ▪ wyszukiwanie różnic na dwóch obrazkach ▪ dubbingowanie nagrania
SŁOWO	▪ pytania zadawane przez nauczyciela ▪ odgrywanie roli na podstawie otrzymanej instrukcji ▪ wypowiedź monologowa: streszczenie książki lub zrecenzowanie filmu, bądź jakiejś innej krótkiej formy ▪ dyskusja: swobodna lub sterowana
DŹWIĘK	▪ układanie historii ▪ antycypowanie kolejnych wydarzeń ▪ opowiadanie wydarzeń, które wydarzyły się wcześniej

Tabela 9
Techniki rozwijania sprawności mówienia – oprac. własne

interakcyjne	produktywne	mediacyjne
odgrywanie ról symulacje rozmowy i czaty dyskusje i debaty	opisy i historie prezentacje oświadczenia i przemówienia	przekazywanie informacji objaśnienie danych przetwarzanie i tłumaczenie tekstu działania na tekstach kreatywnych (reagowanie, analiza, krytyka)

Wskazane powyżej techniki nie są jednoznacznie przypisane do poszczególnych poziomów znajomości języka, można je bowiem modyfikować, upraszczać i stosować w zależności w zależności od poziomu grupy⁶³.

4.4. Sprawność czytania

Wprawdzie o ważności pracy z tekstem nie trzeba nikogo przekonywać, ale wyniki raportu Komisji Europejskiej na temat nauki czytania w Europie w 2011 r. (*Nauka czytania w Europie. Kontekst, polityka i praktyka*) nie wyglądają optymistycznie. Autorzy tego dokumentu zwrócili uwagę na globalne, niekorzystne zjawiska dotyczące sprawności czytania w państwach Unii Europejskiej. Tymczasem umiejętność rozumienia tekstu pisanego pozwala nie tylko na pogłębienie wiedzy, ale jednocześnie rozwija zdolność tworzenia własnych tekstów. Czytanie służy tak uczeniu się, jak i rozwojowi osobowemu. Jak zauważają A. Seretny i E. Lipińska (2005: 147) „umiejętność czytania powinna być udoskonalana w czasie nauki szkolnej, gdyż w dzisiejszych czasach tylko ci, którzy potrafią korzystać z najróżniejszych źródeł informacji, czyli czytać i rozumieć czytane teksty, będą w stanie sprostać rzeczywistości. Informacje są bowiem towarem. Kto będzie je umiał szybko zdobyć, przetworzyć i przyswoić – ma szansę osiągnąć więcej”. Z badań przeprowadzonych przez H.E. Piepho (za Majkiewicz 2001: 126) wynika, że sprawność ta plasuje się na drugim miejscu wśród sprawności językowych człowieka wykorzystywanych w procesie przyswajania języka obcego. Stosunek między słuchaniem, czytaniem, mówieniem i pisanem wynosi 8:7:4:2. Umiejętność czytania zajmuje szczególne miejsce w nauce języka obcego w warunkach formalnych, ponieważ dzięki tekstowi pisanemu uczeń otrzymuje zdecydowanie największą porcję trwałego inputu językowego (Chodkiewicz 2016: 79).

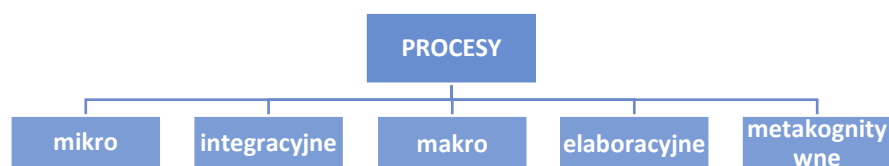
⁶³ Propozycje ćwiczeń ukierunkowanych na rozwijanie kompetencji komunikacyjnych w nauczaniu PJMed przynosi artykuł M. Jandy (2018: 269-281).

4.4.1. Proces rozumienia tekstu pisanego

Z psychologicznego punktu widzenia czytanie to wielowarstwowe zjawisko, najbardziej złożona praca umysłowa człowieka, która rozwija globalną koncepcję językową i wzmacnia proces opanowania języka obcego. Czytanie to proces wymagający od czytającego biegłości językowej na poziomie fonologicznym, morfologicznym, syntaktycznym, semantycznym oraz sprawności poznawczych, głównie w zakresie percepcji wzrokowej, słuchowej, procesów pamięciowych. Ponadto czytanie narzuca dokonywanie operacji umysłowych na poziomie myślenia pojęciowego (Jurek 2012: 154; por. Banach, Bucko 2019: 11). Najlepiej proces rozumienia tekstu pisanego oddają słowa P. Zimbardo (2010: 41): „Patrzemy oczami, ale widzimy mózgiem”.

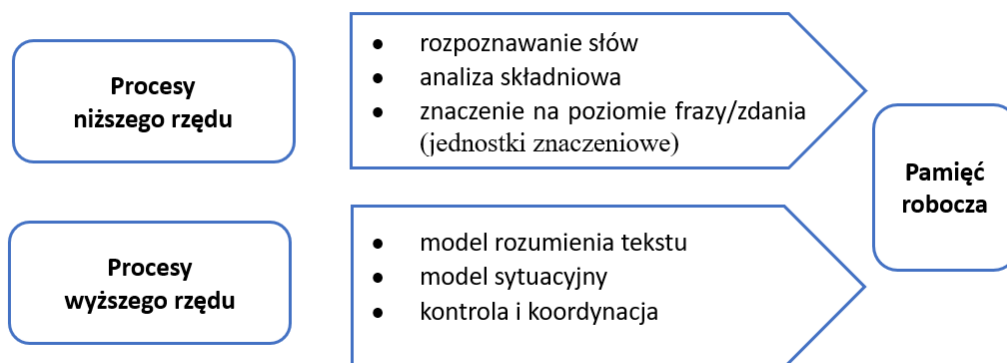
Umiejętność czytania i biegłość w posługiwaniu się tą sprawnością mają decydujące znaczenie w opanowaniu specjalistycznej odmiany języka przez uczącego się, ponieważ języki specjalistyczne bazują przede wszystkim na tekstach pianych. Jak zauważył C. Bourguligon „(...) świat zawodowy wywodzi się z tradycji pisanej, w przeciwieństwie do świata, w którym tekst pisany pojawił się długo po słowie mówionym” (Smuk 2007: 55).

Modele procesu czytania pojawiły się w latach 60. XX w. wraz z rozwojem psychologii poznawczej, w ramach której prowadzono badania ludzi dorosłych z dysleksją nabytą. Koncentrowano się na analizie drogi, jaką przebywa informacja w trakcie czytania jak jest rozpoznawana, kodowana, segregowana i odszukiwana. Wprawdzie wielokrotnie podważano zasadność tworzenia modeli czytania, nie zniechęciło to badaczy do wypracowywania kolejnych propozycji. Zdaniem A. Kulczyńskiej (2010: 54-55) ta niezgodność wśród badaczy co do celowości tworzenia modeli czytania, jak i samej ich formy wynika z niejednoznaczności terminologicznej takich pojęć, jak *czytanie*, *model* i *interakcyjność*. Niemniej jednak modelem wartym uwagi jest praca francuskojęzycznej Kanadyjki J. Giasson (1990). W założeniu autorki jest to schemat odnoszący się do czytania w języku ojczystym, ale z powodzeniem może zostać przeniesiony na grunt glottodydaktyki. Badaczka założyła trzy konstytutywne zmienne: czytelnik, tekst, kontekst, przy czym najwięcej uwagi poświęca tej pierwszej, w ramach której wyróżniła dodatkowo struktury i procesy. J. Giasson wskazuje pięć procesów:



Procesy mikro są pierwsze w całym akcie czytania i zachodzą na poziomie zdania. W ich trakcie dochodzi do identyfikacji pojedynczych wyrazów, segmentacji zdania oraz do mikroselekcji tego, co warto zapamiętać ze zdania. Następnie zachodzą procesy integracyjne, które mają miejsce na poziomie ponad zdaniowym i służą ustaleniu związków/relacji między zdaniami. Kolejnym etapem jest identyfikacja głównych myśli, konstruowanie makrostruktury oraz wykorzystywanie schematów tekstowych, czyli procesów makro. Przewidywanie, obrazowanie, reakcja emocjonalna, krytyczna ocena tekstu, do których dochodzi dzięki dotychczasowej wiedzy, to już procesy elaboracyjne, które są możliwe dzięki zdobytej dotychczas wiedzy. Czytanie zwięczają procesy metakognitywne, w trakcie których dochodzi do planowania zadania (Giasson 1990, za Kulczyńska 2010: 57-59).

Nieco mniej rozbudowany model, ale zbliżony do propozycji J. Giasson, proponuje L. Piasecka, która zwróciła uwagę na dwa podstawowe etapy czytania. Mówiąc o procesach niższego rzędu mamy na myśli budowanie znaczenia na poziomie zdania, czyli rozpoznawanie słów, przywoływanie ich znaczeń i dokonywanie analizy składniowej. Natomiast konstruowanie znaczenia całego tekstu i przewidywanie dalszego jego ciągu zachodzące dzięki wiedzy czytelnika, jego doświadczenia oraz celu czytania to już procesy wyższego rzędu (Piasecka 2011: 260).



Z obydwu zestawień wynika, że proces czytania jest bardzo złożony i obejmuje przetwarzanie zarówno syntaktyczne, jak i semantyczne. Na jego przebieg – zdaniem A. Polkowskiej (1986: 281-282) – składają się następujące czynniki:

- „dostęp leksykalny odpowiedzialny za umiejscowienie pozycji leksykalnej w słowniku umysłowym i wybranie odpowiedniego znaczenia;
- integracja zdaniowa odpowiedzialna za zespolenie znaczeń słów w reprezentację zdania;
- zrozumienie dyskursu lub tekstu umożliwiające odpowiednie tworzenie struktur dyskursu, np. konwencji, wykładu, opowiadania itp. Z reprezentacji poszczególnych zadań”.

Jeszcze z inną propozycją podziału procesu rozumienia tekstu pisanego wychodzi M. Dakowska (2001: 152), która proponuje kolejno 2) semantyzację, 3) interpretację i 4) ewaluację. Zdaniem badaczki główną rolę odgrywa druga faza, która polega na integracji niewerbalnej zawartości tekstu wówczas czytający dekoduje kontekst powiązań między słowami i frazami (tamże: 154-155).

Należałoby się zastanowić, jakie czynniki wpływają (nie)korzystnie na rozumienie tekstu pisanego. Zdaniem M. Dakowskiej (2001: 151) trudności w rozumieniu mogą wynikać z poziomu skomplikowania tekstu, stanu wiedzy czytającego oraz czasu (w którym przebiega zadanie).

Po dłuższym zastanowieniu można dojść do wniosku, że czas jest tylko jednym z czynników zewnętrznych wpływających na efektywność czytania. Istotną rolę odgrywa również zainteresowanie czytelnika tekstem oraz stan jego wiedzy

na temat poruszony w tekście. Równie ważne są warunki, w których czytający pracuje z tekstem, takie jak oświetlenie czy poziom głośności w pomieszczeniu. M. Banach, D. Bucko (2019: 21) zwracają także uwagę na wpływ kontekstu na rozumienie czytanego tekstu. Zdaniem badaczek wspomaga on rozpoznawanie słów przez ich semantyczne ugruntowanie, pozwala zobaczyć nowe słowa i konstruować znaczenia poszczególnych fraz.

W opinii A. Seretny i E. Lipińskiej (2005: 189-190; por. Chodkiewicz 1986: 24-25) tym, co decydująco wpływa na rozumienie tekstu to jest też znajomość systemu graficznego, kompetencja językowa, wprawa w czytaniu, wiedza o świecie i danej kulturze, a także poziom inteligencji czytającego, jego umiejętność logicznego myślenia, wyciągania wniosków i interpretacji.

Niemalą rolę odgrywa również motywacja do czytania, która jest silnie połączona z celem zapoznania się z tekstem. Zdaniem H. Komorowskiej (2015: 142) człowiek czyta dla zrealizowania określonego celu, uzyskania informacji, wykonania zadania, przydatności i/lub atrakcyjności tekstu.

Z kolei W. Grabe (2010: 8-10, za Banach, Bucko 2019: 20-21) wymienia sześć powodów, dla których poświęcamy się lekturze tekstu: 1) odnalezienie w tekście konkretnych informacji, 2) szybkie zrozumienie znaczenia tekstu, 5) zweryfikowanie informacji zawartych w tekście i ustosunkowanie się do nich, 6) zainteresowania i przyjemność.

Z kolei J. Courtillon (2003: 44-45, za Gajewska, Sowa 2014: 184-185) mówi o trzech możliwych sposobach czytania tekstu, nazywając je „projektami”:

- projekt funkcjonalny/pragmatyczny: umiejętność łączenia tekstu i działania;
- projekt semantyczny: czytanie tekstu w celu wydobywania z niego konkretnych informacji;
- projekt uczenia się: czytanie w celu zrozumienia budowy tekstu.

Jak podkreśla H. Chodkiewicz, zdefiniowanie czytania ze zrozumieniem z punktu widzenia nauki nie jest zadaniem łatwym. Wynika to z faktu, iż jest to proces złożony, podzielony na kilka etapów, „które wymagają badań interdyscyplinarnego grona specjalistów, których łączą takie dziedziny jak psycholingwistyka, psychologia, pedagogika, logopedia, dydaktyka języka rodzimego i obcego” (Chodkiewicz 2016: 79). Ponadto efekt końcowy lektury

tekstu zależy zarówno od czynników językowych, jak i pozajęzykowych, na które czytający nie zawsze ma wpływ.

4.4.2. Charakterystyka wypowiedzi pisemnej

Rozumienie tekstu pisemnego to akt komunikacji szczególnie pod kilkoma względami. Pierwszym i zarazem najważniejszym elementem konstytuującym tę formę porozumiewania, kontaktu nadawcy z odbiorcą jest medium przekazu, czyli pismo i/lub druk. Ich trwałość pozwala na kodowanie i dekodowanie procesów komunikacyjnych rozdzielonych w czasie i przestrzeni. Innymi słowy, nadawca i odbiorca nie mają ze sobą bezpośredniego kontaktu, co ma zalety – czytelnik ma możliwość powrotu do tekstu w dowolnym momencie, zazwyczaj tyle razy ile chce) jak i wady – odczytanie sensu tekstu oraz intencji autora, a także rekonstrukcja sytuacji komunikacyjnej są zdecydowanie trudniejsze (Banach, Bucko 2019: 22-23). Hipotetycznie można przyjąć, że wypowiedź pisemna nie posiada cech przypisanych tekstom mówionym, a w ich miejscu wystąpią wyróżniki reprezentatywne dla języka pisemnego. Najbardziej oczywistym wyznacznikiem języka pisanego jest posiłkowanie się systemem graficznym i ortograficznym, nierzadko odmiennym od tego, którym uczący się zna z języka ojczystego. Kolejnym wyróżnikiem, na który zwracają uwagę M. Banach i D. Bucko (2019: 23), jest zwiększony stopień formalizacji języka, będący konsekwencją dystansu przestrzennego i czasowego między nadawcą i odbiorcą. Wypowiedzi pisemne powinny być zgodne z obowiązującą normą wzorcową, a uczestnicy komunikacji są bardziej wyczuleni na wszelkie pomyłki językowo-stylistyczne niż w odniesieniu do wypowiedzi ustnej. Tekst pisemny pozbawiony jest także środków paralingwistycznych, w tym niezastąpionych niekiedy środków komunikacji niewerbalnej, co przekłada się na jego odbiór. Brak kodu kinezycznego sprawia, że znaczącą rolę zaczynają odgrywać nie tylko różnego rodzaju elementy graficzne, jak podkreślenia, znaki interpunkcyjne, ilustracje czy podział na akapity, ale także wykorzystane w przemyślany i zaplanowany sposób środki językowe. To natomiast przekłada się na eksplicytność, precyzję i bogactwo leksykalne (tamże). Cechą charakterystyczną języka pisanego jest też wysoka frekwencja redundancji – powtórzeń, podsumowań, parafraz (Dębski 1996: 48). Na efektywność czytania wpływają jeszcze dwa typy zmiennych – czytelność i komunikatywność. Czytelność jest rozumiana jako „wielkość i rodzaj

czcionki, długość linii, stosunek powierzchni zadrukowanej do niż do zadrukowanej, wielkość marginesów, barwa druku oraz barwa i jakość powierzchni papieru” (Pomirska 2011: 35). Natomiast komunikatywność tekstu przejawia się w łatwości rozumienia zawartych w nim treści – im prostszy styl, tym większy stopień zrozumienia komunikatu (Banach, Bucko 2019: 25). Zestawienie cech dystynktywnych języka pisanego prezentuje poniższa tabela:

Tabela 10
Cechy językowe tekstów pisanych (Bartmiński, Niebrzegowska-Bartmińska 2009: 108-109)

Poziom organizacji tekstu	▪ liczne operatory wewnątrztekstowe (metatekstowe) ▪ wielopoziomowa struktura tekstu z możliwością przełamywania linearności przekazu: tekst główny – tekst poboczny (przypisy), odsyłanie do innych autorów i tekstów, motto, cytaty, wyrażenia cudzysłowowe, bibliografia, hiperteksty) ▪ operowanie tabelami i wykresami, które unaocniają wprowadzenie treści ▪ preferowanie monologicznej formy podawczej
Poziom składni zdania	▪ składnia uporządkowana z wielością wskaźników zespolenia (relatorów) ▪ unikanie (poza pewnymi gatunkami urzędowymi i naukowymi) formułczości i stereotypowości ▪ operowanie pełnymi zdaniami; ▪ unikanie konstrukcji eliptycznych (eksplicytność) ▪ szyk składników w zdaniu poddany rygorom gramatycznym, logicznym i wymogom rozczłonkowania tematyczno-remantycznego ▪ bogaty repertuar struktur zdaniowych z dominacją zdań podrzędnych nad współrzędnymi ▪ obecność imiesłowów, zarówno przymiotnikowych, jak przysłówkowych ▪ brak orzeczeń zaimkowych
Poziom słownictwa	▪ bogactwo zaimków w funkcji anaforycznej (wskazujących po linii tekstu) ▪ nominalizm, tj. przewaga rzeczownika i jego satelitów (przymiotnika, przyminka) nad czasownikiem i jego satelitami (przysłówkiem i spójnikami) ▪ tendencja do jednoznaczności wyrażenia (unikanie wieloznaczności) ▪ dominacja słownictwa neutralnego nad ekspresywnym ▪ bogactwo zapożyczeń z języków obcych ▪ obecność ekspresywnych struktur analitycznych

Oddzielnej uwagi wymaga tekst specjalistyczny, który jest wykorzystywany do rozwijania sprawności czytania ze zrozumieniem. W opinii S. Gruczy (2013: 86) „teksty specjalistyczne to teksty wytworzone przez specjalistów w celu «wyrażenia» odpowiedniej specjalistycznej wiedzy”. Zdaniem badacza tym, co odróżnia tekst specjalistyczny od niespecjalistycznego, jest element fachowości informacyjnej, czyli nawiązanie do konkretnej wiedzy

pozajęzykowej (tamże). Dzięki pracy z takim tekstem uczący się mogą zaobserwować charakterystyczne cechy języka specjalistycznego, na co także zwraca uwagę J. Cholewa (2013: 77) „Tekst jest głównym ogniwem komunikacji specjalistycznej znajduje się w centrum semiotycznej interakcji oraz jest manifestacją posiadanej wiedzy specjalistycznej”.

M. Gębka-Wolak (2011: 308-309) podkreśla zróżnicowanie dyskursu specjalistycznego ze względu na tzw. stopień specjalistyczności słownictwa i na tej podstawie wyróżnia cztery typy tekstów, które można wykorzystać na zajęciach z języka specjalistycznego:

- 1) „teksty niespecjalistyczne, w których występuje wyłącznie leksyka ogólna, w szczególności wspólnoodmianowa;
- 2) teksty, w których leksyka ogólna jest przesycona nielicznymi elementami słownictwa fachowego, np. abstrakcyjnymi rzeczownikami i czasownikami, np. *badanie, badacz, analiza, wnioskowanie*;
- 3) teksty, w których dominuje słownictwo specjalistyczne należące do wykształcenia ogólnego rodzimego użytkownika języka, poznawane zazwyczaj w toku nauki szkolnej, a uzupełnione w codziennych kontaktach z mediami, np. *nizina, stożek wzrostu, podmiot liryczny*;
- 4) teksty, w których dominuje słownictwo ściśle specjalistyczne, należące do zasobu słownictwa czynnego wąskiej grupy specjalistów, np. *anafaza, onkogen*”.

Z kolei badacze zajmujący się lingwistyczną identyfikacją tekstów specjalistycznych wyróżnili 4 typy językowych identyfikatorów tekstu specjalistycznego: 1) semantyczne, 2) morfologiczne, 3) derywatologiczne, 4) terminologiczne (Grucza, Kielar 2003: 59-17).

W nauce języka specjalistycznego tekst stanowi źródło nowych wiadomości, a włączenie go w tok dydaktyczny ma na celu wzbogacenie wiedzy i doskonalenie znajomości języka (Omulecka 1996: 81). Stanowi także punkt wyjścia do rozmowy, dyskusji, a nie tylko do analizy zjawisk gramatycznych. Lektura obcojęzycznego tekstu specjalistycznego łączy bowiem kompetencje lingwistyczne z poszerzaniem wiedzy ogólnej, a praca z tekstem o charakterze specjalistycznym staje się wręcz potrzebą, jaką stawia XXI wiek przed nauczycielami i uczącymi się (Gajewska, Sowa 2014: 12; S. Grucza 2007: 7-20).

4.4.3. Nauczanie czytania

Sprawność czytania jest jedyną sprawnością, którą osoba ucząca się może rozwijać samodzielnie (Komorowska 2002: 188). Nie oznacza to, że rozumieniu tekstu pisanego należy poświęcać mniej czasu niż pozostałym trzem sprawnościom językowym. Rozwijanie sprawności receptywnych w nauczaniu języka ogólnego i specjalistycznego ma na celu wykształcenie zestawu następujących umiejętności:

- wyszukiwanie w tekście informacji szczegółowych i ogólnych;
- wyszukiwanie danych pozajęzykowych i określenie jego cech charakterystycznych;
- korzystanie z nabytej wiedzy leksykalnej i gramatycznej w celu zrozumienia tekstu;
- wnioskowanie o znaczeniu nieznanych słów, zwrotów czy fraz;
- dostrzeganie wewnętrznej gramatyki tekstu;
- wyciąganie wniosków na podstawie uzyskanych informacji;
- przekazanie zdobytych informacji w mowie i piśmie (Seretny, Lipińska 2005: 198-199; Gajewska 2011:107-116).

H. Komorowska (2015: 194) sformułowała siedem zasad rozwijania sprawności czytania ze zrozumieniem. Pierwsza z nich dotyczy doboru tekstu, który powinien odpowiadać celom i programom nauczania. Oprócz tego wskazane jest, aby materiał tekstowy był interesujący dla czytającego. Zaleca się także ukierunkowanie czytania na wychwycenie globalnego sensu albo przynajmniej określonej informacji. Kolejna zasada dotyczy motywacyjnej funkcji celu czytania. Ważne jest, aby przed uczącymi się zawsze stawiać konkretne zadania do wykonania w trakcie lektury, ale także po jej zakończeniu. Istotne jest, aby wykonanie pozwalało ocenić poziom zrozumienia tekstu, a nie np. umiejętność mówienia czy pisanie. H. Komorowska przestrzega również przed tłumaczeniem i wyjaśnianiem wszystkiego. Jest to niewskazane działanie, ponieważ powinno kształcić się globalne rozumienie oraz domysł. Ostatnia, siódma zasada, odnosi się do etapów czytania oraz występującego w każdej fazie innego zestawu ćwiczeń. Identyczne postulaty pracy z tekstem pisanym stawia A. Omulecka (1996: 81-88).

W literaturze przedmiotu sporo uwagi poświęca się różnicom między czytaniem w języku obcym a czytaniem w języku ojczystym (zob. Banach, Bucko 2019). Natomiast kwestią rozumienia pisanych tekstów specjalistycznych zajmowano się w kontekście sprawności cząstkowej (Gajewska, Sowa 2014: 184). Ograniczone rozwijanie sprawności na zarówno przeciwników, jak i zwolenników. Podejście to znalazło zastosowanie głównie w nauczaniu czytania dla potrzeb akademickich i naukowych (tamże: 70). Odrzucano ideę progresji na rzecz opanowania „strategii zrozumienia tekstu z wykorzystaniem w tym celu wiedzy uprzedniej i domysłu językowego” (tamże). Na pierwszym planie stawiano odczytywanie tekstu w sposób nielinearny, a duża część technik dotyczyła spójności transfrastycznej: konektorów retorycznych lub logicznych (tamże). Praca z tekstem specjalistycznym powinna służyć rozszerzeniu wiedzy z zakresu danej dziedziny osób uczących się i koncentruje się na opanowaniu strategii rozumienia tekstu obcojęzycznego (Magajewska, 2010: 161). Wspomaga także rozwijanie umiejętności językowo-specjalistycznych w procesie nauczania języka specjalistycznego (Kic-Drgas 2017b: 117).

Osoby podejmujące naukę JS mają już doświadczenie w czytaniu tekstów w języku obcym. Jednak w zależności od stopnia opanowania umiejętności rozumienia tekstów pisanych w obcym języku ogólnym, może okazać się ona pomocą lub przeszkodą. Umiejętność czytania i pracy z tekstem specjalistycznym we własnym języku może być niewystarczająca do czytania treści specjalistycznych w języku obcym, w którym uczący się wykazuje niskie kompetencje w rozumieniu tekstów języka ogólnego. Mając na uwadze złożoność i trudność leksykalno-składniową tekstów specjalistycznych, trudno wyobrazić sobie sytuację, w której student borykający się trudnościami w czytaniu tekstów w języku ogólnym poradzi sobie z tekstem specjalistycznym.

4.4.3.1. Kryteria doboru materiału

Dobór tekstu służącego rozwijaniu sprawności czytania należy do jednych z najtrudniejszych zadań stawianych zarówno przed nauczycielem przygotowującym zajęcia, jak i autorem podręcznika. Z jednej strony mamy bowiem uczącego się – jego poziom zaawansowania językowego, a także zainteresowania oraz oczekiwania (szczególnie istotny aspekt na zajęciach języka

specjalistycznego), z drugiej zaś program nauczania i wyznaczone przez niego cele (Janowska 2011: 194; H. Komorowska 2002: 189). Pomocne w takiej sytuacji mogą być kryteria, które zostały opracowane przez autorów ESOKJ (2003: 143; zob. 4.2.3.2).

Na złożoność języka, która z kolei przekłada się na ocenę tekstu w kategorii łatwy bądź trudny, składa się leksyka oraz gramatyka. Zdaniem M. Banach i D. Bucko (2019: 63) „leksyka o niskiej frekwencji, słownictwo specjalistyczne z określonej dziedziny i zorientowane naukowo (powtarzające się w tekstach z różnych dyscyplin), archaizmy, skróty, idiomy, wyrazy użyte w nauczaniu przenośnym, homonimy, regionalizmy, słowa bardzo potoczne lub typowe dla formalnego rejestru skróty” wpływają negatywnie na zrozumienie przez uczących się. W ocenie tekstu pod kątem złożoności leksykalnej pomoc mogą listy frekwencyjne opracowane m.in. przez H. Zgólkową (1992) oraz A. Seretny (2011). Opracowania takiego nie doczekało się jeszcze słownictwo specjalistyczne, np. z dziedziny medycyny. Z pewnością przygotowane w tym celu listy frekwencyjne byłyby cennym narzędziem dla nauczycieli, szczególnie tych z małym doświadczeniem w nauczaniu języka do celów specjalistycznych (Seretny 2017).

Jeśli chodzi o złożoność gramatyczną tekstu, zagadnienie to znalazło się w centrum zainteresowania polskich językoznawców już w latach 60. XX w. (szczególnie chodzi tu o badania W. Pisarka i stworzony przez niego wzór na trudność tekstu). Powszechnie uważa się, że stopień trudności tekstu zależy od jego językowej struktury. Za utrudniające zrozumienie treści uznaje się zdania wielokrotnie złożone, okresy warunkowe, zdania w stronie biernej, wielokrotne negacje, zdania o nietypowym szyku, struktury syntaktyczne oparte na nominalizacji, konstrukcje imiesłowowe oraz bezosobowe, a także zdania zawierające wypowiedzenia wtrącone i/lub rozerwane (Banach, Bucko 2019: 65; *Przewodnik dla autorów zadań do testów językowych* 2004: 119-120). Złożoność leksykalna i gramatyczna mogą, ale nie muszą być jednym z czynników dyskwalifikujących tekst do wykorzystania na lekcji. Tym bardziej, że znaną praktyką jest wykorzystywanie tekstu o nieco wyższym stopniu trudności niż wynika to z poziomu językowego uczącego się. W innym wypadku uczeń nigdy nie wyszedłby poza znana sobie leksykę oraz struktury składniowe (Gaszyńska-Magiera 2010: 54-55).

Przez strukturę tekstu należy rozumieć klarowną organizację i spójność na różnych płaszczyznach tekstu (składniowej, semantycznej, pragmatycznej), a do tworzących ją środków zalicza się: wskaźniki zespolenia, referencje, paralelizm, synonimy, antonimy, hiponimy, elipsa, słowa z danego pola tematycznego, podział tekstu na logiczne części (Banach, Bucko 2019: 69; Banach 2011: 33). Wśród czynników wpływających na czytelność tekstu wymienia się również prezentację wydarzeń w porządku chronologicznym brak dygresji i retrospekcji, eksplicytnie wyjaśnienie relacji łączących przedstawione fakty, przewidywalność treści, podział tekstu na akapity, obecność tytułów, punktów, wyliczeń, elementów typograficznych (Bucko, Banach 2019: 69).

U. Żydek-Bednarczuk (2005: 87) zwraca z kolei uwagę na czynniki z poziomu pragmatycznego, które wpływają na odbiór tekstu. Składa się na nie wiedza o świecie wspólna dla nadawcy i odbiorcy. Uwaga ta jest szczególnie istotna w kontekście tekstów specjalistycznych, dla zrozumienia których kluczowa jest wiedza merytoryczna z zakresu dziedziny. Dla M. Gaszyńskiej-Magiery (2010: 55) natomiast tym, co może zwiększyć ryzyko percepcji przekazu jako niezrozumiałego, jest zaplecze kulturowe czytelnika.

Kolejnym z kryteriów zaproponowanych przez ESOKJ brany pod uwagę przez nauczyciela przy dobrze materiału na zajęcia jest *rodzaj tekstu*. Pewnych wskazówek, jakie teksty powinny być czytane na poszczególnych poziomach zaawansowania, dostarczają wytyczne w *Programach nauczania języka polskiego jako obcego* (2016). Autorzy dokumentu proponowali gradacyjny podział tekstów. Oznacza to, że na poziomie A1 uczący pracuje z krótkimi tekstami narracyjnymi i/lub opisowymi, pojedynczymi napisami i ogłoszeniami, natomiast na poziomie C2 korzysta z tekstów użytkowych, takich jak sprawozdania, wywiady, pisma urzędowe, teksty literackie, także stylizowane i archaizowane. Inaczej nieco sytuacja przedstawia się w nauczaniu języka specjalistycznego, gdzie pod uwagę brane są gatunki tekstów charakterystycznych dla danego zawodu, specjalizacji, dziedziny naukowej. Przykładowo dla *języka medycyny (medycznego)* będą to gatunki wykorzystywane w trakcie studiów medycznych, np. artykuły naukowe, monografie, kompendia, studia, podręczniki, leksykony, abstrakty, teksty popularnonaukowe, poradniki, skrypty, rozprawy doktorskie, tezy, polemiki, artykuły encyklopedyczne. Drugą grupę stanowią gatunki tekstów wykorzystywanych w pracy lekarza, np. protokoły operacyjne, selekcyjne,

sprawozdania laboratoryjne, orzeczenia lekarskie, historie choroby, karty chorych, kalendarze szczepień, opinie lekarskie, instrukcje zażywania leków, sformalizowane druki (Kokot 2001: 69). Z doбором rodzaju tekstu związane jest kwestia autentyczności materiałów, która – zdaniem H.G. Widdowsona – wiąże się z angażowaniem czytającego w naturalny akt komunikacji (Widdowson 1978: 80, za Bucko, Banach 2019: 72).

Oceniając tekst pod kątem formy prezentacji pod uwagę bierze się zarówno jego postać papierową (tradycyjną) oraz elektroniczną (nowoczesną), czcionkę (jej krój, rozmiar), jak i autentyczność graficzną, tzn. tekst skierowania znajduje się na autentycznym formularzu. O tym, czy materiał może zostać wykorzystany na zajęciach, przeważa także nieprzejrzysty układ tekstu, nadmierne zagęszczenie tekstu na jednej stronie czy zbyt duża liczba wyróżnień oraz elementów ikonicznych, które rozpraszają czytającego (Bucko, Banach 2019: 73). Z drugiej strony, obecność diagramów, wykresów, schematów czy zdjęć może wpłynąć korzystnie na odbiór czytanej treści (Gaszyńska-Magiera, Seretny 2004: 119). Długość tekstu jest jednym z kryteriów zalecanych przez autorów ESOKJ przy doborze materiału na zajęcia, dalej jest to dyskusyjne zagadnienie. Z jednej strony praca z krótszym tekstem teoretycznie jest mniej czasochłonna, z drugiej zaś do wykształcenia u uczących się umiejętności szybkiego wyszukiwania informacji najlepiej sprawdzą się teksty nieco dłuższe (Bucko, Banach 2019: 74). Poza tym długość tekstu jest cechą immamentną gatunków, jak np. w przypadku skierowania (krótka) czy protokołu (długa).

Ostatnim kryterium doboru materiału wykorzystanego do rozwijania sprawności czytania zaproponowanym przez ESOKJ jest jego znaczenie dla uczących się. Dany tekst może (zde)motywowować uczącego się do jego przeczytania. M. Dakowska (2001: 11) zaznacza, że „tekst nie jest obiektywnie łatwy bądź trudny; jego stopień trudności ma charakter relacyjny i wynika ze stosunku zakresu doświadczeń osoby czytającej do materiału przetwarzania”. Znaczenie tekstu dla uczących się związane jest nie tylko z treścią, ale także z gatunkiem charakterystycznym dla danego języka specjalistycznego.

4.4.3.2. Etapy czytania w języku obcym

W literaturze przedmiotu wskazuje się trzy fazy, które zachodzą w trakcie lektury tekstu:

- faza akwizycji, w trakcie której ma miejsce skupienie uwagi uczących się wokół problematyki tekstu, aktywizowanie wiedzy językowej, prezentowanie nowych słów i konstrukcji oraz zapoznanie się z nimi, postawienie przed uczącymi się zadania do wykonania;
- faza rozumienia następuje tu zapoznanie się z tekstem, rozwijanie rozumienia globalnego, selektywnego i szczegółowego dzięki różnym strategiom, weryfikacja odpowiedzi i poziomu rozumianego materiału;
- faza działania to ostatni etap, podczas którego następuje przejście do ćwiczeń łączących poznanie treści z rozwijaniem innych sprawności oraz realizacja konkretnego zadania (Banach, Bucko 2019: 76).

Nieco inne rozwiązanie terminologiczne proponuje I. Janowska, według której można wydzielić cztery etapy pracy z tekstem:

- działania poprzedzające czytanie – zogniskowanie uwagi na temacie, aktywizacja posiadanej wiedzy;
- obserwacja tekstu – skupienie uwagi na topografii tekstu: tytuł, podtytuły, elementy ikonograficzne, wykresy, długość tekstu, podział na akapity;
- ciche czytanie⁶⁴ – czytanie ukierunkowanie przez polecenia;
- działania po zakończeniu czytania – wywołanie reakcji uczących się na przeczytaną treść (Janowska 2010: 567-568).

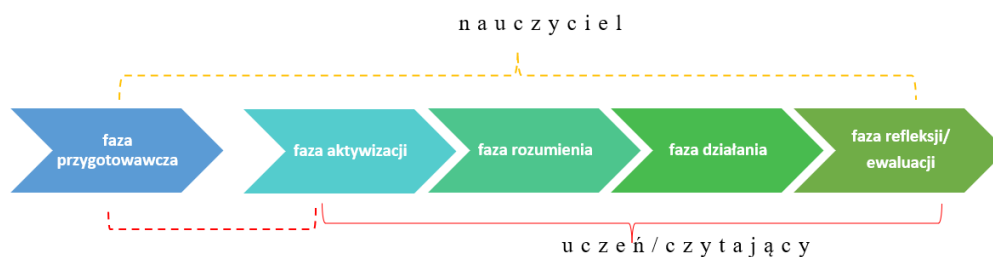
Wprawdzie w trakcie drugiej fazy następuje weryfikacja odpowiedzi i osiągniętego stopnia zrozumienia tekstu, proces czytania powinna zakończyć ewaluacja wykonanego na tej podstawie zadania. Dodatkowo wskazane jest dokonanie samooceny przez uczącego się własnych poczynań – który etap czytania był najtrudniejszy dla niego, co sprawiło mu najwięcej problemu, a co okazało się efektywnym narzędziem (techniką) wspomagającą czytanie, na ile zdobyta wiedza oraz rozwinięte umiejętności są przydatne w trakcie pracy z tekstem. Refleksja nad pracą z tekstem jest źródłem niezbędnej wiedzy dla

⁶⁴ Czytanie na głos służy przede wszystkim do ćwiczeń w wymowie, intonacji, a także do powiązania znaków graficznych z dźwiękami (Chodkiewicz 1986: 30). Ponadto, co istotne, nie wymaga od ucznia rozumienia przeczytanej treści (Seretny, Lipińska 2005: 191).

uczącego się i nauczającego. Czytanie ze zrozumieniem, zachodzące na lekcji, jest czynnością, w której bierze udział nie tylko uczeń (czytający), ale także nauczyciel (moderator czytania). Nie należy zapominać o samym przygotowaniu materiału do pracy przez lektora i/lub nauczyciela. Wiąże się to z poszukiwaniem bądź napisaniem tekstu, a następnie obudowaniem go ćwiczeniami leksykalno-gramatycznymi oraz zadaniami do wykonania⁶⁵. Jest to szczególnie istotny etap w przypadku, gdy osoba prowadząca zajęcia musi samodzielnie przygotować tekst do pracy dla osób uczących się. Uczący się, czyli czytelnik, jest także obecny na etapie przygotowawczym, choć jego udział ma charakter bierny. Nauczyciel, przygotowując materiały do czytania, uwzględnia potrzeby, które ma osoba ucząca się. Szczególnie jest to widoczne na zajęciach z języka specjalistycznego.

Schemat 22

Etapy czytania na lekcji – oprac. własne



Mówiąc z kolei o procesie czytania w odniesieniu do języka specjalistycznego, należy przypomnieć propozycję L. Bartoszewicz (1994: 68), w opinii której „ramy (scenariusze) mogą stanowić podstawę organizacji systemu nauczania czytania obcojęzycznej literatury specjalistycznej”. Autorka stoi na stanowisku, iż na proces czytania obcojęzycznego tekstu specjalistycznego składa się analiza tegoż tekstu na poziomie rozumienia, interpretowania, interioryzacji i oceniania, a sam scenariusz czytania obejmuje następujące elementy:

⁶⁵ Zdaniem M. Gębki-Wolak największą trudnością sprawia sam wybór tekstu specjalistycznego, który będzie dopasowany do poziomu znajomości języka słuchaczy. Poważnym wyzwaniem jest także samo skonstruowanie krótkich, jasnych i poprawnych językowo i stylistycznie poleceń oraz treści ćwiczeń i zadań (Gębka-Wolak 2011: 316-317).

Tabela 11

Model rozwijania sprawności czytania w języku specjalistycznym L. Bartoszewicz (Bartoszewicz 1994: 66).

Opis czynności	
Scena I	Szukanie źródła informacji. 1. Wyjaśnić, jakie źródła informacji na dany temat istnieją. 2. Wybrać źródło informacji. 3. Otrzymać źródło informacji.
Scena II	Zapoznanie się z tekstem. 9. Przeczytać tytuł. 10. Przewidzieć treść tekstu na podstawie tytułu. 11. Przejrzyć tekst. 12. Określić główną ideę tekstu. 13. Ocenić tekst.
Scena III	Podjęcie decyzji. 10. Zapomnieć. 11. Zapamiętać. 12. Zanotować (w formie konspektu, streszczenia, adnotacji).

Zaproponowany przez L. Bartoszewicz model nauczania czytania obcojęzycznych tekstów specjalistycznych nie różni się od modelu czytania tekstu w języku obcym w ogóle, zwłaszcza w perspektywie współczesnych badań nad rozumieniem tekstu pisanego.

4.4.3.3. Strategie rozumienia tekstu

Autorzy ESOKJ (2003: 84) rozumieją strategie jako: „[...] wybór określonego sposobu działania w celu osiągnięcia maksymalnej skuteczności”. Strategie są środkami, które użytkownik języka stosuje, aby jak najlepiej i najpełniej wykonać określone zadanie. Realizacja zadania, według wskazanego celu i zgodnie z danym kontekstem komunikacyjnym, wymaga uruchomienia oraz kontroli zasobów językowych, którymi dysponuje uczący się, także zastosowania odpowiednich umiejętności u sposobów działania.

Zdaniem M. Banach i D. Bucko (2019: 82) czynnikami, które decydują o wyborze konkretnych strategii uczenia się są m. in. motywacja, styl uczenia się, poziom zaawansowania językowego oraz świadomość metakognitywna, znajomość języków obcych, płeć użytkownika, wybrana metoda kształcenia oraz

oraz charakter zadania, które należy zrealizować.

Celem zastosowania strategii jest usprawnienie procesu uczenia się oraz zrozumienia tekstu. Na ogół wymienia się sześć powodów, dla których istotne jest rozwijanie strategii czytania:

- 1) umożliwienie uczącym się opracowanie, organizację oraz ocenę tekstu i jego merytorycznej zawartości.
- 2) poznawanie i stosowanie strategii czytania łączy się z rozwijaniem wielu strategii kognitywnych, które pozwalają wzmocnić koncentrację, pamięć, wpływają pozytywnie na komunikowanie i uczenie się.
- 3) indywidualne narzędzie wykorzystywane przez uczących się w charakterystyczny, im właściwy sposób.
- 4) stosowane przez uczącego się strategie czytania są odzwierciedleniem jego zdolności metakognitywnych oraz motywacji, gdyż do wykorzystania strategii uczący się powinien mieć odpowiednią wiedzę oraz właściwe predyspozycje.
- 5) strategie sprzyjające czytaniu i myśleniu mogą być wprowadzone podczas zajęć szkolnych.
- 6) znajomość strategii czytania może w znaczący sposób wpływać na cały proces uczenia się” (Koda 2011: 206 za: Banach, Bucko 2019: 96).

Chamot i O'Malley (1994, za Banach, Bucko 2019: 91) wyróżnili trzy kategorie strategii: kognitywne, metakognitywne, społeczne i emocjonalne, natomiast Anderson (2003, Banach, Bucko 2019: 91) podaje pięć grup: kontrola postępów rozumienia tekstu, wsparcie zrozumienia, parafrazowanie, ustanowienie spójności tekstu oraz strategie rozwiązywania testów, stosowane podczas realizacji konkretnego zadania związanego z czytaniem tekstem. Na zajęciach językowych można wykorzystać teksty ogólne (artykuły poglądowe), które pomagają w zdobyciu wiedzy podstawowej z zakresu zjawisk fizjologicznych, chorób i sposobów ich leczenia. Drugi rodzaj to teksty opisujące badania kliniczne, w których lekarze klinicyści szukają odpowiedzi na pytania dotyczące danego przypadku (Gordon, Drummond, Hayward 2002, za Kwinta 2008: 47-48). Do pracy z artykułami opisującymi badania kliniczne może zostać wykorzystana *praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach* – w skrócie POWAP, w literaturze angielskiej zaś *Evidence Based Medicine* – EBM, której celem jest określenie wiarygodności, stopnia użyteczności czytanych materiałów oraz siłę badania w nich przedstawioną (tamże: 49). Czytelnik

powinien odpowiedzieć na cztery pytania: 1) Czy temat danego doniesienia mnie interesuje?, 2) Czy dane i wnioski tego doniesienia są wiarygodne?, 3) Jakie są wyniki? 4) Czy zastosowanie wyników tego doniesienia pomoże mi w optymalnej opiece nad pacjentami? (Jaeschke, Cook, Guyatt 1998: 5)⁶⁶.

Aby ocena wiarygodności tekstu przyniosła zamierzone cele, osoba ucząca się powinna wiedzieć, w której części artykułu może znaleźć informacje dotyczące:

- obecności grupy kontrolnej i losowego doboru chorych rozkładu znanych czynników rokowniczych w grupach pacjentów;
- analizy w wyodrębnionych grupach zgodnie z zaplanowanym leczeniem;
- oceny punktów końcowych u co najmniej 70% chorych (tamże: 49-50).

Praca z tekstem w oparciu o POWAP może wydawać się trudnym, zarówno dla uczących się, jak i lektorów. Jest jednak zgodna z postulatami *learning centered approach* tekst nie jest tylko obiektem lingwistycznym, ale przede wszystkim źródłem informacji medycznej. Wypracowanie wśród uczących się umiejętności krytycznej analizy literatury jest jedną z najpotrzebniejszych umiejętności w zawodzie lekarza, zwłaszcza, jeśli do dyspozycji jest niezliczona liczba literatury. Jest to praktyczne narzędzie, które będzie można wykorzystać do pracy zawodowej po skończonych zajęciach. Z przerzucenia obowiązku pozyskania materiału tekstowego na zajęcia (co jest równe z przygotowaniem się do lekcji) wynikają pewne korzyści zarówno dla uczącego, jak i nauczyciela. Po pierwsze, samodzielny wybór tekstu, zdefiniowanie poruszonego w nim problemu mogą zwiększyć motywację do nauki, gdyż jest omawiany temat jest zgodny z zainteresowania, a w przypadku osób czynnych zawodowo także potrzebami czy problemami. Dla lektora, który nie jest specjalistą w medycynie, propozycja ćwiczeń opartych na POWAP może okazać się przydatnym rozwiązaniem (por. Hering 2015: 67-81; Zagożdżon 2015: 45-66):

⁶⁶ Dostęp w wersji polskiej na stronie Polskiego Instytutu Evidence Based Medicine <http://ebm.org.pl/show.php?aid=24829> (dostęp 01.07.2022).

Tabela12

Zarys kryteriów selekcji wiarygodnych artykułów medycznych (Jaeschke, Cook, Guyatt 1988: 7)

Tabela 2. Zarys kryteriów selekcji wiarygodnych artykułów medycznych	
	badania pierwotne
leczenie	1. Czy mamy do czynienia z badaniem randomizowanym z grupą kontrolną (czyli czy każdy pacjent, po wyrażeniu zgody na udział w eksperymencie klinicznym, miał taką samą szansę przydzielenia do grupy kontrolnej lub eksperymentalnej, jak każdy inny pacjent)? 2. Czy wszyscy pacjenci, którzy rozpoczęli badanie, zostali opisani po jego zakończeniu i przypisani w analizie do swojej oryginalnej grupy?
ustalenie rozpoznania	1. Jakiego badania użyto do ustalenia ostatecznego rozpoznania, i czy u wszystkich pacjentów to badanie wykonano? 2. Czy pacjenci poddani badaniu mogli reprezentować pacjentów, u których to badanie będzie wykonywane w normalnej praktyce klinicznej?
szkodliwość	1. Czy grupa kontrolna (grupa bez czynnika ryzyka) była pod względem innych czynników determinujących stan zdrowia identyczna z grupą, w której występował potencjalny czynnik szkodliwy? 2. Czy występowanie czynnika ryzyka i jego nasilenie oraz mierzenie skutków czynnika ryzyka było określane i poszukiwane w ten sam sposób we wszystkich porównywanych grupach pacjentów?
rokowanie	1. Czy badanie rozpoczęło ze ściśle zdefiniowaną grupą pacjentów w tym samym stadium procesu chorobowego? 2. Czy wszyscy pacjenci, którzy rozpoczęli badanie, zostali opisani po jego zakończeniu?
	badania wtórne
badanie przeglądowe – metaanaliza	1. Czy pytanie kliniczne jest wystarczająco precyzyjne w określeniu pacjentów, interwencji i metod pomiaru skuteczności interwencji? 2. Czy dobór badań pierwotnych był kompletny i zdeterminowany ich wiarygodnością?
analiza decyzyjna	1. Czy drzewo decyzyjne użyte w analizie sensownie odzwierciedla rzeczywiste dylematy kliniczne? 2. Czy prawdopodobieństwo wystąpienia danych stanów klinicznych i ich wpływ na jakość życia zostały ustalone na podstawie wiarygodnych badań klinicznych?
analiza ekonomiczna	1. Czy dana analiza porównuje przynajmniej dwie sensowne kliniczne alternatywy? 2. Czy wszystkie istotne ekonomiczne konsekwencje danego postępowania zostały ustalone w wiarygodnych badaniach?
wytyczne postępowania klinicznego	1. Czy potencjalne i sensowne metody postępowania klinicznego i ich skutki zostały jasno sprecyzowane? 2. Czy metody zbierania, selekcji i łączenia danych były wiarygodne?

4.4.3.4. Techniki nauczania czytania

Techniki nauczania czytania można podzielić na trzy grupy w zależności od momentu ich zastosowania w trakcie procesu czytelniczego:

- 1) Techniki poprzedzające czytanie, które mają na celu przypomnienie materiału gramatycznego i leksykalnego oraz ogniskowanie uwagi uczniów wokół

tematu, o którym jest tekst⁶⁷.

- 2) Techniki towarzyszące czytaniu, które wiążą się z rozwijaniem umiejętności globalnego, selektywnego i szczegółowego rozumienia.
- 3) Techniki możliwe do wykorzystania po czytaniu tekstu (Seretny, Lipińska, 2005: 200-2003).

⁶⁷ D. Pukas-Palimąka (2006: 89-99) zwraca uwagę na wysoką efektywność dwóch technik stosowanych przed właściwym czytaniem, mianowicie tworzenie asocjogramu oraz tworzenie projektu. Strategie pamięciowe, o których tutaj mowa (obok strategii kognitywnych i kompensacyjnych), są zaliczane do bezpośrednich strategii procesu uczenia.

Tabela 13

Techniki pracy z tekstem na zajęciach – oprac. własne

Faza czytania	Techniki
Przed czytaniem tekstu	▪ zbieranie skojarzeń do tematu w formie mapy myśli, asocjogramu, grafiki, rysunku ▪ przewidywanie/wnioskowanie i stawianie hipotez na podstawie tytułu, śródtytułów ▪ formułowanie pytań do tekstu ▪ rozmowa na temat elementów graficznych i/lub dźwiękowych dołączonych do tekstu ▪ refleksja nad celem czytania danego tekstu ▪ quizy, zagadki związane z tematyką tekstu ▪ dopasowywanie wyrazów do definicji ▪ podpisywanie obrazków / łączenie słów-kluczy i/lub wyrażeń z fotografiami ▪ grupowanie słownictwa ▪ budowanie zdań ze słowami-kluczami
Podczas czytania tekstu	▪ zaznaczanie/podkreślanie słów-kluczy ▪ podkreślanie informacji, faktów, opinii, wypowiedzi konkretnych osób, które będą pomocne przy udzielaniu odpowiedzi na pytania prawda/fałsz lub pytania otwarte ▪ wyszukiwanie w tekście synonimów, antonimów do słów-kluczy ▪ nadawanie tytułu/śródtytułów ▪ przyporządkowywanie tytułu fragmentom tekstu lub tekstu ilustracjom ▪ układanie tekstu w prawidłowej kolejności ▪ wybieranie słów/zdań/fragmentów najbardziej adekwatnych do treści ▪ uzupełnianie tekstu brakującymi słowami/zdaniami/fragmentami ▪ sporządzanie notatek ▪ analiza makrostruktury: wyszukiwanie i wskazywanie cech charakterystycznych dla danej formy pisemnej
Po przeczytaniu tekstu	▪ weryfikowanie wysuniętych hipotez ▪ odpowiadanie na pytania otwarte, wielokrotnego wyboru czy prawda/fałsz/brak informacji ▪ wyrażanie własnej opinii na temat zawarty w tekście ▪ sporządzenie planu do tekstu ▪ streszczenie tekstu ▪ odtworzenie struktury „budowy” tekstu ▪ proponowanie przebiegu wcześniejszych wydarzeń ▪ proponowanie dalszego ciągu historii ▪ przedstawienie treści z perspektywy inne bohatera ▪ zamiana tekstu na inny gatunek ▪ uzupełnienie diagramu, wykresu, formularza na podstawie treści zawartych w tekście ▪ korygowanie diagramu, wykresu, formularza na podstawie treści zawartych w tekście ▪ reakcja na przeczytany tekst (np. odpowiedź na reklamację) ▪ tworzenie tekstu tożsamego, uzupełnionego innymi danymi ▪ rekonstrukcja tekstu przez uporządkowanie jego rozsypanych fragmentów; ▪ uzupełnianie luk w tekście z wyjętymi z niego fragmentami (zdaniami, akapitami); ▪ analiza makrostruktury pisma ▪ analiza stosowanych środków stylistycznych ▪ korygowanie błędów wewnątrztekstowych ▪ ustalanie nadawcy i odbiorcy pisma ▪ przedstawienie struktury tekstu w formie graficznej

4.5. Sprawność pisania

Publikowane co roku wyniki z matur z języka polskiego oraz wyniki z egzaminu państwowego z języka polskiego jako obcego dla cudzoziemców za każdym razem dowodzą, że sprawność pisania jest najtrudniejszą z umiejętności do opanowania, zarówno dla rodzimych użytkowników polszczyzny, jak i cudzoziemców. Nie jest to miejsce, aby prowadzić dyskusję nad wszystkimi przyczynami takiego stanu rzeczy, nie ulega wątpliwości, że umiejętność tworzenia tekstów pisanych musi być ćwiczona i rozwijana na wszystkich etapach nauki (bez różnicy, czy mowa o nauczaniu języka ojczystego czy obcego), ponieważ nie jest to naturalna ludzka umiejętność. Z pewnością nie zachęca fakt, iż nabywanie tej kompetencji jest długotrwałe i mozolne, a na cały proces wpływają kryteria tematyczne, przestrzeganie zasad poprawności formalno-gramatycznej, wymogi formy tekstu oraz fakt istnienia odbiorcy, który reaguje zwrotnie na wiadomość (Lipińska, Seretny, 2005: 228-229).

E. Lipińska (2016: 9) dostrzega jeszcze jeden problem, a właściwie przyczynę nierozwijania omawianej sprawności na zajęciach językowych – jest nią brak odpowiedniego przygotowania uczących pod względem merytorycznym. H. Komorowska (2015: 205) stoi na stanowisku, że „sprawność pisania jest umiejętnością stosunkowo najmniej, a przynajmniej najrzadziej potrzebną przeciętnemu użytkownikowi języka”. Jest sporo racji w tym stwierdzeniu, jednak wydarzenia ostatnich lat (niesamowicie szybki postęp technologiczny w XXI w. i będący jego konsekwencją przyrost narzędzi do komunikacji, trwająca od 2020 r. pandemia i ograniczenia w komunikacji na żywo) pokazuje nowe konteksty komunikacyjne. W pełni zgadzam się z opinią A. Czeniek (2010: 17), która przeszło dekadę temu pisała, że: „sprawność pisania w XXI w. przechodzi swego rodzaju renesans, zyskuje na znaczeniu i ma spore szanse na stanie się ważniejszą niż kiedykolwiek wcześniej. Brak tej umiejętności stopniowo utrudnia bądź uniemożliwia branie udziału w wielu dziedzinach życia społecznego. Nie dziwi więc fakt, że obcokrajowcy zmieniają swój stosunek do sprawności pisania i zaczynają ją postrzegać jako jeden z niezbędnych elementów zajęć językowych, bardzo przydatny w kontaktach z rodzimymi użytkownikami języka, którego się uczą”.

Pisanie, zarówno w trakcie nauki języka ojczystego, jak i obcego – jest ostatnią sprawnością, której uczy się i którą opanowuje każdy człowiek. Z perspektywy neuro- i psycholingwistycznej jest niezwykle złożonym procesem i podobnie jak w przypadku poprzednich sprawności, wciąż pozostaje niezbadany w całości. Czynność ta bazuje na poddanych ciągłym modyfikacjom zautomatyzowanym przekazywaniu obwodów synaptycznych. Piszący trwa w ciągłym procesie podejmowania decyzji – od kwestii długości i złożoności zdań po intencje i rodzaj tworzonego tekstu (Gębał, Miodunka 2020: 307).

4.5.1. Nauczanie pisania

4.5.1.1. Etapy i zasady rozwijania sprawności pisania

Pisanie to szereg następujących po sobie czynności, począwszy od zogniskowania uwagi (w tym zbieranie pomysłów na treść), powtórzenie form, językowych, przypomnienie zasad tworzenia danego tekstu, poprzez kodowanie wzorców zdaniowych i składniowych, utrwalanie poznanych form językowych i gatunkowych, a na samodzielnym redagowaniu wypowiedzi kończąc (Lipińska, Seretny, 2005: 228-229; Gajewska, Sowa 2014: 187). Po zakończeniu pisania istotna jest także faza ewaluacji wykonanego zadania. Chodzi nie tylko o poprawę i ocenę pracy pisemnej przez nauczyciela na podstawie jasno opracowanych kryteriów⁶⁸, ale także o dokonanie samooceny przez osobę piszącą. We współczesnej metodyce podkreśla się rolę użycia sposobów oceniania u ewaluacji charakterze kształtującym (formatywnym), czyli takich, które będą skoncentrowane na mocnych stronach wykonanego zadania oraz zachęcać piszącego do samodzielnej poprawy błędów oraz dalszej pracy nad rozwijaniem sprawności pisania (Gębał, Miodunka 2020: 312).

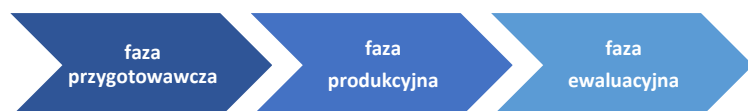
L. Grochowski (1982: 16-18) postuluje, aby w kształtowaniu i rozwijaniu sprawności pisania uwzględnić następujące czynniki psycholingwistyczne i

⁶⁸ Proponowane kryteria ewaluacji pisania kreatywnego to: słownictwo, struktury, długość tekstu, poprawność gramatyczna, koherencja (związek treściowy) i kohezja (związki syntaktyczne i stylistyczne), treść, kompozycja tekstu, podejmowanie ryzyka w użyciu konstrukcji wcześniej nieprzyswojonych, dyskurs, ortografia, dopasowanie socjolingwistyczne, typologia błędów, format techniczny (layout) (Haß i in. 2012: 109-110, za: Gębał, Miodunka 2020: 311). Kryteria oceny tekstów pisemnych na egzaminie państwowym z języka polskiego jako obcego obejmują: wykonanie zadania (treść i forma, kompozycja, objętość), środki językowe (leksyka i frazeologia, składnia, styl), poprawność językowa (gramatyka i ortografia).

ogólnodydaktyczne: świadomość i refleksja metajęzykowa, pamięć, systematyzowanie, kontrola, bariera psychologiczna mówienia. Proces pisania można przedstawić w następujący sposób: on następująco:

Schemat 23

Etapy procesu pisania – oprac. własne



Zdaniem A. Daviesa i H.G Widdowsona (1983: 132-157, za: Dębski 1996: 49) nauczanie sprawności pisania składa się z trzech etapów:

- 1) manipulowanie systemem graficznym: (faza receptywna) obejmuje nauczanie alfabetu języka (kształtu liter), sposób wypełniania strony (od prawej do lewej), nauczanie relacji głoska – litera;
- 2) kodowanie strukturalne: (faza produkcyjna), etap ćwiczeniowy w stosunku do nauczania gramatyki;
- 3) komunikowanie znaczenia: obejmuje rozwijanie umiejętności redagowania krótkich/długich wypowiedzi.

Pierwszym krokiem w nauce pisania jest teoretyczne i praktyczne zapoznanie (się) z regułami charakterystycznymi dla danej formy. Po zaprezentowaniu przykładu (najlepiej dwóch) następuje faza ćwiczeń stylistycznych oraz uzupełniających (Lipińska, Seretny 2005: 239). Następnym krokiem jest próba napisania uczonej formy. Powinno to się odbyć w trakcie zajęć tak, aby uczący miał sposobność omówienia swojej pracy z nauczycielem. Tak przeprowadzone ćwiczenia kończą się zadaniem pracy do samodzielnego napisania w domu. Kolejno tekst ten należy sprawdzić i omówić na kolejnych zajęciach. Nim jednak uczący przejdzie do samodzielnego tworzenia tekstu, ważne jest, aby zogniskować jego uwagę na temacie. Niezastąpione będzie tutaj tworzenie mapy myśli i idei wszystkiego, co się kojarzy z opracowywanym tematem. Tak zebrane pomysły będą stanowiły plan pracy pisemnej (tamże; zob. Gębał, Miodunka 2020: 309-310). Zdaniem R. Dębskiego (1996: 51) nauczania tworzenia tekstów powinno obejmować następujące zagadnienia: 1) kodowanie znaczenia w odpowiedniej formie, 2) podstawowe właściwości tekstu, 3) rodzaje

tekstu, 4) organizacja tekstu: segmentacja, spójność (powiązanie kolejnych elementów tekstu), integracja (spójność na poziomie tekstu), 5) leksykalne i składniowe wykładniki spójności tekstu.

Istotna jest także spostrzeżenie, że transfer wiedzy z języka ojczystego na język obcy podczas tworzenia wypowiedzi pisemnych nie zawsze jest pomocny, ponieważ uczący się niekoniecznie posiada wiedzę i umiejętności tworzenia poprawnych kompozycji tekstów w swoim własnym języku (Dębski 1996: 50). Jest to szczególnie istotne w nauczaniu JS w kontekście tzw. tekstów użytkowych, jakimi jest polska dokumentacja medyczna, która różni się od formularzy obowiązujących w szpitalach w innych państwach.

Podobnie jak w nauczaniu JO, tak i w dydaktyce JS umiejętność pisania jest uważana za najważniejszą i najtrudniejszą ze wszystkich sprawności. Istotnym zagadnieniem odnoszącym się do komunikacji pisemnej w JS jest intencjonalność. Teksty pisemne są swego rodzaju tekstami mowy, które kształtują rzeczywistość pozajęzykową (Ligara, Szupelak, 2012: 154). Nauczanie tworzenia wypowiedzi pisemnych powinno opierać się na planie zbliżonym do porządku ćwiczeń stosowanych w rozwijaniu sprawności mówienia, czyli stopniowego przejścia od zadań polegających na kopiowaniu modelu do samodzielnego tworzenia tekstu. (Gajewska, Sowa, 2014:189).

P. E. Gębał i W. T. Miodunka (2020: 308) mówią o dwóch rodzajach pisania:

- zorientowane na proces: jest elementem dopełniającym rozwijanie kompetencji leksykalnych, gramatycznych i ortograficznych, sprzyja refleksji nad własnym procesem uczenia się;
- zorientowane na produkt: jego celem jest wspieranie tworzenia autorskiego, służą np. zbieranie pomysłów, projektowanie map myśli.

Inaczej wygląda pisanie tekstów teoretycznych, które jest już zadaniem o wiele bardziej skomplikowanym. Wydaje się, że propozycje czterech modeli rozwijania sprawności pisanie w przygotowaniu uczniów do egzaminu maturalnego z języka angielskiego zaproponowanych przez M. Adamus-Tukiendorf mogą zostać wykorzystane również w nauczaniu JS, w tym PJMed.

Tabela 14

Modele rozwijania sprawności pisania M. Adamus-Tukiendorf (2006: 53)

Model I	Model II
1. Zapoznanie uczniów z językiem 2. Pisanie kontrolowane 3. Pisanie kierowane 4. Pisanie wolne	1. Analiza tekstu modelowego 2. Praca nad językiem 3. Imitacja tekstu modelowego 4. Rozwinięcie tekstu według planu
Model III	Model IV
1. Przygotowanie do pisania 2. Pisanie właściwe (wielokrotne) 3. Analiza tekstu 4. Edycja tekstu	1. Wprowadzenie tematu z wykorzystaniem tekstu 2. Uaktywnienie tematycznej wiedzy uczniów 3. Wprowadzenie/poszerzenie słownictwa tematycznego 4. Czytanie innych tekstów 5. Reagowanie na materiał ilustracyjny 6. Zbieranie faktów, opinii na dany temat 7. Szukanie związków między faktami i opiniami 8. Pisanie tekstu z wykorzystaniem podanych informacji

Jeśli chodzi o pierwszą zasadę rozwijania sprawności pisania, H. Komorowska (2015: 209) zaleca, aby naukę tworzenia wypowiedzi pisemnej prowadzić na materiale już przeciwieczonym słuchowo, ustnie i wzrokowo. Kluczowe jest opanowanie pisowni, ortografii i interpunkcji. Początkowo nauka pisania ma formę kopiowania gotowych form, aby stopniowo przechodzić do zadań coraz bardziej złożonych i samodzielnych. W kwestii doboru materiału, powinny to być takie teksty, które uczący się wykorzystają w przyszłości w życiu osobistym i/lub zawodowym. Konieczne jest także łączenie pisania z innymi sprawnościami: „od słuchania przez notowanie do pisania, lub od czytania przez mówienie do redagowania” (tamże).

E. Lipińska (2000: 15-16) przygotowała mini-poradnik dla piszących wypracowanie. Znalazło się w nim osiem wskazówek, jak uczący się powinien zaplanować tworzenie wypowiedzi pisemnej. Badaczka zwróciła uwagę na odpowiednie rozplanowanie w czasie swojej pracy (znajomość daty oddania wypracowania). Drugim krokiem jest wybór tematu proponuje się, aby było to wąskie zagadnienie, które będzie powiązane z własnymi zainteresowaniami. Kluczową rolę odgrywa przygotowywanie notatek (zapisywanie ich na kolorowych kartkach, zakreślanie ważnych informacji), które ułatwią pracę twórczą. Pisanie należy rozpocząć od przygotowania szkicu, który posłuży do przygotowania pierwszej wersji. Kolejnym krokiem jest przeczytanie tekstu, sprawdzenie go pod względem poprawności gramatyczno-stylistycznej oraz

zgodności treści z tematem. Naniesienie niezbędnej korekty jest ostatnim krokiem przed oddaniem wypracowania do sprawdzenia nauczycielowi (Lipińska 1997: 127).

4.5.1.2. Rodzaje tekstów i techniki nauczania pisania

Rozwijanie sprawności pisania wiąże się z poznaniem i nabyciem umiejętności tworzenia dość obszernego zestawu tekstów reprezentujących różne gatunki. W metodyce nauczania języków obcych mówi się o dwóch typach tekstów: o tekstach użytkowych oraz kreatywnych, tzw. estetycznych (Gębał, Miodunka 2020: 307; Dębski 1996: 50-51). W pierwszym zbiorze znajdują się teksty, które służą realizacji codziennych potrzeb życiowych, są to: ogłoszenia, zaproszenia, listy, maile itp. Ze względu na ich wysoką frekwencję użycia poza sytuacją lekcyjną, to właśnie im poświęca się dużo uwagi na zajęciach.

Zbliżona dychoomia gatunków ma miejsce także w językach specjalistycznych. Zjawisko to dobrze odzwierciedlają teksty medyczne, dla których zaproponowano podział na teksty teoretyczne – typowe dla studiów medycznych oraz teksty praktyczne, czyli dokumentację medyczną (Löning 1981: 79-92, za Kokot 2001: 59). W kwestii tekstów użytkowych/praktycznych sprawa jest łatwiejsza, ponieważ na ogół dokumentacja medyczna ma zbliżoną formę w różnych krajach, opanowanie sposobu jej wypełnienia jest kwestią czasu, poza tym pomocny jest transfer wiedzy z własnego języka. Dodatkowo dokumentacja medyczna prowadzona jest obecnie komputerowo, co znacznie ułatwia wypełnienie formularzy – system sam „podpowiada” np. nazwę badania czy schorzenia po wpisaniu kilku pierwszych liter.

W odniesieniu do technik nauczania pisania, w literaturze wskazuje się ich kategorie: kontrolowane, sterowane oraz wolne. Pisanie sterowane opiera się głównie na wypełnianiu instrukcji i poleceń nauczyciela, jest pozbawione samodzielnego komponowania wypowiedzi. W pisaniu sterowanym nauczyciel niejako narzuca, sugeruje temat pracy, pomaga również tworzyć plan wypowiedzi pisemnej. W tym wypadku udział studenta w pisaniu wypracowania jest większy niż w przypadku pisania kontrolowanego. Pisanie wolne charakteryzuje się pełną samodzielnością piszącego, który bazując na swojej wiedzy gramatycznej i stylistycznej, redaguje i komponuje tekst (Lipińska, Seretny, 2005: 246; Gajewska 2011: 122-130).

Tabela 15
Techniki rozwijania pisania – oprac. własne

Techniki	
Pisanie kontrolowane	▪ przekształcanie tekstów poprzez zmianę form gramatycznych, np. czas, osoba, liczba ▪ łączenie zdań za pomocą spójników ▪ tworzenie zdań z danych wyrazów, akapitów ze zdań
Pisanie sterowane	▪ uzupełnianie luk w tekście ciągłym ▪ reprodukcja przeczytanego materiału (studenci czytają opowiadanie, a następnie reprodukuja je w oparciu o sekwencję obrazków) ▪ zmiana stylu tekstu (np. student dostaje list oficjalny i musi zmienić na list brzmiący nieoficjalnie) ▪ zmiana podanych form na inne ▪ wypełnianie ankiet, formularzy ▪ dopisywanie brakujących fragmentów tekstu ▪ układanie kolejności zdań, akapitów tekstu ▪ odtwarzanie tekstu, np. układanie akapitów we właściwej kolejności, ▪ korekta uszkodzonego tekstu (wprowadzanie brakujących informacji), ▪ adaptacja tekstu-wzoru z innymi informacjami, ▪ tworzenie tekstów na podstawie słów-kluczy, ▪ wcześniej przygotowanego planu czy modelu tekstu, ▪ pisanie streszczeń, planów, odpowiedzi, transformowanie tekstu

Wymienione powyżej techniki nie są na stałe przypisane poszczególnym stopniom zaawansowania językowego, więc mogą być modyfikowane i wykorzystywane na każdym etapie nauki. Mogą stanowić zarówno wprowadzenie, jak i zakończenie dłuższych bloków lekcyjnych. Rozwijanie sprawności pisania w nauczaniu JS powinno być zorientowane nie tylko na rezultat, ale również na sam proces tworzenia. Dzięki temu uczący będą mogli rozwijać świadomość różnych aspektów własnej komunikacji (Ligara, Szupelak, 2012:154).

4.6. Warsztat metadydaktyczny w rozwijaniu sprawności

W samodzielnym opracowaniu materiałów na zajęcia JS trudne jest nie tylko zgromadzenie potrzebnego materiału, ale także przygotowanie ćwiczeń i zadań, ponieważ na poprawność i efektywność przebiegu procesu rozwijania sprawności receptywnych i produktywnych wpływ mają także forma polecenia

oraz konstrukcja całego ćwiczenia i/lub zadania. Instrukcja pełni dwie funkcje: kierującą i stymulującą, a jej brak sprawi, że ćwiczenie i/lub zadanie będą miały charakter pseudokomunikacyjny (Janowska 2019: 124). Przykładem tego jest poniższe polecenie, które jest stałym elementem podręczników do PJMed: *Proszę ułożyć dialog między lekarzem a pacjentem*. Autor takiego polecenia nie określił, kim jest pacjent, jaką specjalizację posiada lekarz, z jakim problemem pacjent zgłasza się do lekarza, w jakim kontekście toczy się rozmowa (nagły wypadek, zagrożenie życia, duży/mały ból), czy jest to pierwsza czy może kolejna wizyta. Brakuje tu jasno sprecyzowanego celu (funkcji stymulującej – ułożenie dialogu nie celem) oraz warunków wykonania zadania (funkcja kierująca), np.:

„Jesteś lekarzem/lekarką w lokalnej przychodni. Zgłasza się do ciebie młody mężczyzna, który nie jest twoim stałym pacjentem. Od kilku dni czuje się słaby/a, jest odwodniony, ma podwyższoną temperaturę, a wczoraj pojawił się mokry kaszel z krwią. Mężczyzna nie przyjmuje żadnych leków na stałe, dwa lata temu przeszedł zabieg usunięcia kamieni z nerek. Ułóż dialog między lekarzem a pacjentem, który przeprowadzi wywiad rodzinny, zbada pacjenta, skieruje na dalsze badania, przepisze leki i wystawi zwolnienie lekarskie”

Propozycja własna

W przywołanym tu opisie znajdują się niezbędne informacje dla obydwu interlokutorów. Jeszcze innym rozwiązaniem, wprowadzającym elementy nieoczekiwane, mogłoby być podzielenie tego zadania na instrukcje dla lekarza i instrukcje dla pacjenta, przy czym opis jednej z ról znajdowałby się np. na końcu podręcznika, tak aby nie był widoczny tylko dla jednego rozmówcy. Wówczas zadanie prezentowałoby się następująco:

Ułóż dialog między pacjentem a lekarzem, który przeprowadzi wywiad rodzinny, zbada pacjenta, udzieli rady, skieruje na dalsze badania, przepisze leki i wystawi zwolnienie lekarskie.	
Jesteś lekarzem/lekarką w lokalnej przychodni. Zgłasza się do Ciebie młody mężczyzna, który nie jest Twoim stałym pacjentem, widzisz, że nie czuje się komfortowo w trakcie wizyty. Od kilku dni czuje się słaby/a i jest odwodniony. W trakcie badania wyczuwasz, że pacjent ma powiększone węzły chłonne	Jesteś mężczyzną w wieku 35 lat. Idziesz do lekarza na wizytę, bo kilku dni masz podwyższoną temperaturę, a wczoraj pojawił się mokry kaszel z krwią. Nie przyjmuje żadnych leków na stałe, dwa lata temu przeszedłeś zabieg usunięcia kamieni z nerek. Nie czujesz się komfortowo w trakcie wizyty.

Propozycja własna

Niełatwe jest także opracowanie ćwiczeń i zadań do rozwijania sprawności słuchania i czytania.

Jeśli chodzi o ćwiczenia, w których uczący się musi odpowiedzieć na pytania otwarte do tekstu słuchanego lub pisanego, konieczne jest ich chronologiczne ułożenie zgodnie z przebiegiem treści tekstu. Jest to szczególnie ważne w pracy z tekstem słuchanym. Lista pytań tworzy swego rodzaju plan wypowiedzi, dzięki czemu słuchający ma pewną możliwość kontrolowania i przewidywania słuchanych informacji. Z tym typem ćwiczenia związany jest kolejny wymóg, tzn. rozmieszczenie pytań z zachowaniem odpowiedniej odległości między nimi. Przez odpowiednią odległość należy rozumieć odstęp umożliwiający np. zanotowanie krótkiej informacji na temat zagadnienia, o które pytamy. Zasada ta łączy się z nieco zmodyfikowanym ćwiczeniem na uzupełnianie luki informacyjnej w tekście słuchanym. Osoba słuchająca musi mieć wystarczająco dużo czasu, aby wpisać brakujące słowo. Ponadto usunięte słowa muszą być nośnikami konkretnej informacji, w innym wypadku będą sprawdzały umiejętności audytywne, czyli słyszenie fonemowe. Nie mogą być też zbyt oczywiste czy wynikać z kontekstu. Wówczas słuchanie nagrania nie przyniesie zamierzonego celu. W przypadku wykorzystania tego typu ćwiczenia do rozwijania sprawności czytania wskazane jest dodanie tzw. banku słów, w którym będą wszystkie usunięte wyrazy. Możliwe jest także dodanie jednego lub dwóch destruktorów, które podniosą trudność wykonywanego ćwiczenia. W ćwiczeniach należy unikać wyrażen, które pojawiają się w tekście nagrany czy pisanym. Wskazane za to jest sięganie po parafrazy i synonimy. Z kolei wykorzystane dystraktory nie powinny być abstrakcyjne lub takie, które można wykluczyć od razu. Powinny odznaczać się weryfikowalnością i autentycznością.

4.7. Podsumowanie

Proces rozwijania każdej ze sprawności językowych to zjawisko niezwykle złożone, w wielu aspektach nie do końca zbadane przez naukowców. Zestawianie sprawności językowych w parach: łatwa – trudna w moim odczuciu jest zabiegiem dość sztucznym, który rodzi więcej pytań niż daje zadowalających odpowiedzi. Przykładem może być powszechne przekonanie, że sprawność

mówienia jest trudniejsza od pisania (Janowska 2019: 32). Mają na to wpływać czynniki zewnętrzne, jak np. krótki czas planowania wypowiedzi/reakcji oraz wewnętrzne, czyli osobowość mówiącego (tu najczęściej podaje się osobowość ekstrawertyczną /introwertyczną, lęk językowy, samoocena, skłonność do podejmowania ryzyka). Faktory te oddziałują również na proces tworzenia wypowiedzi pisemnej. Co więcej, sprawność ta wymaga opanowania – często odmiennej – grafii, a także zasad ortografii i interpunkcji, gdzie w przypadku mówienia istotną rolę odgrywa (tylko albo aż) prozodia. Omówienie wiodących technik rozwijania sprawności językowych prowadzi do wniosku, że bazują one na osiągnięciach dydaktyki języka ogólnego, a różnice w zastosowaniu różnych technik są raczej ilościowe niż jakościowe.

W rozwijaniu sprawności rozumienia ze słuchu w nauczaniu języka do celów akademickich wyższą frekwencję będzie wykazywało sporządzanie notatek w trakcie słuchania, rozpoznawanie w tekstach ustnych parafrazy, podsumowania, zmiany tematu, czy integrowanie informacji usłyszanych z wiedzą pochodzącą z innych źródeł. W praktyce klinicznej istotne jest tzw. skuteczne słuchanie. Techniki stosowane na zajęciach powinny być nakierowane na rozwinięcie u uczącego się umiejętności słuchania aktywnego, empatycznego, otwartego i świadomego. Wśród najbardziej przydatnych technik wymienia się parafrazowanie, klaryfikowanie, odzwierciedlanie oraz podsumowywanie.

Jeśli chodzi o sprawność mówienia, dużą rolę odgrywa komunikacja niewerbalna (gesty, mimika, kontakt wzrokowy, kontakt fizyczny, dystans, środki akustyczne oraz środki prozodyczne), szczególnie w kontaktach *lekarz – pacjent*. Autorzy poradników metodycznych nie uwzględniają jednak w swoich opracowaniach technik i sposobów rozwijania komunikacji niewerbalnej (zob. Janowska 2019: 69). Podobnie jest także z wykorzystaniem środków paralingwistycznych w tekstach słuchanych. Zagadnieniom tym poświęcą się stosunkowo mało miejsca. Jeśli chodzi o czytanie, techniką godną uwagi jest praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach, która jest zgodna z postulatami *learning centered approach*.

W zakresie pisania, uczeń przystępujący do nauki PJMed dysponuje już praktyką pisemnej komunikacji językowej zarówno w języku ojczystym, jak i obcym (w tym wypadku polskim). Ponadto, jeśli uczniem jest osoba dorosła,

która ma już wykształcenie medyczne i doświadczenie pracy w swoim zawodzie, dysponuje także wiedzą i umiejętnościami praktycznymi z zakresu pisania tekstów specjalistycznych, zarówno teoretycznych, jak i praktycznych (dokumentacja medyczna). W tej sytuacji rozwijanie sprawności pisania nie będzie dla nauczycieli „pracą u podstaw”, bowiem można liczyć na tzw. transfer językowy.

CZĘŚĆ II

Rozdział V

Podstawa materiałowa i metodologia

5.1. Problematyka i cel rozprawy

Głównymi celami pracy są weryfikacja obecnego stanu metodyki nauczania w zakresie rozwijania sprawności językowych na przykładzie *polskiego języka medycyny (medycznego)* oraz wskazanie działań komunikacyjnych (językowych) niezbędnych w zawodzie lekarza i wypracowanie propozycji modelu rozwijania sprawności językowych dla glottodydaktyki specjalistycznej. Zaprezentowane w pracy wyniki są rezultatem przede wszystkim badań jakościowych opartych na wieloaspektowych analizach, wspieranych w wybranych obszarach badaniami ilościowymi.

Problematyka podjęta w niniejszej rozprawie obejmuje dwa wymiary przedmiotowych zagadnień – teoretyczny i empiryczny, w ramach których wyróżniono szczegółowe pytania badawcze i odpowiadające im cele. We wprowadzeniu do części pierwszej wskazano cele epistemologiczne, których realizacja dała podstawy do dalszych badań i analiz w części drugiej oraz działań modelotwórczych w części trzeciej.

W literaturze przedmiotu można znaleźć głosy krytyczne względem stawiania hipotez badawczych w badaniach opartych na podejściu jakościowym. Badacze podkreślają, że „w przypadku problemów badawczych, które zasadniczo mają na celu przede wszystkim opis określonych faktów i zjawisk, nie zachodzi taka konieczność (stawiania hipotez – przypis. P. O.)” (Łobocki 2006: 129). Ponadto „podejście jakościowe zmusza badacza do rezygnacji z hipotez badawczych i zakłada bezzałożeniowość w poznawaniu natury interesującego go zjawiska” (Pilch, Bauman 2001: 279). Hipotezy stwarzają możliwość pewnej elastyczności w procedurze badawczej, co ostatecznie może przełożyć się na rzetelność uzyskanych wyników.

Dzięki obserwacjom prowadzonym w trakcie prawie dziewięcioletniej pracy w zawodzie lektora JPJO możliwe było sformułowanie następujących założeń (hipotez) badawczych:

- 1) Uczący się JPJO do celów specjalistycznych i/lub zawodowych – szczególnie do celów medycznych – są specyficzną, wewnętrznie zróżnicowaną grupą kształcenia językowego.
- 2) Niejednorodne podejście do nauczania PJMed widoczne w materiałach glottodydaktycznych przeznaczonych dla studentów kierunków medycznych z

jednej strony wynika z grupy docelowej danego materiału oraz celu nauczania, z drugiej zaś jest spowodowane brakiem opracowań teoretycznych, metodologicznych i lingwistycznych PJMed.

- 3) Sposoby rozwijania sprawności językowych w materiałach do nauczania PJMed opierają się na osiągnięciach nauczania języka polskiego do celów ogólnych.
- 4) W nauczaniu medycznej odmiany języka polskiego większą wagę przywiązuje się do rozwijania kompetencji leksykalnej niż do rozwijania językowej kompetencji komunikacyjnej w działaniu.
- 5) Jest widoczna różnica między nauczaniem PJMed do celów akademickich/naukowych a nauczaniem PJMed do celów zawodowych.
- 6) Najważniejszą sprawnością w nauczaniu PJMed do celów zawodowych jest sprawność mówienia.
- 7) W nauczaniu PJMed do celów zawodowych najmniej uwagi przywiązuje się do rozwijania sprawności pisania.
- 8) Informacje nt. sposobów organizacji kursów PJMed do celów zawodowych są bardzo ograniczone.
- 9) Nauczyciele zajmujący się nauczaniem PJMed są bardzo rzadko wspierani przez koordynatorów kursów językowych.
- 10) Do tej pory nie opracowano certyfikacji w zakresie znajomości języka specjalistycznego.

Celem głównym niniejszej części jest zbadanie i opisanie stanu metodyki rozwijania sprawności językowych w materiałach do nauczania PJMed. W odniesieniu do tak sformułowanego celu empirycznego za cele szczegółowe przyjmuję:

- 1) Analizę koncepcji i deklaracji autorów podręczników do nauczania PJMed pod kątem rozwijania receptywnych oraz produktywnych sprawności językowych, a następnie zestawienie ich ze stanem faktycznym materiałów glottodydaktycznych.
- 2) Przeanalizowanie rodzajów użytych technik rozwijających sprawności receptywne i produktywne w materiałach glottodydaktycznych na podstawie samodzielnie sformułowanych kryteriów.
- 3) Analizę sylabusów nauczania języka polskiego jako obcego w uniwersytetach

medycznych w Polsce pod kątem celów kształcenia, technik pracy na zajęciach, treści nauczania i wykorzystywanych materiałów.

- 4) Zweryfikowanie ofert kursów językowych w prywatnych szkołach oraz jednostkach kształcenia zajmujących się nauczaniem języka polskiego do celów medycznych dla lekarzy cudzoziemców pod kątem celów kształcenia, treści nauczania i wykorzystywanych materiałów.
- 5) Zbadanie i opisanie świadomości językowej uczących się dotyczące konieczności rozwijania:
 - sprawności językowych na zajęciach z języka specjalistycznego,
 - kompetencji komunikacyjnych i umiejętności językowych w zawodzie lekarza.
- 6) Zbadanie i opisanie potrzeb językowych uczących się oraz ich oczekiwań wobec kursu języka specjalistycznego.
- 7) Zbadanie i opisanie świadomości językowej nauczycieli dotyczącej konieczności rozwijania:
 - czterech sprawności językowych na zajęciach z języka specjalistycznego,
 - kompetencji komunikacyjnych i umiejętności językowych w zawodzie lekarza.
- 8) Wypracowanie propozycji modelu rozwijania sprawności receptywnych i produktywnych w nauczaniu *polskiego języka medycyny (medycznego)* w trzeciej części rozprawy.

Realizacja tak sformułowanych celów empirycznych pozwoli odpowiedzieć na szereg pytań, które porządkuję w doniesieniu w czterech obszarach:

Obszar pierwszy: Sprawności językowe w praktyce nauczania *polskiego języka medycyny (medycznego)*. Problem główny dotyczy tu miejsca sprawności receptywnych i produktywnych na zajęciach PJMed oraz technik służących ich rozwijaniu zastosowanych w materiałach do nauczania PJMed. Natomiast pytania szczegółowe odnoszą się do następujących kwestii:

- 1) Jakie techniki rozwijania sprawności językowych proponują autorzy materiałów do nauczania PJMed i jak one przekładają się na efektywność nauki?

- 2) W jakim stopniu techniki rozwijające sprawności receptywne i produktywne bazują na dorobku nauczania JOg?
- 3) Jak nauczyciele oceniają materiały do nauczania PJMed pod kątem rozwijania sprawności językowych oraz technik wspomagających kształcenie tych umiejętności?
- 4) Którym sprawnościom – zdaniem uczących się oraz zdaniem nauczycieli – powinno się poświęcić najwięcej czasu i uwagi na zajęciach/kursie PJMed?

Obszar drugi: Oczekiwania uczących się wobec kursów PJMed. Problem główny jest w tym przypadku skoncentrowany na oczekiwaniach uczących się wobec zajęć języka specjalistycznego oraz ich świadomości językowej dotyczącej rozwijania językowej kompetencji komunikacyjnej w działaniu (językowych kompetencji zawodowych i umiejętności językowych niezbędnych do wykonywania zawodu lekarza). Stąd pytania szczegółowe brzmią:

- 1) Jakie są oczekiwania uczących się wobec kursu języka specjalistycznego?
- 2) Które językowe kompetencje zawodowe – zdaniem uczących się – są najważniejsze w zawodzie lekarza?
- 3) W jakim stopniu znajomość JOg przekłada się na oczekiwania wobec nauki JS (PJMed)?

Obszar trzeci: Świadomość autorów kursów i programów nauczania PJMed na temat rozwijania językowych kompetencji zawodowych i kompetencji w nauczaniu *polskiego języka medycyny (medycznego)*. Pytania szczegółowe służące zbadaniu tego problemu zostały sformułowane następująco:

- 1) W jakim stopniu programy nauczania w ośrodkach akademickich są do siebie zbliżone, a w jakim zakresie i jak bardzo są różne?
- 2) Które podręczniki do nauczania JOg i PJMed są faktycznie wykorzystywane na zajęciach?
- 3) Które językowe kompetencje zawodowe – zdaniem nauczycieli/organizatorów kursów – są najważniejsze w zawodzie lekarza?
- 4) Czy w trakcie zajęć PJMed zwraca się uwagę na budowanie przez studentów własnych strategii uczenia się oraz rozwijanie i umacnianie ich autonomii w procesie nauki?
- 5) W jakim stopniu nauczyciele uczący języka specjalistycznego są przygotowywani do pracy w zawodzie?

- 6) Czy i w jaki sposób nauczyciele PJMed są wspomagani przez metodyków i koordynatorów kursów językowych?

Obszar czwarty: Organizacja kursu PJMed przez ośrodki akademickie i/a ośrodki (nie)akademickie. Weryfikacja tej kwestii przebiegała w osadzeniu analiz na poniższych pytaniach:

- 1) Jaki jest główny cel nauczania *polskiego języka medycyny (medycznego)*?
- 2) Jak wygląda proces (model) organizacji lektoratu z języka polskiego (szczególnie PJMed) na uczelniach medycznych?
- 3) Jak wygląda proces (model) organizacji kursu językowego w szkołach prywatnych?
- 4) Czy proces organizacji zajęć w uniwersytetach medycznych i na kursach prywatnych wykazuje jakieś podobieństwa/różnice?
- 5) Jakie miejsce w procesie organizacji zajęć z języka polskiego do celów medycznych zajmują sprawności językowe?
- 6) Które podręczniki do nauczania JOg i PJMed są wykorzystywane na zajęciach?

5.2. Korpus badawczy

Na podstawie materiałową drugiej części niniejszej rozprawy składają się następujące typy źródeł:

- a) podręczniki i skrypty wykorzystywane do nauczania *polskiego języka medycyny (medycznego)*, powstałe w ośrodkach akademickich w latach 1974–2021.
- b) sylabusy lektoratów języka polskiego dla studentów studiów lekarskich w języku angielskim.
- c) oferty kursów PJMed dla cudzoziemskich lekarzy szukających zatrudnienia w Polsce.
- d) ankiety przeprowadzone wśród lektorów zajmujących się nauczaniem PJMed.
- e) ankiety przeprowadzone wśród uczestników kursów językowych

przeznaczonych dla cudzoziemskich lekarzy.

a) Podręczniki i skrypty do nauczania *polskiego języka medycyny (medycznego)*

Najbardziej popularne i łatwo dostępne pozycje zostały pozyskane w ramach kwerend bibliotecznych w trzech bibliotekach: Bibliotece Uniwersytetu Warszawskiego, Wojewódzkiej Bibliotece Publicznej im. H. Łopacińskiego w Lublinie oraz Bibliotece Głównej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Trzy wewnętrzne skrypty zostały udostępnione do badań na moją prośbę przez samych autorów.

W pierwszym etapie badań pozyskano materiał źródłowy liczący 45 pozycji, który został pogrupowany w 5 kategoriach:

Tabela 16

Podział materiałów do nauczania polskiego języka medycyny (medycznego) – oprac. własne

Kategoria		Ilość	Podkategoria	
1	Materiały do nauczania <i>polskiego języka medycyny (medycznego)</i>	17	do celów naukowych/akademickich	4
			do celów komunikacji medycznej	13
2	Materiały do nauczania przedmiotowo-językowego	9		
3	Materiały do nauczania <i>języka medycyny (medycznego)</i> w dziedzinach powiązanych z medycyną	6	dla dentystów	3
			pozostałe specjalizacje	3
4	Materiały z rozdziałami o tematyce medycznej ⁶⁹	5		
5	Materiały do nauczania polskiego języka ogólnego studentów medycyny w języku angielskim	6		
6	Inne	2		

W trakcie wstępnej analizy wyekscerpowano 29 pozycji, które ostatecznie poddano analizie należące do dwóch kategorii w zebranym korpusie: materiały do nauczania *polskiego języka medycyny (medycznego)* oraz do *nauczania przedmiotowo-językowego*. Do badań włączone zostały także dwie dodatkowe pozycje: dwuczęściowy podręcznik (część do nauczania języka ogólnego i medycznego) *Witaj w Polsce! Podręcznik do nauki języka polskiego*

⁶⁹ Uwzględniono podręczniki wydane po 2016 roku. Cezurę tę wyznacza artykuł M. Ławnickiej Borońskiej i K. Kubackiej, w którym zostały omówione materiały do nauczania PJMed i JOg wydane do 2016 roku.

dla studentów medycyny oraz Materiały do nauczania języka polskiego w szkole medycznej dla obcokrajowców. Poziom podstawowy, ponieważ podręcznik ten zawiera także komponent języka medycznego. Uwzględniono również *Testy dla kandydatów na studia*, w konsekwencji czego uzyskano próbę badawczą wielkości 32 pozycji. Selekcja materiału badawczego była konieczna z uwagi na główny cel pracy oraz grupę docelową, którą są lekarze i/lub przyszli/obecni studenci medycyny, a także ramy objętościowe pracy. W przyszłości zaplanowano analizy materiałów z rozdziałami o tematyce medycznej, które mogą zostać wykorzystane w pracy na zajęciach z języka specjalistycznego dla lekarzy. Osobnych badań wymagają także materiały do nauczania *języka medycyny (medycznego)* kierowane do specjalistów innych niż lekarze, takich jak dentyści, farmaceuci czy fizjoterapeuci. Wykaz omawianych materiałów znajduje się na końcu pracy w Literaturze podmiotowej.

b) Sylabusy lektoratów języka polskiego dla studentów studiów lekarskich w języku angielskim

Pierwszym krokiem w przypadku pozyskania sylabusów była kwerenda mająca na celu zweryfikowanie, które z uniwersytetów medycznych, uniwersytetów z Collegium Medicum, uczelni niepublicznych z kierunkiem lekarskim oraz wydziałów uniwersyteckich z kierunkiem lekarskim w Polsce oferują studia medyczne w języku angielskim⁷⁰. W ten sposób utworzono listę 13 ośrodków akademickich spełniających powyższe kryterium. Tylko niewielka część materiału badawczego znajdowała się w wolnym dostępie na stronach internetowych uniwersytetów medycznych. Brakujące sylabusy zostały pozyskane od dyrektorów Studiów Języków Obcych bądź koordynatorów i/lub lektorów po skierowaniu do nich indywidualnych prośb – łącznie 28 sylabusów z roku akademickiego 2020/2021. Ze zbioru wyeliminowane zostały sylabusy lektoratu języka polskiego dla kierunków dentystycznych, języka ogólnego i lektoratu dla tzw. Premed College. Ostatecznie wyekscerpowano 14 dokumentów z uniwersytetów wskazanych w poniższym zestawieniu:

⁷⁰<https://www.gov.pl/web/zdrowie/uczelnie-medyczne1>,
https://pl.wikipedia.org/wiki/Uczelnie_medyczne_w_Polsce (dostęp 27.06.2021).

Tabela 17

Wykaz ośrodków akademickich – oprac. własne

	Uczelnia	Liczba sylabusów	Poddane analizie
1	Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie	1	1
2	Collegium Medicum Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach	3	2
3	Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy	1	1
4	Gdański Uniwersytet Medyczny	2	1
5	Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie	2	1
6	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	3	1
7	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	5	1
8	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu	3	1
9	Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	2	1
10	Uniwersytet Medyczny w Lublinie	1	1
11	Uniwersytet Medyczny w Łodzi	3	1
12	Warszawski Uniwersytet Medyczny	3	2
13	Wydział Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego	1	0
	ŁĄCZNIE	28	14

Pozyskane dokumenty nie miały jednakowej formy, czasami w jednym sylabusie znajdował się opis całego kursu z podziałem na semestry. W niektórych uczelniach z kolei były oddzielne sylabusy kursu językowego dla każdego roku na studiach.

c) Oferty kursów PJMed dla cudzoziemskich lekarzy szukających zatrudnienia w Polsce

Tę część materiału badawczego pozyskano drogą kwerendy internetowej, polegającej na przeglądaniu stron internetowych, które pojawiły się po wpisaniu w przeglądarkę google.com haseł: *polski język medyczny/medyczny, kurs polskiego języka medycznego, kurs języka polskiego dla lekarzy, kurs języka polskiego dla pracowników medycznych, język polski w służbie zdrowia, przygotowanie do egzaminu NIL, Polish Medical language cours in Poland*. W ten sposób uzyskano łącznie 18 ofert z lat 2017–2022⁷¹ – które następnie zostały poddane analizom. Korpus badawczy obejmuje materiały pochodzące z

⁷¹ Najstarsza i najnowsza data aktualizacji danych.

następujących ośrodków⁷²:

Tabela 18

Wykaz instytucji prowadzących kursy PJMed dla lekarzy – oprac. własne

Wykaz instytucji prowadzących kursy PJMed dla lekarzy			
1	Akademia Wincentego Pola	10	Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku
2	Centrum Medyczne kształcenia Podyplomowego	11	Studium Języków Obcych Politechniki Białostockiej
3	Centrum Szkoleniowe Adamus / Wielkopolska Izba Lekarska	12	Szkoła Językowa Polish World
4	Collegium Verum	13	Szkoła Językowa Polonus
5	Europejska Fundacja Rozwoju Medycyny i Edukacji	14	Szkoła Językowa Together
6	Fundacja „Wolność i Demokracja”/Medmobility Poland	15	Szkoła Wyższa Ekonomii i Zarządzania ⁷³
7	Lingroom – Polski dla lekarzy	16	SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny ⁷⁴
8	Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach	17	Uniwersytet Gdański
9	Miedziowe Centrum Kształcenia Kadr	18	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

d) Ankiety przeprowadzone wśród lektorów zajmujących się nauczaniem PJMed

Ankieta skierowana do uczących się o nazwie *Sprawności i kompetencje językowe w nauczaniu polskiego języka medycyny (medycznego)* była przeprowadzona za pomocą MS Forms w okresie lipiec – wrzesień 2021 r. oraz w marcu 2022 roku. Liczba pytań mieściła się w granicy od 13 do 15, w zależności od odpowiedzi dwa pytania, które dotyczyły kolejno wcześniejszej nauki języka polskiego ogólnego i *języka medycyny (medycznego)*. Pytania przetłumaczono na język angielski, rosyjski i ukraiński. W metryczce znalazły się pytania dotyczące

⁷² W korpusie nie zostały uwzględnione programy kursów przygotowawczych do studiów medycznych w Polsce. Przeprowadzona kwerenda w tym kierunku wykazała, że kursy takie organizowane są tylko w Łodzi.

⁷³ Wprawdzie jest to niepubliczna uczelnia, która posiada pełne uprawnienia akademickie i wpisana jest do rejestru szkół niepublicznych Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Universitas Salesiana, czyli listę 60-ciu salezjańskich uczelni wyższych zlokalizowanych w różnych krajach świata, jej oferta nie została uwzględniona w korpusach programów nauczania, ponieważ nie są tam prowadzone studia Medical English, a tylko kurs języka.

⁷⁴ Podobnie jak w przypadku Wyższej Szkoły Zarządzania i Ekonomii w Łodzi, SWPS także prowadzi tylko kursy językowe.

wieku i narodowości. Zarejestrowano 107 uczestników badania, finalnie jednak korpus badawczy objął 87 kwestionariuszy. Wszystkie wyniki zostały zapisane w programie Excel, aby po zakończeniu badań uzyskać dodatkowe dane ilościowe.

e) Ankiety przeprowadzone wśród uczestników kursów językowych przeznaczonych dla cudzoziemskich lekarzy

Jeśli chodzi o nauczycieli, grupą docelową były tylko osoby zajmujące się nauczaniem PJMed. Ankieta miała taki sam tytuł jak dla uczących się i została przeprowadzona za pomocą tego samego narzędzia. Liczba pytań mieściła się w granicy od 14 do 17 (dziewięć pytań otwartych, osiem pytań z możliwością wyboru odpowiedzi⁷⁵), w zależności od odpowiedzi na dwa pytania. Kwestionariusz został przeprowadzony od początku lipca do połowy września 2021 r., a następnie w marcu 2022 r., łącznie uczestniczyło w nim 15 osób. Wzory ankiet dla uczących się i nauczycieli znajdują się w Aneksie.

5.3. Metodologia oraz narzędzia badawcze

Interdyscyplinarny charakter glottodydaktyki był asumptem do wykorzystania na potrzeby niniejszej rozprawy nie tylko różnych typów źródeł danych, ale także odmiennych technik zbierania danych i ich analiz. Dane pozyskano w następujących procedurach badawczych: 1) ankiety z pytaniami otwartymi i zamkniętymi, 2) obserwacje uczestniczące, 3) wywiady częściowo ustrukturyzowane oraz 4) krytyczne analizy zawartości materiałów według wypracowanych na podstawie literatury przedmiotu kryteriów badawczych. W celu zapewnienia maksymalnej wiarygodności i obiektywności prowadzonych badań została wykorzystana zasada triangulacji, czyli „strategia badawcza polegająca na zastosowaniu więcej niż jednej techniki pozyskiwania danych dotyczących tego samego przedmiotu” (Wilczyńska, Michońska-Stadnik 2010:

⁷⁵ Pytanie 4: „Czy w miejscu, w którym Pani/Pan pracuje, jest zagwarantowane wsparcie metodyczne (szkolenia, warsztaty metodyczne, dostęp do poradników metodycznych, dodatkowych materiałów, konsultacje z metodykiem lub specjalistą, np. lekarze)?” W przypadku odpowiedzi NIE ankietowany przechodził do pytania 6. Po udzieleniu pozytywnej odpowiedzi respondent był poproszony o opisanie, na czym polega pomoc ze strony metodyka/koordynatora. Pytanie 7: „Czy znajomość podręczników pozwoli Pani/Panu na ich krótką ocenę?”. Przy odpowiedzi negatywnej odpowiadający przechodził do pytania 11. Z kolei odpowiedź pozytywna zobowiązała do ewaluacji podręczników w pytaniach 8, 9 i 10.

292). Literatura przedmiotu dostarcza informacji na temat czterech możliwych typów triangulacji:

- 1) triangulacja danych – wykorzystanie różnych źródeł danych,
- 2) triangulacja teorii – wykorzystanie różnych podejść teoretycznych,
- 3) triangulacja badaczy – badania prowadzi więcej niż jeden badacz,
- 4) triangulacja metod badawczych – wykorzystanie różnych metod/technik badawczych (Bailey 2001: 118; tłum. za Aleksandrak 2018: 2007).

Zrealizowane w tej pracy badania cechuje podwójna triangulacja – triangulacja danych oraz triangulacja metod badawczych.

Prezentacja wyników badań ma przede wszystkim charakter opisowo-eksploracyjny, aby możliwie jak najdokładniej przedstawić wybrane zjawisko i zachodzące w nim pewne zależności (Wilczyńska, Michońska-Stadnik 2010: 62-63). Zaprezentowana procedura jest ukierunkowana na całościowe ukazanie obrazu badanych zjawisk w powiązaniu z naturalnym kontekstem sytuacyjnym i daje możliwość „lepszego uchwycenia niedostrzegalnej przedtem, rzeczywistej złożoności w wybranym zakresie, co stwarza szansę na podjęcie próby bliższego uchwycenia pewnych zależności” (tamże). Do badań opartych na paradygmacie eksploacyjno-interpretacyjnym wykorzystano głównie dane jakościowe. Choć z założenia nie koncentrują się na regularnym stosowaniu procedur statystycznych, we wnioskach końcowych zostały także przywołane dane ilościowe.

5.3.1. Kryteria analizy materiałów glottodydaktycznych

W glottodydaktyce europejskiej coraz częściej mówi się o *świadomości podręcznikowej nauczyciela* (ang. *textbook awarness*, niem. *Lehrwerkbewusstheit*). Z definicji zaproponowanej przez M. Koeniga (2010: 178, za Andrzejewską 2013: 304) wynika, iż w ten sposób definiuje się kompetencje nauczyciela do rozpoznawania zawartych w podręczniku możliwości i propozycji metodycznych oraz ich stosowania w procesie dydaktycznym. Zdolność identyfikacji koncepcji metodycznej w książkach przez nauczyciela oraz krytyczna analiza jest punktem wyjścia do ewaluacji materiałów do nauczania języków, choć jak niektórzy zauważają, praktyka ta nie jest często stosowana: „Mimo że początki świadomej refleksji na temat podręczników w Polsce sięgają działalności Komisji Edukacji Narodowej (!), to baza teoretyczna i empiryczna dotycząca tworzenia materiałów glottodydaktycznych jest, tak na gruncie

polskim, jak i europejskim stosunkowo skromna. Nie będzie zatem przesadą stwierdzenie, że praktyka tworzenia podręczników do nauki języka obcego znacznie wyprzedziła refleksję naukową” (Bogdanowicz i in. 2018: 118).

Materiał glottodydaktyczny, jak już wspomniano w rozdziale II, stanowi stały i niezastąpiony element spójnego układu glottodydaktycznego (Pfeiffer 2001: 19-21). Rola, jaką pełnią materiały glottodydaktyczne w procesie nauki języka, obliguje zatem do ich ewaluacji. Oglądu podręczników można dokonać z wielu punktów widzenia, a sama ewaluacja pełni różne role w procesie nauczania.

Mimo braku teoretycznych ram umożliwiających kompleksową ewaluację materiałów do nauczania języka polskiego jako obcego specjaliści podejmują próbę zmierzenia się z tą problematyką, bazując na kanwie osiągnięć glottodydaktyki europejskiej. Na przestrzeni ostatnich trzydziestu lat przeprowadzono kilkanaście analiz podręczników pod kątem wybranych aspektów dydaktycznych, oscylujących głównie wokół treści kulturowych bądź leksykalnych (Góralczyk-Mowczan 2018: 150). To niewielka liczba, jak słusznie zauważył W. T. Miodunka (2016: 345) w monografii *Glottodydaktyka polonistyczna. Pochodzenie – stan obecny – perspektywy*.

Jeśli chodzi o książki do nauczania języków specjalistycznych, nie były dotychczas przedmiotem zainteresowania szerokiego grona badaczy. W kręgu zainteresowań badaczy znalazły się podręczniki do języka biznesu (Ligara, Szupelak 2012; Komorowska 2020) i do nauki języka medycznego. W ostatnim dziesięcioleciu analizy materiałów glottodydaktycznych do nauczania PJMed kierowały uwagę badawczą głównie na leksykę medyczną⁷⁶. Wyjątek stanowi monografia R. Dębskiego (1996) oraz trzy artykuły mojego autorstwa, które były zapowiedzią niniejszej rozprawy doktorskiej (Oczko 2020a; Oczko 2020b; Oczko 2022 [w druku]). R. Dębski, w pracy poświęconej rozwijaniu sprawności pisania w podręcznikach do nauczania języka ogólnego i specjalistycznego, jako pierwszy poddał analizom podręcznik M. Chłopickiej A. Daneckiej-Chwals, D. Pukas-Palimąki *O człowieku po polsku*. Autor zwrócił uwagę, iż w podręczniku brakuje technik nastawionych na pracę samodzielną i kreatywną mimo że pisanie stanowi sprawność centralną w deklaracjach autorek (Dębski 1996: 61-62).

⁷⁶ W niniejszym omówieniu pominięte zostały recenzje podręcznika *Co Panu dolega?* autorstwa U.

Majcher-Legawiec i D. Pukas-Palimąki (2017) oraz P. Gębala i U. Majcher-Legawiec (2015).

K. Taczyńska przeanalizowała pięć podręczników⁷⁷ pod kątem ich użyteczności jako materiałów przygotowujących do egzaminu z języka polskiego organizowanego przez NIL. Autorka przedstawiła formę egzaminu i podkreśliła, że w trakcie jego przebiegu testowane są cztery sprawności – mówienie, rozumienie tekstu pisanego, rozumienie ze słuchu oraz pisanie, ale swoją analizę skupiła na szczegółowej weryfikacji podręczników pod kątem terminologii medycznej, a zagadnienia dotyczące sprawności językowych nie zostały rozwinięte. M. Ławnicka-Borońska, W. J. Rudnik oraz J. Wiśniewska swoje analizy ograniczyły do trzech pozycji⁷⁸. Wprawdzie w całościowym ujęciu podręczniki spotkały się z przychylną oceną autorek, nie zabrakło jednak słów krytyki. Za dwie największe wady uznano odejście od metody gramatyczno-tłumaczeniowej w prezentacji materiału leksykalnego i gramatycznego oraz brak materiałów audiowizualnych.

Z kolei M. Ławnicka-Brońskiej i K. Kubacka dokonały przeglądu 23 książek do nauki języka ogólnego na poziomie A1-A2 i 7 podręczników, skryptów oraz pomocy dydaktycznych z zakresu języka polskiego specjalistycznego⁷⁹ pod kątem leksyki medycznej. Weryfikacja materiałów dydaktycznych pokazała niewystarczającą obecność zagadnień z zakresu szeroko pojętego zdrowia i medycyny w materiałach ogólnych oraz deficyt pozycji do nauczania języka medycznego. Badaczki stwierdziły też, że w materiałach glottodydaktycznych do nauczania języka ogólnego jest niewystarczająca obecność zagadnień z zakresu szeroko pojętego zdrowia i medycyny. Autorki podkreśliły „wciąż niewystarczający wybór i dostępność tytułów stricte medycznych” (Ławnicka-Brońska, Kubacka 2016: 232). Teza ta jest wciąż aktualna, ponieważ od chwili publikacji artykułu ukazała się tylko jedna książka – *U lekarza. Słucham i rozumiem*⁸⁰. M. Ławnicka-Brońska i K. Kubacka omówiły także temat obecności

⁷⁷ W artykule omówione zostały następujące podręczniki: A. Danecka-Chwals, M. Chłopicka, D. Pukas-Palimąka (1981); M. Chłopicka, D. Pukas-Palimąka, K. Turek-Fornelska (1991); J. Lechowicz, J. Podsiadły (1998); Ś. Sikorska i M. Janowska (2007); T. Jurek (2007).

⁷⁸ Badaniami objęto materiały: T. Jurek (2007); Ś. Sikorska; M. Janowska (2007); B. Bilicka (2003).

⁷⁹ Przeanalizowano następujące materiały: B. Bilicka (2018); M. Janowska, Ś. Sikorska (2007, 2015), T. Jurek (2007); M. Ławnicka-Borońska (2013).

⁸⁰ W 2016 r. na rynku obecne były już publikacje UMw Lublinie, UM w Gdańsku oraz UM w Poznaniu. M. Ławnicka-Borońska oraz K. Kubacka nie uwzględniły ich w swoich analizach, ponieważ jak same zaznaczyły, przepływ informacji między uniwersytetami medycznymi jest nikły.

języka pośredniego (angielskiego) w materiałach do nauczania PJMed. Podkreślili, że: „brak oparcia w znanym języku pośrednim, jego konsekwentne unikanie może spowodować niewłaściwe zrozumienie przyswajanych treści leksykalnych. W praktyce oznacza to poświęcenie dodatkowego czasu na pełne wytłumaczenie nauczanego materiału. W przypadku samodzielnego korzystania z podręczników jest to znaczącą przeszkodą” (tamże: 229). Jest to słuszna obserwacja – język pośredni jest pomocny w sytuacjach, gdy nie pomagają inne metody, takie jak użycie synonimów, antonimów, przytoczenie definicji, pokazanie ilustracji, zacytowanie zdania. Choć w literaturze przedmiotu można znaleźć bardzo przychylne słowa wobec techniki tłumaczenia dydaktycznego „użycie kodu pośredniego (tu konkretnie angielszczyzny, uważanej za język medycyny XXI w.) w nauce języka specjalistycznego może czasami budzić wątpliwości. Zarówno lektor PJMed, jak i student muszą znać specjalistyczny medyczny język angielski na tyle dobrze, aby mieć pewność, że tłumaczenie jest poprawne. W innym wypadku efekt będzie wprost przeciwny do zamierzonego. Studentami kierunków lekarskich i lekarsko-dentystycznych często są osoby, dla których angielszczyzna nie jest językiem pierwszym. Z kolei w przypadku lekarzy z Ukrainy, Białorusi czy Rosji znajomość języka angielskiego nie jest na najwyższym poziomie⁸¹.

Wzmianka na temat materiałów dydaktycznych do nauki języka polskiego specjalistycznego z dziedziny medycyny i stomatologii⁸² pojawia się w pracy U. Swobody-Rydz (2018). Wprawdzie autorka nie dokonuje analizy wymienianych

⁸¹ Oprócz braku znajomości języka polskiego, powodem, dla którego polskie środowisko medyczne dość ostro protestowało przeciwko skróceniu procedur umożliwiających uzyskanie przez cudzoziemców prawa do wykonywania zawodu lekarza w Polsce była niska znajomość języka angielskiego. Jak wiadomo, angielszczyzna jest językiem nauki. Brak znajomości języka angielskiego uniemożliwiał dostęp do publikacji i konferencji międzynarodowych. <https://www.politykazedrowotna.com/81112,lekarz-ze-wschodu-nie-musi-znac-jezyka-polskiego-spor-prawny> (dostęp: 11.05.2022).

⁸² Analizami zostały objęte następujące materiały: A. Danecka-Chwals, M. Chłopicka-Wielgos, D. Pukas Palimąka (1981); M. Chłopicka, D. Pukas-Palimąka, K. Turek-Fornelska (1991, 2015); J. Lechowicz, J. Podsiadły 2004; Ś. Sikorska i M. Janowska 2007; T. Jurek 2007; M. Ławnicka-Borońska (2013). W tekście zostały uwzględnione także materiały dla stomatologów: U. Swoboda-Rydz (2015); Leśniak, Bilicka (2013); Ponadto autorka uwzględniła w swoich badaniach także książkę K. Sokołowskiej, T. Jurka K. Labudy-Di Mario, B. Tuczyńskiej-Nowak pt. *Język polski w pigułce. Podręcznik do nauki języka polskiego jako obcego dla studentów wydziałów medycznych (A1-A2)*. Nie jest to podręcznik do nauczania języka specjalistycznego, choć jest kierowany do dość jasno sprecyzowanej grupy odbiorców. Autorzy podkreślają, że „podręcznik został napisany z myślą o studentach Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, dla których językiem wykładowym jest język angielski. Podręcznik przeznaczony jest do nauki języka ogólnego na poziomie podstawowym (A1 / A2) pod kierunkiem lektora i przewidziany jest na ok. 150 godzin” (Sokołowska i in. 2003: 5).

w swoim tekście materiałów, niemniej stawia tezę, iż prawdziwie komunikacyjne zadania językowe nie są możliwe do wprowadzenia na poziomie A2 – jest to realne dopiero na wysokim szczeblu zaawansowania językowego, czyli B2/C1.

Do przeprowadzenia badań nad technikami i sposobami rozwijania sprawności językowych i ich opisania została wybrana analiza krytyczna zawartości materiałów pod kątem technik rozwijania sprawności językowych. W literaturze przedmiotu analiza zawartości jest jedną z metod badawczych – również w naukach humanistycznych – która służy nie tylko „obiektywnemu, systematycznemu i ilościowemu opisowi jawnej zawartości” (Żurek, Piekot 2008: 127), ale także – co istotne w perspektywie badań zaprezentowanych w niniejszej pracy – „jakościowej analizie treści [...], w celu ustalenia stanu faktycznego rzeczy oraz prognoz przyszłościowych” (Apanowicz 2002, za: Mróz-Jagiello, Wolanin 2013: 111). Kryteria analiz są zgodne z wytycznymi preparowania materiałów pod kątem rozwijania sprawności receptywnych i produktywnych przyjętymi w metodyce nauczania języków obcych (Pfeiffer 1979, 2001; Komorowska 2002; Seretny, Lipińska 2005; Prizel-Kania 2013; Aleksandrak 2018; Banach, Bucko 2019; Janowska 2019; Gębał, Miodunka 2020; Ligara, Szupelak 2012; Gajewska, Sowa 2014; Sendur 2020).

Na podstawie klasyfikacji i zestawu funkcji pełnionych przez materiały glottodydaktyczne zaproponowanych przez W. Pfeiffera oraz opracowań naukowych prezentujących problemy metodyczne w glottodydaktyce JS, wyróżniono podstawowe kryteria oceny podręczników.

Pierwszym i jednocześnie najważniejszym kryterium w kontekście problematyki rozprawy było rozwijanie sprawności językowych i wykorzystywanie w tym celu określonych technik. Przy ustaleniu kolejności analizowania i omawiania technik rozwijania sprawności receptywnych oraz produktywnych kierowano się wynikami badań prowadzonych na gruncie (glotto)dydaktyki nauczania języka, które mówią, iż: „komunikujemy się przez 70% czasu, kiedy nie śpimy (czyli w czasie „czuwania”), z czego w 45% poprzez słuchanie, w 30% poprzez mówienie, w 16% poprzez czytanie, a tylko w 9% poprzez pisanie” (Steil, Miller, 1982: 16; za: Seretny, Lipińska 2005: 137). W związku z tym w niniejszej pracy prezentowane są kolejno techniki rozwijania rozumienia ze słuchu, mówienia, rozumienia tekstu pisanego oraz umiejętności pisanie.

Analiza badanego materiału przebiegała trójetapowo. Pierwszy etap polegał na przeanalizowaniu deklaracji oraz koncepcji autorów dotyczących technik rozwijania wszystkich sprawności zawartych we wstępach do materiałów glottodydaktycznych. Następnie dokonano analizy materiałów pod kątem technik wspomagających rozwijanie czterech sprawności według kryteriów wypracowanych na podstawie literatury przedmiotu. W odniesieniu do sprawności słuchania były to: 1) jakość i długość nagrań; 2) gatunek, język i tematyka tekstów mówionych; 3) techniki wykorzystywane we wstępnej fazie (przed słuchaniem) – o ile zostały uwzględnione w podręczniku; 4) techniki towarzyszące słuchaniu, 5) techniki następujące po wysłuchaniu tekstu. W przypadku technik wspomagających rozwijanie sprawności mówienia ocenione zostały: 1) potencjał komunikacyjny tekstów i tematów; 2) materiały stymulujące wypowiedzi; 3) techniki utrwalające nowo poznaną leksykę; 4) techniki wspomagające tworzenie samodzielnej wypowiedzi.

Z kolei w analizie tekstów służących rozwijaniu sprawności czytania wzięto pod uwagę 1) złożoność językową i strukturę tekstów; 2) gatunki i tematykę tekstów; 4) znaczenie dla uczących się; 5) techniki poprzedzające czytanie (o ile zostały uwzględnione); 6) techniki towarzyszące czytaniu; 7) techniki możliwe do wykorzystania po czytaniu tekstu.

Natomiast w ocenie materiałów wykorzystywanych do rozwijania kompetencji tworzenia wypowiedzi pisemnych ewaluacji zostały poddane: 1) prezentacja pisemnej formy wypowiedzi; 2) techniki wprowadzające oraz towarzyszące nauce pisania. Wszystkie siatki (tabele) analiz zostały umieszczone w Aneksie.

Przy analizie tekstów mówionych oraz pisanych istotna była także ich autentyczność oraz prezentacja – oprócz wiedzy specjalistycznej – również wiedzy krajo- i kulturoznawczej. W kontekście do nauczania języka specjalistycznego do celów specjalistycznych i/lub zawodowych ważne jest bowiem rozwijanie kompetencji socjolingwistycznej. Oglądowi poddana została także prezentacja wzorów tekstów niezbędnych do realizacji zadania komunikacyjnego, jak i funkcjonalność przedstawionej w podręczniku wiedzy i jej przydatność w realnym środowisku medycznym. Przy okazji badań nad sprawnościami produktywnymi w materiałach glottodydaktycznych oceniane były również sprawności pozajęzykowe i interpersonalne. Pierwszym krokiem było

zbadanie, czy autorzy podręczników i skryptów uznali za konieczne rozwijanie tych sprawności jako integralnego komponentu kursu *języka medycyny (medycznego)*.

I wreszcie ostatnim etapem badań nad technikami rozwijania sprawności językowych był sposób redagowania oraz przygotowywania treści ćwiczeń i zadań. Jest to także istotne kryterium, ponieważ nierzadko sposób ich redakcji wpływa na efektywność ćwiczeń i zadań.

5.3.2. Kryteria analizy sylabusów i ofert szkół prywatnych

W niniejszej rozprawie przyjmuję, iż „sylabus kursu językowego to dokument programowy stanowiący dokładny opis przedmiotu, który zawiera treści kształcenia, metodologię nauczania, bibliografię, zasady ewaluacji, rozwój kompetencji i efekty kształcenia, czyli wszystko to, co nazywamy działaniami dydaktycznymi nauczyciela i procesem uczenia się uczestników danego kursu” (Kaliska 2018: 460; zob. Komorowska 1984). We wszystkich polskich uczelniach obowiązuje jeden model sylabusu, który jest zgodny z wytycznymi Krajowych Ram Kwalifikacji oraz wymogami Procesu Bolońskiego (zob. Kraśniewski 2009; Ziółek 2010).

Podobnie jak w przypadku materiałów glottodydaktycznych, do badań nad sylabusami oraz ofertami kursów językowych oferowanych przez ośrodki nieakademickie wykorzystałam analizę zawartości. Już wstępny przegląd zebranego korpusu pozwolił stwierdzić, że niektóre ośrodki akademickie przygotowują jeden zbiorczy sylabus obejmujący cały okres prowadzonego lektoratu. Niektóre materiały były również niekompletne.

Badanie sylabusów nauczania języka polskiego jako obcego (lektoratu z języka polskiego) przeprowadzono według następujących kryteriów:

- sposoby organizacji zajęć (wymiar godzin i częstotliwość lekcji),
- cele i efekty kształcenia,
- planowany rozwój kompetencji (językowych, społeczno-kulturowych, organizacyjnych i osobowościowych) oraz sprawności u osób uczących się,
- metodologia nauczania poprzez wyszczególnienie działań dydaktycznych,
- wykorzystywane na zajęciach podręczniki i materiały.

Analizowane dokumenty zakodowano akronimami nazw uczelni. Następnie

zostały przeanalizowane pod kątem obecności (1) lub nieobecności (0) danego kryterium, wyniki tego badania zebrano w tabeli.

Tabela 19

Kryteria wstępnej analizy sylabusów – oprac. własne

Sylabus	Sposoby organizacji zajęć	Cele i efekty kształcenia	Rozwój kompetencji	Działania dydaktyczne	Zakres tematyczny	Informacje o materiałach
SYLABUS_1						

Przed przystąpieniem do analizy treści korpus badawczy obejmujący 28 sylabusów został podzielony na trzy kategorie: 1) podstawowy język polski ogólny, 2) język polski dla dentystów, 3) język polski dla lekarzy. Podział ten został podyktowany przez zebrany korpus, w którym znalazły się sylabusy zatytułowane Basic Polish, Dentistry Polish, Medical Polish. W ostatecznej analizie pod uwagę brane były tylko sylabusy dotyczące studiów medycznych, natomiast dokumenty opisujące lektorat z języka polskiego na wydziałach dentystycznych uwzględniono we wnioskach końcowych. W opisach pominięto nazwy uczelni, każdy z sylabusów został oznaczony symbolem SYLABUS_[numer]. Celem badania nie było porównanie ze sobą różnych ośrodków akademickich, co mogłoby zostać odebrane jako zabieg marketingowy. Nazwy uczelni pojawiły się tylko w sytuacjach, gdy było to niezbędne, a komentarz nie miał charakteru (anty)reklamy.

W związku z tym, że oferty kursów komercyjnych nie mają stałej formy, dostępne są tylko ogólne wytyczne oraz sugestie, jakie elementy powinna zawierać komercyjna oferta kursu językowego⁸³. Dlatego też analiza tej części korpusu obejmowała podobne kryteria jak w przypadku sylabusów nauczania na

⁸³ „Jeżeli mowa o przygotowywaniu oferty, to nie sposób nie wspomnieć o programie nauczania. Metodę nauczania możemy opracować samemu lub kupić. Oferta książek i programów jest w tym zakresie bogata dlatego na rynku na pewno znajdziemy odpowiadającą nam propozycję. Osoby, które zdecydowały się na otworenie szkoły w systemie franczyzowym ten problem mają z głowy, gdyż kupując licencję, razem z nią otrzymują przygotowany program nauczania. Ważną informacją dla wszystkich początkujących w lingwistycznym biznesie jest fakt, że oparcie zajęć o znane podręczniki typu Longman, Enterprise itp. bez wcześniejszego wykupienia odpowiednich praw jest niezgodne z prawem. Taka działalność prędzej czy później przysporzy nam więcej kłopotów niż korzyści dlatego zanim skorzystamy z tych książek zadbajmy o wykupienie stosownych pozwoleń”. Źródło: <https://mambiznes.pl/wlasny-biznes/pomysl-na-biznes/zakladamy-szkole-jezykowa-2559> (pisownia i interpunkcja oryginalne, dostęp 15.08.2021).

uniwersytetach. Decyzja ta była podyktowana założeniem, iż program nauczania języka obcego oferowany przez szkoły i instytucje prywatne ma charakter czysto reklamowy. Najważniejsze są informacje na temat 1) sposobów organizacji zajęć (wymiar godzin i częstotliwość lekcji); 2) celów i efektów kształcenia; 3) planowanego rozwoju kompetencji (językowych, społeczno-kulturowych, organizacyjnych i osobowościowych) oraz sprawności u osób uczących się; 4) zakresu tematycznego; 5) wykorzystywanych materiałów. Każda z ofert została oznaczona symbolem OFERTA_[numer], w celu zanonimizowania jej źródła.

Tabela 20

Kryteria wstępnej analizy ofert kursów językowych – oprac. własne

Oferta	Sposoby organizacji zajęć	Cele i efekty kształcenia	Planowany rozwój kompetencji	Zakres tematyczny	Wykorzystywane materiały
OFERTA_1					

5.3.3. Badanie perspektywy uczącego się i nauczyciela

Jak piszą W. Wilczyńska i A. Michońska-Stadnik (2010: 279), ankieta to „popularna technika pozyskiwania danych obejmująca kwestionariusz pisemny z pytaniami otwartymi, półotwartymi i/lub zamkniętymi, przydatna zwłaszcza w badaniach z udziałem wysokiej liczby respondentów, a dotyczących ich postaw i opinii”. Taka forma zbierania danych jest użyteczna, szczególnie wtedy, gdy badane są poglądy, opinie i preferencje i wbrew pozorom jest pomocna nie tylko w badaniach ilościowych, ale także w jakościowych (Rubacha 2008: 173). Niekwestionowaną zaletą użycia ankiety jest możliwość zbadania niemalże każdego aspektu procesu uczenia się i nauczania (Nunan 1989: 62). Z drugiej strony ankieta odbierana jest jako technika mało samodzielna, a udział respondenta ogranicza się tylko do udzielania odpowiedzi na pytania „ściśle i jednopropozycyjne” (Pilch, Bauman 2001: 98). Aby skompensować poczucie, iż ankiety dostarczają mniej pogłębionego i zindywidualizowanego materiału empirycznego, w badaniu perspektywy nauczyciela przeprowadziłam także wywiady oraz obserwacje uczestniczące. Forma pytań i struktura ankiet mają charakter autorski. Pytania zostały opracowane w ścisłej korelacji z celami badawczymi. Ankiety zostały oznaczone kolejno ANKIETA_numerU – ankieta

uczącego się (np. ANKIETA_1U) ; ANKIETA_numerN – ankieta nauczyciela (np. ANKIETA_1N).

Jako autorka ankiety byłam świadoma także innych trudności związanych z tym narzędziem badawczym, np. analizy odpowiedzi na pytania otwarte, które są obciążone ryzykiem niekompletności lub nieprzejrzystości. Jednak dokładne określenie grupy odbiorców – w przypadku lektorów byli to tylko nauczyciele PJMed, a w grupie uczących się byli to lekarze i lekarki głównie z Ukrainy (95%) – pozwoliło ograniczyć „słabości ankiety jako techniki badawczej” do minimum (Aleksandrak 2018: 210).

Bardzo pomocne w analizach ankiet okazały się dwa pozostałe narzędzia (w moich badaniach pełniły rolę pomocniczą): obserwacja oraz wywiady. Pierwsza z wymienionych technik jest tłumaczona jako czynność badawcza będąca „celowym i planowanym spostrzeganiem jakiegoś faktu, zjawiska czy zdarzenia w sposób systematyczny, a niekiedy także okazjonalny i z zastosowaniem różnych środków technicznych” (Łobocki 2004: 46). Prowadząc obserwacje, koncentrowałam się na elementach istotnych z perspektywy kluczowych celów poznawczych i starałam się na bieżąco rejestrować dane (robiłam notatki, nagrywałam zajęcia online za zgodą wszystkich uczestników)⁸⁴. Wprawdzie, jak zaznacza M. Aleksandrak (2018: 211), „obserwacja nie oferuje wyjaśnień co do możliwych przyczyn lub uwarunkowań obserwowanych zjawisk i zachowań”, nie zmienia to faktu, iż dostarcza istotnych danych oraz informacji, które mogą być kolejno zweryfikowane np. w ankiecie czy wywiadzie.

Ostatnią z zastosowanych przeze mnie technik w prowadzonych badaniach był wywiad, który jest definiowany jako „rozmowa badającego z respondentem lub respondentami według opracowanych wcześniej dyspozycji w oparciu o specjalny kwestionariusz” (Pilch i Bauman 2001: 91). W literaturze przedmiotu podaje się trzy kryteria, według których można sklasyfikować wywiady:

- „wywiad kategoryzowany i niekategoryzowany – punktem odniesienia jest stopień usystematyzowania pytań,
- wywiad jawny, ukryty lub jawny nieformalny – kryterium podziału stanowi sposób prowadzenia rozmowy przez badacza,

⁸⁴ Zajęcia były nagrywane w celu udostępnienia ich osobom nieobecnym. W moim odczuciu świadomość rejestrowania przebiegu lekcji nie wpłynęła znacząco na naturalność aktywności i uczestnictwa osób uczących się. Po pewnym czasie studenci sami przypominali o nagrywaniu zajęć.

- wywiad indywidualny i zbiorowy – decyduje liczba osób, które uczestniczą w danym wywiadzie” (tamże: 95).

W swoich badaniach zdecydowałam się na otwartą formułę wywiadu, która mimo dużej swobody i elastyczności, miała pewne ramy, umożliwiające kontrolę procedury badawczej. Przed każdym wywiadem przygotowywałam listę określonych zagadnień (pytań), ale faktyczny ich zakres wykorzystania znany był dopiero po zakończeniu rozmowy. Najczęściej wykaz zagadnień poszerzał się w trakcie wywiadu, ponieważ rozmówcy nierzadko naprowadzali na kolejne istotne dla moich badań aspekty. W nomenklaturze zaproponowanej przez M. Bielicką (2012) taka forma wywiadów jest nazywana wywiadami częściowo standaryzowanymi, z kolei A. Rubacha (2008) proponuje termin częściowo kierowane. Nie zdecydowałam się na nagrywanie wywiadów, ponieważ po pierwsze, nie stanowią one podstawowych składowych korpusu badawczego, a po drugie, istniało większe ryzyko sztuczności rozmowy niż w przypadku nagrywania zajęć. W trakcie wywiadów starałam się prowadzić selekcję notowanych fragmentów wypowiedzi, co jednak wiązało się z mniejszym obiektywizmem w doborze i ujęciu notowanych informacji (por. Wilczyńska, Michońska Stadnik 2010: 161). Wśród innych wad wywiadu jako techniki badawczej w literaturze przedmiotu wymienia się np. dokładne śledzenie toku rozmowy i naprowadzanie rozmówców na właściwy tok myślenia w taki sposób, aby zebrane dane dotyczyły mojej problematyki badawczej (Bielicka 2012: 112). Najbardziej problematyczne z mojej perspektywy okazało się tłumienie własnej ciekawości badawczej w chwili pojawienia się wątków niezwykle interesujących, ale niezwiązanych lub w niewielkim stopniu związanych z prowadzonym badaniem.

Reasumując, wieloaspektowość zagadnienia, jakim jest nauczanie języka polskiego jako obcego do celów medycznych, była asumptem do wykorzystania w prowadzonych przeze mnie badaniach różnych technik badawczych, z pełną świadomością ich ewentualnych ograniczeń lub niedostatków.

Rozdział VI

**Praktyka rozwijania sprawności
językowych
w materiałach do nauczania
*polskiego języka medycyny (medycznego)***

6. 1. Rozwijanie sprawności rozumienia ze słuchu

6.1.1. Koncepcje autorów materiałów

Analizy podręczników i skryptów pod kątem technik rozwijania sprawności słuchania wykazały, że zaledwie 4 pozycje zawierają ten komponent: *Co Panu dolega?*, *U lekarza. Słucham i rozumiem!*, *Medical Polish, Listening and speaking practice* oraz *Witaj w Polsce!*.

Z przywołanych pozycji tylko autorzy *U lekarza (...)* we *Wstępie* wyrażają *explicite* konieczność nabycia przez uczących się kompetencji rozumienia ze słuchu. Koncepcja podręcznika argumentowana jest w sposób następujący: „Do tej pory na rynku księgarskim brakowało pozycji, która umożliwiałaby skuteczne nauczanie języka polskiego medycznego na poziomach podstawowym i średnim. *U lekarza (...)* tę lukę wypełnia, oferując bogaty materiał ćwiczeniowy pozwalający na doskonalenie tekstu pisanego oraz rozwijanie sprawności mówienia, a przede wszystkim, co szczególnie warto podkreślić, najwięcej uwagi poświęca się rozumieniu ze słuchu. [...] Opracowanie kładzie szczególny nacisk na kształcenie sprawności rozumienia ze słuchu, poświęca jednak także sporo uwagi słownictwu, rozumieniu tekstu pisanego i komunikacji” (Rogala i in. 2019: 7). W uzasadnieniu przyjętego przez siebie podejścia metodycznego zespół autorski odwołuje się zarówno do swoich doświadczeń w nauczaniu języka specjalistycznego, jak i do oczekiwań samych uczących się. Należy to uznać za słuszną strategię, ponieważ odzwierciedla ona współczesne tendencje w glottodydaktyce mówiące o koncentracji procesu dydaktycznego na perspektywie studenta.

Twórczynie *Co Panu dolega?* tylko anonsują, że w każdej jednostce tematycznej znajdują się ćwiczenia nastawione na recepcję ustną (Chłopicka-Wielgos i in. 2015: 2). W publikacji *Witaj w Polsce!* pojawia się ogólnie sprecyzowany cel zadań w podręczniku, którym jest „ćwiczenie i utrwalenie nowo poznanego słownictwa medycznego, a także rozwijanie umiejętności efektywnego porozumiewania się z pacjentem i personelem medycznym” (Bilicka 2018: 10). Przez porozumiewanie należy rozumieć nie tylko produkcję ustną, ale także recepcję. Autorki *Medical Polish, Listening and speaking practice* nie zamieściły żadnego wstępu, sama publikacja stanowi wyjątek na tle wszystkich pozyskanych wewnętrznych uczelnianych skryptów, ponieważ jest to jedyny

skrypt, który w całości poświęcono rozwijaniu sprawności rozumienia ze słuchu i mówienia⁸⁵.

Tak niska frekwencja materiałów z elementami służącymi rozwijaniu sprawności słuchania spowodowana jest kilkoma czynnikami. Niewątpliwie kluczowe są tutaj czas powstania materiału, obowiązująca wówczas metoda nauczania języka obcego (w tym także do PJMed) oraz cel, który w sposób naturalny wynikał z założeń teoretycznych. Większość podręczników pochodzi z okresu, kiedy w dydaktyce JO dominowała metoda gramatyczno-tłumaczeniowa, w której zamiarem było „wyposażenie uczniów w wiedzę o charakterze językowym, literackim, dostarczanie sposobności do ćwiczenia pamięci” (Janowska 2016: 38). Mimo upływu lat metoda ta jest nadal chętnie wykorzystywana przez niektórych autorów, czego przykładem są np. skrypty z uczelni medycznych.

Drugim istotnym czynnikiem było skupienie się przede wszystkim na rozwijaniu kompetencji leksykalnej. Dla twórców skryptów uniwersyteckich nadrzędnym wyznacznikiem *języka medycyny (medycznego)* jest leksyka. Stąd też ich materiały służą przede wszystkim poszerzaniu u uczących się zasobów słownictwa. Z kolei w nauczaniu PJMed do celów akademickich/naukowych na pierwszym miejscu jest stawiana praca z tekstem naukowym lub/i popularnonaukowym oraz związana z nią sprawność czytania ze zrozumieniem. Intensyfikacja badań lingwistycznych nad komunikacją lekarza z pacjentem znalazła swoje odbicie również na gruncie glottodydaktyki, a dowodem tego są powstające materiały, których nadrzędnym celem jest rozwijanie kompetencji komunikacyjnej, aby przygotować do sprawnego porozumiewania się z pacjentem. Wysunięcie na pierwszy plan kompetencji komunikacyjnej wymaga wręcz rozwijania umiejętności słuchania ze zrozumieniem oraz mówienia.

Trzecią przyczyną braku materiałów do rozwijania sprawności słuchania jest koszt przygotowania i opracowania technicznego nagrań. Wewnętrzne skrypty uniwersyteckie to publikacje niskobudżetowe, niejednokrotnie wydawane w małym nakładzie. Mając jednak na uwadze zróżnicowanie narodowościowe w grupach uczęszczających na lektorat z języka polskiego na studiach medycznych, trudno wyobrazić sobie prowadzenie zajęć bez elementów audialnych,

⁸⁵ Nie udało się jednak pozyskać nagrań do skryptu. Nie są one dostępne dla osób z zewnątrz.

szczególnie w XXI wieku. Pominięcie ćwiczeń rozwijających rozumienie tekstów słuchanych w materiałach kierowanych do osób wykazujących zerowy poziom znajomości języka jest rozwiązaniem ryzykownym. Można hipotetycznie przyjąć, iż skrypty te nie są materiałami podstawowymi na lektoratach, a pełnią jedynie funkcję uzupełniającą.

6.1.2. Jakość nagrań

W zależności od podręcznika nagrania mają różną długość – 1:10 do 4:10 min.⁸⁶ (Chłopicka-Wielgos i in. 2015), 0:40-1:40 min. (Kuciejczuk, Krawczuk 2011; Bilicka 2018). Warto przypomnieć, że optymalna długość nagrań wykorzystywanych na zajęciach to 3 min. (Prizel-Kania 2013: 117). Nagrania są dołączone do materiałów na płycie CD (poza publikacją *Witaj w Polsce*, której pliki audio zostały zamieszczone w Internecie, na stronie internetowej Wydawnictwa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego), dzięki czemu są łatwo dostępne dla nauczycieli i uczących się⁸⁷. Ich ilość oscyluje w granicach od 15 do 47 jednostek na podręcznik/skrypt.

Głosu do nagrań użyły głównie osoby młode (kobiety i mężczyźni)⁸⁸. Deficytowe z kolei są głosy osób starszych oraz dzieci. W rolę osób starszych w nagraniach wcielają się młodzi lektorzy, co może wpłynąć negatywnie na odbiór tekstu słuchanego – wprawdzie jest on bardziej zrozumiały dla uczniów, ale z drugiej strony traci na naturalności i prawdziwości. Ponadto prowadzi do zdeformowania obrazu świata i niewystarczająco przygotowuje do funkcjonowania poza klasą. Ograniczone zostaje także rozwijanie umiejętności interpretacji paralingwistycznych cech mowy, takich jak np. intonacja czy tempo. Podręcznikowi pacjenci sprawiają wrażenie postaci spokojnych, opanowanych, które chętnie współpracują z lekarzem i pamiętają o najdrobniejszych szczegółach ze swojej przeszłości czy historii choroby. Brakuje tzw. trudnych pacjentów, niewspółpracujących z lekarzem, przestraszonych, panikujących czy choćby niedosłyszających, do których trzeba mówić głośniej, a także powtarzać kilka razy

⁸⁶ Dla porównania – długość transkrybowanego tekstu, stanowiącego podstawę wykonania zadań dla poziomu C1 egzaminu państwowego z JPJO, powinna wynosić ok. 210-260 słów.

⁸⁷ Posiadacze najnowszych laptopów i innych urządzeń elektronicznych mogą mieć jednak problem z odtworzeniem nagrań zapisanych na płycie CD.

⁸⁸ Dla porównania, w publikacji *Opiekuję się osobą starszą* w nagraniach wzięły udział w większości osoby starsze, dzięki czemu dialogi zyskują na naturalności.

jedno zdanie czy nawet słowo. Z pewnością wykorzystanie takiego rozmówcy w dialogu wpłynęłoby na naturalność i autentyczność nagranych przekazu ustnego⁸⁹.

W przypadku długich partii dialogowych, zamieszczonych w podręczniku Chłopickiej-Wielgos (i in. 2015), wypowiedzi są czytane, a nie swobodnie wypowiedziane. Z uwagi na docelowy poziom języka tego podręcznika (B2-C1) rozwiązanie to jest dyskusyjne. Na tak zaawansowanym poziomie znajomości języka od słuchaczy wymaga się rozumienia tekstów autentycznych i z takimi nagraniami powinno też się pracować na zajęciach. Natomiast niektóre nagrania sprawiają wrażenie zbyt wolnych i miejscami dość sztucznych. W dialogach poruszane są tematy, które wymagają pewnego dramatyzmu, wręcz odegrania sytuacji, by była ona jak najbliższa wydarzeniom rzeczywistym (np. matka opisująca stan zdrowia chorego dziecka, opis silnego, trwającego dość długo bólu). W zamian uczący się otrzymują odczytany dość spokojnie i w jednostajnym tempie dialog. Wypowiedzi osób biorących w nagraniach są pozbawione zabarwienia emocjonalnego, można odnieść wrażenie, że są odgrywane na jednym wydechu, przez co miejscami sprawiają wrażenie nużących i monotonnych.

Nienaturalne wydają się także dialogi, w których głównym bohaterem jest dziecko. Jego uczestnictwo ma charakter bierny, rozmowa bowiem odbywa się tylko między lekarzem a matką, a żaden odgłos typu płacz, grymaszenie, gaworzenie, pytania dziecka (albo zwracanie się matki do dziecka) – nic nie wskazuje, że w gabinecie jest również mały pacjent, dla którego taka wizyta związana jest ze strachem i niejednokrotnie skutkuje płaczem. Takie zachowanie z kolei przekłada się na utrudnienia w przeprowadzeniu badania i wymaga od lekarza wejścia w interakcję z dzieckiem (uspokajanie, zadawanie pytań, zabawianie). Z pewnością uwzględnienie takiego tła dźwiękowego jest bardziej wskazane niż np. dodanie podkładu muzycznego albo zachowanie zupełnej ciszy, jak ma to miejsce.

Zastrzeżenia budzi także tło nagrań do podręcznika *Co Panu dolega?*. Niemal we wszystkich nagraniach na drugim planie słychać odgłosy dobiegające z korytarza: szmery, skrzypiące drzwi, dzwoniący gdzieś telefon, gdzieś tam jednak natężenie dźwięków jest na tyle silne, że przeszkadza rodzimemu

⁸⁹ Przez termin autentyczność/autentyczny rozumiem „naturalność języka wypowiedzi oraz określoną relację pomiędzy danym tekstem i jego odbiorcą” (Prizel-Kania 2013: 106).

użytkownikowi języka w usłyszeniu treści i skupieniu się na jej zrozumieniu. W sytuacji na żywo zawsze można rozmowę przerwać, zmienić miejsce konwersacji i wrócić do jej kontynuowania w lepszych warunkach. Pracując z nagraniem na lekcji, takiej możliwości nie ma. Wielokrotne odsłuchanie tekstu jest nużące i frustrujące.

Jeśli chodzi o nagrania w podręczniku *U lekarza (...)*, sytuacja jest odwrotna. Nagrania nie mają żadnego tła poza czterema wyjątkami. W prawdziwym życiu dialog praktycznie nigdy nie odbywa się w kompletnej ciszy. Jednak podkład, który się pojawia (muzyka), jest nieadekwatny do sytuacji co jeszcze bardziej uwypukla sztuczność nagrania.

Naturalności dodałyby odgłosy typowe dla gabinetu lekarskiego, np. pukanie do drzwi, dźwięk przesuwanego krzesła, odgłos zakładania i/lub zdejmowania gumowych rękawiczek, ubrania, szelest kartek papieru czy stukanie w klawiaturę podczas uzupełniania dokumentacji. Dialogi nie są w żaden sposób zakłócone, np. przez dzwoniący telefon czy wejście pielęgniarki do gabinetu. Oprócz tego brakuje dźwięków, które są charakterystyczne dla komunikacji *lekarz – pacjent*, jak kaszel, chrypka, smarkanie, pociągnięcie nosem, głęboki oddech. Tego typu odgłosy są wręcz wymagane w sytuacji, gdy pacjent zgłasza się do lekarza z przeziębieniem czy katarem.

6.1.3. Gatunek, język i tematyka tekstów

Gatunkiem najczęściej prezentowanym w analizowanych nagraniach jest dialog. Drugą formą tekstu mówionego wykorzystywanego w materiałach do rozwijania sprawności słuchania jest opis przypadku oraz fragment artykułu popularnonaukowego, które należą do pisanej odmiany polszczyzny. W nagraniach można posłuchać lektora, który odczytuje tekst.

Polilog jest zjawiskiem niezwykle rzadkim, a jeśli już ma miejsce, uczestniczą w nim trzy osoby, z czego udział jednej z nich jest niewielki. Takie rozwiązanie przyjęte przez autorów jest jak najbardziej zrozumiałe, ponieważ w zdecydowanej większości materiałów podręczników i skryptów nadrzędnym celem jest przygotowanie do poprawnej komunikacji między lekarzem a pacjentem, czyli rozmowy dwóch interlokutorów. Do wyjątków należą dialogi między lekarzem i rodziną pacjenta czy lekarzem a dzieckiem. Podobnie jest z prezentacją rozmów między lekarzem a pielęgniarką czy dwoma lekarzami. W

przypadku tych dwóch ostatnich wariantów sytuacyjnych w podręczniku *Co Panu dolega?* rozmowa odbywa się na sali operacyjnej i ma charakter nieformalny. Z kolei w publikacji *U lekarza (...)* dialog dwóch lekarzy toczy się w gabinecie i dotyczy konsultacji i można odnieść wrażenie, że rozmowa jest dość formalna. Ograniczenie ról komunikacyjnych prezentowanych w nagraniach tylko do układu *lekarz – pacjent* może pogłębić stereotypowe postrzeganie tego zawodu i sprowadzanie go tylko do jednego wariantu komunikacji. Ponadto zaprezentowane wzorce komunikacyjne znajdują odzwierciedlenie w zadaniach komunikacyjnych, które z racji ograniczonego inwentarza wzorców zawartych w tekstach mówionych, również prezentują się ubogo. W analizowanym materiale odnotowano także dialogi między dwoma pacjentkami leżącymi w jednej sali szpitalnej, koleżankami w szkole, rozmowę matki z dzieckiem oraz farmaceutki i klientki, czyli egzemplifikację rozmowy niespecjalistów. Wkomponowanie do podręczników wymienionych powyżej dialogów mogło wynikać z chęci wzbogacenia treści materiałów glottodydaktycznych. Niemniej można zadać pytanie, czy aby na pewno rozmowy pacjentów czy znajomych są konieczne. Wyeliminowanie tych wzorców komunikacyjnych na rzecz zwiększenia dialogów, które mają niską frekwencję występowania, a są ściśle związane z pracą w środowisku medycznym, mogłoby przynieść więcej korzyści. Szczególnie, że dialogi między lekarzami czy lekarzem a dzieckiem i/lub pielęgniarką należą do pojedynczych przykładów.

Tabela 21

Wzorce komunikacyjne prezentowane w tekstach słuchanych – oprac. własne

Role komunikacyjne – dialogi		
medyczne		niemedyczne
wysoka frekwencja występowania	niska frekwencja występowania	
▪ lekarz – pacjent ▪ lekarz – matka dziecka	▪ lekarz – lekarz ▪ lekarz – dziecko ▪ lekarz – pielęgniarka ▪ lekarz – żona/rodzina pacjenta	▪ pacjent – pacjent ▪ koleżanka/kolega – koleżanka/kolega ▪ matka – dziecko ▪ farmaceutka – klient

Język w omawianych dialogach charakteryzuje się dużym stopniem „sterylności”, co z kolei przekłada się na nienaturalny wydźwięk sytuacji

komunikacyjnych w nich przedstawionych. Pacjenci udzielają pełnych odpowiedzi od razu, bez zastanowienia włączając niemal wszystkie informacje, o które pytał lekarz. Zauważalny jest brak – naturalnej w języku mówionym – pauzy wypełnionej, która ma postać artykułowaną niesłowną, np. *yyy, eeee, hmmm...*. Deficytowe są też typowe wykrzyknienia towarzyszące odczuwaniu bólu: *ala, ah, aj*. Wyjątkiem są westchnienia, które i tak pojawiają się sporadycznie. W niewielkim stopniu obecne są wyrażenia redundantne (konstrukcje i wyrażenia wtrącone, powtórzenia, synonimy, pytania retoryczne), których obecność stwarza przerwę czasową umożliwiającą usłyszenie dotychczasowego tekstu (Prizel-Kania 2013: 102).

Dydaktyczny cel książek poddanych analizom wymusza działania, które prowadzą do swego rodzaju idealizacji dyskursu medycznego. Nagrania miejscami prezentują mało prawdopodobne sytuacje komunikacyjne, w trakcie których zarówno pacjent, jak i lekarz rozumieją komunikat bez większych problemów. W tworzeniu materiałów należałoby zwrócić większą uwagę na to, aby uzyskać równowagę między wiarygodnością przedstawionej sytuacji a jej funkcjonowaniem jako materiału dydaktycznego.

Jednym z największych problemów w komunikacji klinicznej jest zadawanie kilku pytań jednocześnie przez lekarza i jednocześnie dawanie pacjentowi szansy udzielenia odpowiedzi tylko na jedno. Zjawisko to jest przedmiotem dyskusji językoznawców zajmujących się komunikacją medyczną już od dłuższego czasu. Stale zgłasza się potrzebę odejścia od takiego „wzorca” w komunikacji *lekarz – pacjent*, a na uczelniach medycznych wprowadza się obowiązkowe kursy, na których studenci medycyny uczą się, jak prawidłowo i efektywnie komunikować się z chorym (Sobczak 2014). W materiałach glottodydaktycznych można odnaleźć niewielką egzemplifikację sytuacji, w których lekarz zadaje kilka pytań jednocześnie⁹⁰, np.: *A czy ma pan jakieś kłopoty ze snem, pragnieniem, apetytem?*. Jest to niewątpliwie zaleta podręcznikowych dialogów. Z drugiej strony wprowadzenie do materiału przykładowej rozmowy, w której lekarz przez cały czas pełni rolę dominującego interlokutora, mogłoby poszerzyć gamę technik pracy na zajęciach.

⁹⁰ B. Boniecka (2004: 7) scenki dialogowe w podręcznikach do nauczania JPJO zatytułowane *U lekarza/U doktora*, nazywa *podręcznikowym wzorem rozmowy toczonej między pacjentem a lekarzem*. W pełni podzielam zdanie uczonej, jednak uwaga ta dotyczy przede wszystkim dialogów w materiałach przeznaczonych do nauki języka na najniższych poziomach.

O ile warstwa dźwiękowa i jakość wypowiedzi miejscami budzą pewne wątpliwości, o tyle sama treść dialogów, zwłaszcza w podręczniku Chłopickiej-Wielgos z 2015 r., jest zdecydowanie ich największą zaletą.

Uwagę przykuwa przede wszystkim bogactwo leksykalne oraz zróżnicowanie stylistyczne dialogów. Autorki podręcznika we wstępie podkreśliły, że ich celem jest rozwój kompetencji socjolingwistycznej, czyli wyrażanie się w sposób odpowiedni do sytuacji, oraz kompetencji pragmatycznej, to znaczy użycie języka w interakcjach (Chłopicka-Wielgos i in 2015: 2). Zamiarem autorek było ukazanie zróżnicowania stylowego języka uczestników komunikacji. Do wyróżnienia słownictwa nacechowanego stylistycznie bądź niepoprawnego, ale często używanego przez pacjentów, lekarzy i personel medyczny, autorki użyły symbolu gwiazdki [*]. Został on użyty 43 razy, oznaczone nim leksemy można zakwalifikować do następujących kręgów tematycznych⁹¹:

- 1) nazwy czynności fizjologicznych i ich rezultatów, np.: *sikać, sraczka; mieć wiatry*;
- 2) nazwy (oraz opisy) nieprzyjemnych odczuć fizycznych oraz dolegliwości np.: *wiatrówka, dusi mnie; zimno (opryszczka)*;
- 3) nazwy czynności medycznych oraz opis leczenia: *A siostra niech tymczasem cewnikuje pacjenta; Teraz idzie sól; Tak, trochę się poprawił, lejemy w niego płyny; Przyszła już leukocytoza – 24 tys.*;
- 4) określenia stanu zdrowia pacjenta: *Tego, którego przywieźli we wstrząsie; Do tego brzuch jest brzydki; Ta noga może poczekać; Leciał przez ręce; Na lekach miał ostatnio ciśnienie*;
- 5) nazwy leków: *odwadniacze*;
- 6) miejsca związane ze szpitalem: *Zgłosił się do rejonu*;
- 7) varia: *Proszę mamy, założymy tu parę szwów i na ten czas mama sobie wyjdzie na korytarz. No to do roboty!, Panie kolego!* (Oczko 2021c: 116-117).

W wyniku własnej analizy udało się wyekscerpować dodatkowo 22 leksemy i wyrażenia, które nie zostały opatrzone kwalifikatorem graficznym przez autorki, a *Wielki słownik języka polskiego* i *Słownik języka polskiego PWN* kwalifikują je jako potoczne. Są to określenia stanu zdrowia i natężenia bólu: *strasznie; wykończony; jako tako; wrak ze mnie; marudny; kiepski; być na*

⁹¹ W weryfikacji materiału pomogły następujące słowniki: *Słownik języka polskiego PWN* (SJP PWN) oraz *Wielki słownik języka polskiego* (WSJP).

insulinie; leżeć na zapalenie opon; dogadać się; język jak kolek; od wczoraj strasznie boli mnie serce. Dialogi zostały wzbogacone w wyrażenia frazeologiczne, np. *zdrowy jak ryba; chodzić jak kaczka; wyglądać jak łazarz; palce jak patyki; człowiek za kołnierz nie wylewa; odpukać w niemalowane*⁹². Zebrany materiał rozwiewa wątpliwości co do ich potocznego, fachowego lub żargonowego statusu⁹³, co z perspektywy złożoności komunikacji medycznej staje się niezwykle istotne. Warto podkreślić, iż identyczne zjawisko jest stałym elementem pozostałych materiałów do nauczania PJMed z tą różnicą, że autorzy nie zwracają na nie uwagi ani we wstępach, ani też w samych ćwiczeniach.

Dzięki pracy z tekstem słuchanym osoba ucząca się poznaje reguły użycia języka w zależności od sytuacji i roli społecznej. Praca w szpitalu i kontakt z pacjentami w różnym wieku, pochodzącymi z różnych środowisk oraz posługującymi się różnymi odmianami i rejestrami polszczyzny, wręcz wymuszają na osobie uczącej się poznanie wariantów innych niż literacki czy standardowy. Zatem warianty polszczyzny pojawiające się w materiałach poddanych analizom okazują się jak najbardziej uzasadnione⁹⁴. Jednak sama prezentacja różnych rejestrów języka standardowego: dialektu, gwary, slangu, form typowych dla jakiejś grupy społecznej nie wystarczy, aby móc pogłębiać umiejętność interpretacji wypowiedzi zgodnie z kontekstem sytuacyjnym i tłem socjokulturowym.

Wartościowymi komponentami w zakresie aspektu socjolingwistycznego są formy powitania, zwrotów adresatywnych, zwrotów grzecznościowych, rozróżnienie sposobów formułowania pytań i prośb do dzieci oraz osób starszych. Zwraca się również uwagę na wypowiedzi o charakterze formalnym oraz nieformalnym. Brak znajomości zrytualizowanych zwrotów grzecznościowych charakterystycznych dla polskiej kultury (nawiązywanie kontaktu, użycie i wybór form adresatywnych: zwracanie się do przełożonych, podwładnych,

⁹² Wynotowano również eufemizm *chodzić na stronę* i leksem przestarzały *narywać*.

⁹³ Uważam, że wyrażenie *zaczęły boleć mnie krzyże* jest regionalne. WSJP rejestruje leksem *krzyż* w odniesieniu zarówno do całego kręgosłupa, jak i jego części. Nie wykorzystuje jednak przy tym kwalifikatora *pot*.

⁹⁴ A. Kielkiewicz-Janowiak i M. Zabielska (2019: 46) piszą: „W ochronie zdrowia dominuje obecnepogląd, że w komunikacji z pacjentem należy unikać używania fachowej terminologii, ponieważ pacjent jej nie rozumie, a przynajmniej nie w ten sam sposób co lekarz. W celu zoptymalizowania komunikacji należy więc ocenić potrzeby i możliwości pacjenta (np. zakres jego obeznania z terminologią medyczną) i dostosować się do niego pod względem leksykalnym, na swój sposób «tłumaczyć» specjalistyczny żargon na język, jeśli nie powszechnie”.

współpracowników, pacjentów, zarówno do dzieci, jak i osób dorosłych, rejestr wypowiedzi formalnych i nieformalnych, używanie tzw. nośników „mądrości ludowej”, rozpatrywanie cierpienia i choroby w wymiarze religijnym, reakcja na tematy trudne, odpowiadająca polskim normom społecznym) może wywoływać frustrację obu stron. Szczególnie istotne są tutaj formy zwracania się do drugiej osoby stosowane w szpitalu, ponieważ okazują się specyficzne i często różnią się od zasad grzeczności językowej (Markowski 2014).

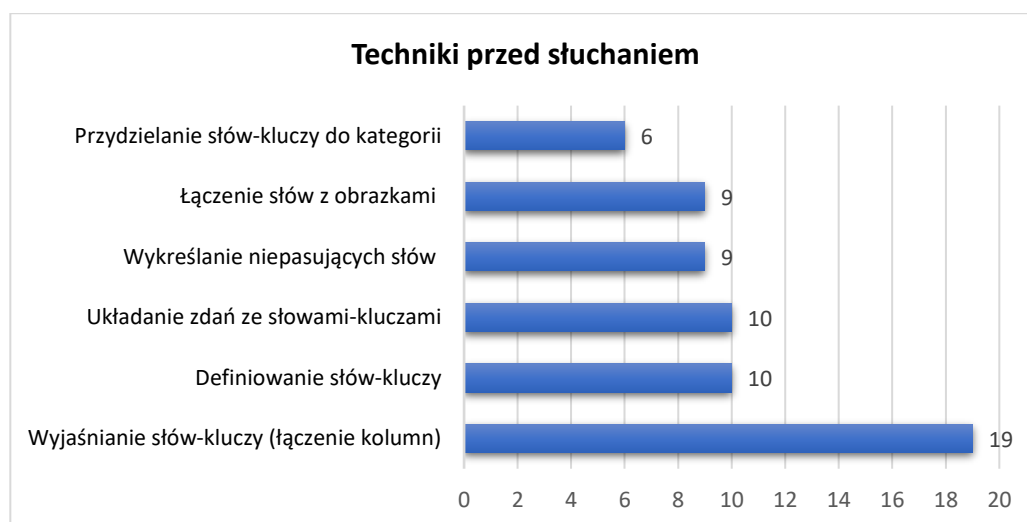
6.1.4. Techniki nauczania słuchania

We wszystkich przeanalizowanych materiałach – mimo różnicy poziomu języka grupy docelowej podręczników znajdują się podobne przykłady technik rozwijających sprawność słuchania znanych przede wszystkim z publikacji przeznaczonych do nauczania języka ogólnego. Najmniejszą frekwencję ilości, ale także różnorodności technik można zaobserwować w podręczniku *Witaj w Polsce!*, największy i najbardziej różnorodny zestaw posiada publikacja *U lekarza (...)*. Praca z nagraniami dołączonymi do *Witaj w Polsce* w polega głównie na odsłuchiwanie konkretnego tekstu albo listy słów oraz odpowiadaniu na pytania otwarte. Wprawdzie zasób technik rozwijających sprawność słuchania prezentuje się ubogo, ale za zaletę nagrań można uznać przygotowaną do odsłuchania listę słów-kluczy. Osoba ucząca się może samodzielnie zapoznać się z brzmieniem konkretnych wyrazów i ćwiczyć ich wymowę samodzielnie w domu.

Analizy czterech podręczników, w których znajduje się komponent do rozwijania sprawności słuchania, wykazały obecność technik przygotowujących do samej czynności słuchania i pracy z nagraniem tylko w podręcznikach *U lekarza (...)* oraz *Co Panu dolega?*. Nie odnotowano ich w podręcznikach *Medical Polish. Listening and speaking* oraz *Witaj w Polsce!* przeznaczonych dla osób o bardzo niskim poziomie znajomości języka ogólnego, w których tego typu techniki stanowić powinny element kluczowy. Dołączenie listy słów-kluczy do danej jednostki lekcyjnej jest wprawdzie zabiegiem bardzo pomocnym, ale niestety niewystarczającym.

Wykres 1

Techniki stosowane przed słuchaniem w materiałach do nauczania PJMed – oprac. własne



Z powyższego zestawienia wynika, iż największą popularnością cieszy się łączenie kolumn, którego celem jest wyjaśnienie słów-kluczy. Niemal o połowę mniej jest technik, które wymagają od uczących się większego zaangażowania oraz działań produktywnych. Jeszcze mniej jest technik wykreślenia słów niepasujących do danego zbioru oraz łączenia leksyki z obrazkami. Przy tworzeniu materiałów glottodydaktycznych należy mieć na uwadze, że ich odbiorcami będą osoby reprezentujące różne style uczenia się. W zależności od preferowanej sensoryczności będą to wzrokowcy, słuchowcy, dotykowcy czy kinestetycy. Zastosowanie różnorodnych technik w zbliżonych proporcjach może zaowocować zadowoleniem z efektów uczenia się większej liczby odbiorców. W podręczniku *Co Panu dolega?* każdą jednostkę otwiera lista z najobszerniejszą leksyką dla danego tematu. Dodatkowo autorki zdecydowały się na kategoryzację słownictwa w klasyfikacji semantycznej poprzez przymiotniki opisujące ból, chorobę, zakażenie, znieczulenie, ale także w typologii pragmatycznej, np. ponaglanie, pozwolenie, podtrzymywanie kontaktu z pacjentem, prośba, uspokajanie, udzielanie rady. Rozwiązanie to z jednej strony jest bardzo pomocne dla uczących się, którzy otrzymują gotowe kompendium najważniejszych i najbardziej przydatnych zwrotów. Z drugiej strony jednak może ograniczyć gamę technik rozwijających kompetencję leksykalną, a samo przydzielanie słów-kluczy do odpowiednich kategorii ogranicza do minimum.

W materiałach nie odnotowano takich technik, jak: *zbieranie skojarzeń (leksyki) do tematu w formie mapy myśli, asocjogramu, grafiki, rysunku,*

przewidywanie/wnioskowanie i stawianie hipotez na podstawie tytułu czy obrazków, ani polecenia sformułowania pytań do nagrania. W tej sytuacji nauczyciel korzystający z materiałów samodzielnie musi zadbać o wzbogacenie zajęć o tego typu działania, które z punktu widzenia metodyki nauczania są dosyć istotne. Zbieranie leksyki w formie asocjogramu pozwala utrwalić poznane na wcześniejszych zajęciach słownictwo. Przewidywanie i stawianie hipotez nie tylko wprowadza elementy rywalizacji na lekcji (kto z uczących się wskaże np. najbardziej prawdopodobny temat nagrania, symptomy choroby, diagnozę lekarską, przyczynę dolegliwości), ale także daje podstawę do dyskusji, uzasadnienia własnego zdania czy korygowania własnych myśli. Bodźcami wykorzystywanymi do tego celu mogą być nie tylko fotografie w podręczniku, ale także elementy paralingwistyczne nagrań. Brak technik poprzedzających słuchanie nie tylko niekorzystnie wpływa na sam proces słuchania, ale także prowadzi do ograniczenia umiejętności takich, jak stawianie hipotez i ich weryfikacja, przewidywanie, wnioskowanie oraz dedukcja.

Brakuje także technik ukierunkowanych na kształcenie domysłu językowego, które szczególnie proponowane są osobom rozpoczynającym naukę. Na początkowym etapie nauki słuchacze często są przekonani o swoim braku wiedzy i niskim zasobie leksykalnym. Z tego powodu, dzięki odwołaniu się do wykorzystanych informacji parawerbalnych i niewerbalnych słuchacz ma szansę udzielić wielu informacji, np. kto i gdzie rozmawia, jaka jest atmosfera, jak czują się osoby w dialogu i jakie towarzyszą im emocje.

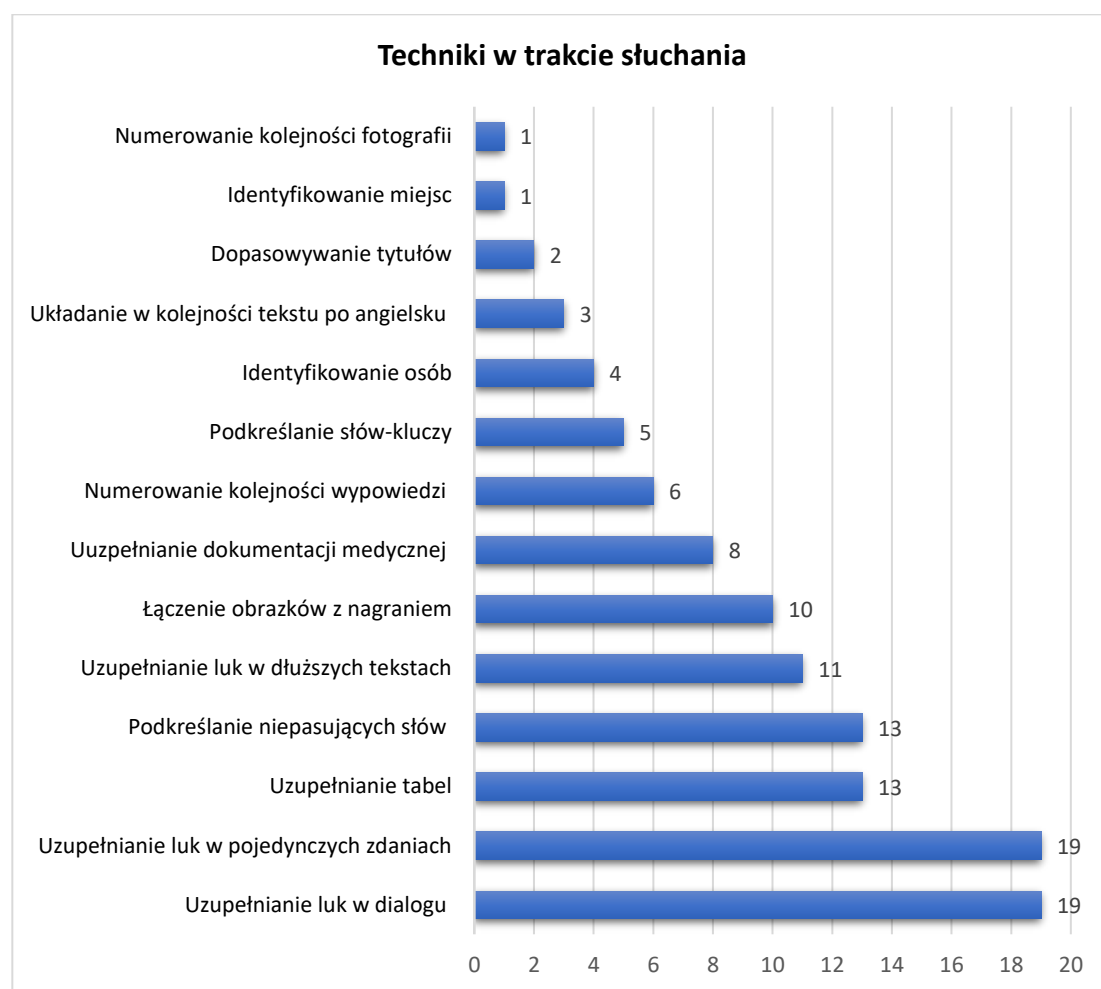
Nie odnotowano także przykładowych pytań ukierunkowujących na wiedzę ogólną (np. *Kiedy ostatni raz byłeś u lekarza? Jak często chodzisz do lekarza?*) oraz tematykę nagrania (np. *O co lekarz może zapytać na wizycie? Z jakimi problemami zgłaszają się do lekarza osoby starsze?*). Dla porównania, pytania wprowadzające w tematykę jednostki lekcyjnej oraz głównego tekstu do czytania znajdują się w podręczniku *Chcę studiować medycynę* oraz *Język polski dla obcokrajowców na studiach polskojęzycznych 2*. Nie jest to obligatoryjny komponent materiałów glottodydaktycznych, ale z pewnością bardzo pomocny, zwłaszcza dla jeszcze mało doświadczonych lektorów.

Niewątpliwym walorem analizowanych podręczników jest różnorodność oraz liczebność technik stosowanych w trakcie słuchania. Wynotowane z materiałów glottodydaktycznych 115 przykładów udało się pogrupować w 14

kategorii. Wprawdzie w literaturze przedmiotu technika *uzupełniania luk* nie jest dzielona na podtypy, w swoim zestawieniu zdecydowałam się na rozróżnienie ze względu na rodzaj tekstu. W moim odczuciu istotny jest fakt, że w analizowanych materiałach jest przewaga tekstów dialogowych nad narracyjnymi w ćwiczeniach ukierunkowanych na rozwijanie sprawności słuchania. Ponadto wysoką frekwencję (równą dialogom) wykazały pojedyncze zdania, które także zostały wykorzystane do kształtowania rozumienia ze słuchu.

Wykres 2

Techniki stosowane w trakcie słuchania w materiałach do nauczania PJMed – oprac. własne



Najchętniej stosowane jest *uzupełnienie luk w dialogu* i *uzupełnianie luk w pojedynczych zdaniach*, bardzo przydatne przy nabywaniu zdolności słyszenia znaczących słów i zdolności odtwarzania nieznanymi wyrazów. Swego rodzaju wariantem tej techniki jest *podkreślanie słów-kluczy* oraz zaznaczanie *słów niepasujących/błędnych* w transkrypcji nagrania, które także znalazły swoje

zastosowanie w analizowanych materiałach, choć zdecydowanie rzadziej. Dzięki tego typu działaniom uczący się ma okazję rozwijać umiejętność rozumienia szczegółowego, a przy okazji nabywa także płynności w odróżnianiu podobnych słów, o ile w transkrypcji wyrazy zostały zastąpione podobnie brzmiącymi słowami. Technika ta pozwala także nabywać umiejętność pisania ze słuchu, która jest szczególnie (ale nie tylko) istotna w zawodzie lekarza.

Trzydzieści razy zastosowano technikę uzupełniania tabel z podstawowymi informacjami na temat pacjenta, takimi jak imię, nazwisko, wiek, dolegliwości. Jest to uproszczona forma karty pacjenta. Dla porównania, tylko 8 razy odnotowano użycie wzoru (skanu) karty pacjenta do tego typu ćwiczenia. Praca z autentycznym wzornikiem jest bezdyskusyjnie bardziej wskazana, szczególnie w kontekście nauczania języka do celów specjalistycznych. Rezygnowanie z tego typu materiału na rzecz tabel wynika z dwóch rzeczy. Po pierwsze, z trudności związanych z ich pozyskaniem, o czym była już mowa w Części I pracy. Drugi powód jest dość prozaiczny – wzory dokumentacji medycznej zajmują dość dużo miejsca, a publikacja podręcznika nie jest tania.

Podobnie jak w przypadku technik stosowanych przed słuchaniem i tutaj działania z elementem ikonycznym, obrazkowym mają zbliżoną częstotliwość stosowania. Autorzy zdecydowali się tylko na skorzystanie z techniki łączenia tekstu (numeru nagrania) z fotografią (10 razy). Nie odnotowano zaś technik manipulacyjnych, takich jak *zaznaczanie rysowanie na zdjęciach usłyszonej informacji*, np. miejsca bólu czy chorego narządu. Tego typu działania także są wskazane na najniższym poziomie znajomości języka.

W grupie najrzadziej stosowanych technik (mniej niż 5%) znalazło się *numerowanie kolejności wypowiedzi/fragmentów tekstu, identyfikowanie osób i miejsc oraz dopasowywanie tytułów do nagrań*. Ćwiczenia ukierunkowane na numerowanie kolejności wypowiedzi ustnych pozwalają nie tylko rozwijać wrażliwość słuchową, ale także wspomagają kształtować umiejętność rozumienia przyczynowo-skutkowego. Jeszcze większy walor miałyby ćwiczenia, w których uczący układa w kolejności streszczenie nagrania lub sam plan wypowiedzi ustnej. Lekarz w trakcie wywiadu z pacjentem skupia się na najważniejszych aspektach rozmowy, nie zapisuje całych wypowiedzi/zdań pacjenta, a jedynie ich esencję i najważniejsze z punktu widzenia leczenia elementy. Zmodyfikowaną i nieco uławną wersją tej techniki, szczególnie przydatną na najniższych

poziomach zaawansowania językowego, jest *układanie fotografii w kolejności* odpowiadającej nagraniu. W analizowanym materiale odnotowano tylko jedno tego typu ćwiczenie. Niską frekwencję wykazały także techniki *dopasowywania tytułów do nagrania*. Tego typu ćwiczenie jest również wstępem do nabywania umiejętności streszczania usłyszanej informacji i przedstawiania jej w innej formie.

Osobnego komentarza wymaga technika, która nie jest podawana w literaturze przedmiotu jako jedna z możliwych do wykorzystania w rozwijaniu sprawności słuchania, ale jej egzemplifikację można zauważyć w jednym z analizowanych materiałów do nauczania PJMed. Mowa o układaniu w poprawnej kolejności tekstu w języku angielskim, przy czym nagranie jest w języku polskim. Ćwiczenia bazujące na tłumaczeniach z języka polskiego na języka angielski i odwrotnie (nie tylko do rozwijania sprawności RS) są stałym elementem skryptów akademickich do nauczania PJMed (z wyjątkiem materiałów WUM) oraz publikacji *Proszę powiedzieć, co się stało?*, *Witaj w Polsce!*, *O człowieku po polsku*. W materiałach tych polecenia również są napisane po angielsku, co wynika m.in. ze specyfiki grupy docelowej, dla której są one przeznaczone – studentów medycyny w języku angielskim. Z drugiej strony przywołano tu ćwiczenie oparte na technice przekładu z języka polskiego na angielski anonsuje bardziej złożone i będące tematem licznych dyskusji zjawisko tłumaczenia dydaktycznego. Do tematu tego powrócę przy okazji rozwijania sprawności czytania, jako że przy okazji pracy z tekstem pisanym jest zdecydowanie więcej technik opartych na przekładzie z jednego języka na drugi. Trudno formułować jednoznaczne osądy przy tak niskiej frekwencji ćwiczeń opartych na tej technice, niemniej jednak nasuwają się na myśl pewne wnioski do dalszych badań w tym kierunku. Chodzi przede wszystkim o sytuację, w której do lekarza cudzoziemca zgłasza się pacjent obcokrajowiec.

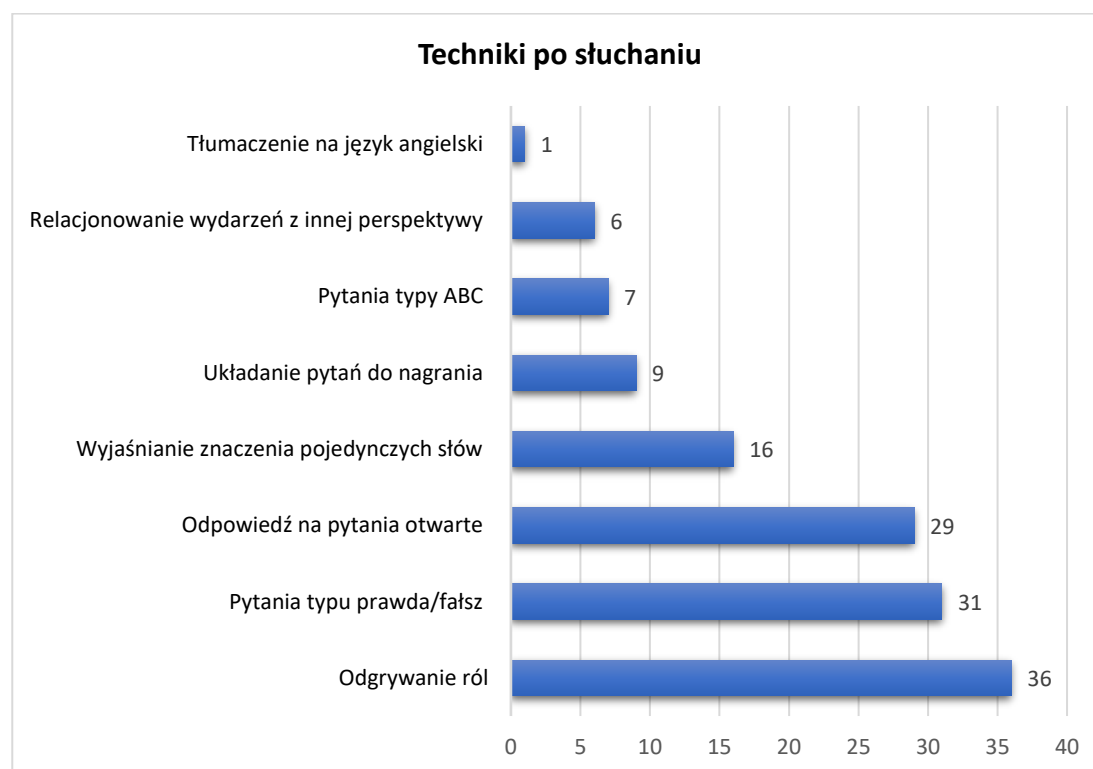
Podsumowując przegląd technik wykorzystywanych w trakcie słuchania, należy zwrócić uwagę na brak ćwiczeń wspomagających rozwijanie wrażliwości fonologicznej, będącej pierwszym i podstawowym etapem w rozwijaniu sprawności rozumienia ze słuchu. Można ją także rozwijać na wyższych poziomach, np. poprzez rozpoznawanie zabarwienia emocjonalnego wypowiedzianych fraz. To natomiast pozwala kształtować u uczących się umiejętność opisywania stanu emocjonalnego (strach, zdenerwowanie, wstyd) i

fizycznego (np. w przypadku hipoglikemii) interlokutorów. W dobie powszechnej telemedycyny, gdzie w przeważającej większości jedynym kanałem porozumienia jest kontakt słuchowo-ustny (pomijając oczywiście video rozmowy), tego typu techniki i ćwiczenia na zajęciach zyskują jeszcze większe znaczenie. Mylne wydaje się przekonanie, iż przyswajanie wzorców intonacyjnych odbywa się w sposób naturalny. To właśnie mowa – szczególnie w warstwie suprasegmentalnej – jest nośnikiem funkcji pragmatycznej komunikacji międzyludzkiej.

Analizy materiałów pozwoliły wyekscerpować 8 rodzajów technik wykorzystywanych w ostatniej fazie słuchania, a ich zestawienie prezentuje poniższy wykres:

Wykres 3

Wykaz technik stosowanych po słuchaniu w materiałach do nauczania PJMed – oprac. własne



Najwyższą frekwencję stwierdzono dla *odgrywania ról, wcielania się w postać lekarza*. Wynika to z niejako naturalnego procesu reagowania na bodziec poprzez ten sam kanał: *recepcja ustna → produkcja ustna, recepcja pisemna → produkcja pisemna*. Technika ta łączy sprawność rozumienia ze słuchu ze sprawnością mówienia. Nie odnotowano natomiast ćwiczeń, które łączyłyby recepcję ustną z produkcją pisemną. Wprawdzie wśród technik towarzyszących

słuchaniu wymieniono uzupełnianie tabeli czy karty pacjenta, ale w ostatniej fazie zabrakło np. wystawiania recepty czy skierowania lub opisu przypadku.

Na drugim miejscu pod względem częstotliwości wystąpienia znalazło się *odpowiadanie na pytania typu prawda – fałsz*, nierzadko rozszerzone o element *brak informacji* lub *uzasadnij*. Konieczna jest jednak świadomość stosunkowo wysokiego ryzyka przypadkowego zakreslenia poprawnej odpowiedzi. Aby zmniejszyć prawdopodobieństwo zakreslenia prawidłowej odpowiedzi przez przypadek i odsłuchania nagrania w sposób bezrefleksyjny, wskazane jest rozszerzenia tekstu ćwiczenia o komponent *brak informacji*. Szczególnie wskazany jest komponent *uzasadnij*, który sprawia, że ćwiczenie nie kończy się na zaznaczeniu krzyżyka (znaku plus) w odpowiednim polu, a niejako zmusza do dalszej pracy. Niemalą rolę odgrywa tu także warsztat metadydaktyczny oraz komponowanie pytań w taki sposób, aby nie były one samo rozwiązywalne lub wykluczające się. Wbrew pozorom potencjał techniki *udzielania odpowiedzi prawda/fałsz/(brak informacji/uzasadnij)* nie kończy się tylko na zaznaczeniu odpowiedzi i sprawdzeniu jej poprawności. Już samo zapoznanie się z treścią tego typu ćwiczenia przed słuchaniem (lub przed czytaniem) może stanowić asumpt do stawiania hipotez oraz przewidywania treści nagrania. Z kolei uzyskane negatywne odpowiedzi można wykorzystać w dalszej pracy, np. w celu ich korygowania lub korygowania treści transkrypcji nagrania tak, aby wszystkie odpowiedzi były prawdziwe. Listę trzech najchętniej wykorzystywanych technik po odsłuchaniu nagrania zamyka *udzielanie odpowiedzi na pytania otwarte*, które sprawdza rozumienie na wszystkich trzech płaszczyznach – ogólnej, szczegółowej i selektywnej.

Po przeciwnej stronie wykresu – w kategorii najrzadziej wykorzystywanych technik – znalazły się *udzielanie odpowiedzi na pytania typu A B C*, *relacjonowanie wydarzeń z innej perspektywy*, *układanie pytań do nagrania* oraz *tłumaczenie na język angielski*. Brak ćwiczeń opartych na przetwarzaniu i reprodukcji usłyszanej informacji przełoży się na niski poziom (lub nawet brak) umiejętności mediacyjnych, które są niezbędne w pracy lekarza. Informacja na temat choroby pacjenta ma inną formę w zależności od drugiego interlokutora – pacjenta (rodziny pacjenta), pielęgniarki, innego lekarza czy studentów medycyny.

Osobnego komentarza wymaga jeszcze *wyjaśnienie znaczenia*

pojedynczych słów technika, która jest charakterystyczna dla podręcznika *Co Panu dolega?*. Jak już zostało nadmienione, w publikacji tej wyróżniono znakiem graficznym leksykę żargonową i potoczną. W ćwiczeniach, w których polecenie brzmi *Proszę odpowiedzieć na podstawie wywiadu (...)*, osoba ucząca się ma za zadanie wyjaśnić, np. *Co znaczy „przytroczony” w pytaniu lekarza (w. 6)*; *O czym mówi matka: „obsypało go” (w. 60)*⁹⁵. Inną propozycją ćwiczeń, które ukierunkowane byłyby na rozwijanie kompetencji socjolingwistycznej mogłoby być np. poproszenie uczących się o wynotowanie słów i wyrażeń, których lekarze używają na określenie czynności medycznych lub leków (lub słownictwo używane przez pacjentów na określenie choroby, stanu zdrowia czy samopoczucia). Można także zaprezentować dwie wypowiedzi – lekarza i pacjenta (specjalisty i niespecjalisty), którzy wypowiadają się na ten sam temat, a następnie poprosić uczących się o wynotowanie odpowiedników leksykalnych z obydwu tekstów.

6.1.5. Wnioski

Zestawienie deklaracji oraz koncepcji autorów odnoszących się do rozwijania sprawności słuchania z rzeczywistą treścią materiałów zawartych w podręcznikach pozwala na sformułowanie następujących wniosków. Po pierwsze, we wszystkich 4 podręcznikach realizowane są zadeklarowane cele, jakimi w tym wypadku jest rozwijanie sprawności słuchania. Z perspektywy współczesnej metodyki nauczania języka obcego oczekuje się, że komponent do rozwijania sprawności słuchania jest ich stałym elementem, szczególnie jeśli są to publikacje przeznaczone do rozwijania kompetencji komunikacyjnej. Powody, dla których się tak jednak nie dzieje, są różne i zostały one zaprezentowane w początkowej części niniejszego podrozdziału. Po drugie, techniki rozwijania sprawności słuchania bazują na osiągnięciach oraz założeniach metodyki nauczania języka ogólnego. Największą frekwencję użycia techniki stosowane podczas słuchania, z kolei najmniej licznie reprezentowane są techniki przygotowujące do recepcji ustnej. Braki te są szczególnie widoczne w materiałach kierowanych do osób o niskim poziomie znajomości języka polskiego. W poddanych badaniom

⁹⁵ Z racji tego, że w podręcznikach znajduje się transkrypcja dialogów, podana technika znajduje zastosowanie także w rozwijaniu sprawności czytania.

materiałach można także zauważyć powtarzalność stosowanych technik. Zauważany jest też brak elementów paralingwalnych w nagraniach, który z kolei przekłada się na wyeliminowanie ćwiczeń rozwijających domysł językowy, szczególnie istotny w początkowych etapach nauki języka obcego.

Wprawdzie zagadnienia komunikacji medycznej wciąż stanowią (i pewnie jeszcze przez wiele lat to się nie zmieni) duże wyzwanie dla językoznawców, na ten moment dysponujemy już pewną wiedzą na temat porozumiewania się lekarza z pacjentem. Po wiedzę tę powinna sięgać także glottodydaktyka. Nauczanie języka polskiego do celów medycznych, szczególnie w kontekście zawodowym, nabiera obecnie innego, nowego znaczenia. Po raz pierwszy specjalistyczną komunikacją medyczną z perspektywy glottodydaktyki polonistycznej zainteresowano się pod koniec lat 80. XX wieku. Cel dydaktyczny materiałów do nauczania PJMed jest czynnikiem decydującym o prezentowaniu w nich treści spełniających pewne standardy kształcenia. Stąd też język dialogów może sprawiać wrażenie sterylnego i momentami nierzeczywistego. Z drugiej strony odbiega on od sytuacji rzeczywistych, mających miejsce w prawdziwym życiu. W tej sytuacji należy rozważyć wykorzystanie takich treści oraz wykorzystywanie takich technik rozwijania sprawności słuchania, które będą jak najbardziej przydatne dla uczącego się. W zestawie technik wykorzystywanych po słuchaniu na pierwszym miejscu znalazło się *odgrywanie roli, wcielanie się w postać lekarza*. Technika ta zostanie szerzej omówiona w następnym podrozdziale. W tym miejscu na uwagę zasługuje rozwijanie u uczących się skutecznego słuchania, a mianowicie aktywnego, empatycznego, otwartego i świadomego. Dialogi w materiałach – szczególnie w podręczniku *Co Panu dolega?* oraz *U lekarza* – zawierają leksykę potwierdzającą aktywne słuchanie lekarza. Zauważalny jest jednak deficyt technik, które pozwoliłyby stwierdzić, że słuchający (w tym wypadku lekarz) jest zaangażowany w przebieg rozmowy.

6.2. Rozwijanie sprawności mówienia

6.2.1. Koncepcje autorów materiałów

Po raz pierwszy konieczność „przygotowania studentów do czynnego udziału w zajęciach w klinikach akademii medycznej” zaakcentowano we *Wstępie* do podręcznika *Co Panu dolega?* (Chłopicka i in. 1991: 5), „pierwszego komunikacyjnego podręcznika w historii nauczania polskich języków specjalistycznych” (Gębał 2016: 25), a później powtórzono w nowszej wersji tego podręcznika z 2015 roku.

Obecnie dla większości autorów materiałów glottodydaktycznych do nauczania PJMed rozwijanie umiejętności efektywnego porozumiewania się z pacjentem i personelem medycznym jest działaniem priorytetowym, co potwierdzają następujące słowa: „celem książki jest wprowadzenie terminologii medycznej i wykorzystania jej w rozmowach z pacjentami w czasie praktyk lekarskich. [...] Ćwiczenia mają utrwalić umiejętność prowadzenia dialogu z pacjentem. [...] Praca z podręcznikiem pozwala studentom usystematyzować i utrwalić terminologię medyczną i występować w roli lekarza” (Turek 2006: 5) oraz „zadania postawione przed studentami w każdej jednostce mają na celu ćwiczenie i utrwalenie nowo poznanego słownictwa medycznego, a także rozwijanie umiejętności efektywnego porozumiewania się z pacjentem i personelem medycznym” (Bilicka 2018: 10).

Wprawdzie autorskie wstępy zostały zawarte tylko w kilku z analizowanych publikacji, ale dominuje przekonanie, iż rozwijanie sprawności słuchania i mówienia jest najbardziej pożądane oraz wymagane w procesie nauki omawianego tu języka specjalistycznego. Najczęściej jest to motywowane specyfiką pracy w zawodzie lekarza, ale także zawodów pokrewnych, jak dentysta czy ratownik medyczny (por. także Rogala i in. 2019: 5; Wawer, Kseniak 2004: 5; Sołtowska 2016: 2). Tylko materiały przeznaczone do nauczania przedmiotowo-językowego nie posiadają ćwiczeń opartych na technikach rozwijających sprawność mówienia

6.2.2. Kompetencja socjolingwistyczna i potencjał komunikacyjny tekstów

W podrozdziałach poświęconych sprawności słuchania uwagę skupiono na cechach tekstów mówionych wykorzystywanych do kształcenia tej sprawności receptywnej. Materiały – będące *inputem językowym* – odgrywają istotną rolę w przygotowaniu do autentycznej komunikacji. W podrozdziale dotyczącym technik rozwijania sprawności mówienia kluczowe jest natomiast omówienie potencjału komunikacyjnego tekstów i poruszających w nich tematów. Ważne jest także zwrócenie uwagi na potencjał motywacyjny materiałów, który został już zaanonsowany w poprzednich podrozdziałach, ale nie w pełni go przedstawiono i omówiono.

Do oceny potencjału komunikacyjnego tekstów zaprezentowanych w materiałach glottodydaktycznych posłuży katalog funkcjonalno-pojęciowy oraz inwentarz ról komunikacyjnych. Na te dwa elementy zwróciły uwagę we wstępie do podręcznika *Co Panu dolega?* M. Chłopicka, A. Danecka-Chwals i D. Pukas-Palimąka (1991: 5): „Mamy tu do czynienia z kursem specjalistycznym ukierunkowanym na rolę społeczną, jaką będzie musiał odgrywać w języku obcym uczący się. Rola lekarza przyjmowana przez studenta ma istotny wpływ na zróżnicowanie stylowe języka [...] Zgodnie z zasadą nauczania komunikacyjnego zwraca się uwagę na intencję użycia języka w konkretnych sytuacjach, czyli tak zwane funkcje językowe [wyróżnienie autorskie]”. Postulaty te znalazły odzwierciedlenie w praktyce, czyli w treści podręcznika *Co Panu dolega?*. Ponadto autorki krakowskiego podręcznika uwzględniły informację o funkcjach komunikacyjnych w samym spisie treści. Analiza wszystkich materiałów pozwoliła wyekszerpować przykłady funkcji językowych i stworzyć poniższy katalog funkcjonalno-pojęciowy.

Tabela 22

Przykładowe funkcje języka w materiałach do nauczania PJMed. – oprac. własne

Katalog funkcjonalno-pojęciowy	
Funkcja fatyczna	- sposoby rozpoczynania rozmowy z pacjentem - zbieranie informacji z rozmowy z pacjentem - sposoby nawracania do tematu - sposoby rozpoczynania rozmowy z innym lekarzem (specjalistą)
Funkcja referencyjna	- pytania potrzebne do uzyskania informacji nt. historii choroby - przedstawianie stanu pacjenta, wyników badań, jego terapii, - charakterystyka badanego, historia jego choroby, - podsumowanie stanu pacjenta w opisie (epikryza)
Funkcja modalna	- sposoby wyrażania pewności/niepewności - wyrażania możliwości/nie możliwości - wyrażanie konieczności i potrzeby - wyrażenie przyzwolenia
Funkcja dyrektywna	- sposoby wydawania poleceń w trakcie badań - sposoby wydawania poleceń innym specjalistom - sposoby wydawania poleceń personelowi medycznemu (pielęgniарce) - sposoby wydawania zaleceń lekarskich - sposoby wyrażania prośby o konsultację ustną i pisemną - sposoby udzielania rad lekarskich - sposoby informowania pacjenta o zażywaniu leków - uspokajania pacjentów - ponaglanie pacjentów - pocieszanie pacjentów

W poprzednim podrozdziale wskazano role komunikacyjne, których egzemplifikację można znaleźć w tekstach słuchanych. Poniżej zaś znajduje się katalog ról komunikacyjnych, w które muszą wcielić się uczący przy okazji wykonywania zadań:

Tabela 23

Role komunikacyjne w zadaniach w materiałach do nauczania PJMed – oprac. własne

Katalog ról komunikacyjnych	
medyczne	niemedyczne
▪ lekarz: internista, pediatra, chirurg, ginekolog, położnik, okulista, laryngolog, dermatolog, ▪ lekarz ordynator ▪ student medycyny (stażysta)	▪ dorosły pacjent ▪ pacjent pediatryczny ▪ rodzina pacjenta: matka dziecka ▪ rodzina pacjenta: żona ▪ kolega/koleżanka ▪ chłopak/dziewczyna (para w związku) ▪ dziennikarz ▪ nauczyciel wychowania fizycznego ▪ sprzedawca w sklepie z kosmetykami ▪ osoba rekrutująca ▪ osoba w recepcji szpitala
Inne: profesor/egzaminator na uniwersytecie medycznym	

W przedstawionym zestawieniu uwagę zwraca różnorodność specjalizacji lekarskich, co też odzwierciedlają w pełni głównie spisy treści podręczników *Co Panu dolega* i *U lekarza (...)*. Jest to niewątpliwie zaleta tych dwóch pozycji, ponieważ uczący się mają okazję zapoznać się z leksyką charakterystyczną dla wielu specjalizacji. Dzięki temu materiały zyskują na atrakcyjności dla specjalistów różnych dziedzin medycyny. Pozytywnym aspektem jest również uwzględnienie w materiałach roli *studenta-stażysty*, która – zwłaszcza dla studentów medycyny w języku angielskim – jest najbliższa ich rzeczywistej sytuacji życiowej. Natomiast obecność lekarza-ordynatora w dialogach pozwala na pokazanie pewnej hierarchii zawodowej, która panuje w środowisku lekarskim. Różnorodność ta występuje w mniejszym stopniu w uniwersyteckich skryptach, przez co korzystanie z danego materiału i wcielanie się wyłącznie w rolę lekarza internisty z czasem może okazać się nużące i mało motywujące dla osób uczących się.

Nie ćwiczy się zaś sytuacji komunikacyjnych *lekarz – pielęgniarka*, choć w materiałach można znaleźć dialogi prezentujące rozmowy między tymi dwoma osobami. Niemniej jednak są to sytuacje sporadyczne i bardzo odległe w czasie, szczególnie dla przyszłych studentów medycyny. Z tego powodu nie są one istotne w początkowym etapie nauki języka do celów medycznych. W kwestii członków rodziny pacjenta interesujące mnie materiały uwzględniły kilkakrotnie postać matki dziecka oraz dwukrotnie żony pacjenta. Nie pojawiły się natomiast dorosłe dzieci chorego, które nierzadko pełnią rolę opiekunów pacjenta. Odnotowano także jedno zadanie komunikacyjne, w którym trzeba było przeprowadzić rozmowę lekarską z dzieckiem,

Analizy materiałów do nauczania PJMed pozwoliły także zgromadzić dość pokaźny – w porównaniu z rolami komunikacyjnymi typowymi dla pracy w zawodzie lekarza – inwentarz niemedycznych ról komunikacyjnych. Znalazł się wśród nich kolega/koleżanka (najczęściej występująca rola), dziennikarz, osoba rekrutująca, sprzedawca w sklepie z kosmetykami czy nauczyciel wychowania fizycznego. Ponieważ role te nie są zbieżne z kontekstem zawodowym uczących się, mogą (ale nie muszą) wydać się mało motywujące i nieatrakcyjne w procesie nauki.

Jak już wielokrotnie wspomniałam, głównym celem podręcznika *Co Panu dolega?* jest „rozwój kompetencji socjolingwistycznej (wyrażanie się w sposób odpowiedni do sytuacji”, oraz kompetencji pragmatycznej (użycie języka w interakcjach)” (Chłopicka-Wielkos i in. 2015: 2). Autorki zwróciły uwagę na różnicowanie stylistyczne języka w zależności od rozmówców: *lekarz – pacjent* czy *lekarz – lekarz*. Podkreślały, że lekarz w rozmowie z pacjentem powinien posługiwać się językiem potocznym, zrozumiałym dla pacjenta. Z kolei w komunikacji specjalistów (*lekarz – lekarz*) dominuje mówiony lub pisany język fachowy. To było głównym czynnikiem wprowadzenia leksyki potocznej i żargonowej, o której szerzej pisałam w poprzednim podrozdziale. Autorki zaprezentowały blisko 20 dialogów, których warstwa leksykalna jest bardzo bogata i różnicowana. Cel podręcznika *Co Panu dolega?* stał się asumptem do podjęcia przeze mnie wstępnych badań poświęconych kompetencji socjolingwistycznej w nauczaniu języka specjalistycznego, gdyż „gwarancją sukcesu w komunikacji międzykulturowej (w tym – zwłaszcza na płaszczyźnie zawodowej) jest wyposażenie uczących się nie tylko w kulturę i wiedzę

społeczną, lecz także w umiejętności socjolingwistyczne” (Oczko 2021c: 119). Zagadnienie to jest mało zbadane, choć anonsowane już na przełomie lat 80. i 90. ubiegłego wieku na przez R.K. Herberta (1988: 118): „Socjolingwistyka ciągle pozostaje więc obiecującą dziedziną dla nauczycieli języków obcych w kwestii metod i materiałów. Jasne jest jednak, że nie ma w tej chwili jednoznacznych odpowiedzi na pytanie, w jaki konkretnie sposób wiedza socjolingwistyczna ma być włączona do materiałów glottodydaktycznych. Prowadzone obecnie badania nad zagadnieniami socjolingwistycznymi, zajmujące się nie tylko problemem zróżnicowania mowy w jej różnorodnych aspektach, ale również kwestią celowości i sposobów posługiwania się językiem, odsłaniają kompleksową naturę interakcji czynników językowych, społecznych i kulturowych w kompetencji socjolingwistycznej”. Konieczność włączenia w proces uczenia się i nauczania języka obcego do celów zawodowych znajomości reguł socjolingwistycznych podkreślał też S. Wojnicki (1991: 67): „Reguły socjolingwistyczne natomiast różnią się bardzo w zależności od kraju; rola ich wydatnie wzrasta w komunikacji bezpośredniej, „twarzą w twarz” bądź listowej, i nie sposób opracować dziś poważnego kursu językowego przygotowującego do takiej komunikacji bez ich uwzględnienia. Jest to zagadnienie dużej wagi również w nauczaniu języków obcych do celów zawodowych. W wielu krajach istnieją bardzo sztywne reguły formułowania korespondencji służbowej, handlowej itp., i naruszenie tych reguł może mieć istotny wpływ na realizację celów merytorycznych”. W centrum zainteresowania badaczy od dawna pozostaje przede wszystkim kompetencja kulturowa w komunikacji zawodowej (zob. Smith i Trompenaars 1996; Hofstede 1997), co z kolei skutkuje pozostawieniem w jej cieniu kompetencji socjolingwistycznej. Jedną z ważniejszych i najczęściej cytowanych prac anglojęzycznych, w której poruszono ten obszar badawczy, jest artykuł M. Simmons pt. *A Sociolinguistic Analysis of Doctor-Patient Communication*. Badaczka próbowała odpowiedzieć na pytanie, dlaczego sposoby wypowiadania się lekarzy i pacjentów nie są bardziej podobne do siebie. M. Simmons dowiodła, że czynniki, które ograniczają zdolność pacjentów do swobodnego wyrażania siebie to przede wszystkim nieznanostwo słownictwa medycznego oraz technicznych wzorców gramatycznych. Dopelnieniem reguł socjolingwistycznych jest wiedza socjokulturowa. K. Fuhrmann (2012: 182), podkreślając jej rolę w kontekście nauczania języka obcego do celów biznesowych, pisze: „[...]”

znajomość innych kultur to kolejny problem: język to coś więcej niż słowa i gramatyka. Aby odnieść sukces w biznesie [oraz innych sferach zawodowych – przy. P.O.], niezbędna jest znajomość kultury, która wyraża się w danym języku. Pracownicy nie tylko powinni znać języki, lecz również powinni poznać, zrozumieć i szanować inne kultury. Takie podejście ma ogromny wpływ na przyszłą współpracę i proces negocjacji. Należy zawsze pamiętać o znaczeniu, jakie ma poznanie kultury. Nauczając języka[,] musimy również uczyć o kulturze danego kraju.”

Interesująca mnie kompetencja socjolingwistyczna w *Małym słowniku terminów z zakresu socjolingwistyki i pragmatyki językowej* jest definiowana jako „idealna znajomość wszystkich reguł używania języka w zależności od sytuacji i roli społecznej” (Skudrzykowa, Urban 2000: 86). Kompetencja ta zajmuje także szczególne miejsce w badaniach glottodydaktycznych. Według autorów ESOKJ (2003, 106–108) na kompetencję tę składają się:

1. „wyznaczniki relacji społecznych (np. użycie i wybór form powitania, form adresatywnych, wykrzykników, przekleństw, sposobów konwencjonalnego zabierania głosu w rozmowie lub dyskusji);
2. konwencje grzecznościowe (tu grzeczność „pozytywna”, np. wykazywanie zainteresowania dobrym samopoczuciem danej osoby, i „negatywna”, unikanie zachowań zastraszających, właściwe użycie słów „proszę” i „dziękuję” oraz niegrzeczność polegająca na celowym naruszeniu konwencji grzecznościowej poprzez wyrażenie propagandy, niechęci czy udzielenie reprimendy);
3. nośniki „mądrości ludowej” (użycie wyrażen idiomatycznych, popularnych cytatów oraz przysłów dotyczących wierzeń, postaw i poglądów, wartości);
4. rejestr wypowiedzi (ze względu na złożoność samej definicji *rejestru* w tym miejscu wskazuje się jedynie na zróżnicowanie stopnia formalności wypowiedzi, czyli sztywne, formalne, neutralne, nieformalne, poufale i intymne);
5. dialekty i odmiany regionalne (umiejętność rozpoznawania językowych wyznaczników lingwistycznych dla różnych dialektów i typów wymowy, charakterystycznych dla danej klasy społecznej, regionu, narodowości, przynależności do grupy etnicznej lub zawodowej, a grono wskaźników tworzą: leksyka, gramatyka, fonologia, rytm, głośność, mowa ciała)”.

Wytyczne zaprezentowane przez ESOKJ oraz katalog zagadnień socjolingwistycznych i socjokulturowych w *Programach nauczania języka polskiego jako obcego* stały się dla mnie punktem wyjścia do analizy podręczników i skryptów do nauczania PJMed. Badanie miało wykazać, jakie elementy kompetencji socjolingwistycznej i socjokulturowej są prezentowane w tekstach analizowanych materiałów glottodydaktycznych oraz w jaki sposób i za pomocą jakich technik są one rozwijane u uczących się.

Przegląd treści pozostałych podręczników i skryptów wchodzących w skład korpusu badawczego pozwala stwierdzić, że w przeważającej większości publikacji autorzy nie akcentują wyraźnie kompetencji socjolingwistycznej w opisie celów nauczania, choć w samych materiałach w postaci zagadnień przedstawionych w poniższej tabeli:

Tabela 24

Przykłady elementów kompetencji socjolingwistycznej i socjokulturowej w materiałach do nauczania PJMed. – oprac. własne

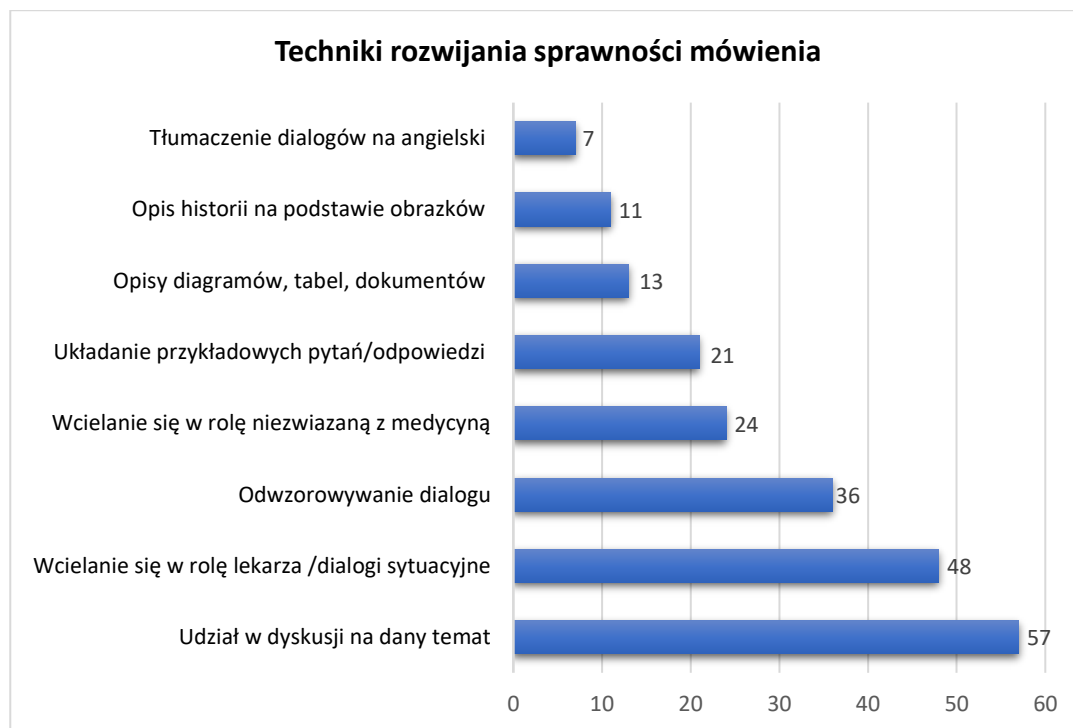
Kompetencja socjolingwistyczna i socjokulturowa	
	▪ nawiązanie kontaktu z dorosłym pacjentem ▪ nawiązanie kontaktu z pacjentem pediatrycznym ▪ nawiązanie kontaktu z przełożonym ▪ zwracanie się do dorosłego pacjenta ▪ zwracanie się do pacjenta pediatrycznego ▪ zwracanie się do współpracowników ▪ zasady grzeczności w miejscu pracy ▪ opisywanie stanu zdrowia pacjentowi/choremu ▪ opisywanie stanu zdrowia pacjenta/chorego innemu lekarzowi w sytuacji formalnej i nieformalnej ▪ sposoby poruszania tematów drażliwych i tabuizowanych w polskiej kulturze
Realia polskiego szpitala	
	▪ relacje przełożony podwładny ▪ zachowanie i ubiór w miejscu pracy ▪ organizacja służby zdrowia (NFZ, POZ) ▪ pacjent w polskim szpitalu (koszyk świadczeń) ▪ nazwy jednostek leczniczych i oddziałów

6.2.3. Techniki nauczania mówienia

Omówienie technik służących rozwijaniu sprawności mówienia w materiałach do PJMed rozpoczne od zestawienia, w którym znajdują się informacje o frekwencji użycia każdej z technik.

Wykres 4

Techniki rozwijania sprawności mówienia w materiałach do PJMed – oprac. własne



Z przeprowadzonych analiz wynika, że techniką anonsującą ćwiczenia rozwijające sprawność mówienia jest pytanie wprowadzające do dyskusji związanej z tematem danej jednostki lekcyjnej w danym podręczniku. Ciekawa wydaje się obserwacja, że tego typu pytania zostały umieszczone tylko w podręcznikach kierowanych dla przyszłych studentów medycyny: *Chcę studiować medycynę* i *Język polski dla obcokrajowców na studiach polskojęzycznych 2*.

Zdecydowana większość pytań odnosi się do wiedzy ogólnej oraz doświadczenia uczącego się, przykładowo:

1. Temat jednostki lekcyjnej w podręczniku: *Leki*.

Pytania do dyskusji: *Jakie naturalne środki lecznicze wykorzystuje się w Pana (Pani) domu? Przy jakich dolegliwościach?* (Lechowicz, Podsiadły 1998: 134).

2. Temat jednostki lekcyjnej w podręczniku: *Podstawowe zabiegi medyczne*.

Pytania do dyskusji: 1) *Jakie znasz zabiegi medyczne?*; 2) *Jak często wykonywane są podstawowe zabiegi medyczne?*; 3) *Dlaczego ludzie rzadko je wykonują? Boją się? Czego?*; 3) *Kto może zlecić wykonanie zabiegów?* 5) *Z jakimi zabiegami kojarzą się te obrazki? Czy do tych zabiegów należy się specjalne przygotowywać?* (Ogonowska 2019: 13)

Miejscami można jednak odnieść wrażenie, że pytania zostały dobrane przypadkowo, nie są bowiem w żaden sposób dostosowane do jednostki lekcyjnej, np.:

1. Temat jednostki lekcyjnej w podręczniku: *Szczepienia ochronne*

Pytania do dyskusji: 1) *Dlaczego ciągle brakuje nam czasu?*; 2) *Czy i jak można manipulować czasem?*; 3) *Co to jest subiektywne poczucie czasu?*; 4) *Kiedy czas nam się dłuży, a kiedy mija jak z bicia strzelił?* 5) *Komu subiektywnie czas mija szybciej: osobom młodym czy starszym?* (Ogonowska 2019: 13).

2. Temat jednostki lekcyjnej w podręczniku: *Alergie*;

Pytania do dyskusji: 1) *Małżeństwa homoseksualne. Jesteś za czy przeciw?*; 2) *Sława. Czy jest to istotna kwestia dla Ciebie?* (Ogonowska 2019: 151).

Celem pytań jest głównie kształtowanie umiejętności formułowania krótkich wypowiedzi monologicznych i argumentacyjnych. Uwagę zwraca fakt wykorzystania procedury swobodnej praktyki językowej, choć nie została nakreślona celowość przygotowania własnej wypowiedzi: *komu i w jakim celu o tym powiedzieć?*

Działania treningowe i przedkomunikacyjne, a nawet pseudokomunikacyjne (*odwzorowywanie dialogu*, które pełni funkcję drylu substytucyjnego – *Practice similar dialogues with your partner*) są istotnym elementem w całym toku lekcji, szczególnie na najniższych poziomach zaawansowania językowego. Służą one utrwaleniu leksyki, struktur gramatycznych, działają w sposób stymulujący i zachęcający do mówienia. Najczęściej są one częścią ćwiczeń ukierunkowanych na rozwijanie pozostałych sprawności i też odwrotnie – techniki wykorzystywane do rozwijania sprawności słuchania, czytania, a także pisanie stanowią wprowadzenie do rozwijania umiejętności tworzenia wypowiedzi ustnej. Jedną z takich technik jest *przygotowywanie pytań do tekstu słuchanego i/lub pisanego*⁹⁶. Podobnie jak w

⁹⁶ W tym zbiorze znalazły się także ćwiczenia wykorzystywane do rozwijania sprawności czytania oraz słuchania.

przypadku rozwijania sprawności słuchania (ale i także czytania, patrz 6.3.5), wykorzystanie w ćwiczeniach ukierunkowanych na nabywanie umiejętności tworzenia wypowiedzi ustnej elementów graficznych, takich jak fotografie, obrazki, ale także różnego rodzaju diagramów, tabel czy dokumentów (tu: recepta, wyniki badań laboratoryjnych) ma stosunkowo niską frekwencję. Opowiadanie historii na podstawie sekwencji obrazków (szczególnie jeśli należy wcześniej fotografie uporządkować chronologicznie) działa motywująco, pobudza wyobraźnię, może angażować do pracy osoby, które mają problemy z samodzielnym odtworzeniem jakiejś historii np. z własnego życia⁹⁷.

Ciekawym rozwiązaniem wydają się ćwiczenia, w których wykorzystywane są fotografie, np. ułożenie fotografii w poprawnej kolejności, następnie opowiedzenie historii: *Na podstawie sekwencji obrazków proszę opisać badanie laryngologiczne z perspektywy lekarza; Na podstawie sekwencji obrazów i podanych słów proszę opisać, co się stało pacjentowi.*

W zbiorze technik rozwijających sprawność mówienia znalazło się także tłumaczenie zwrotów, a również całych dialogów na język angielski lub polski. Tłumaczenie na język angielski utożsamiane jest przede wszystkim z metodą gramatyczno-tłumaczeniową. Umiejętność przekładania z jednego języka często nazywano piątą sprawnością (Miodunka 2016: 20). Współcześnie można dostrzec pozytywne głosy na temat wykorzystywania tłumaczenia jako jednego z działań na zajęciach. Do zwolenników ćwiczeń translacyjnych należy m. in I. Janowska (2020: 37), której zdaniem „tłumaczenie to jedno z bardziej autentycznych i pożytecznych działań, jakie proponuje się w ramach lekcji języka obcego”. Ponadto uczona twierdzi, iż ponowne przychylne spojrzenie na tę technikę jest pokłosiem opublikowanego w 2001 r. dokumentu ESOKJ. W publikacji tej tłumaczenie jest wymieniane jako jedna z form działań mediacyjnych (ujętych dosyć szeroko w ESOKJ) i przyczynia się do rozwijania kompetencji komunikacyjnej (Janowska 2016: 44-45).

Przykładem podręcznika, w którym technika tłumaczeniowa jest bardzo chętnie używana, jest *Proszę powiedzieć, co się stało?* Zdaniem autora publikacji praca z podręcznikiem miała stanowić pomoc w opanowaniu terminologii

⁹⁷ Tego typu ćwiczenie można utrudnić, np. zasłaniając jeden, dwa obrazki (albo uczący się robią to sami), a następnie prosimy ich o odgadnięcie, dopowiedzenie własnej historii, co miało miejsce np. między fotografią 1 a 3.

medycznej i uczyć, jak sprawnie wykorzystać leksykę specjalistyczną w rozmowie z pacjentami w czasie praktyk, a ćwiczenia były nastawione przede wszystkim na nabywanie i doskonalenie umiejętności komunikacyjnych. Wprawdzie w podręczniku nie ma zadań komunikacyjnych, których należałoby oczekiwać z perspektywy współczesnych metod nauczania języka obcego, nie zmienia to jednak faktu, że sama publikacja stanowi kompendium słownictwa, pytań i zwrotów zebranych w przejrzyste tabele zatytułowane *Przydatne pytania i zwroty*. Znajdują się w niej także krótkie dialogi lekarz – pacjent, w których leksyka pokazana jest w konkretnym kontekście.

Zadania, w których uczący się musi wcielić się w rolę lekarza, są najczęściej ostatnim elementem składowym jednostek lekcyjnych (choć nie jest to żelazna reguła), szczególnie w podręcznikach *Co Panu dolega?* oraz *U lekarza (...)*. Zdecydowanie rzadziej tego typu komponenty znaleźć można w publikacji *Chcę studiować medycynę* oraz *Język polski dla obcokrajowców na studiach polskojęzycznych 2*. Najrzadziej wykorzystuje się je w skryptach akademickich. Można zauważyć pewną zależność: im nowszy skrypt akademicki, tym większe prawdopodobieństwo, że obok poleceń: *Make a similar dialogue using the information given below. Write it down and then practice it in pairs* znajdują się zadania, w których uczący się musi wykonać konkretne zadania, aby osiągnąć dany cel. Pełnią swego rodzaju podsumowanie wszystkich technik, które wystąpiły w danym rozdziale, nierzadko także łączą wszystkie sprawności.

W podręcznikach odnotować można zdania, w których uczący się musi wejść w rolę lekarza i wykonać konkretne działania, np. zrelacjonować stan zdrowia pacjenta innemu lekarzowi (na podstawie karty chorobowej), przeprowadzić wywiad lekarski z pacjentem, następnie zaproponować badania, np.: *Jako lekarz prowadzący proszę zreferować ordynatorowi zalecone leczenie (na podstawie indywidualnej karty zleceń lekarskich)* (Chłopicka-Wielgos i in. 2015: 66).

W drugiej grupie znalazły się zadania, gdzie osoba ucząca się musi wcielić się w rolę lekarza-stażysty, który opisuje stan zdrowia pacjentów lekarzowi ordynatorowi, np.: *Jest Pan/Pani lekarzem stażystą. Proszę w rozmowie z ordynatorem oddziału opisać stan pacjenta i zdać relację z zastosowanej terapii. Proszę wykonać zadanie, pracując z kolegą/koleżanką* (tamże: 129).

Dzięki bogatemu i różnorodnemu inwentarzowi działań uczący ma szansę w pełni rozwijać kompetencje w zakresie komunikacji ustnej. Ponadto zadania odnoszą się do rzeczywistości lub/i przyszłości osoby uczącej się, co jeszcze bardzo podnosi atrakcyjność samego zadania. Znakiem szczególnym jest zlecenie wykonania zadania w parze, co jest pozytywnym akcentem analizowanego materiału. Zaletą tego typu technik jest konkretne określenie roli nadawcy komunikatu oraz jasne nakreślenie kontekstu sytuacyjnego, dzięki czemu wzrasta ich potencjał motywujący do działania. W zadaniach komunikacyjnych najczęściej sprecyzowane jest zadanie tylko dla jednego uczestnika sytuacji komunikacyjnej, nie ma zaś wytycznych dla drugiej osoby. Z jednej strony sytuacja ta może spowodować trudności w „odegraniu” drugiej z ról nie wiadomo, jakie zadanie musi wykonać dialogowy ordynator. Z drugiej strony takie nieco „otwarte” zadanie pozwala na większą niezależność uczących się w jego wykonaniu. Prezentacja kilku dialogów sytuacyjnych na tle klasy/grupy może z kolei być punktem wyjściowym do dalszych działań, np. dyskusji, porównania, pokazania różnych sposobów przebiegu tej samej rozmowy sytuacyjnej. W skrajnych przypadkach zadanie może zakończyć się przygotowaniem tylko wypowiedzi monologicznej.

Jeśli chodzi o dialogi *lekarz – pacjent* uczący się jest proszony o wykonanie innych działań, takich, jak: pocieszenie płaczącego pacjenta, wyjaśnienie choremu wyników badań, uspokojenie zdenerwowanej kobiety, u której rozpoczęła się akcja porodowa, a także poinformowanie członków najbliższej rodziny o przebiegu leczenia. Przykładowo: *Wchodząc w rolę lekarza, proszę zastanowić się razem z koleżanką/kolegą, w jaki sposób lekarz położnik może uspokoić pacjentkę przed zbliżającym się porodem, przedstawiając jej możliwości porodu drogami natury lub tłumacząc, na czym będzie polegał poród zabiegowy (proszę porównać ze wskazaniem do przeprowadzenia cesarskiego cięcia)* (Chłopicka-Wielgos 2015: 116) albo *Pacjentka ma cukrzycę i nie chce pić wody mineralnej ani zrezygnować z cukru i protein w diecie. Proszę odegrać rolę lekarza i poinformować ją o konsekwencjach. Proszę wykorzystać słowa i wyrażenia z ramki* (Rogała i in. 2019: 91).

W tej sytuacji również w opisie zadania znajdują się wytyczne tylko dla jednego interlokutora, chociaż sytuacja ewidentnie wymaga uczestnictwa dwóch osób. Jest to typowa sytuacja komunikacyjna dla kontaktu *lekarz –*

pacjent. „Odegranie” jej tylko z perspektywy lekarza, bez udziału pacjenta mija się z celem, ponieważ w realnej sytuacji zawodowej to pacjent jest kluczowym interlokutorem (dopytuje, prosi o wyjaśnienie, martwi się wynikami). Podobnie jest i w następujących przykładach, w których nie sprecyzowano roli pacjenta. Dla kontrastu warto przytoczyć przykład z innego podręcznika, w którym określone zostały w sposób ogólny działania zarówno dla uczącego się wcielającego się w lekarza, jak i uczącego się mającego odegrać rolę pacjenta, np.: *Jesteś pacjentem, któremu należy zrobić zastrzyk. Bardzo jednak tego się boisz i próbujesz tego uniknąć* albo *Jesteś lekarzem. Twoim zadaniem jest namówienie pacjenta, żeby dał sobie zrobić zastrzyk* (Ogonowska 2019: 22)

Identyczny sposób formułowania poleceń można także zaobserwować w zadaniach, gdzie biorą udział niespecjaliści, np. dwie pacjentki, koleżanki, chłopak z dziewczyną, np.: *Pani/pana znajoma dzwoni z problemem, Jej córka od rana źle się czuje – ma stan podgorączkowy (37,7 stopni) trochę boli ją gardło i głowa. Co Pani/Pan może poradzić znajomej? Proszę odegrać dialog z koleżanką/kolegą z grupy* (Rogała i in. 2019: 121).

6.2.4. Wnioski

Techniki rozwijające sprawność mówienia mają na celu nabycie umiejętności zadawania pytań koniecznych do działań takich, jak: wywiad z pacjentem, zbieranie historii choroby, pytanie o objawy, rozmowa telefoniczna z pacjentem bądź innym pracownikiem medycznym. Drugą ćwiczoną umiejętnością jest relacjonowanie wydarzeń (przekazywanie informacji o stanie zdrowia bliskim pacjentowi lub członkom personelu medycznego, zespołowi terapeutycznemu). W ostatniej grupie znalazły się następujące funkcje komunikacyjne: wyjaśnienie (formułowanie diagnozy i leczenia, informowanie pacjenta, innych lekarzy), wydawanie poleceń, udzielanie rad, definiowanie, opis procesu oraz opis struktury.

Podsumowując analizy technik doskonalących umiejętności mówienia, należy przed wszystkim zwrócić uwagę na osadzanie uczących się w autentycznej sytuacji komunikacyjnej, w realnym kontekście medycznym. Jest to niewątpliwie walor tych ćwiczeń. Najczęściej autorzy sięgają po dialog *pacjent – lekarz*. Zdecydowanie mniej jest rozmów typu *lekarz – lekarz*; *lekarz – personel medyczny*. Twórcy starszych publikacji chętniej wykorzystują bodźce słowne –

pojedyncze słowo bądź pytanie, natomiast w nowszych pozycjach można zauważyć liczne ćwiczenia opierające się na bodźcu wizualnym (choć nie brakuje też słownych). Można odnieść wrażenie, że zrezygnowano całkowicie z bodźców dźwiękowych, choć nie oznacza to, że lektorzy w ogóle ich nie wykorzystują⁹⁸. W analizowanych materiałach nie jest praktykowane tworzenie poleceń na zasadzie podziału na Student A / Student B. Z pewnością podniosłoby to czytelność poleceń, które musi dostarczać uczącemu się punktów odniesienia pozwalające na podjęcie działania zgodne z wytyczonym celem prowadzące do realizacji (Janowska 2011).

6.3. Rozwijanie sprawności rozumienia tekstu pisanego

6.3.1. Koncepcje autorów materiałów

Techniki rozwijające sprawność czytania są obecne w mniejszej lub większej reprezentacji w niemal wszystkich analizowanych materiałach, przy czym sprawność ta jest nadrzędnym celem kształcenia w materiałach

1. do nauczania PJMed do celów akademickich: *O człowieku po polsku. Podręcznik języka medycznego dla obcokrajowców, Język polski (wybór tekstów z ćwiczeniami dla grup medycznych), Chcę studiować medycynę. Język polski dla cudzoziemców – kandydatów na studia medyczne, Język polski dla obcokrajowców na studiach polskojęzycznych 2;*
2. do kształcenia przedmiotowo-językowego: *Podstawy cytologii i genetyki, Fizyka. Podręcznik dla cudzoziemców, Biologia. Wybór tekstów do nauki języka polskiego w zakresie biologii, Wybrane zagadnienia z anatomii i fizjologii człowieka.*

Twórcy materiałów do kształcenia przedmiotowo-językowego zgodnie podkreślają, że pozycje te mają na celu przygotowanie cudzoziemców – przyszłych studentów medycyny – do czytania ze zrozumieniem tekstów popularnonaukowych i naukowych oraz do posługiwania się stylem/językiem naukowym w mowie i piśmie. Autorzy przywołanych publikacji są jednomyślni

⁹⁸ Technika ta nie należy do często wykorzystywanych. W przypadku języka medycznego można użyć następujących dźwięków: ambulans na sygnale, pracujący kardiomonitor, ciśnieniomierz, defibrylator.

co do konieczności zapoznania uczących się z terminologią i strukturami językowymi charakterystycznymi dla języka fizyki, biologii, których znajomość jest warunkiem koniecznym do podjęcia studiów medycznych. W intencji autorów przygotowane materiały mają służyć także wyrównaniu poziomu znajomości i umiejętności w zakresie wiedzy przedmiotowej do poziomu polskich maturzystów. Potwierdzeniem tych słów jest następujący cytat: „Podstawowym celem podręcznika jest:

- 1) zapoznanie słuchaczy z charakterystycznymi dla stylu naukowego strukturami językowymi oraz terminologią biologiczną, co umożliwi jednoczesną naukę struktur gramatycznych równoległe, systematycznie wprowadzanych na lekcjach języka polskiego;
- 2) wyrównywanie poziomu wiadomości i umiejętności studentów cudzoziemskich podejmujących studia wyższe. Dysproporcje te wynikają głównie ze zróżnicowania programów nauczania biologii w krajach, w których studenci kończyli szkoły odpowiadające polskiej szkole średniej;
- 3) przygotowanie przyszłych studentów do czytania ze zrozumieniem tekstów popularno-naukowych i naukowych w języku polskim, a także do czynnego posługiwania się językiem naukowym” (Kazimierczak, Gosztwot 2012: 7; por. Lechowicz, Podsiadły 1998: ; Busiakiewicz, Malinowski 2014: 7).

Zdaniem autorów *Biologii (...)*, „przystępując do lektury podręcznika czytelnicy powinni prezentować znajomość języka polskiego na co najmniej poziomie A1 oraz posiadać podstawową wiedzę z zakresu zagadnień biologicznych, które są jego treścią”, a „ostatecznym celem podręcznika jest rozwinięcie u korzystających z niego czytelników umiejętności językowych do poziomu B2 z elementami poziomu C1 w zakresie sprawności czytania ze zrozumieniem oraz poziomu B2 w zakresie mówienia” (Kazimierczak, Hrabec 2015: 11). Określone w ten sposób cele kształcenia skłaniają do szerszej refleksji. Według *Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie egzaminów z języka polskiego jako obcego* poziom A1 jest określany jako elementarny, a osoba wykazująca znajomość języka na tym poziomie rozumie najważniejsze treści i intencje dotyczące tematów związanych z podstawowymi i konkretnymi potrzebami życia codziennego w bardzo prostych, krótkich tekstach mówionych oraz pisanych. Ponadto potrafi prowadzić prostą rozmowę, jest w stanie zapisać znane słowa i wyrażenia. Z kolei od osoby wykazującej znajomość

języka na poziomie B2 (tzw. średni ogólny) i C1 (tzw. efektywna biegłość użytkowa) wymaga się rozumienia treści i intencji zawartych w tekstach mówionych i pisanych poruszających tematy ogólne, konkretne i abstrakcyjne, ale także tekstów specjalistycznych w sposób precyzyjny, przy zastosowaniu bogatego słownictwa⁹⁹ (zob. także *Programy nauczania języka polskiego jako obcego*). Teksty zawarte w omawianej publikacji nie zostały opatrzone żadnymi ćwiczeniami ani zadaniami wspomagającymi rozwijanie sprawności czytania, dlatego nasuwa się pytanie, w jaki sposób osoba ucząca się może osiągnąć zamierzony cel autorów i czy w ogóle jest to możliwe. W przedmowie czytamy, że „podręcznik jest przeznaczony do nauki pod kierunkiem lektora, jednak może być wykorzystywany przez osoby chcące pracować samodzielnie, posiadające odpowiednie przygotowanie językowe (czyli znajomość JOg na poziomie A1 i podstawową wiedzę z zakresu biologii – przyp. P. O.)” (Kazimierzczak, Hrabec 2015: 11). Można odnieść wrażenie, że potencjał i zawartość merytoryczna książki nie zostały w pełni wykorzystane. Być może lektorzy uczący PJMed sięgają po teksty J. Kazimierzczak i S. Hrabca, przygotowując scenariusz własnych zajęć. Muszą najpierw jednak zmierzyć się z opracowaniem do nich zestawu ćwiczeń oraz zadań. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby publikacja została także wykorzystywana przez osoby uczące się samodzielnie. Warunkiem powinien być jednak wysoki poziom zaawansowania językowego osoby czytającej, ponieważ deklarowany we wstępie poziom A1 jest niewystarczający, tym bardziej, że wymaga tego złożoność językowa zawartych w materiale tekstów. Niemal identyczna sytuacja ma miejsce w podręczniku *Wybrane zagadnienia z anatomii i fizjologii człowieka. Skrypt dla obcokrajowców, kandydatów na studia medyczne w Polsce*, którego jednym z głównych celów jest „przygotowanie przyszłego studenta do samodzielnej pracy z podręcznikiem akademickim” (Dziurdź i in. 2002: 10). Wprawdzie teksty nie są długie, w dodatku wzbogacone zostały licznymi rysunkami, wykresami, diagramami i schematami, które zdecydowanie ułatwiają zrozumienie treści, ale brak warstwy ćwiczeniowo-zadaniowej znacznie ogranicza pracę z publikacją.

Na tle korpusu badawczego wyróżniają się *Anatomia – język specjalistyczny* i *Biologia*, w których rozwijaniu sprawności czytania poświęcono

⁹⁹ https://certyfikatpolski.pl/wp-content/uploads/2018/05/rozp_26_2_16.pdf (dostęp 2.03.2022).

także stosunkowo dużo miejsca, choć sama autorka we wstępach do obydwu publikacji podkreśla, iż książki są przeznaczone do pracy na zajęciach ze słownictwa specjalistycznego. Budowa wszystkich rozdziałów jest bardzo podobna – każda jednostka jest oparta na tekście głównym (czasami dwóch albo trzech), wzbogaconych rysunkami, tabelami i wykresami oraz obudowanym ćwiczeniami leksykalnymi lub nakierunkowanymi na rozumienie tekstów pisanych.

6.3.2. Złożoność językowa, struktura, gatunki i tematyka tekstów

Język tekstów, zwłaszcza tych, które są zawarte w skryptach stworzonych na potrzeby lektoratów, jest dość prosty i zrozumiały, przeważają w nich zazwyczaj zdania pojedyncze rozwinięte. Sporadycznie pojawia się leksyka czy też konstrukcje gramatyczne, które mogą być problematyczne dla uczących się, ale nie ma to negatywnego wpływu na cały tekst. Liczba słów w najdłuższych tekstach nie przekracza 400. W poddanych badaniom materiałach, podobnie jak w przypadku sprawności rozumienia ze słuchu, można zauważyć brak gradacji tekstów pod względem stopnia trudności – są albo za łatwe, albo za trudne. Niejednokrotnie złożoność językowa i leksykalna utrzymuje się na takim samym poziomie przez cały podręcznik i/lub skrypt.

M. Dakowska (2001: 111) w rozważaniach na temat koncepcji procesu rozumienia dyskursu podkreśla, że „tekst nie jest obiektywnie łatwy bądź trudny; jego stopień trudności ma charakter relacyjny i wynika ze stosunku zakresu doświadczeń osoby czytającej do materiału przetwarzania”. Uwaga ta jest szczególnie istotna w przypadku doboru materiałów do podręczników, czy też na same zajęcia języka specjalistycznego. W zależności od tego, kto jest grupą docelową – studenci (i tu także ważne jest, czy są to studenci na początkowych czy ostatnich lat studiów medycznych) czy osoby dorosłe posiadające doświadczenie zawodowe, ten sam tekst może okazać się dla jednych trudny, a dla innych łatwy ze względu na zróżnicowanie wiedzy z zakresu wiedzy specjalistycznej, ale także samego języka specjalistycznego.

Tabela 25

Rodzaje tekstów do czytania w materiałach – oprac. własne

Formy wypowiedzi		
PJMed do celów akademickich/naukowych	PJMed do celów zawodowych	Inne
tekst popularnonaukowy	- instrukcja zażywania leków - opis przypadku - teksty informacyjny - opinia - artykuł z ustawy i zawodzie lekarza - definicja słownikowa - epikryza - ulotka z leków - opis badania - karta leczenia ambulatoryjnego - notatka lekarska - opis pacjenta - epikryza - wypis ze szpitala - opis stanu pacjenta - opis przypadku	- rozmowa telefoniczna - wypowiedzi pacjentów na forum internetowym - wywiad z lekarzem - reklama medyczna - hasło reklamowe - ulotka kosmetyków - tekst informacyjny - nagłówek z gazety - dialog - sms - e-mail - wykres - tabela - diagram

Widoczna jest dysproporcja w rodzajach tekstów wykorzystywanych do rozwijania sprawności czytania w trzech grupach materiałów. Najmniej różnorodnych gatunkowo tekstów znajduje się w skryptach uczelnianych. Mając jednak na uwadze poziom języka grupy docelowej, do której kierowane są materiały, rozwiązanie to jest w pewien sposób uzasadnione. Dla porównania, według przywołanego już *Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego* (2016) osoba na poziomie A2 rozumie „pojedyncze napisy, fragmenty tekstów o długości jednego akapitu oraz kompletne krótkie teksty napisane językiem codziennej komunikacji, zawierające słownictwo podane w słowniku podstawowym oraz internacjonalizmy, którym towarzyszą materiały wizualne”¹⁰⁰ (zob. też *Programy nauczania języka polskiego jako obcego. Poziomy A1-C2*). Za ciekawe i godne uwagi należy uznać wprowadzenie na tak wczesnym etapie nauki polszczyzny medycznej tekstów niepreparowanych, którymi są fragmenty ulotek lekarskich, hasła reklamowe obecne na ulicznych plakatach czy banerach reklamowych w sieci. Dzięki użyciu różnej długości tekstów zmniejsza się ryzyko szoku i zniechęcenia do pokonywania pojawiających się w późniejszych etapach nauki trudności rozumienia coraz dłuższych partii materiału do czytania. Jak

¹⁰⁰ https://certyfikatpolski.pl/wp-content/uploads/2018/05/rozp_26_2_16.pdf (dostęp 18.03.2022).

zauważa A. Seretny (2008: 88), „praca wyłącznie na tekstach preparowanych rzadko rozwija bowiem strategie czytelnicze konieczne przy lekturze tekstów oryginalnych, czyniąc uczących się bezradnymi w obliczu trudności”. Walorem niektórych skryptów akademickich jest umieszczanie krótkich haseł reklamowych, które można zobaczyć czy usłyszeć w mediach i przestrzeni publicznej. Zaletą jest krótki przekaz, natomiast niejednokrotnie hasła te oparte są na grze słów i bardzo dużej skrótowości albo są modyfikacją powiedzeń, jak np. *przez żołądek do zdrowia* (zamiast *przez żołądek do serca*) fragmentów sloganów reklamowych i wycinków z gazet. Włączenie w proces dydaktyczny materiałów autentycznych świadczy o szerszej świadomości oraz refleksji autorów podręczników i ich całościowego spojrzenia na problematykę kształcenia językowego

Zarówno w skryptach uczelnianych, jak i materiałach przeznaczonych do rozwijania umiejętności komunikowania się z pacjentem najczęściej wykorzystywaną formą tekstu do kształcenia sprawności czytania jest dialog. Z gatunków typowych dla *języka medycyny (medycznego)* najczęściej występują epikryza, a także karta pacjenta. Natomiast w książkach przeznaczonych do nauczania PJMed do celów akademickich nie pojawiają się gatunki tekstów pisanych, które są typowe dla *języka medycyny (medycznego)* (klasyfikacja U. Kokot, rozdział III). W materiałach, których nadrzędnym celem jest przygotowanie osoby uczącej się do komunikacji z pacjentem, widać dużą różnorodność gatunków, które są charakterystyczne nie tylko dla języka specjalistycznego, ale także dla języka ogólnego.

Na końcu podręcznika *Witaj w Polsce* dołączono Appendix, w którym znajdują się liczne wzory dokumentacji medycznej. Świadczy to o świadomości autorki co do wysokiej potrzeby wykorzystania na zajęciach materiałów i formularzy, które są ściśle związane ze środowiskiem zawodowym. Wśród tych materiałów znalazły się karta historii choroby osoby dorosłej i dziecka, karta wywiadu, formularz badania przedmiotowego, karta opisu badania krążenia, przedoperacyjna ankieta anestezyjologiczna dla dorosłych, wzór epikryzy, formularz przeszłości diagnostyczno-leczeniowej do 6 miesięcy przed przyjściem do szpitala, karta gorączkowa ogólna, indywidualna karta zaleceń lekarskich i ich realizacji, zgoda na zabieg operacyjny, zaświadczenie lekarskie, skierowanie na badania serologiczne, skierowanie na badania RTG/USG/TK/MAMMO.

Podręcznik autorstwa B. Bilickiej jako jedyny w badanym korpusie prezentuje tak bogaty zbiór formularzy typowych dla pracy lekarza. Autorka zadała sobie trud znalezienia licznych druków z tego powodu jeszcze bardziej dziwi, że ich potencjał dydaktyczny nie został wykorzystany.

Drugim elementem analiz był inwentarz tematyczny materiałów glottodydaktycznych do nauczania PJMed. Teksty w skryptach uniwersyteckich obejmują słownictwo z 13 obszarów tematycznych o różnym stopniu uszczegółowienia, a kolejność realizacji poszczególnych zagadnień leksykalnych jest dość zbliżona.

Zbiór tekstów narracyjnych o charakterze informacyjnym D. Jezierskiej (i in. 1974) był pierwszym tego typu materiałem do nauczania polszczyzny medycznej, w dodatku w całości napisanym w języku polskim (łącznie z poleceniami), w przeciwieństwie do wydanej kilka lat później publikacji *O człowieku po polsku*, której autorki zdecydowały się na użycie języka angielskiego „zarówno ze względu na skład narodowościowy społeczności studenckiej naszego Zakładu, jak i popularnej tendencji wprowadzenia języka angielskiego jako międzynarodowego w naukach medycznych” (Chłopicka i in. 1981: 5). Publikacja D. Jezierskiej spotkała się z krytyką ze strony przedstawicieli środowiska krakowskiego, które w 1981 r. opublikowały właśnie wspomnianą książkę *O człowieku po polsku*.

Tematyka tekstów dotyczy wizyty u lekarzy różnych specjalizacji lekarskich (internista, okulista, laryngolog) oraz najbardziej znanych chorób i infekcji, takich jak gruźlica, czarna ospa, angina, koklusz, polio, gościec, przeziębienie, katar. Ponadto poruszone zostały zagadnienia bardziej ogólne, związane ze zdrowiem i pracą w szpitalu, jak operacja, udzielanie pierwszej pomocy oraz rodzaje opatrunków, a także zdrowy tryb życia. W podręczniku M. Chłopickiej-Wielgos uwagę przykuwa tematyka tekstów dotyczących antropologii ze szczegółowym omówieniem większości układów narządowych. Walorem są także liczne ilustracje i schematy narządów ludzkich. Sporo miejsca zajmują ćwiczenia leksykalne, słowotwórcze, a także syntaktyczne. Ostatnim elementem każdej z 25 jednostek (rozdziałów) są 3 ćwiczenia dotyczące tekstu głównego.

Tabela 26

Katalog tematyczny treści skryptów uczelnianych – oprac. własne

Temat		Informacje szczegółowe
1	Ciało ludzkie	części ciała
2	Narządy wewnętrzne	organy wewnętrzne
3	Układy	krążenia, oddechowy, pokarmowy, moczowy, nerwowy, ruchu, rozrodczy kobiety ¹⁰¹
4	Wizyta u lekarza	wywiad z pacjentem i/lub rodziną pacjenta, historia choroby, opis dolegliwości, przebieg badania
5	Oddziały szpitalne / specjalizacje medyczne	kardiolog, chirurg, ortopeda, ginekolog, pediatra
6	Organizacja szpitala	nazwy pomieszczeń w szpitalu, wyposażenie szpitalne, przyrządy do badań
7	Izba przyjęć	rejestracja, dokumenty, rozmowa z pielęgniarką
8	Wizyta w aptece	rozmowa z farmaceutą, nazwy i działanie leków
9	Wizyta u dentysty	wywiad z pacjentem, przebieg badania
10	Badania i lekarstwa	nazwy badań, lekarstwa, ich rodzaje i zastosowanie
11	Nałogi	uzależnienia: alkoholizm, nikotynizm, narkomania
12	Pierwsza pomoc	wypadek, wzywanie pomocy, udzielanie pierwszej pomocy

Mając na uwadze brak ogólnie przyjętego i dostępnego programu nauczania języka polskiego jako obcego na lektoracie w uczelniach medycznych, a także słaby przepływ informacji między ośrodkami akademickimi (na co zwróciły uwagę w 2016 r. M. Ławnicka-Borońska i K. Kubacka), taki stan rzeczy można uznać za dobrze rokujące zjawisko. Zaletą jest także dobór bloków tematycznych, które na początkowym etapie nauki języka polskiego do celów medycznych wydają się najbardziej pożądane. Warto w tym miejscu podkreślić, że lektorat z języka polskiego odbywa się w większości uczelni medycznych przez pierwsze 4 semestry nauki, czyli jeszcze przed wyborem specjalizacji lekarskiej – w związku z tym powyższy dobór tematyczny (ogólny) jest jak najbardziej uzasadniony i słuszny. Analizy tekstów pod kątem zawartości i przydatności ich treści prowadzą do konkluzji, iż osoba ucząca nabiera kompetencji do bycia nie tylko lekarzem, ale także bardziej świadomym pacjentem w środowisku polskojęzycznym.

Dwa podręczniki kierowane do osób planujących podjąć studia medyczne – *Chcę studiować w Polsce* oraz *Język polski dla obcokrajowców na studiach*

¹⁰¹ Tylko w materiałach M. Jankowskiej i Ś. Sikorskiej uwzględniony został układ rozrodczy mężczyzny.

polskojęzycznych 2 – także mają zbliżone zakresy tematyczne. Co więcej, w ich początkowych partiach zamieszczono teksty odwołujące się do „wyobrażeń studenta o zawodzie lekarza, nawiązujące do bliskich mu tematów takich jak wizyta u lekarza, pobyt w szpitalu, nie wymagających znajomości terminologii medycznej. Stopniowo wprowadzane są teksty związane z problematyką, z którą już się zetknął, np. grypa, zatrucie pokarmowe, otyłość. Na końcu podręcznika umieszczono teksty dotyczące tematyki całkowicie obcej, jak miażdżyca i nowotwory” (Lechowicz, Podsiadły 1998: 3). Podobna strategia stopniowania trudności tematycznej jest zauważalna w skryptach uczelnianych. Do wspólnych obszarów zagadnień występujących w podręcznikach J. Lechowicz i J. Podsiadły (1998) oraz M. Ogonowskiej (2019) należą pierwsza pomoc, urazy i rehabilitacja uzależnienia i używki, racjonalne odżywianie i zdrowy styl życia, choroby nowotworowe, medycyna jako nauka i jej dziedziny. Układ drugiej książki zbliżony jest do zawartości *Co Panu dolega?*. Ponadto dołączono rozdział poświęcony tematyce praw pacjenta, etyce zawodowej lekarza, chorobom zawodowym, które w ostatnich latach stały się obiektem szerszych badań i dyskusji w środowisku medycznym.

Tabela 27

Katalog tematyczny materiałów PJMed do celów akademickich – oprac. własne

Temat		Informacje szczegółowe
1	Pierwsza pomoc	nagłe wypadki i proces postępowania/leczenia, środki lecznicze, opatrunki
2	Urazy i rehabilitacja	nazwy urazów, ćwiczenia rehabilitacyjne
3	Uzależnienia i używki	alkohol, narkotyki, nikotyna, pomoc osobom uzależnionym, akcje przeciw używkom
4	Zdrowy styl życia	zdrowe odżywianie, witaminy i mikroelementy, aktywność fizyczna
5	Choroby nowotworowe	profilaktyka, nowotwory u kobiet i mężczyzn,
6	Medycyna jako nauka	dziedziny medycyny, medycyna alternatywna
7	Prawa pacjenta	Informowanie pacjenta o przebiegu choroby
8	Etyka zawodowa	prawa lekarza, postępowanie z pacjentem
9	Choroby zawodowe	badania okresowe, zagrożenia wynikające z pracy w różnych sektorach

Kluczem doboru treści w podręcznikach *Co Panu dolega?* i *U lekarza?*, były specjalizacje lekarskie, takie jak: interna, pediatria, chirurgia dziecięca i osób dorosłych, ginekologia, dermatologia. Do specjalizacji różniących obydwie pozycje zaliczyć należy: okulistykę, laryngologię, pulmonologię, alergologię, nefrologię D. Rogali (2019), a w podręczniku M. Chłopickiej-Wielgos (2015) reumatologię, neurologię, wirusologię. Dodatkowo autorki podręcznika *Co Panu dolega?* uwzględniły w swoim materiale rozdziały poświęcone lekom oraz organizacji służby zdrowia. Ponadto książka ta ujmuje przywołane zagadnienia szerzej i dokładniej.

Tabela 28
Katalog tematyczny pozostałych materiałów – oprac. własne

Temat		Informacje szczegółowe
1	Schorzenia narządów wewnętrznych	słownictwo związane z badaniem pacjenta
2	Pediatria	badanie dziecka, drobne zabiegi i materiały medyczne
3	Chirurgia (dorośli i dziecięca)	anestezjologia i blok operacyjny, urazy i opatrywanie ran
4	Ginekologia	symptologia ginekologiczna
5	Dermatologia	zmiany skórne
6	Laryngologia	choroby uszu, krtani, nosa i gardła
7	Pulmonologia	schorzenia układu oddechowego
8	Alergologia	schorzenia alergiczne
9	Nefrologia	schorzenia nerek i dróg moczowych
10	Okulistyka	schorzenia narządu wzroku
11	Reumatologia	schorzenia reumatyczne kości i stawów
12	Neurologia	schorzenia obwodowego układu nerwowego
13	Wirusologia	słownictwo związane z zakażeniami wirusowymi
14	Leki	rodzaje, postacie i dawkowanie leków
15	Służba zdrowia	organizacja służby zdrowia

Jeśli chodzi o zagadnienia tematyczne podręczników do kształcenia przedmiotowo-językowego, prezentują się one następująco:

Tabela 29

Zawartość tematyczna podręczników do kształcenia przedmiotowo-językowego – oprac. własne

Temat		Informacje szczegółowe
1	Anatomia	układ: pokarmowy, krwionośny, limfatyczny, oddechowy, nerwowy, moczowy, płciowy, hormonalny, narządy ruchu
2	Biologia	przyroda, biotechnologia, protisty, wirusy, bakterie, botanika, zoologia, tkanki człowieka, części ciała człowieka, układ szkieletowy i mięśniowy, komórka, tkanka, narząd, narząd ruchu, układy, narządy zmysłów, skóra, rozwój zarodka ludzkiego, wirusy, bakterie, pierwotniaki pasożyty, przywry, tasiemce, nicianie
3	Podstawy cytologii i genetyki	budowa komórki roślinnej i zwierzęcej, plazmatyczne i nieplazmatyczne elementy budowy komórki, cykl komórkowy, mitozę, amitozę, podstawowe pojęcia genetyczne, mejozę, genetyka klasyczna, budowa i funkcje kwasów nukleinowych, biosynteza białka, mutacje
4	Fizyka	ruch ciał, dynamika oddziaływania, ruch drgający, fale mechaniczne, fale elektromagnetyczne, optyka geometryczna

6.3.3. Przydatność tekstów dla uczących się

Na samym początku należy zaznaczyć, że zawartość merytoryczna treści tekstów była recenzowana i opiniowana przez doktorów nauk medycznych. Z tego powodu można założyć, że wszelkie nieścisłości i błędy merytoryczne zostały poprawione przed ostateczną publikacją. Źródłem tekstów w podręcznikach do nauczania PJMed do celów akademickich jest przede wszystkim literatura naukowa i popularnonaukowa zalecana dla polskich uczniów szkół ponadpodstawowych oraz studentów kierunków medycznych. Takie rozwiązanie wynikało z jednego z podstawowych celów podręczników do biologii, fizyki, podstaw cytologii i genetyki, którym jest wyrównanie poziomu wiadomości i umiejętności studentów cudzoziemskich. Autorzy jednak nie precyzują, w jakim stopniu i w jaki sposób poddano je modyfikacjom na potrzeby glottodydaktyczne.

W wykazach źródłowych, z których zaczerpnięto teksty, znalazły się m.in. słowniki, encyklopedie oraz podręczniki wydane przez Wydawnictwo Naukowe PWN lub Wydawnictwo Lekarskie PZWL (*Chcę studiować medycynę, Fizyka, Biologia, Podstawy cytologii i genetyki*). Z kolei źródłem tekstów wykorzystanych w publikacjach E. Gałat (*Anatomia i Biologia*) są głównie repetytoria dla maturzystów, a także podręczniki i zeszyty ćwiczeń dla szkół

ponadgimnazjalnych i ponadpodstawowych. Autorka korzystała także z materiałów dostępnych na stronach internetowych: wikipedia.pl, portalwiedzy.onet.pl, epodreczniki.pl. Przełożyło się to wyraźnie na język podręczników, który jest lepiej dostosowany do grupy wiekowej odbiorców. Portale internetowe, głównie o charakterze poradnikowym (netografia liczy 20 pozycji) stały się również głównym źródłem tekstów wykorzystanych w podręczniku *Co Panu dolega?*. W pierwszej wersji podręcznika wydanej w 1991 r. znajdują się te same dialogi oraz sporadycznie opisy przypadków. Niektóre teksty z podręcznika *Co Panu dolega?* znalazły się także w publikacji *Język polski dla obcokrajowców na studiach polskojęzycznych 2*. M. Ogonowska wykorzystała także – oprócz licznych źródeł internetowych, typu poradniki i encyklopedie zdrowia – publikacje do nauczania polszczyzny ogólnej na poziomach B2 – C2 i medycznej¹⁰². Natomiast jeśli chodzi o podręcznik *Witaj w Polsce*, wykorzystane w nim teksty są tłumaczeniem zawartości podręcznika do nauczania języka angielskiego E. Donesch-Jeżo *English for medical students and doktor, part 1, 2*.

Omawiając kwestię znaczenia tekstów dla uczących się, należy zwrócić uwagę na (1) znaczenie treści w kontekście nauczania języka, (2) znaczenie gatunków do przyszłej pracy zawodowej, (3) walor poznawczy i zawartość merytoryczną tekstów.

Pierwszą i zasadniczą funkcją tekstów zawartych w analizowanych materiałach jest zapoznanie uczących się z leksyką, czyli podstawowym wyróżnikiem danej specjalności. Ze względu na dominującą ilość dialogów *lekarz – pacjent* prezentowane jest słownictwo ogólnomedyczne, potoczne, którym posługują się pacjenci. Nieliczne dialogi między dwoma lekarzami anonsują uczącym się inny styl komunikacji. Kolejną funkcją, którą pełnią teksty podręczników, jest wyjaśnianie zjawisk medycznych, procesów leczenia, jednostek chorobowych. Treści te będą szczególnie istotne dla uczniów, którzy są na początku kariery zawodowej i nie mają wiedzy specjalistycznej. Wykorzystanie w analizowanych materiałach do nauczania PJMed wzorów dokumentacji medycznej (epikryza, karta pacjenta, karta temperatur, recepta,

¹⁰² Literatura wykorzystana w materiale M. Ogonowskiej to: E. Zarch, *Przejdź na wyższy poziom B2/C1*, E. Lipińska, *Umiesz? Zdasz? Materiały przygotowujące do egzaminu certyfikатовego z języka polskiego na poziomie średnim ogólnym B2*, A. Buchter, I. Janowska, G. Przechodzka, G. Zarzycka, *Zbiór zadań do egzaminu certyfikатовego z języka polskiego jako obcego na poziomie C2*, , M. Chłopicka-Wielgos, D. Pukas-Palimąka, K. Turek-Fornelska, *Co Panu dolega?*, M. Ławnick -Borońska, *Język polski w medycynie. A Guide to Polish*.

wyniki badań) jest zdecydowanie największym walorem badanego korpusu, choć można by oczekiwać nieco wyższej frekwencji zastosowania takich materiałów, aby jak najlepiej osadzić uczącego się w kontekście zawodowym. Dość licznie prezentowane są także gatunki teksów charakterystyczne dla nauczania PJMed do celów akademickich. Sięgnięcie po fragmenty podręczników akademickich, słowników, encyklopedii daje szansę uczącemu się na oswojenie z gatunkami, z którymi będzie miał styczność w trakcie późniejszych studiów.

Natomiast do deficytowych natomiast należą przykłady artykułów naukowych, w których omawiane są badania i przypadki kliniczne. Wiadomo, że praca z tego typu gatunkiem wymaga wysokiej znajomości języka ogólnego i specjalistycznego a także nierzadko wiedzy specjalistycznej, niemniej jednak należałoby rozważyć włączenie takich tekstów w proces dydaktyczny. Znalezienie i opracowanie takiego tekstu jest również zadaniem trudnym dla samego lektora.

Osobnego komentarza wymagają obecne w analizowanych podręcznikach teksty popularnonaukowe. W zależności bowiem od stażu zawodowego uczących się oraz wiedzy z konkretnej dziedziny, dla jednych teksty te mogą okazać się mniej lub bardziej przydatne w pracy zawodowej. Materiały te pochodzą ze stron internetowych, zazwyczaj o charakterze poradnikowym, a autorami nie zawsze są lekarze, więc nie piszą ich specjaliści. Po drugie, w przypadku badań medycznych, wiedza, która jest zawarta w tekstach, może szybko się zdezaktualizować (teksty źródłowe w analizowanych materiałach pochodzą z lat 2006-2010, co w odniesieniu do badań medycznych stanowi to dość odległy czas). Dla osób z wieloletnim doświadczeniem niektóre teksty mogą okazać się zbyt oczywiste, co może wpłynąć negatywnie na ich motywację. Z drugiej strony mogą okazać się punktem wyjścia do dyskusji nad omówieniem danego zagadnienia z perspektywy współczesnych badań i wiedzy medycznej

Z uwagi na wielość problemów medycznych selekcja zakresu tematycznego jest zabiegiem naturalnym i koniecznym. Podejmowana problematyka w podręcznikach do nauczania PJMed do celów akademickich odpowiada tym elementom zakresu wiedzy, które zwykle są omawiane w podręcznikach dla uczniów szkół podstawowych i średnich. Z kolei zawartość skryptów uczelnianych jest zbliżona do materiałów przeznaczonych do nauczania angielskiego języka medycznego. Dzięki podziałom materiałów według specjalizacji uczący się mają okazję poznać podstawowy zasób słownictwa, nawet

jeśli nie są specjalistami w tej dziedzinie. Studenci muszą odbyć obowiązkowe zajęcia kliniczne na różnych oddziałach, dlatego też taki podział jest jak najbardziej uzasadniony. Materiały glottodydaktyczne są wzbogacone także różnego rodzaju schematami, wykresami, diagramami, rycinami, wzorami chemicznymi, co wpływa korzystnie na ich odbiór. Wspomagają one nie tylko proces przyswajania języka, głównie leksyki (a przez to pozytywnie wpływają na rozumienie tekstu pisanego), ale także usprawniają nabywanie wiedzy medycznej. Elementy te nierzadko są wykorzystywane również w zadaniach ukierunkowanych na rozwijanie sprawności mówienia.

6.3.4. Techniki nauczania czytania

Rozważania na temat technik wspomagających rozwijanie sprawności czytania rozpocznę od oddzielnego komentarza nt. dwóch najstarszych i zarazem pierwszych publikacji do nauczania PJMed – *Język polski. Wybór tekstów z ćwiczeniami dla grup medycznych* z 1974 r. oraz *O człowieku po polsku* z 1981 r.¹⁰³. Pierwsza z nich składa się z 47 jednostek. Na każdą z nich przypada tekst oraz trzy ćwiczenia oparte na następujących technikach: 1) *udzielenia odpowiedzi na pytania* lub *napisania pytań do tekstu*, 2) *zreferowania treści tekstu na podstawie opracowanego przez autorów planu (punktów)*, 3) *ułożenia zdań z wyselekcjonowaną także przez autorów leksyką*. Podobny układ ma także podręcznik *O człowieku po polsku*, w którym największą frekwencję wykazały techniki *udzielania pytań do tekstu* oraz *referowania jego treści według planu* (który należy przygotować bądź skorzystać już z gotowego). Miały one służyć zapamiętywaniu charakterystycznych dla języka medycznego zwrotów i konstrukcji, takich jak: „definicja, klasyfikacja, uogólnienie oraz zapamiętaniu i reprodukcji poznanego oraz zrozumianego tekstu. Jednocześnie pozwalały na wykształcenie nawyku automatycznej kompozycji planu wypowiedzi i umiejętności zdefiniowania pojęć w języku obcym, tzn. polskim” (Chłopicka i in. 1981: 6). W ostatnim ćwiczeniu zastosowano technikę *tłumaczenia zdań z języka angielskiego na język polski*. Warto podkreślić, iż publikacja obydwu podręczników – dziś już niemalże zapomnianych, zwłaszcza publikacja zespołu D. Jezierskiej i rzadko przywoływanych w badaniach nad językiem

¹⁰³ W analizach korzystałam także z wydań późniejszych z 1986 i 1989 roku.

specjalistycznym – była kamieniem milowym dla polskiej glottodydaktyki. W wydanych w latach późniejszych publikacjach widać odniesienia do wspomnianych powyżej dwóch książek. Jest to dostrzegalne przede wszystkim na płaszczyźnie tematycznej nowszych publikacji (np. *Chcę studiować medycynę*), ale także metodycznej. Szczególnie inspirujący okazał się model pracy z tekstem pisanym oraz opracowywanie ćwiczeń wspomagających rozwijanie sprawności czytania ze zrozumieniem.

Publikacje do kształcenia przedmiotowo-językowego także odwołują się do jednego wspólnego schematu pracy z tekstem pisanym. Wynika to zapewne z faktu, że materiały te powstały w jednym ośrodku akademickim, który w dodatku specjalizuje się w przygotowaniu cudzoziemców do podjęcia studiów w Polsce. Model opracowania podręczników do fizyki oraz cytologii i genetyki można sprowadzić do następujących po sobie sekwencji: tekst właściwy, słownictwo i konstrukcje gramatyczne (z podziałem na kategorie: rzeczowniki, czasowniki, konstrukcje gramatyczne) oraz zestaw od 3 do 9 ćwiczeń leksykalno-gramatycznych, co oczywiście znajduje uzasadnienie w procesie nauki języka polskiego jako obcego do celów specjalistycznych. W zbiorze znalazły się także ćwiczenia ukierunkowane na rozumienie tekstu pisanego, oparte głównie na technice *udzielania odpowiedzi na pytania otwarte* oraz *pytania typu prawda / fałsz*. Stałym komponentem są również zadania do rozwiązywania z fizyki i genetyki, co wynika z samej idei przygotowania przedmiotowo-językowego, w którym język jest narzędziem, a nie celem samym w sobie.

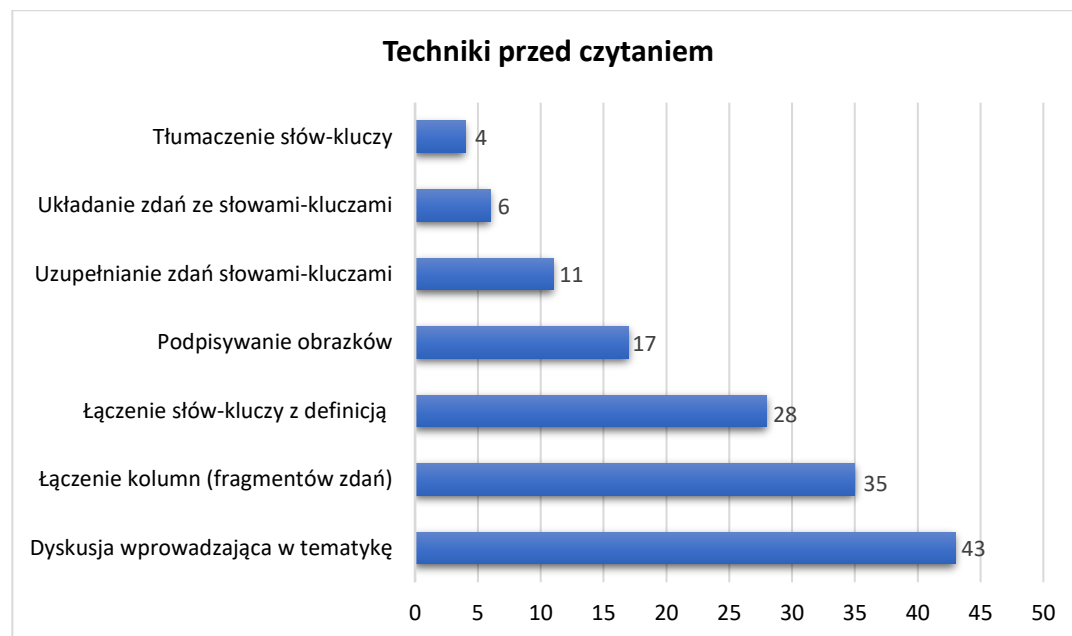
Analiza wszystkich materiałów glottodydaktycznych (bez podziałów, o których była mowa powyżej) pozwoliła wyekscerpować techniki zastosowane przed czytaniem, w trakcie oraz po czytaniu. Poniżej zaprezentowane i omówione zostały techniki typowe dla pracy z tekstem pisanym, wiadomo jednak, że mają one wiele wspólnego z technikami wykorzystywanymi w procesie rozwijania sprawności słuchania.

Na zestaw technik wykorzystywanych w celu przygotowania do rozumienia tekstu pisanego składają się ćwiczenia oparte na: *rozmowie wprowadzającej w tematykę*, *łączeniu fragmentów zdań w całość*, *dopasowywaniu wyrazów/słów-kluczy do definicji*, *podpisywaniu obrazków*, *uzupełnianiu luk słowami-kluczami w pojedynczych zdaniach*, *układaniu zdań ze słowami-kluczami* oraz *tłumaczeniu kluczowej leksyki na język angielski lub język rodzimy uczącego*

się. Praktyką spotykaną w niektórych materiałach jest umieszczenie komponentu przeznaczonego do rozwijania sprawności słuchania na samym początku jednostki lekcyjnej, dzięki czemu również i te ćwiczenia są wzorowane na różnych technikach przygotowujących uczących się do pracy z tekstem pisany¹⁰⁴.

Wykres 5

Techniki wykorzystywane przed czytaniem w materiałach do nauczania PJMed – oprac. własne



W grupie technik poprzedzających czytanie największą popularnością cieszy się *dyskusja wprowadzająca w tematykę tekstu*. Jest ona szczególnie chętnie wykorzystywana przez autorów podręczników przygotowujących cudzoziemców do studiów medycznych, a przykładowe pytania zostały już omówione w części 6.2.3.

Łączenie kolumn to kolejna technika przygotowująca uczącego się do pracy z tekstem pisany. Wykorzystano ją w dwóch typach ćwiczeń: do łączenia fragmentów zdań w całość oraz przy dopasowywaniu słów-kluczy do definicji. W przypadku pierwszego z nich znalazły się zarówno zdania „wyjęte” z tekstu, jak i zdania z kluczowym dla zrozumienia tekstu głównego słownictwem. Stosunkowo licznie prezentuje się także zbiór technik polegających na podpisywaniu obrazków lub łączeniu fotografii z wyrazami. Autorzy chętniej wykorzystują tę

¹⁰⁴ Techniki te nie zostały uwzględnione w zestawieniach prezentowanych w tym podrozdziale, aby nie powtarzać tego, co zostało napisane już wcześniej.

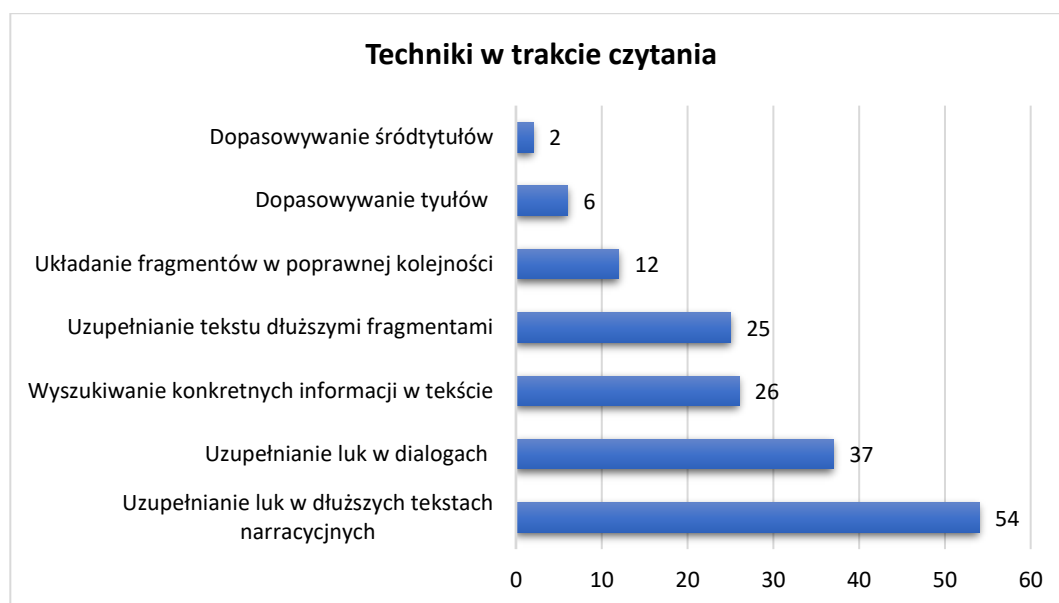
technikę w fazie przygotowującej do czytania niż jak to miało miejsce w przypadku rozwijania sprawności słuchania. *Uzupełnianie luk w zdaniach słowami-kluczami* oraz *samodzielne układanie zdań z nowo poznaną leksyką* to techniki, które odnotowano zdecydowanie rzadziej w analizowanym korpusie. Na ostatnim miejscu zaś znalazło się *tłumaczenie* na język angielski lub rodzimy uczącego się słów-kluczy¹⁰⁵.

Jak wynika z omówionego powyżej zestawienia, nadrzędnym celem wykorzystywanych technik poprzedzających czytanie jest wprowadzenie nowego materiału leksykalnego. W analizowanych podręcznikach i skryptach znajdują się gotowe zbiory słów-kluczy i wyrażen istotnych dla zrozumienia tekstu. Nie ulega wątpliwości, iż wszelkiego rodzaju *słowniczki* i *banki słów* dodane do tekstu stanowią pomoc w samodzielnej nauce. W niektórych materiałach, zwłaszcza tych, które są kierowane do studentów medycyny w języku angielskim, dołączony jest również słowniczek polsko-angielski.

Podobnie jak w przypadku rozwijania sprawności słuchania, najniższą frekwencję (a miejscami całkowity brak tego typu technik przedtekstowych) zauważono w skryptach akademickich, których, jak już zostało nadmienione, odbiorcami są osoby o stosunkowo niskim poziomie znajomości języka ogólnego. W tej sytuacji na nauczyciela korzystającym z tych materiałów spoczywa obowiązek przygotowania dodatkowych ćwiczeń wprowadzających do pracy z tekstem w oparciu o techniki, których celem będzie ogniskowanie uwagi wokół tematyki tekstu, a także przypomnienie znanych już uczniom materiału leksykalny i gramatyczny.

Drugim podobieństwem między przygotowaniem uczącego się do słuchania i czytania jest brak technik nastawionych na przewidywanie, stawianie hipotez, przewidywanie treści na podstawie tytułu tekstu.

¹⁰⁵ Gdzieniegdzie autorzy materiałów glottodydaktycznych proszą o skorzystanie ze słownika np. polsko-angielskiego, co można uznać za duży plus.

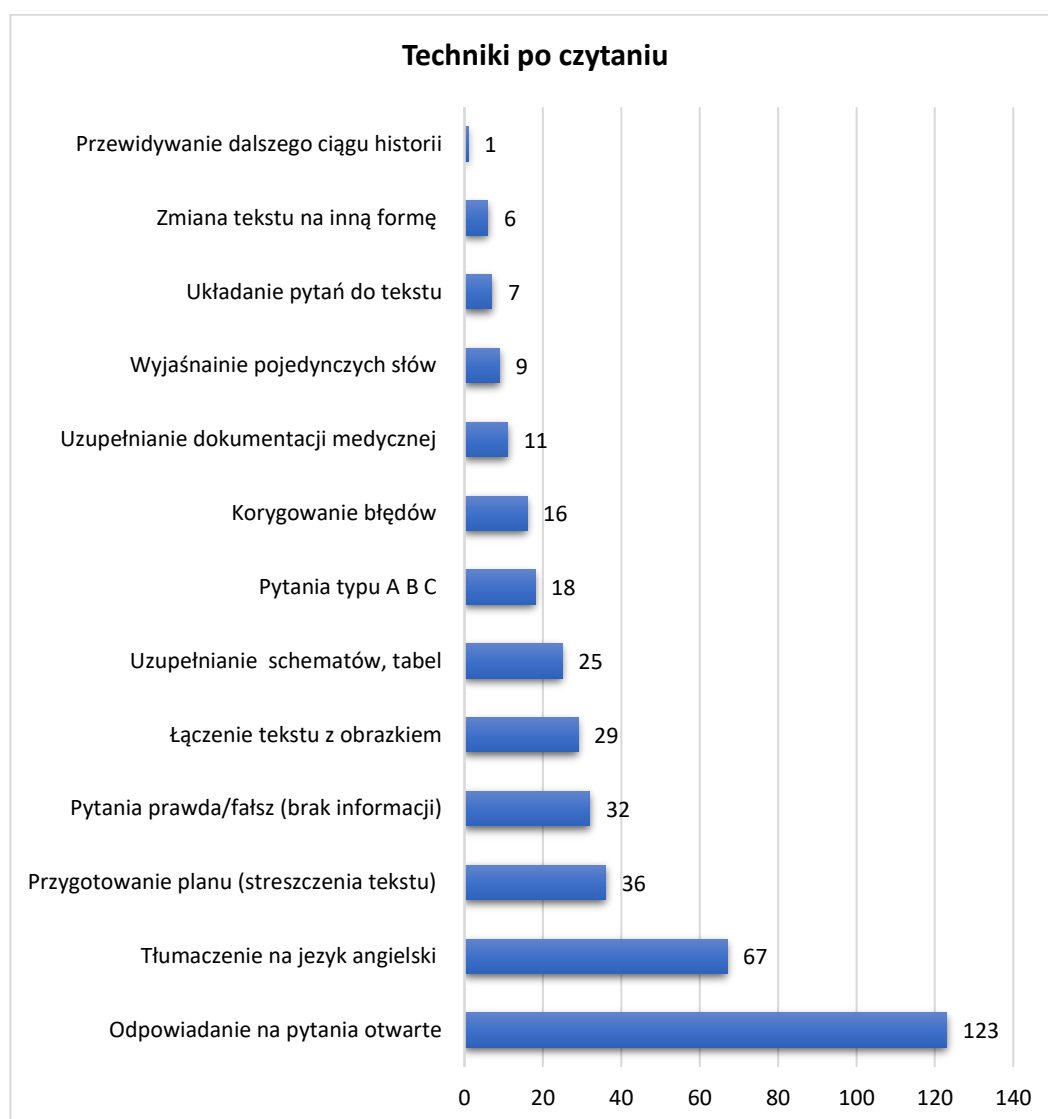


Jeśli chodzi o techniki wykorzystywane w trakcie czytania, widoczny jest podział na te, które używane są bardzo często, oraz te, dla których wynotowano tylko kilka użyć. *Uzupełnianie luk* – identycznie jak miało to miejsce w przypadku rozwijania sprawności słuchania – okazało się techniką najczęściej wskazaną do pracy w trakcie czytania tekstu. Zastosowano ją zarówno do dłuższych tekstów narracyjnych, jak i dialogów. W analizowanych materiałach można dostrzec dwa warianty tej techniki. W pierwszym z nich, łatwiejszym, osoba ucząca się korzysta z banku słów (tabeli) znajdującej się nad lub pod tekstem. Wersja trudniejsza (pojawia się zdecydowanie rzadziej, bo tylko 11 razy) jest pozbawiona wykazu brakującej leksyki, którą należy wykorzystać do pracy. Wybór i opracowanie tekstu, który byłby odpowiedni do tego typu techniki, jest trudnym zadaniem. Usunięte słowa muszą być jednoznaczne i oczywiste do wstawienia. Poza tym zawsze istnieje ryzyko, że osoba wypełniająca użyje synonimu, który jest odpowiedni, a nie został uwzględniony w kluczu z odpowiedziami (o ile też taki został opracowany do materiału) przez autora zadania. Tego typu technika jest często wykorzystywana w materiale *Język polski dla obcokrajowców na studiach polskojęzycznych 2*. Rozwiązanie opracowanego w ten sposób ćwiczenia bywa czasochłonne, szczególnie jeśli tekst jest też długi. Technika ta znajduje oczywiście uzasadnienie, jeśli tekst z lukami został opracowany na kanwie konkretnej leksyki wykorzystanej np. w danym rozdziale

czy przy temacie i tego typu ćwiczenie jest wykonywane w ramach podsumowania. Słownictwo musi być zawężone na tyle, aby zakres ten był oczywisty dla czytającego. Alternatywą dla uzupełniania luk pojedynczymi słowami jest także dopasowywanie do treści dłuższych fragmentów, a nawet całych zdań. Technika ta także znalazła zastosowanie w materiałach do nauczania PJMed. W grupie chętnie eksplorowanych technik w trakcie czytania okazało się także wyszukiwanie konkretnych informacji z treści, a następnie dopasowywanie ich do innych danych lub kategorii, np. symptomy i oznak zawału serca, złecone badania, metoda leczenia. Natomiast trzy najrzadziej wykorzystywane techniki – podobnie zresztą jak miało to miejsce w przypadku rozwijania sprawności słuchania – to *układanie fragmentów tekstu w poprawnej kolejności*, *dopasowywanie tytułów i/lub śródtytułów* do treści tekstu. Efektem niskiej frekwencji ćwiczeń ukierunkowanych na analizę makrostruktury pisma jest słabe przygotowanie do samodzielnego tworzenia tekstu pisanego niewątpliwie jednego z najtrudniejszych działań produktywnych. Osoby uczące się nie zapoznają się z wewnętrzną organizacją wypowiedzi pisemnych, nie wyszukują konektorów logicznych, wyrażen stałych i charakterystycznych dla danej formy.

Zbiór technik wykorzystywanych po czytaniu w celu rozwijania umiejętności rozumienia tekstu pisanego na tle dwóch pozostałych prezentuje się jako bardziej różnorodny, a przez to także najliczniejszy, w przeciwieństwie do tego, który został omówiony przy okazji rozwijania sprawności mówienia.

Na pierwszym miejscu pod względem częstotliwości zastosowania znalazło się *udzielanie odpowiedzi* na pytania otwarte. Zostało ono wykorzystane dwa razy częściej niż *tłumaczenie* na język angielski, które ulokowało się na miejscu drugim. *Odpowiadanie na pytania* przewyższa cztero- a nawet sześciokrotnie zastosowanie innych technik.



Ćwiczenia oparte na technice translacyjnej stanowią dość liczną grupę. Osoby uczące się proszone są o przełożenie na język angielski pojedynczych słów, zdań, a nawet całych tekstów. W badanym korpusie ćwiczenia tego typu występują głównie w skryptach akademickich i trzech podręcznikach: *O człowieku po polsku*, *Witaj w Polsce!*, *Proszę powiedzieć, co się stało!*. Spośród pozostałych technik, które znalazły się w tabelarycznym zestawieniu, na osobną uwagę zasługuje *przygotowanie planu tekstu (streszczenia)*. Ćwiczenia oparte na tej technice są charakterystyczne dla podręczników *O człowieku po polsku*, *Wybór tekstów dla grup medycznych*, *Chcę studiować medycynę* oraz *Język polski dla obcokrajowców na studiach polskojęzycznych 2*, czyli w materiałach przeznaczonych dla przyszłych studentów medycyny. W ćwiczeniach tego typu

niejednokrotnie łączy się 3 sprawności – czytania, pisania i mówienia. *Tworzenie diagramów i asocjagramów, wizualnych map* zbierających najważniejsze informacje z tekstu stanowi nowszy ekwiwalent ćwiczenia typu: *Proszę wskazać najważniejsze zagadnienia tekstu*. Sprzyja samemu uczeniu się i zapamiętywaniu nowych treści, ale może też sprawdzać rozumienie przeczytanego tekstu na płaszczyźnie ogólnej, szczegółowej lub selektywnej, w zależności od polecenia. Podobne cele mają zadania, w których uczący ma za zadanie podpisać elementy na obrazku, uzupełnić tabelę albo wykres (Pukas-Palimąka 2006: 93). Autorzy podręczników klasyczne ćwiczenie typu *prawda /fałsz* często rozszerzają o element *poprawna wersja*. Dzięki temu zadanie nie kończy się na prostym postawieniu krzyżyka w odpowiedniej kolumnie, ale osoba ucząca się musi uargumentować swoją odpowiedź i udzielić poprawnej wersji. Za deficytowe uznać należy zaś *pisanie pytań do tekstu* (podobnie było w przypadku sprawności słuchania), *zmianę formy tekstu na inną* oraz *przewidywanie dalszego ciągu historii*.

Po ciekawą technikę pracy z tekstem sięgnęły G. Wawer i E. Kseniak. Chociaż w podręczniku pojawiła się ona tylko raz, zasługuje na uwagę jako wyjątkowa w całym analizowanym przeze mnie materiale. Tekst wyjściowy nosi tytuł *Musiałem udzielić pierwszej pomocy*, po nim znajdują się wytyczne do czynności, które należy wykonać w sytuacji zagrożenia życia: *Wypadek na drodze – w pierwszej kolejności należy: (...)*. Tak zestawione dwa teksty, dotyczące tego samego tematu, ale różniące się formą gramatyczną, należy porównać i zaznaczyć, które czynności miały miejsce, a które nie. Dzięki takiemu ćwiczeniu osoby uczące się mają okazję zapoznać się z trzema równymi sposobami opisu tej samej sytuacji.

6.3.5. Wnioski

Do rozwijania sprawności czytania wykorzystywane są nie tylko gatunki tekstów specjalistycznych (epikryza, karta pacjenta, ulotka leków), ale przede wszystkim dialog. Wprawdzie autorzy materiałów są świadomi potrzeby korzystania z tekstów i form autentycznych o czym świadczą wykazy dokumentacji medycznej znajdujące się na końcu podręczników, ale nie są one używane w ćwiczeniach. Wyposażenie tekstu w dodatkowe komponenty werbalne i parawerbalne, np. tytuł tekstu, fotografie, tabele, diagramy, formularze

pozwalają uczącym rozwijać różne strategie prowadzące do pełnego zrozumienia treści.

W niektórych materiałach pod tekstami znajduje się słownictwo pogrupowane na trzy kategorie: rzeczowniki, czasowniki i konstrukcje gramatyczne. Czasami można odnieść wrażenie, że dominują ćwiczenia gramatyczne – fleksyjne, słowotwórcze, składniowe, co sprawia, że zadania sprawdzające rozumienie tekstu bazowego schodzą na dalszy plan, a same materiały nabierają bardzo szkolnego charakteru.

We wszystkich materiałach, bez względu na poziom odbiorców oraz cel nauczania, autorzy przykładają największą uwagę do rozwijania umiejętności rozumienia ogólnej treści tekstów pisanych, a także wyszukiwania w nich konkretnych informacji. Brakuje zaś technik, które wspomogłyby rozwijanie umiejętności określenia intencji krótkich wypowiedzi pisemnych. W dużej części badanych podręczników teksty pozbawione są ilustracji, co ogranicza umiejętność stosowania strategii przewidywania treści w sytuacji niepełnego zrozumienia tekstu.

Największym deficytem w skryptach akademickich jest brak technik przygotowujących do czytania, których celem jest zogniskowanie uwagi uczącego się na temacie. Sporadyczne są także techniki bazujące na lingwistyce tekstu. Wprawdzie pojawiają się techniki typu zamiany formy tekstu z dialogu na tekst ciągły i odwrotnie czy przygotowywanie pytań do tekstu, a nawet układanie fragmentów tekstu w poprawnej kolejności, ale na tle całego korpusu badawczego stanowią one pojedyncze przypadki. Brakuje także technik, które pozwoliłyby wykształcić u osoby uczącej się rozumienie treści nacechowanych stylistycznie, idiomatycznie, regionalnie czy archaicznie. Jedyną techniką, która została wykorzystana do ćwiczenia różnych odmian stylistycznych polszczyzny w podręczniku *Co Panu dolega?*, jest zadawanie pytań: *Co oznacza....?*

Praca z tekstem specjalistycznym, zwłaszcza w kontekście komunikacji *lekarz – pacjent*, na wyższych poziomach powinna bazować na większej liczbie technik powiązanych z działaniami produkcyjnymi. Będzie to z pewnością sprzyjało aktywizacji uczniów „do utworzenia mentalnej, zhierarchizowanej sieci informacji poprzez tworzenie planu tekstu, rysowanie map umysłowych tekstu oraz pisania streszczeń (Marzec-Stawiarska 2011: 31)”. Techniki, które najczęściej stosuje się w materiałach do nauczania PJMed, bazują na klasycznych

rozwiązaniach, proponowanych przez autorów podręczników metodycznych do nauczania języków obcych. Techniki wykorzystane do rozwijania sprawności czytania mają wiele wspólnego z tymi, które zostały zastosowane do rozwijania sprawności słuchania. Istotne jest także spostrzeżenie, że niejednokrotnie te same teksty w analizowanym korpusie były bazą do kształtowania obydwu sprawności receptywnych.

6.4. Rozwijanie sprawności pisania

6.4.1. Koncepcje autorów materiałów

Spośród czterech sprawności językowych najrzadziej uwzględniana w deklaracjach autorów podręczników jest sprawność pisania (tendencja ta utrzymuje się we wstępach do wszystkich badanych publikacji).

Konieczność rozwijania tej sprawności została zasygnalizowana w trzech publikacjach. Jednym z celów podręcznika *O człowieku po polsku* jest pomoc w „zapamiętaniu charakterystycznych dla języka medycznego zwrotów i konstrukcji, takich jak: definicja, klasyfikacja i uogólnienie oraz zapamiętaniu u reprodukcji poznanego i zrozumiałego tekstu” (Chłopicka i in. 1986: 6). Również celem drugiego podręcznika kierowanego do kandydatów na studia medyczne (*Chcę studiować medycynę*) jest „przygotowanie do czynnego posługiwania się stylem naukowym, to znaczy do formowania krótkich wypowiedzi na określony temat w mowie i piśmie” (Lechowicz, Podsiadły 1998: 3). Jeśli chodzi o najnowszą publikację, autorki podręcznika *Co Panu dolega?* zwracają uwagę, iż „jest także wiele ćwiczeń, które są działaniami produkcyjnymi ustnymi i pisemnymi” (Chłopicka-Wielgos 2015: 2).

Tak nikłe uwzględnienie produkcji pisemnej może wynikać z przekonania, że sprawność pisania jest w zwodzie lekarza mało przydatna, dominuje w nim komunikacja ustna, dlatego też tę kompetencję należy rozwijać w pierwszej kolejności. Potwierdzeniem takiego uzasadnienia może być wypowiedź z ankiety przeprowadzonej wśród lektorów: *Lekarz musi umieć zadawać pytania i rozumieć odpowiedzi. Czasami musi coś przeczytać. Pisanie ogranicza się do recept* (ANKIETA_1N).

Można też postawić dość ryzykowną hipotezę, że osoby rozpoczynające naukę języka specjalistycznego wykazują (dość) dobrą znajomość języka ogólnego, a więc nabyły już umiejętności redagowania tekstów pisemnych i z tego powodu nie poświęca się tym zagadnieniom miejsca w kształceniu językowym na poziomie specjalistycznym.

6.4.2 Formy gatunkowe wypowiedzi pisemnych

W trakcie analiz materiałów glottodydaktycznych udało się wyekscerpować 14 form gatunkowych, których uczone są osoby korzystające z podręczników. Następnie przydzielone one zostały do trzech kategorii: 1) formy wypowiedzi/gatunki charakterystyczne dla nauczania PJMed do celów akademickich/naukowych, 2) formy wypowiedzi/gatunki charakterystyczne dla nauczania PJMed do celów zawodowych, 3) pozostałe formy. Z zestawienia wynika, że w materiałach glottodydaktycznych znajdują się zarówno formy wypowiedzi pisemnej charakterystyczne dla pracy w zawodzie lekarza, jak i te, które można znaleźć w materiałach do nauczania języka ogólnego. W porównaniu z zestawieniem rodzajów tekstów do czytania w materiałach do nauczania PJMed widać różnicę ilościową między formami/gatunkowymi wykorzystanymi do rozwijania czytania a formami/gatunkami wykorzystywanymi do rozwijania sprawności pisania.

Tabela 30

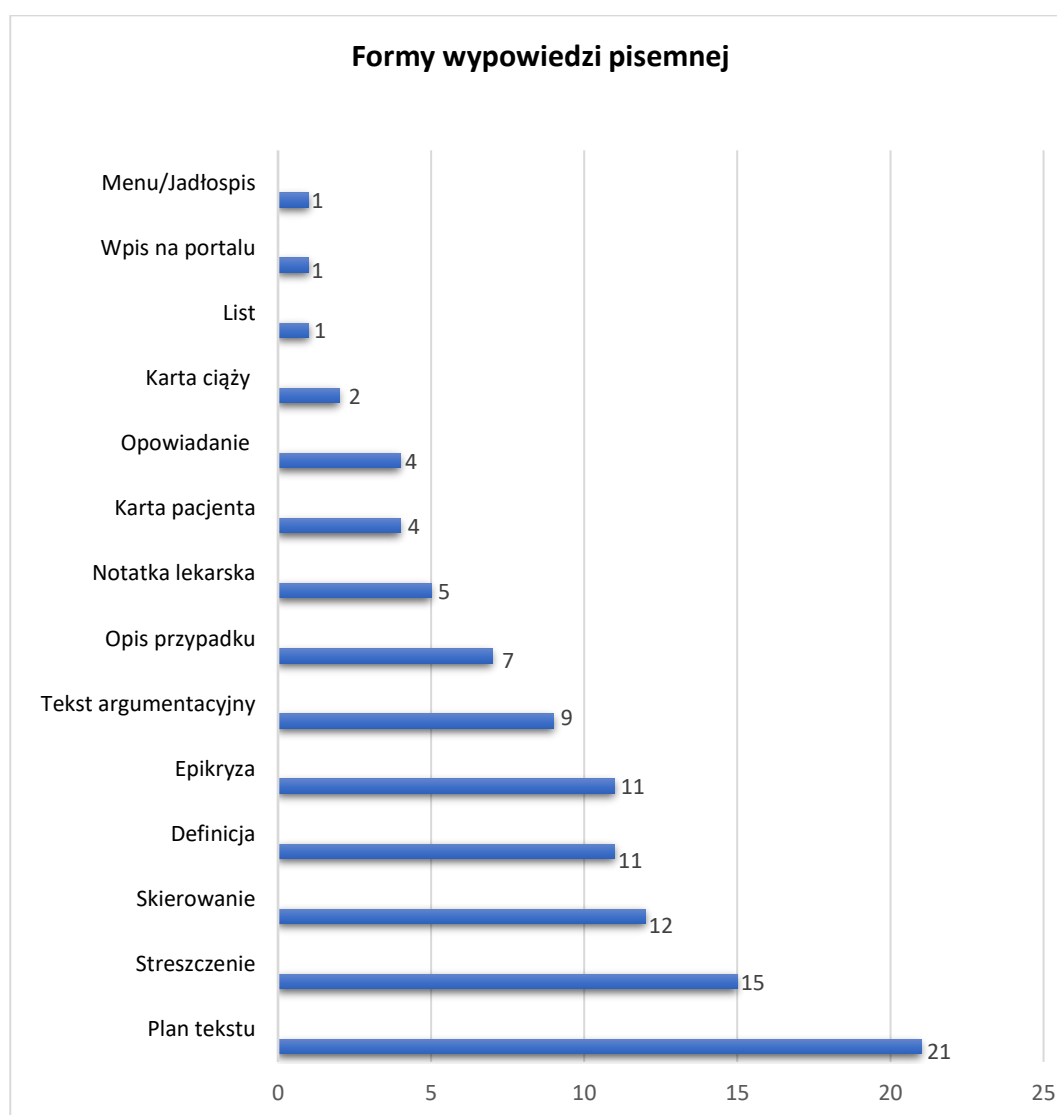
Ćwiczone formy wypowiedzi pisemnej – oprac. własne

Formy wypowiedzi		
PJMed do celów akademickich/naukowych	PJMed do celów zawodowych	Inne
▪ tekst argumentacyjny ▪ streszczenie ▪ plan tekstu ▪ definicja	▪ notatka lekarska ▪ opis przypadku ▪ karta pacjenta ▪ karta ciąży ▪ skierowanie ▪ epikryza ▪ recepta	▪ wpis na portalu medycznym ▪ opowiadanie ▪ jadłospis ▪ menu ▪ list

W podręcznikach przeznaczonych dla kandydatów na studia medyczne najczęściej ćwiczoną formą pisemną jest *plan tekstu*, który następnie wielokrotnie wykorzystywany jest do przygotowania *streszczenia*. Wysoką frekwencję

wykazały także zadania, w których uczący się musi napisać *skierowanie lekarskie*. Ćwiczenia w pisaniu *definicji*, kolejnego gatunku, znajdują się tylko w podręczniku *O człowieku po polsku*. Stosunkowo chętnie ćwiczy się przygotowywanie *epikryzy* oraz *tekstu argumentacyjnego*. Wśród pozostałych form, nieco rzadziej ćwiczonych, znalazły się *notatka lekarska*, *opis przypadku* czy uzupełnianie formularzy takich dokumentów jak *karta pacjenta* i *karta ciąży*. Pojedynczo wynotowano następujące formy: *list*, *wpis na portalu*, *menu* oraz *jadłospis*.

Wykres 8
Zestawienie ilościowe ćwiczonych form – oprac. własne



6.4.3. Techniki nauczania pisania

Ćwiczenia ukierunkowane na sprawność pisania stanowią w pewien sposób wypadkową ćwiczeń nastawionych na rozwijanie kompetencji słuchania, mówienia oraz czytania. Dzięki temu wszystkie cztery sprawności rozwijane są w równym stopniu, np. konsekwencją wysłuchanego nagrania jest poprawne wypełnienie karty wywiadu lekarskiego, a na podstawie przeczytanego opisu choroby należy przygotować skierowanie na badania, wypisać receptę albo samodzielnie przygotować anamnezę lekarską.

Techniki przygotowujące do pisania kreatywnego w dużej mierze zostały już przywołane i opisane w trzech poprzednich podrozdziałach. Chodzi tu o *uzupełnianie luk w tekście słowami lub wyrażeniami, układanie fragmentów tekstów w poprawnej kolejności, układanie zdań ze słowami-kluczami, uzupełnianie formularzy dokumentacji medycznej, dopisywanie końca historii, tłumaczenie tekstów na inny język czy przekształcanie tekstów poprzez zmianę form gramatycznych, np. czasu, osoby czy liczby, przekształcanie tekstów na inną formę gatunkową, łączenie zdań za pomocą spójników (bądź zdań w całość, a także tworzenie zdań z użyciem konkretnych słów*. Wszelkiego rodzaju ćwiczenia oparte na technikach *substytucji i/lub imitacji*, jak np. kończenie i rozpoczynanie zdań, stanowią nieodzowny komponent procesu rozwijania sprawności tworzenia wypowiedzi pisemnej. Dość powszechnym zjawiskiem jest także stosowanie poleceń nakazujących redagowanie dialogów lub wypowiedzi ustnej na piśmie, a następnie zaprezentowanie ich poprzez głośne czytanie. E. Gajewska (2011: 118) nazywa to *nadreprezentacją pisania* i podkreśla negatywne konsekwencje dydaktyczne takiej strategii. Jedną z technik wprowadzających jest także pytanie naprowadzające na temat lekcji. Poprowadzona w ten sposób rozgrzewka pozwala zgromadzić myśli, pomysły, a przede wszystkim słownictwo. Utworzone w ten sposób mini słowniki, zwane także bankami leksykalnymi, stanowią pomoc w trakcie pisania kreatywnego.

Za najciekawszą, szczególnie w kontekście pracy w zawodzie lekarza, należy uznać technikę *zamiany formy tekstu z dialogu na notatkę lekarską*. Jest to słusznie rozpowszechniony typ zadania (choć tylko w jednym podręczniku), ponieważ odpowiada na realne potrzeby w komunikacji medycznej – z identycznymi działaniami osoby uczące spotkają się wielokrotnie w przyszłości, wykonując zawód lekarza.

Najmniejszą frekwencję wykazują techniki skoncentrowane na zabiegach kompozycyjnych, będących elementami lingwistyki tekstu. Najbardziej ich brak jest odczuwalny w materiałach glottodydaktycznych dla przyszłych nauczycieli medycyny, w których to znajduje się najwięcej zadań tworzenia wypowiedzi argumentacyjnej. Ćwiczenia oparte na technice układania w dobrej kolejności tekstu (lub jego korygowanie, usuwanie zbędnych elementów) byłyby także bardzo przydatne także przy okazji tworzenia bardziej rozbudowanych medycznych pism użytkowych, jak np. opis przypadku czy epikryza, które również mają bardzo ustrukturyzowaną budowę. W metodyce nauczania języka ogólnego i specjalistycznego techniki te stanowią kluczowy element w procesie nauczania pisania w języku obcym. Z tego powodu powinny stanowić stały komponent materiałów PJMed.

6.4.4. Wnioski

Analizy korpusu badawczego wykazały, że umiejętność tworzenia wypowiedzi pisemnej jest traktowane dosyć marginalnie. Badania pod kątem technik rozwijających sprawność pisania pozwoliły zauważyć znaczącą ilościową dysproporcję pomiędzy ćwiczeniami ukierunkowanymi na umiejętność tworzenia wypowiedzi ustnej, a tymi, które mają rozwijać sprawność pisania – na niekorzyść tych drugich. Mimo niewielkiej – w porównaniu z innymi sprawnościami – ilości ćwiczeń ukierunkowanych na rozwijanie umiejętności tworzenia wypowiedzi pisemnej, sprawność ta jest integralnym komponentem nauczania PJMed.

Jak już zaznaczono wcześniej, spośród czterech sprawności językowych, najmniej uwagi poświęca się rozwijaniu sprawności pisania, co w konsekwencji przekłada się również na ilość ćwiczeń poświęconych kompetencji redagowania tekstów pisemnych. Pomijanie sprawności pisania albo też odstawienie jej na boczny tor w nauczaniu języka specjalistycznego jest nieuzasadnione, zwłaszcza w przypadku grupy zawodowej lekarzy. Na co dzień pracują oni bowiem nie tylko z pacjentem, ale przede wszystkim z niezliczoną ilością dokumentacji, szczególnie formularzy zawodowych¹⁰⁶.

¹⁰⁶ A. Krajewska, jedna z prowadzących kanał na Youcube *Lekarze*, w odcinku poświęconym pracy w zawodzie lekarza mówi, że wypełnienie dokumentacji medycznej zajmuje znaczną część wizyty lekarskiej.

Warto podkreślić, że w relacji *lekarz – pacjent* komunikacja ustna znacznie różni się od komunikacji pisemnej. Lekarz staje przed zadaniem przeformułowania informacji otrzymanej od pacjenta w języku ogólnym na język specjalistyczny. Komunikacja z pacjentem nie ogranicza się tylko do rozmowy. W trakcie wizyty lekarz jednocześnie przeprowadza wywiad z pacjentem i uzupełnia dokumentację. Na sytuację tę zwróciła uwagę m. in. M. Krajewska, współprowadząca kanały *Lekarze* i *Instalekarz* na Youtube. Lekarze podkreślają, że wypełnianie dokumentacji medycznej zajmuje tyle samo czasu – a nawet więcej – niż rzeczywista rozmowa z pacjentem. Dobitnie tę sytuację określa K. Karpowicz, onkolog, który od niedawna pracuje w Szwecji: „To, o czym najpierw rozmawialiśmy, takie trochę szokujące, które kompletnie nie miały miejsca w Polsce, coś, co było kompletnie nowe, to było to, jaką tak naprawę część pracy, czy część spotkania z pacjentem zajmuje sama rozmowa, jak niewiele zajmuje prowadzenie dokumentacji. Ale też z drugiej strony, jeżeli chodzi o tę dokumentację, to ona ma też trochę zupełnie inną funkcję tutaj spełnia, bo ona jest prowadzona dla pacjenta, po to, żeby pacjent mógł się z nią później zapoznać i dla innego lekarza, żeby mógł to później przeczytać, co się działo z pacjentem, z jakiego powodu były skierowania, z jakiego powodu były zmiany w leczeniu. I to jest tak naprawdę normalne, bo to jest podstawa, po co my to wszystko piszemy i po co my to wszystko produkujemy. Odkąd zacząłem pracę w Polsce, zawsze tylko słyszałem, że dokumentację prowadzi się dla prokuratora, że w dokumentacji musi być wszystko, co potrzebne i to co niepotrzebne też, bo jeżeli czegoś się nie napisze, albo czegoś się nie zleci, to znaczy, że to nie było zrobione i później nie ma wybronienia się w sądzie. To była podstawa prowadzenia dokumentacji medycznej w Polsce. Tutaj wszystko wygląda inaczej. [...] Na wszystko musisz mieć papier, bo inaczej się w sądzie nie wybronisz. I to doprowadza do takiego trochę paranoicznego myślenia, że każdy pacjent jest zagrożeniem, każdy pacjent może być miną, na którą można wejść i znaleźć się w sądzie, bo nawet nie ze swojego braku wiedzy czy ze swojej winy”¹⁰⁷.

¹⁰⁷ Dla porównania, w Szwecji lekarz nagrywa na dyktafon przebieg wizyty oraz treść skierowań na badania, które następnie przekazuje sekretarce. Fragment podcastu *Lekarz w Szwecji* autorstwa M. Rybickiego. <https://anchor.fm/lekarzwszwecji/episodes/46--Co-najbardziej-szokuje-polskiego-lekarza-zaczynajacego-prace-w-Szwecji-e1ld0q8> (dostęp 1.08.2022).

6.5. Warsztat metadydaktyczny

Osobnego komentarza wymaga sposób opracowania ćwiczeń i zadań, które zamieszczono w badanych przez mnie materiałach glottodydaktycznych do nauczania PJMed.

Obserwacje analizowanych podręczników i skryptów pozwalają na stwierdzenie, iż zarówno sposoby formułowania poleceń, jak i kształt samych zadań i/lub ćwiczeń w pojedynczych przypadkach są niedopracowane. Do największych uchybień w pierwszej kolejności należy zaliczyć brak poleceń (lub sformułowanie ich w dość zawiły sposób) oraz przykładów, których funkcją jest poinstruowanie słuchającego, co powinien zrobić.

Dość zagadkowe wydają się także pytania typu *Czy rozumiesz?* lub *Check if you understand* przy tekstach do czytania. W zadaniach brakuje też dystraktorów w postaci jednego dodatkowego słowa, zwrotu w technikach na uzupełnianie luk. Jest to praktyka często stosowana także w podręcznikach do nauki JOg.

Z kolei w skryptach z uczelni medycznych polecenia są zapisane w języku angielskim. Zagadnienie użycia języka angielskiego jako języka pośredniego w nauczaniu języków obcych jest kwestią bardzo dyskusyjną i wydaje się, że w ostatnim czasie przychylnie ocenianą przez różne środowiska metodyków. Użycie poleceń w obcym języku stanowi – moim zdaniem – ułatwienie zarówno dla lektora, jak i studenta, ale z drugiej strony jest to niepotrzebne wprowadzenie drugiego języka. Z pewnością uczący się czuje się pewniej, rozumiejąc polecenie, z drugiej strony – automatycznie i nieświadomie – zaczyna myśleć w obcym języku

Ponadto można odnotować przykłady, gdzie występuje metajęzyk w postaci terminów gramatycznych, np. rzeczownik, przymiotnik, imiesłów. Tego typu sformułowania powodują, iż zadania nie są bliskie sytuacji zawodowej. Zamiast poleceń *Proszę podkreślić usłyszane czasowniki* można wprowadzić pytanie: *Co zrobił lekarz?*. Kolejnym uchybieniem jest brak informacji o ilości powtórzeń nagrań w przypadku ćwiczeń ukierunkowanych na rozwijanie sprawności RS. Jest to kluczowa informacja zarówno dla uczących się, jak i nauczycieli. Podanie studentowi do wiadomości tej informacji pozwoli mu lepiej zaplanować sam proces odsłuchania nagrania (po zapoznaniu się z treścią pytań

osoba ucząca wie, na jakie informacje powinna zwrócić uwagę, następnie w trakcie słuchania może robić luźne notatki w postaci pojedynczych słów, równoważników zdań, aby w czasie drugiego odsłuchania móc je zweryfikować). Poza tym informacja o możliwości ponownego odsłuchania może zmniejszyć stres związany z i tak niełatwym dla większości uczących się zadaniem. Z kolei dla nauczyciela świadomość ilości powtórzeń jest ważna w przypadku, gdy do podręcznika nie jest dołączony żaden przewodnik metodyczny. W kontakcie na żywo, twarzą w twarz, słuchający ma szansę w każdej chwili dopytać o to, czego nie zrozumiał lub nie dosłyszał. Takiej szansy nie ma z kolei na lekcji w trakcie odsłuchiwania nagrania. Dlatego też w moim odczuciu dwukrotne odsłuchanie nagrań jest wskazane. W przypadku zadań np. na prawdę/fałsz czy w pytaniach otwartych pytania i zdania mają różną długość i nierzadko skomplikowaną budowę składniową, co jest obarczone wysokim ryzykiem ich niezrozumienia i w konsekwencji brakiem odpowiedzi.

Znaki zapytania budzi także opracowanie części zadań, w których uczący się musi wpisać brakujące słowo, tzw. *uzupełnianie luk*. Po pierwsze, odstępy między kolejnymi pustymi polami są zbyt małe, przez co słuchający mają za mało czasu, aby zanotować usłyszane słowa. Po drugie, leksemy, które zostały wykreślone z transkrypcji, nie powinny być wybierane przypadkowo. Wręcz przeciwnie – jeśli technika jest ukierunkowana na poznanie słownictwa, z tekstu powinny zostać wyeliminowane słowa-klucze. Kolejnym uchybieniem (w przypadku sprawności RS) jest użycie jednej luki dla dwóch brakujących słów, co może wprowadzić słuchających w zakłopotanie.

Opracowując tego typu ćwiczenia, należy pamiętać, aby usunięte fragmenty miały jednakową lub bardzo zbliżoną do siebie długość, konsekwentnie wszystkie zaczynały się od wielkich bądź małych liter, bez znaków interpunkcyjnych (bądź ze znakami w każdym zdaniu), dzięki czemu nie będą sugestywne.

Kolejność pytań do nagrania w technice *prawda/fałsz* i w *pytaniach otwartych* również jest kwestią dyskusyjną. Zaburzenie tej prawidłowości także może wpłynąć negatywnie na odbiór słuchanego i czytanego tekstu. W pytaniach do tekstu często znajdują się podpowiedzi lub nawet odpowiedzi na pytanie, które pojawia się dalej. Samorozwiązywalność zadań jest dość powszechnym zjawiskiem w materiałach do nauki języków. W ćwiczeniach ukierunkowanych na

rozwijanie sprawność słuchania i czytania jest nieproporcjonalny zestaw pytań do długości nagrania lub tekstu – występuje za dużo pytań do stosunkowo krótkiego tekstu słuchanego i mówionego lub za mało w długim tekście. Czasami też do rozwiązania zadania nie wystarczy przeczytanie lub odsłuchanie nagrania, ale konieczna jest wiedza pozajęzykowa. Z kolei wykorzystanie tekstów treściowo zbyt oczywistych rodzi niebezpieczeństwo rozwiązania zadań bez konieczności wysłuchania lub przeczytania tekstu.

Zjawiskiem niespotykanym w powyższych analizach materiałów do nauczania języka specjalistycznego jest podawanie w ćwiczeniach na *uzupełnianie luk* bądź *łączenia fragmentów*, zbędnych elementów do wstawienia. Dodanie niepotrzebnych słów czy nawet całych zdań podnosi poziom trudności ćwiczenia. Praktyka ta ma również rzadko miejsce w podręcznikach do nauczania języka ogólnego, jest z kolei stałym elementem państwowych egzaminów sprawdzających znajomość języka polskiego ogólnego.

W przypadku konstruowania ćwiczeń w materiałach do nauczania języka specjalistycznego dochodzi również kwestia różnicy między technikami weryfikującymi wiedzę przedmiotową a technikami nastawionymi na rozwijanie sprawności językowych. Istotne jest, aby pytania i polecenia nie odwoływały się do wiedzy ogólnej i nie zawierały odpowiedzi na pytania postawione wcześniej bądź później. Należy mieć na uwadze, aby forma pytań była różnorodna i nie zaczynała się od tego samego zaimka pytajnego.

Opierając się na własnych, kilkuletnich obserwacjach oraz pracy z różnego rodzaju podręcznikami do nauczania JPJO mogę stwierdzić, że wymienione powyżej spostrzeżenia nie są charakterystyczne tylko dla grupy materiałów przeznaczonych do nauczania PJMed i dotyczą technik wspomagających rozwijanie sprawności słuchania, ale są typowe dla technik w materiałach glottodydaktycznych w ogóle.

6.6. Podsumowanie

Celem niniejszego rozdziału była weryfikacja stanu wiedzy na temat technik rozwijania sprawności językowych (słuchania, mówienia, czytania i pisanie) i implementacji tej wiedzy w materiałach do nauczania PJMed.

Szczegółowe wnioski zaprezentowano w odniesieniu do każdej sprawności. Zgromadzenie dość licznego korpusu badawczego, zróżnicowanego zarówno pod względem czasu powstania konkretnej publikacji, jak i celów nauczania, którym miała służyć, pozwala także ocenić niemal pięćdziesięcioletni dorobek glottodydaktyki polonistycznej w zakresie nauczania *polskiego języka medycyny (medycznego)*. W analizowanym korpusie znalazły się zarówno materiały przeznaczone do użytku wewnętrznego danej uczelni medycznej (co skutkuje niską popularnością i znajomością w szerszym gronie), jak i ogólnodostępne podręczniki. Na przestrzeni ostatnich pięciu dekad zmieniały się grupy docelowe nauczania PJMed, pojawiły się nowe, jak np. studenci medycyny w języku angielskim, co skutkowało tworzeniem nowych materiałów dostosowanych do potrzeb i oczekiwań uczących się. W analizowanym korpusie dominują materiały ukierunkowane na przygotowanie do pracy w zawodzie lekarza i tym samym rozwijanie sprawności słuchania i mówienia. Do tej grupy należą także wewnętrzne skrypty uniwersyteckie, w których najważniejszą rolę odgrywa rozwijanie kompetencji leksykalnej (świadczą o tym liczne ćwiczenia leksykalno-gramatyczne).

Techniki rozwijające sprawności językowe zawarte w analizowanych podręcznikach i skryptach bazują na osiągnięciach metodyki nauczania języka polskiego do celów ogólnych. Nie odnotowano żadnego ćwiczenia czy zadania, które oparte byłoby na nieznannej do tej pory technice. Widać natomiast – szczególnie w najnowszych publikacjach *Co Panu dolega* i *U lekarza (...)* – intensywniejszy nacisk na rozwijanie językowej kompetencji komunikacyjnej w działaniu.

W analizach zauważono deficyt technik stosowanych w procesie przygotowawczym do słuchania i czytania, co może – o ile lektor korzystający z materiału sam nie zadba o przygotowanie dodatkowych ćwiczeń i zadań – wpłynąć na efektywność nauki. Szczególnie dostrzegalne są braki technik ukierunkowujących na tematykę poruszaną w tekście słuchanym czy pisanym, a także techniki stawiania hipotez (przewidywanie treści), a następnie ich weryfikowanie. Mało jest też ćwiczeń i zadań opartych na lingwistyce tekstu, związanych ze sprawnością pisania, która w obecnych materiałach glottodydaktycznych do PJMed jest rozwijana najrzadziej.

Rozdział VII

**Programy kursów języka polskiego
dla przyszłych lekarzy
i testowanie *polskiego języka medycyny*
(*medycznego*)**

7.1. Programy nauczania języka polskiego na uczelniach medycznych

7.1.1. Nazewnictwo i organizacja zajęć

Omawianie programów i sylabusów lektoratu z języka polskiego na uczelniach medycznych rozpocznę od krótkiego komentarza na temat sposobów nazywania zajęć, które w początkowej fazie badań pozwoliły na selekcję materiału w korpusie badawczym. Dzięki przeglądowi dokumentów wyekscerpowano 3 najczęściej powtarzające się sposoby tytułowania lektoratu z języka polskiego¹⁰⁸:

- 1) *lektorat języka polskiego, język polski dla obcokrajowców* – w wersji angielskiej: *Basic Polish, Polish i Polish Language*;
- 2) *lektorat z języka polskiego dla studentów medycyny, język polski medyczny* – w wersji angielskiej (*Basic*) *Polish for Medicine, Medical Polish, Medical Polish for foreign students*;
- 3) *język polski w komunikacji medycznej, Polish for medicine – communication skills in Medicine, Polish Communication Skills for Medicine*.

Już na wstępnym etapie analiz można zauważyć rozdzielnie między zajęciami poświęconymi *językowi medycyny (medycznemu)* a *językowi polskiemu w komunikacji medycznej*, choć ten rodzaj zajęć pojawił się tylko dwukrotnie. W dalszej części prezentacji wyników badań i ich omówienie pozwolą odpowiedzieć na pytania, jaka jest różnica między tymi dwoma typami zajęć oraz z czego wynika ten podział. W tym miejscu można postawić hipotezę (która dotyczy przygotowania do pracy w polskojęzycznym środowisku zawodowym studentów medycyny w języku angielskim), że podstawowe zajęcia lektoratowe nie w pełni zaspokajają potrzeby uczących się, a nauka języka wymaga wzbogacenia o nowe komponenty. Wzrastająca popularność zajęć z komunikacji medycznej dla polskich studentów kierunków medycznych może być czynnikiem, który spowodował zainteresowanie tym zjawiskiem również wśród koordynatorów anglojęzycznych kierunków medycznych i osoby odpowiedzialne za kształcenie studentów cudzoziemców.

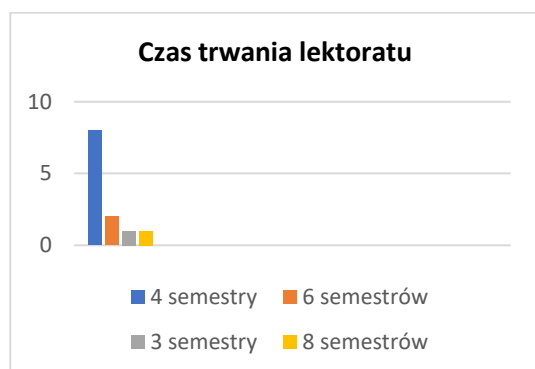
Przegląd materiału źródłowego prowadzi do konkluzji, iż lektorat z języka polskiego najczęściej trwa przez cztery semestry – tak jest na ośmiu z trzynastu

¹⁰⁸ Sylabusy, poza jednym wyjątkiem, są wypełnione w języku angielskim, dlatego zachowuję pisownię zgodną z oryginałem. W dalszej części rozdziału prezentuję tłumaczenie treści.

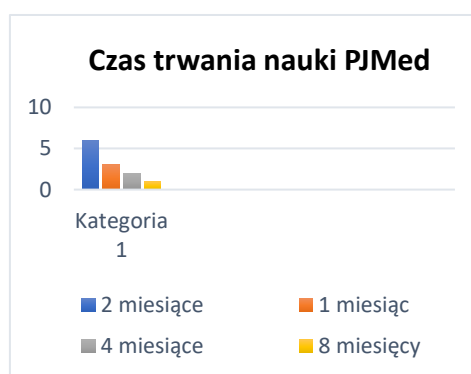
polskich uczelni oferujących studia medyczne w języku angielskim. Wymiar godzin mieści się w przedziale od 25 do 40 godzin (po 45 minut) w semestrze. W trzech ośrodkach akademickich w trakcie sześcioletnich studiów zajęcia z języka polskiego są prowadzone przez sześć semestrów, a w dwóch uczelniach lektorat odbywa się przez jeden lub osiem semestrów.

Udział w omawianych zajęciach jest obowiązkowy we wszystkich uczelniach, z których pochodzą badane dokumenty. Treści programowe obejmują zarówno naukę języka ogólnego, jak i specjalistycznego. W sześciu ośrodkach akademickich nauka języka specjalistycznego (lub tylko jego elementów) odbywa się przez dwa ostatnie semestry nauki języka polskiego. W dwóch uniwersytetach zajęcia języka medycyny (medycznego) trwają cztery miesiące, natomiast w trzech ośrodkach trwają jeden semestr. Ze względu na brak danych szczegółowych dotyczących zakresu tematycznego w jednym sylabusie trudno ocenić, jaki przyjęto tam podział nauki języka ogólnego oraz medycznego. W jednym miejscu zaś studentom oferowany jest tylko kurs języka ogólnego. Można przypuszczać, że sytuacja ta jest spowodowana faktem, iż uczelnia ta oferuje studia medyczne w języku angielskim od niedawna, dokładnie od 2018 roku. We wszystkich przebadanych ośrodkach akademickich zachowana jest jednak zasada, aby w pierwszym roku (lub przez półtora) odbywały się zajęcia z języka ogólnego.

Wykres 9
Czas trwania lektoratu z języka polskiego
– oprac. własne



Wykres 10
Czas trwania nauki PJMed – oprac. własne



7.1.2. Cele i efekty kształcenia językowego¹⁰⁹

W analizowanych dokumentach za główny cel kształcenia językowego przyjmuje się rozwój kompetencji językowych w zakresie wymowy, słownictwa, gramatyki oraz sprawności słuchania, czytania, mówienia, a także pisania. Istotną rolę odgrywa doskonalenie nabytych umiejętności komunikacyjnych i interpersonalnych, poznanie kontekstu kulturowego oraz wyposażenie studentów w słownictwo medyczne niezbędne do efektywnego współdziałania w podstawowych sytuacjach życia zawodowego. Służyć ma to rozwijaniu umiejętności rozumienia personelu szpitalnego oraz pacjentów, zarówno dorosłych, jak i dzieci w trakcie tzw. wywiadu przyłóżkowego, mającego miejsce m. in. podczas zajęć klinicznych. Przygotowanie uczestników lektoratów do aktywnego i świadomego uczestniczenia w komunikacji interpersonalnej w środowisku zawodowym jest nadrzędnym celem kształcenia językowego. Każdy uczący się musi być w stanie wykorzystać umiejętności komunikacyjne w celu osiągnięcia jak najlepszej efektywności procesu komunikacji. Autorzy sylabusów podkreślają konieczność uświadomienia uczniom, że głównym fundamentem współpracy zespołu zawodowego jest sprawna komunikacja oparta na umiejętnościach właściwych zachowań komunikacyjnych. Zajęcia lektoratowe mają na celu budowanie u uczących się przydatnej w środowisku zawodowym (międzykulturowej) kompetencji komunikacyjnej.

Jako konkretne sytuacje wskazuje się ćwiczenie zbierania wywiadu lekarskiego oraz udzielania instrukcji i informacji pacjentowi. Do grona podstawowych umiejętności będących efektem kształcenia zaliczana jest zdolność do porozumiewania się w języku polskim w odmianie ogólnej i specjalistycznej. Najwięcej miejsca poświęca się opisom umiejętności przeprowadzenia rozmowy/wywiadu z pacjentem, budowaniu atmosfery zrozumienia i zaufania, a także okazywaniu empatii podczas rozmowy z pacjentem. Osoba ucząca się powinna ponadto nabyć umiejętności udzielania prostych instrukcji oraz wskazówek dotyczących badania klinicznego dorosłemu i dziecku podczas badania fizykalnego. Tutaj także podkreśla się zdolność do brania odpowiedzialności za proponowane rozwiązania, wykonywane zadania i

¹⁰⁹ Poniżej zamieszczono treści oraz informacje zawarte w sylabusach, które są własnym tłumaczeniem z języka angielskiego na język polski.

podejmowane decyzje. Zajęcia mają pomóc studentowi w wykształceniu u niego umiejętności planowania swoich działań w grupie, interpretowania znaczeń komunikacji werbalnej i niewerbalnej, a także stosowania różnych technik negocjacyjnych i mediacyjnych. Ponadto powinien on także nauczyć się aktywnego słuchania. Cel ten wskazuje się także w sylabusach dotyczących lektoratu z komunikacji medycznej. W jednym z dokumentów czytamy: „Mając na uwadze fakt, że skuteczna komunikacja lekarz-pacjent jest centralną funkcją kliniczną w budowaniu terapeutycznej relacji lekarz-pacjent, głównym celem tego kursu jest rozwijanie praktycznych umiejętności komunikacyjnych. Szkolenie rozpoczyna się od umiejętności podstawowych, ale stopniowo przechodzi w szkolenie z zakresu komunikacji medycznej lub konsultacji i prowadzi do komunikacji w różnych sytuacjach kontekstowych lub ze specjalnymi grupami pacjentów. Studenci kontynuują pracę nad swoimi komunikacją ustną i pisemną, wzmacniając jednocześnie umiejętność rozumienia i analizowania różnych kontekstów komunikacyjnych (zwłaszcza sytuacji komunikacyjnych dotyczących pacjentów), aby być w stanie komunikować się z pacjentami o różnych potrzebach i w różnych sytuacjach. Studenci systematycznie poszerzają swoją wiedzę na temat języka używanego w codziennych sytuacjach, takich jak: rozmowy z pacjentem, zbieranie danych medycznych, zadawanie pytań, słuchanie, rozwijanie empatii. Zdobywają bardziej zaawansowane umiejętności konwersacyjne i strategie przeprowadzania badań lekarskich w polskich klinikach” (SYLABUS_4).

Przyjmuje się, że osoba ucząca się ma pełną świadomość różnic kulturowych, kształtuje postawę tolerancji, otwartości na inne narody i kultury. W zestawie efektów kształcenia wymienia się również wypracowanie pewności siebie co do własnych umiejętności i wiedzy, a jednocześnie świadomość własnych ograniczeń, otwartość i gotowość na przyjęcie konstruktywnej krytyki w celu zapewnienia ciągłego rozwoju zawodowego.

Celami kształcenia językowego są także rozwój intelektualny i emocjonalny oraz wzmacnianie motywacji do nauki języka polskiego i uczenia się. Jednym z najważniejszych efektów kształcenia w zakresie wiedzy jest znajomość podstawowych pojęć anatomicznych (części ciała i narządy), nazw ogólnych dolegliwości, chorób i objawów. Podkreśla się także kwestię znajomości zasad komunikowania się w języku potocznym i formalnym oraz wiedzy na temat

celowości ich zastosowania w kontakcie z pacjentem, a także świadomości znaczenia komunikacji werbalnej i niewerbalnej w procesie komunikowania się z pacjentem. Oprócz tego istotną rolę pełni zrozumienie istoty zaufania oraz empatii w interakcji z pacjentem. Jednym z efektów jest również wiedza na temat zasad prowadzenia wystąpień publicznych.

Autorzy dokumentów zwracają uwagę, iż osoba ucząca się powinna umieć konstruować poprawne teksty różnego typu, zarówno w komunikacji tradycyjnej, jak i elektronicznej. Oprócz tego powinna potrafić interpretować i oceniać teksty pisane i mówione pod względem ich funkcjonalności i poprawności. Podkreśla się także rolę umiejętności wykorzystywania i przetwarzania informacji z zastosowaniem narzędzi informatycznych oraz dostęp do nowoczesnych źródeł wiedzy medycznej.

W kwestii kompetencji społecznych duży nacisk kładzie się na przygotowanie osób uczących się do nawiązywania i utrzymywania głębokiego, opartego na szacunku i empatii kontaktu z pacjentem oraz jego rodziną. Nie bez znaczenia pozostaje również okazywanie zrozumienia dla różnic ideologicznych i kulturowych. Zwraca się także uwagę na znajomość oraz przestrzeganie praw pacjenta. Wśród kompetencji społecznych ważną rolę odgrywają umiejętności współpracy w wielokulturowym i wielonarodowym miejscu pracy z przedstawicielami personelu medycznego, a także innych specjalizacji oparte na zasadach postępowania społecznego i koleżeństwa zawodowego, a także wzajemnego szacunku. Osoba ucząca się nabywa również nawyku promowania zdrowego stylu życia oraz wspierania pacjentów do wybierania właśnie takiej ścieżki życiowej. Nie bez znaczenia pozostaje też kompetencja rozpoznawania własnych ograniczeń i umiejętność dokonywania samooceny braków i potrzeb edukacyjnych. Zdolność do samokształcenia związana jest z umiejętnością odpowiednio wiarygodnej literatury i źródeł informacji. Efektem wysokiej świadomości własnych braków w zakresie wiedzy merytorycznej jest gotowość do udziału w stymulujących doświadczeniach edukacyjnych. Aspekt samokształcenia i uczenia się przez całe życie jest wymieniany kilkakrotnie w dokumentach. Dzięki zajęciom językowym osoba ucząca się zostanie przygotowana też do krytycznej oceny opinii i działań współpracowników.

7.1.3. Zakres działań dydaktycznych

Kolejny punkt badań dotyczył płaszczyzny działań dydaktycznych na zajęciach, które wchodzi w zakres metodologii nauczania języka. Celem analizy dokumentów pod tym kątem było zweryfikowanie, na ile repertuar działań dydaktycznych jest zróżnicowany, urozmaicony i czy taki dobór metod nauczania pozwoli na realizację celów nauczania oraz kompleksowy rozwój kompetencyjny osób uczących się. Celem szczegółowym było także zweryfikowanie, czy zastosowane na wczesnym etapie nauczania PJMed działania dydaktyczne różnią się od tych, które są planowane w nauczaniu języka ogólnego. Z tego powodu w tej części badania wykorzystano także sylabusy lektoratu języka polskiego do celów ogólnych. Poddany analizom komponent metod nauczania znalazł się w ośmiu tekstach tego typu do nauczania języka medycyny (medycznego) (czyli 57% całego korpusu badawczego) i dziewięciu dokumentach dotyczących nauczania języka ogólnego. W zestawieniu pokazującym wyniki znajdują się wymienione w korpusie badawczym działania dydaktyczne. Ze względu na dość niską liczbę badanych dokumentów pominięte zostały dane liczbowe świadczące o frekwencji użycia. Istotniejsze jest natomiast ukazanie, które działania/techniki zostały wskazane przez autorów sylabusów. Dają one bowiem wiedzę na temat metodyki nauczania *języka medycyny (medycznego)* na uczelniach medycznych. Omawiając to zagadnienie należy mieć świadomość, że mowa tu zazwyczaj o kursie, który trwa dwa semestry, a średnia liczba godzin tygodniowo rzadko przekracza dwie godziny zajęciowe, czyli 90 minut. Poza tym uczestnikami kursu są osoby, których poziom znajomości języka ogólnego nie przekracza A2. Z jednej strony może to stanowić ograniczenia w repertuarze stosowanych działań, z drugiej zaś przeciwnie – istnieje prawdopodobieństwo korzystania z bogatej listy technik urozmaicających proces kształcenia językowego. Szczególny wpływ na dobór działania dydaktyczne mają jasno kreślone cele nauczania języka. Z przedstawionego w poprzednim podrozdziale opisu celów i efektów kształcenia wynika, że celem zajęć jest zapewnienie uczącym się możliwości rozwijania nie tylko językowych i organizacyjnych kompetencji w kontekście zawodowym, ale także społeczno-kulturowych oraz osobowościowych. Z korpusu badawczego udało się wyekszerpować następujące działania dydaktyczne:

Tabela 31

Zakres działań dydaktycznych w sylabusach i programach nauczania – oprac. własne

Zakres działań dydaktycznych		
	w nauczaniu JOg	w nauczaniu PJMed
Identyczne	▪ samodzielna wypowiedź ustna ▪ dyskusje i konwersacje ▪ wypowiedź ustna ▪ praca w grupie / parze ▪ dialogi sytuacyjne/odgrywanie ról ▪ gry i zabawy językowe ▪ praca z tekstem (analiza tekstu, dopasowywanie pytań i odpowiedzi, zadania wielokrotnego wyboru, uzupełnianie luk informacyjnych, pytania prawda / fałsz, kategoryzowanie, czytanie na głos, czytanie ze zrozumieniem tekstów dialogów ▪ ćwiczenia leksykalno-gramatyczne ▪ praca samodzielna/indywidualna ▪ przygotowanie prezentacji	
	▪ przygotowanie projektu ▪ projektowanie i przedstawianie doświadczeń/ćwiczeń	▪ studium przypadku ▪ gry symulacyjne ▪ metody problemowe ▪ praca z materiałami audiowizualnymi ▪ redagowanie tekstu
Różne	▪ praca na zajęciach, samokształcenie online, metody nauczania na odległość ▪ metody praktyczne, aktywizujące (burza mózgu, rozgrzewki)	

Najbardziej ogólnie ujęta techniką jest praca na zajęciach, która może obejmować różne działania. Do mniej sprecyzowanych technik należą: *metody nauczania na odległość, samokształcenie online, praca na zajęciach*.

Z powyższego zestawienia wynika, że zdecydowana większość stosowanych na zajęciach działań dydaktycznych jest identyczna zarówno na lektoracie języka polskiego do celów ogólnych, jak i medycznych. Dominują przede wszystkim techniki ukierunkowane na rozwijanie produkcji ustnej: samodzielna wypowiedź ustna, udział w dyskusjach i konwersacjach, dialogi sytuacyjne i odgrywanie ról, praca w grupie/parze, co jest zapewne konsekwencją przyjętych celów kształcenia. Do tego zbioru zaliczyć można również gry i zabawy językowe, których wielofunkcyjność jest podkreślana w literaturze przedmiotu. Wspomagają one bowiem opanowanie systemu fonetycznego, gramatycznego, ortograficznego języka obcego, a także rozwijają wszystkie sprawności językowe. Są pomocne przy rozwijaniu umiejętności szukania informacji, stawiania i rozwiązywania pytań problemowych, dyskusowania, argumentowania, a także podejmowania decyzji. Podkreśla się także motywującą

do nauki i angażującą funkcję gier (Motyl 2012: 106-107). Z grami i zabawami językowymi związane są kolejne działania, którymi są odgrywanie ról i dialogów sytuacyjnych, a także praca w parach/zespole. Są to podstawowe działania kształtujące sprawność mówienia, przy okazji wspomagają rozwijanie strategii uczenia się opartej na współpracy z innymi. Nie sposób nie wspomnieć tu o pozytywnym wpływie na rozwój kompetencji osobowościowych, w tym na postawę i zachowanie osoby uczącej się.

Popularnym działaniem okazała się także praca samodzielna. I. Janowska (2011: 146) podkreśla, że „w dzisiejszym pojmowaniu systemu uczenia się jako procesu trwającego przez całe życie, przygotowanie uczących się do samokształcenia jest jednym z podstawowych celów nauczycieli i instytucji kształcących, gdyż one przyczyniają się w sposób znaczący do uzyskiwania przez studentów wysokiego stopnia autonomii”. Praca samodzielna na zajęciach ma pozytywny wpływ na rozwój autonomii uczącego się. Według definicji zaproponowanej przez W. Wilczyńską (2002: 54) autonomia jest zdolnością podejmowania, prowadzenia i ewaluacji własnego kształcenia językowego. Z tego powodu rozwijanie tych zdolności jest niezwykle istotne podczas nauczania/uczenia się języka specjalistycznego. Umiejętności własnego samokształcenia jest inwestycją na całe życie. Rozwój kariery zawodowej wiąże się z ciągłym poszerzaniem wiedzy, korzystaniem ze specjalistycznej literatury, uczestnictwem w szkoleniach, kursach, kongresach. To sprawia, że rozwijanie autonomii u uczącego się pełni zasadniczą rolę w całym kształceniu językowym.

Obok pracy indywidualnej uwzględniane jest także samokształcenie online, choć nie zostało ono jasno wytłumaczone przez autorów sylabusu. Prawdopodobnie chodzi tu o wykorzystanie najnowszych technologii w procesie nauki. W przypadku języka polskiego ogólnego narzędziem wspomagającym naukę może być platforma e-polish.eu, na której znajdują się materiały zarówno dla nauczycieli, jak i uczniów, którzy nie mają dostępu do podręczników z serii *Krok po kroku*¹¹⁰. Pewną pomocą w nauce języka mogą być kursy, które znajdują się na wspominatej już w rozdziale II platformie novica.pl. W sylabusie, w którym była mowa o samokształceniu online, w materiałach dodatkowych jest informacja tylko na temat pierwszej platformy.

¹¹⁰ <https://e-polish.eu/polski-dla-obcokrajowcow> (dostęp 10.04.2022).

Jeśli chodzi o nauczanie PJMed, narzędzia online są jeszcze uboższe. Obecnie (kwiecień 2022 r.) – poza kursem online dyktandolekarza.pl, który ze względu na swoją specyfikę zostanie omówiony w dalszej części – nie istnieje platforma, która byłaby przeznaczona do nauki polszczyzny medycznej. Wprawdzie na rynku jest platforma edukacyjna dla lekarzy i studentów medycyny lepolek.pl¹¹¹, która „daje dostęp do najbardziej aktualnych baz wiedzy, artykułów naukowych, nowości ze świata medycyny czy pytań egzaminacyjnych i komentarzy do nich. Jest ona aktualizowana na bieżąco, a tym samym może istotnie przyczynić się do stosowania najnowszych metod leczenia”¹¹², ale ze względu na złożoność językową zawartych tam tekstów mogą występować problemy z wykorzystaniem jej na początkowym etapie nauki języka polskiego do celów medycznych.

Stałym komponentem sylabusów lektoratu języka polskiego do celów ogólnych oraz medycznych są również ćwiczenia leksykalno-gramatyczne oraz praca z tekstem. W dokumentach jako przykładowe techniki wymieniono łączenie pytań z odpowiedziami, zadania wielokrotnego wyboru, uzupełnianie luk informacyjnych, techniki typu prawda/fałsz, kategoryzowanie.

Do działań różnicujących oba zestawy należą:

- w nauczaniu JOg.: przygotowanie projektu, projektowanie i przedstawienie doświadczeń;
- w nauczaniu PJMed: studium przypadku, gry symulacyjne, metody problemowe, praca z materiałami audiowizualnymi, redagowanie tekstu.

Nauczanie/uczenie się metodą projektów mobilizuje do działania osoby uczące się, stwarza okazję do wprowadzenia nowej wiedzy, pozwala rozwijać i poszerzać kompetencje ogólne i językowe. Aktywność ta jest charakterystyczna dla podejścia działaniowego/zadaniowego, szczególnie promowanego przez

¹¹¹ Adres strony: lepolek.pl. Platformą, która z powodzeniem mogłaby zostać wykorzystana jako źródło materiałów specjalistycznych jest Polska Platforma Medyczna (<https://ppm.edu.pl/index.seam>) której celem jest prezentacja i promocja osiągnięć naukowych i potencjału badawczego naukowców siedmiu polskich uniwersytetów medycznych. Pomocnym źródłem materiałów multimedialnych może być także medtube.pl, platforma będąca bazą profesjonalnych filmów medycznych o wysokiej jakości, na której można „znaleźć m.in. filmy z operacji, zabiegów, zdjęcia przypadków medycznych, animacje medyczne, transmisje live z operacji, wywiady, prezentacje i dokumenty z wszystkich specjalizacji medycznych. Materiały pochodzą od lekarzy, towarzystw i uczelni medycznych, a także z własnej produkcji MEDtube” <https://old.pum.edu.pl/biblioteka-glowna/e-zasoby/bazy-danych/medtube-baza-filmow-medycznych> (dostęp do stron platform 10.04.2022).

¹¹² <https://techsetter.pl/lepolek-rewolucja-platforma-edukacyjna-dla-lekarzy-i-studentow/> (dostęp 10.04.2022).

ESOKJ. I. Janowska (2011: 156) podkreśla szerokie możliwości zastosowania pracy projektowej w kształceniu językowym w najbliższych latach: „podejście zadaniowe zdefiniowane w *ESOKJ* będzie ewoluować w stronę działania społecznego, do którego instytucje kształcące muszą przygotować uczących się. Cel ten można osiągnąć, stosując na zajęciach z języka techniki skoncentrowane maksymalnie na działaniu (np. wykonanie czegoś według instrukcji, współpraca przez Internet w celu rozwiązania jakiegoś problemu etc.)”. Projektowanie i przedstawianie doświadczeń (ang. *performing experiments, designing experiments*), które znalazło się w jednym z sylabusów lektoratu języka ogólnego, jest niedoprecyzowane znaczeniowo i zbyt ogólne, jak to ma miejsce w przypadku *pracy na zajęciach*. Można tylko domniemywać, że działanie to jest powiązane z przygotowaniem projektu, również wskazanym w poniższym zestawieniu. Warto w tym miejscu podkreślić, że obydwa te działania znalazły się w jednym sylabusie.

Przedstawione omówienie oraz tabelaryczne zestawienie działań dydaktycznych w nauczaniu JOg oraz PJMed prowadzą do następujących wniosków. Przede wszystkim zauważalna jest powtarzalność tych samych zagadnień w obydwu grupach. Deficytowe są natomiast działania związane z pracą nad tekstem pisanym. W analizowanych dokumentach tylko raz pojawił się zapis *analiza tekstu*, która też jest pojęciem dosyć ogólnym. Nie można oczywiście wykluczyć innych działań, np. czytania ze zrozumieniem, redagowanie tekstów. To, że nie zostały zwerbalizowane i umieszczone w sylabusie, nie przesądza o ich braku na zajęciach.

Ogólnie rzecz ujmując, przeważają działania sprawdzone i tradycyjne, znane w dydaktyce, nie odnotowano innowacyjnych przykładów. Wprawdzie działania typu praca projektowa, studium przypadku należą do wyjątków, można jednak mieć nadzieję, że jest to początek zmian zachodzących w dydaktyce języka polskiego nie tylko do celów specjalistycznych. Analiza objęła bardzo mały materiał badawczy, dlatego trudno formułować uogólniające opinie. Niemniej jednak można pokusić się o stwierdzenie, iż autorzy sylabusów wybierają tradycyjne rozwiązania, unikając tym samym bardziej nowoczesnych działań dydaktycznych, które odpowiadałyby oczekiwaniom studentów i przyszłych

lekarzy¹¹³. W badaniach E. Wojtczak (2016: 244) dotyczących nauczania języka polskiego na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi respondenci zasugerowali, aby „kursy przewidywały projekty studenckie realizowane poza uczelnią, co jest charakterystyczne dla amerykańskich i kanadyjskich uniwersytetów”. Konieczne wydaje się wzbogacenie programów, szczególnie języka do celów specjalistycznych i/lub zawodowych, o aspekt zadaniowy, który jest promowany przez ESOKJ.

7.1.4. Inwentarz zagadnień tematycznych

W przeciwieństwie do opisu efektów kształcenia w kategoriach wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych czy charakterystyki technik pracy na zajęciach treści programowe są stałym elementem wszystkich analizowanych dokumentów. W zdecydowanej większości sylabusów zawarto ich szczegółowe omówienie. Przygotowanie katalogu tematycznego w przypadku lektoratu z języka polskiego ogólnego nie jest zadaniem trudnym, ponieważ pomocą są *Programy nauczania języka polskiego jako obcego. Poziomy A1-C2*. Inaczej jest w przypadku opracowania treści nauczania na lektoracie PJMed, do tej pory bowiem nie zostało przygotowane kompendium procesu nauczania obcokrajowców polszczyzny medycznej. Jedynym punktem odniesienia może być opis programu nauczania języka polskiego na lektoracie dla studentów medycyny opracowany przez M. Ławicką-Borońską, W. J. Rudnik i J. Wiśniewską. Autorki zaprezentowały także program kursu języka polskiego medycznego, którego celem „jest poszerzenie słownictwa z zakresu zdrowia i medycyny, zapoznanie się z polskim nazewnictwem laickim i specjalistycznym, polską służbą zdrowia, opieką medyczną oraz nauka praktycznego wykorzystania umiejętności w realiach polskiej służby zdrowia” (Ławnicka-Borońska i in. 2011: 327). W trakcie kursu uczący nabywają następujące umiejętności:

- swobodnego, poprawnego gramatycznie porozumiewania się w polskim języku specjalistycznym,
- rozumienia przekazu ustnego i tekstu pisanego,
- łatwiejszego przyswajania słownictwa oraz ze słuchu,

¹¹³ Do podobnych konkluzji dochodzi w swojej pracy dotyczącej modelowania procesu nauczania języka włoskiego w Polsce M. Kaliska (2018: 562).

- przygotowywania i uzupełnienia dokumentów (tamże: 327-328).

Zagadnienia tematyczne zostały pogrupowane w czterech podstawowych kategoriach: 1) język polski w opisie antropologicznym, 2) najczęściej występujące choroby, 3) język polski w praktyce medycznej i farmaceutycznej, 4) epikryzy (tamże: 328-329). Omawiając program nauczania, autorki zwróciły także uwagę na funkcje językowe wskazując 14 zagadnień, m.in. nawiązywanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzanie wywiadu, informowanie o stanie zdrowia, wyrażanie opinii, przekonania, niepewności, przytakiwanie, negacja, doradzanie, odradzanie, zabranianie (tamże: 329). Badaczki pokrótce zaprezentowały również zastosowanie poszczególnych przypadków w nauczaniu języka medycznego oraz wysoką frekwencję użycia niektórych form czasownikowych (konstrukcje bezokolicznikowe, tryb rozkazujący, strona bierna) (tamże: 330).

Zakres materiału przewidziany w sylabusach lektoratu języka polskiego w odmianie medycznej obejmuje słownictwo z ośmiu obszarów tematycznych o różnym stopniu uszczegółowienia. W inwentarzu tym znalazły się grupy tematyczne, które przedstawia poniższe zestawienie.

Tabela 32

Katalog podstawowych zagadnień tematycznych w sylabusach PJMed. – oprac. własne

Katalog podstawowych zagadnień tematycznych w sylabusach PJMed		
1	Części ciała	kończyny górne i dolne,
2	Narządy wewnętrzne i układy	wszystkie układy oraz narządy
3	Przeprowadzanie wywiadu lekarskiego	badanie fizykalne, wydawanie poleceń z dorosłymi
4	Specjalizacje medyczne	chirurg, kardiolog, dermatolog, okulista, onkolog
5	Leki i sposoby ich dawkowania	nazwy najbardziej popularnych leków, sposoby wypełniania recepty
6	Opis bólu	czasowniki używane do opisu miejsca i intensyfikacji bólu oraz dolegliwości
7	Miejsca w szpitalu, oddziały szpitalne	nazwy sal i pomieszczeń, nazwy czynności i badań, które są tam przeprowadzane
8	Medycyna jako nauka	dziedziny nauki, medycyna alternatywna

Więcej jest natomiast zagadnień tematycznych, które pojawiają się sporadycznie w analizowanym materiale i można uznać je za wariantywne i/lub dodatkowe. Na podstawie samych sylabusów trudno ocenić, czy np. przy okazji tematu dotyczącego przeprowadzania wywiadu lekarskiego jednym z przykładów jest wywiad z dzieckiem. W każdym razie tylko w jednym dokumencie zagadnienie to jest odnotowane jako oddzielny temat. Ze szczegółowych opisów inwentarza leksykalnego wynika, iż różnice dotyczą głównie płaszczyzny gramatycznej. W przypadku wywiadu z dorosłym ćwiczony jest czas przyszły, natomiast w kontakcie z dzieckiem niezbędny jest tryb rozkazujący, por.:

- 1) „*Instructions for the clinical examination of adults • Explaining the doctor's intentions to the patient • Future simple tense of selected verbs (e.g. zbadać, osłuchać, zmierzyć, zrobić)*” – instrukcja badania klinicznego osób dorosłych – Wyjaśnianie pacjentowi intencji lekarza - Czas przyszły prosty wybranych czasowników – tłumaczenie własne);
- 2) „*Instructions for the clinical examination of children • Explaining the doctor's intentions to the patient • The imperative mood*” – Instrukcja badania klinicznego dzieci - Wyjaśnienie pacjentowi intencji lekarza – tryb rozkazujący” (Sylabus_2).

Zaproponowany w dokumencie podział na wywiad lekarski z pacjentem dorosłym i wywiad pediatryczny jest jak najbardziej słuszny i uzasadniony, zwłaszcza że specyfika współpracy *lekarz – pacjent w pediatrii* znacznie różni się od tej, w której rozmówcą jest osoba dorosła. Podobnie jest również z zagadnieniem badań lekarskich oraz narzędzi i środków medycznych. Można tylko hipotetycznie zakładać, że leksyka ta przewija się przy okazji omawiania konkretnego układu wewnętrznego.

Osobnego komentarza wymaga także zagadnienie rutyny dnia lekarza i pielęgniarki. Temat ten – zgodnie z opisem zamieszczonym w sylabusie – wykorzystywany jest do „uzupełnienia czasu teraźniejszego, opisu rutyny z uwzględnieniem słownictwa medycznego” (SYLABUS_7). Przykład ten pokazuje sposób, jak na możliwie najwcześniejszym etapie nauki wprowadzić słownictwo medyczne i jakie zaproponować do niego ćwiczenia leksykalno-gramatyczne. Podobnie zresztą jest przy nazwach garderoby lekarskiej, gdzie uczący się poznaje elementy ubioru lekarza i pielęgniarki.

Tabela 33

Katalog dodatkowych zagadnień tematycznych w sylabusach PJMed. – oprac. własne

Katalog dodatkowych zagadnień tematycznych w sylabusach PJMed.		
1	Przeprowadzanie wywiadu lekarskiego z dzieckiem	zdrobniałe formy imion, zadawanie pytań matce,
2	Instrumenty i środki medyczne	stetoskop, ciśnieniomierz, strzykawka, gaziki, bandaże,
3	Rutyna lekarza i pielęgniarki	czasowniki określające czynności: badać, osłuchiwać, oglądać, mierzyć ciśnienie, wypełniać dokumentację, przyjmować, rejestrować pacjenta
4	Badania	pobieranie krwi, mierzenie ciśnienia, prześwietlenie, badanie USG
5	Nazwy garderoby lekarskiej; instrukcje dla pacjenta	Fartuchy, czepki, maseczki, sukienka medyczna, tunika medyczna
6	Pierwsza pomoc	sposoby postępowania w sytuacjach nagłego zagrożenia
7	Izba przyjęć, pogotowie ratunkowe	rejestracja, wypełnienie dokumentów, zgłaszanie potrzeby uzyskania natychmiastowej pomocy
8	Sytuacja komunikacyjna w aptece	pytanie o dostępność leków, prośba o radę, tłumaczenie dawkowania leku
9	Uzależnienia i używki	alkohol, nikotyna, narkotyki, kawa
10	Zdrowy/niezdrowy styl życia	właściwa dieta, aktywność fizyczna

Największą różnicę w zakresach tematycznych widać między dwoma sylabusami dotyczącymi zajęć z komunikacji medycznej. Tego typu przedmiot jest prowadzony w dwóch uczelniach w Polsce. W sylabusie *Polish for Medicine – Communications skills in Medicine* (SYLABUS_9) inwentarz tematyczny został podzielony według układów w organizmie człowieka i charakterystycznych dla nich dolegliwości oraz chorób, co łącznie pozwoliło wydzielić dwanaście kręgów tematycznych. Elementem stałym dla każdej jednostki jest wywiad lekarski. Natomiast zakres tematyczny, który jest podany w drugim dokumencie – *Polish Communication Skills for Medicine* (SYLABUS_5), składa się łącznie z dziewięciu zagadnień, które dotyczą teoretycznych aspektów komunikacji w ogóle.

Tabela 34

Inwentarz tematyczny sylabusów komunikacji medycznej – oprac. własne

Katalog tematyczny sylabusów komunikacji medycznej	
Polish for Medicine – Communications skills in Medicine	Polish Communication Skills for Medicine
1. Badanie kliniczne dorosłych i dzieci. Wywiad lekarski: wywiad osobisty, główne dolegliwości, wywiad dotyczący przeszłości, wywiad rodzinny, wywiad dotyczący leków, wywiad społeczny, wywiad ogólnoustrojowy. 2. Choroby układu sercowo-naczyniowego: objawy i oznaki: choroba niedokrwienna serca, zawał mięśnia sercowego, nadciśnienie tętnicze. 3. Zbieranie wywiadu/badanie fizykalne. 4. Choroby układu oddechowego: zapalenie płuc, astma. Zbieranie wywiadu/badanie fizykalne. 5. Choroby układu pokarmowego: kamica żółciowa, zapalenie wyrostka robaczkowego, choroba wrzodowa. 6. Zbieranie wywiadu/badanie fizykalne. 7. Choroby układu moczowego: kamica nerkowa, zapalenie pęcherza moczowego. 8. Zbieranie wywiadu/badanie fizykalne. 9. Choroby męskiego układu rozrodczego: łagodny przerost gruczołu krokowego. Zbieranie wywiadu/badanie fizykalne. 10. Układ rozrodczy kobiety: rak piersi i hiperplazja endometrium. Zbieranie wywiadu/badanie fizykalne. 11. Choroby układu nerwowego: udar mózgu. Zbieranie wywiadu/badanie fizykalne. 12. Choroby narządu ruchu: złamanie szyjki kości udowej: Zbieranie wywiadu / badanie fizykalne.	1. Zasady komunikacji werbalnej i niewerbalnej. Elementy aktu komunikacji. 2. Zasady udanej rozmowy. 3. Bariery komunikacyjne. 4. Społeczne uwarunkowania zachowań lingwistycznych. Genderlekty. 5. Aktywne słuchanie. 6. Perswazja i manipulacja. Motywowanie ludzi. 7. Negocjacje/mediacje. 8. Mentoring i coaching. 9. Tworzenie udanej relacji terapeutycznej lekarz-pacjent (postrzeganie i odczucia dotyczące natury problemu, celów leczenia i wsparcia psychospołecznego, problemu, celów leczenia i wsparcia psychospołecznego).

Różnica w zagadnieniach tematycznych jest zjawiskiem dość interesującym, ponieważ prezentują inne koncepcje organizowania zajęć z komunikacji medycznej. W dodatku w sylabusie drugich zajęć (*Polish Communication Skills (...)*) widnieje informacja, że zajęcia są prowadzone w szpitalach oraz różnych ośrodkach i centrach medycznych, co także wydaje się rozwiązaniem dość nowatorskim w porównaniu z innymi przeanalizowanymi dokumentami. Wprowadzenie do oferty sześcioletnich studiów medycznych w języku angielskim zajęć poświęconych teoretycznemu, ale i praktycznemu wymiarowi komunikacji medycznej w języku polskim daje szansę na rozwinięcie

umiejętności oraz nabycie wiedzy na tematy, które często – z racji ograniczonej liczby godzin – są omawiane skrótowo lub wręcz pomijane na zajęciach językowych. Zajęcia z komunikacji medycznej są obowiązkowe w krajach zachodnich, np. Niemczech, Austrii, Wielkiej Brytanii, Kanadzie¹¹⁴. Nic więc dziwnego, że najpierw zaczęto organizować zajęcia z komunikacji na kierunkach medycznych w języku polskim, a teraz potrzebę tę dostrzeżono również w na studiach medycznych w języku angielskim¹¹⁵.

Po szczegółowej weryfikacji programów nauczania *Polish Communication Skills for Medicine* okazało się, że w sześcioletnim planie nauczania na lata 2019-2025 zaproponowano zupełnie inny inwentarz tematyczny niż dotychczas. W sylabusie znalazło się 20 tematów, które zostały podzielone według typów wywiadów lekarskich. Dodatkowo wynotowano po jednej jednostce tematycznej odnoszącej się do opisu egzaminu, opisów choroby i przypadków lekarskich. Rozwiązanie to przypomina inwentarz tematyczny SYLABUSA_5, z drugiej strony znacznie różni się od programu zaproponowanego w latach wcześniejszych oraz późniejszych.

Tabela 35

Inwentarz tematyczny sylabusu *Polish Communication Skills for Medicine* 2019-2025– oprac. własne

Polish Communication Skills for Medicine 2019-2025	
1. Wywiad internistyczny.	11. Wywiad otolaryngologiczny.
2. Wywiad dermatologiczny.	12. Wywiad diabetologiczny.
3. Wywiad ortopedyczny.	13. Wywiad ginekologiczny.
4. Wywiad reumatologiczny.	14. Wywiad pediatryczny.
5. Wywiad płucny.	15. Wywiad chirurgiczny.
6. Wywiad kardiologiczny.	16. Wywiad onkologiczny.
7. Wywiad gastrologiczny.	17. Przygotowanie do egzaminu.
8. Wywiad urologiczny.	18. Wynik opisowy egzaminu.
9. Wywiad neurologiczny.	19. Opis choroby.
10. Wywiad okulistyczny.	20. Opisy przypadków.

¹¹⁴ <https://serwisy.gazetaprawna.pl/edukacja/artykuly/1040877,komunikacja-medycyna-dentysta-onkolog-studia.html> (dostęp 18.04.2022).

¹¹⁵ Fragment debaty nt. komunikacji w medycynie z dnia 27.02.2019, w której wzięły udział A. Doroszevska i K. Kowalska <https://magazynkontakt.pl/rozmowy-jak-na-lekarstwo-komunikacja-w-medycynie/> (dostęp 17.04.2022).

7.1.5. Materiały glottodydaktyczne

Ostatnim punktem analiz są podręczniki i materiały wykorzystywane w trakcie prowadzenia zajęć. Nie we wszystkich analizowanych dokumentach znalazły się informacje na temat wykorzystanej literatury obowiązkowej i dodatkowej. Wstępne obserwacje prowadzą do konkluzji, iż osoby prowadzące zajęcia sięgają zarówno po ogólnodostępne podręczniki do nauki języka ogólnego i *medycyny (medycznego)*, jak i wewnętrzne skrypty akademickie oraz autorskie materiały. Dostrzegalna jest pewna hermetyczność oraz brak znajomości materiałów z innych ośrodków akademickich.

Wśród materiałów do nauczania PJMed najczęściej wskazywano materiały autorskie osób prowadzących zajęcia. Trzy razy odnotowano publikację *U lekarza (...)*, z kolei *Chcę studiować medycynę* wskazane zostało tylko dwa razy. Dwukrotnie wymieniono także *Witaj w Polsce!* podręcznik, który zawiera treści do nauczania języka ogólnego oraz medycyny (medycznego). Zastanawiać może niskie zainteresowanie najnowszą publikacją *U lekarza*. Poddane analizom sylabusy pochodzą głównie z roku akademickiego 2020/2021, a więc z okresu, kiedy materiał powinien być już znany w środowisku akademickim. Podobną sytuację można zauważyć w przypadku słownika polsko-angielskiego *Język polski w medycynie. A Guide to Polish in Medical Practice*, który także pojawił się tylko dwukrotnie w badanych materiałach. Niewykluczone, że powodem, dla którego łódzką publikacją *Chcę studiować medycynę* się pomija, jest jej zawartość, odbiegająca tematycznie od programu nauczania w danym ośrodku akademickim oraz zbyt wysoki poziom podręcznika. Przypuszczalnie z tego samego powodu na lektoracie nie wykorzystuje się publikacji *Co Panu dolega?*, która jest przeznaczona dla osób znających język polski na poziomie B2/C1.

W dokumentach dotyczących nauczania PJMed nie brakuje także podręczników przeznaczonych do nauczania języka ogólnego. Wśród nich najczęściej wymienia się książki *Hurra. Po polsku, Krok po kroku A2* oraz *Miło panią poznać*. Pozostałe pozycje, których tytuły zostały umieszczone w tabeli poniżej, wymienione zostały tylko po jednym razie. Odnotowane zostały także informacje na temat materiałów pomocniczych, wśród których znalazły się słowniki, kompendia gramatyczne, materiały multimedialne oraz platformy internetowe.

Tabela 36
Materiały glottodydaktyczne na lektoratach – oprac. własne

PJMed		JOg	
materiały autorskie	7	Hurra po polsku 1	3
U lekarza, Słucham i Rozumiem	3	Krok po kroku A1	2
Chcę studiować medycynę	2	Język polski w pigułce	2
		Miło panią poznać !	2
		Witaj w Polsce! Podręcznik do nauki języka polskiego dla studentów medycyny	2
Będę lekarzem		Ach ten język polski! Ćwiczenia komunikacyjne dla początkujących	
Co Panu dolega?			
Medical Polish. Język polski dla II roku English Devision		Basic Polish. Ćwiczenia gramatyczno-leksykalne dla studentów I roku English Devision	
Medical Polish. Listening and speaking practice. Ćwiczenia komunikacyjne I na zrozumienie ze słuchu studentów II roku English Devision		Begginer's Course Polish	
O medycynie po polsku		Hurra po polsku 2	
Proszę oddychać, cz. I		Jak to łatwo powiedzieć... Ćwiczenia komunikacyjne dla początkujących	
Proszę oddychać, cz. III		Język polski dla cudzoziemców	
		Krok po kroku A2	
		Materiały do nauczania języka polskiego w Szkole Medycznej dla Obcokrajowców	
		Polish Grammar for Foreigners	
		Po polsku po Polsce	
		Ten, ta, to. Ćwiczenia nie tylko gramatyczne dla cudzoziemców	
		Zaczynam mówić po polsku	
Inne pozycje	Język polski w medycynie	A co to takiego?	
		Obrazkowy słownik języka polskiego	
		Odkrywamy język polski. Gramatyka dla uczących (się) polskiego języka obcego	
		Teraz Polski. Gry i ćwiczenia komunikacyjne	
		platforma e-polish.eu	

Zupełnie inną literaturę można znaleźć w sylabusie *Polish Communication Skills for Medicine*. Wprawdzie odnotowano dwie publikacje do nauki JPJO i PJMed – *Od słowa do słowa toczy się rozmowa* P. Gębala oraz wspomniane już *U lekarza* oraz *Język polski w medycynie* – uwagę zwraca przede wszystkim obecność literatury o podłożu czysto teoretycznym czy poradnikowym, m.in., *Praktyczny poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem* M. Bujanowskiej-Fedak, *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja* J. Dororszewskiego, M.

Kulus, A. Markowskiego, *Komunikacja z pacjentem* M. Makary-Studzińskiej, *Jak rozmawiać z pacjentem. Podręcznik komunikacji interpersonalnej* P.R. Mayerscough, M. Ford. Pozostałe publikacje to: *Komunikacja niewerbalna* G. Dale Leathers, *Relacje interpersonalne. Proces porozumiewania się* R.B Adler, *Nauczanie komunikacji z pacjentem* A. Doroszewskiej oraz *Komunikacja między ludźmi. Motywacja, wiedza i umiejętności* S.P Morreale.

Wśród zalecanej literatury zauważono także odnośnik do *Przewodnika dydaktycznego dla studentów kierunku lekarskiego*¹¹⁶, opracowanego przez dr n. med. A. M. Ołtarzewską z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Materiał ten stanowi swego rodzaju kompendium, w którym znajdują się zasady udzielania konstruktywnej informacji zwrotnej, sposobów nawiązywania kontaktu z pacjentem, techniki aktywnego słuchania, metody zachęcania pacjenta do opowiedzenia o problemie czy metody sprawdzania perspektywy pacjenta. Na stronie internetowej znajdują się zarówno wskazówki w postaci treści o charakterze teoretycznym, jak i zestawienia przydatnych zwrotów oraz pytań.

7.2. Programy nauczania polskiego języka medycyny (medycznego) w ośrodkach nieakademickich

7.2.1. Nazewnictwo i organizacja zajęć

Podobnie jak w przypadku sylabusów, analizę programów zajęć komercyjnych PJMed rozpocznę od informacji dotyczących nazw kursów, danych dotyczących wymiaru godzin nauki oraz wymagań, które należy spełnić, aby wziąć udział w kursach¹¹⁷.

Najczęściej powtarzaną nazwą kursu (58% wszystkich ofert) jest *Język polski medyczny (Medyczny język polski)*. W drugiej grupie pod względem wysokiej frekwencji stosowania jest zestawienie *język polski + grupa docelowa* (25% badanego materiału) – *Język polski dla lekarzy i personelu medycznego*,

¹¹⁶ https://www.umb.edu.pl/przewodnik_dydaktyczny_komunikacja_z_pacjentem (dostęp 17.06.2022).

¹¹⁷ Stałym komponentem jest także cena kursu. Komponent ten został pominięty w analizach, ponieważ nie dotyczy on głównego tematu pracy.

Język polski dla lekarzy, Kurs językowy dla lekarzy i lekarzy dentystów, Język polski dla pracowników służby zdrowia, Ukrainy Intensywny kurs dla obywateli Ukrainy / dla medyków z Ukrainy. Zajęcia te kierowane są także do ratowników medycznych, pielęgniarek i położnych. W ostatniej grupie umieszczam pojedyncze nazwy, takie jak: *Kurs przygotowujący do egzaminu w Naczelnej Izbie Lekarskiej, Specjalistyczny kurs języka polskiego czy Język polski w służbie zdrowia* (17% całego korpusu).

Szkoły prywatne oraz instytucje zajmujące się organizacją kursów językowych najczęściej (25%) oferują pakiet zajęć w wymiarze 60 godzin lekcyjnych (45 min. każda). Na drugim miejscu pod względem liczebności – po 17% – znalazły się kursy w wymiarze 40, 30 i 20 godzin. W pojedynczych sytuacjach wymiar godzin kursów wynosi kolejno 50, 80, 108 i 120. Kursy mają charakter intensywny, kilkutygodniowy, semestralny lub nawet roczny i są kierowane niemal do wszystkich, którzy zawodowo są związani (lub planują być) z pracą w sektorze ochrony zdrowia: do lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, przyszłych studentów medycyny. Zajęcia mają albo formę tradycyjną, czyli w siedzibie szkoły i/lub instytucji, albo zdalną.

Nie wszystkie ośrodki wskazują wymagany poziom znajomości języka ogólnego, ale w ofertach, w których informacja ta jest podana, warunkiem umożliwiającym udział w kursie jest znajomość polszczyzny na poziomie B1-C2. Należy mieć jednak świadomość ogromnej różnicy między poziomem progowym B1 a średnim ogólnym B2, efektywnej biegłości użytkowej C1 a poziomem zaawansowanym C2. Zdecydowanie rzadziej kursy kierowane są do osób, które opanowały poziom elementarny A1 lub wstępny A2. Często szkoły i instytucje zapewniają przeprowadzenie testów poziomujących, co należy uznać za właściwe rozwiązanie. Na 17 przeanalizowanych ofert tylko w jednej pojawiła się informacja o tworzeniu grup językowych według specjalizacji medycznych, co również jest rozsądną propozycją¹¹⁸, ponieważ w ten sposób można przygotować kurs według oczekiwań konkretnej grupy odbiorców. Przy dużym zróżnicowaniu zawodowym uczestników kursu, zwłaszcza w przypadku zawodów medycznych, opracowanie programu zajęć wymaga od lektora dużego nakładu pracy¹¹⁹.

¹¹⁸<https://www.cmkp.edu.pl/aktualnosci/pierwsze-kursy-z-podstawy-medycznego-jezyka-polskiego-dla-medykow-z-ukrainy> (dostęp 17.04.2022).

¹¹⁹ Spostrzeżenia z własnych doświadczeń, kiedy to przez 4 miesiące prowadziłam zajęcia w grupie, w której na 15 osób 10 z wykształcenia było innym specjalistą z dziedziny medycyny.

7.2.2. Cele nauczania języka

Za główny cel kursów PJMed wskazywana jest nauka słownictwa i terminologii medycznej. Poszerzenie zasobów leksyki specjalistycznej jest zadaniem uwzględnionym we wszystkich poddanych analizom ofertach. W skład nauczanego słownictwa wchodzi słownictwo specjalistyczne występujące w literaturze naukowej i słownictwo niezbędne do wypełniania dokumentacji medycznej: nazwy badań, zabiegów i procedur medycznych, występującą w literaturze i dokumentacji medycznej. Osobne miejsce zajmuje słownictwo potoczne konieczne podczas komunikacji z pacjentem. Wprawdzie podkreśla się rozwój wszystkich sprawności językowych – słuchania, mówienia, czytania i pisanie (6 razy, 35%) to jednak tworzenie wypowiedzi ustnej znalazło się na drugim miejscu pod względem najwyższej częstotliwości wskazań w analizowanym materiale. Efektywne poszerzenie kompetencji językowych z ukierunkowaniem na komunikację ustną z pacjentem, jego rodziną oraz pozostałymi pracownikami służby zdrowia zostało wymienione w dwunastu ofertach (70%). Autorzy programów podkreślają konieczność przygotowania uczących się do przeprowadzenia profesjonalnego wywiadu lekarskiego, diagnostyki, udzielania porady lekarskiej, a także prezentacji wybranych przypadków medycznych w gronie innych specjalistów. Celem kursów jest także wdrożenie do swobodnej komunikacji z personelem medycznym dotyczącej współpracy. Przy okazji nabywania umiejętności sprawnej komunikacji podkreśla się także poprawność fonetyczną i pracę nad korektą wymowy.

Trzecim najczęściej wskazywanym celem nauczania polszczyzny medycznej jest zapoznanie się z niezbędnymi strukturami gramatycznymi¹²⁰. Praca nad poprawnością gramatyczną oraz utrwaleniem wiedzy z zakresu fleksji imiennej i czasownikowej została wskazana osiem razy, co łącznie daje 47% wszystkich ofert kursów językowych. Porównywalnie często – siedem razy (41%) – jako cel zajęć wskazano przygotowanie do egzaminu z języka polskiego w NIL. Jedna z instytucji deklaruje przeprowadzenie egzaminu na wzór tego, który jest organizowany przez NIL.

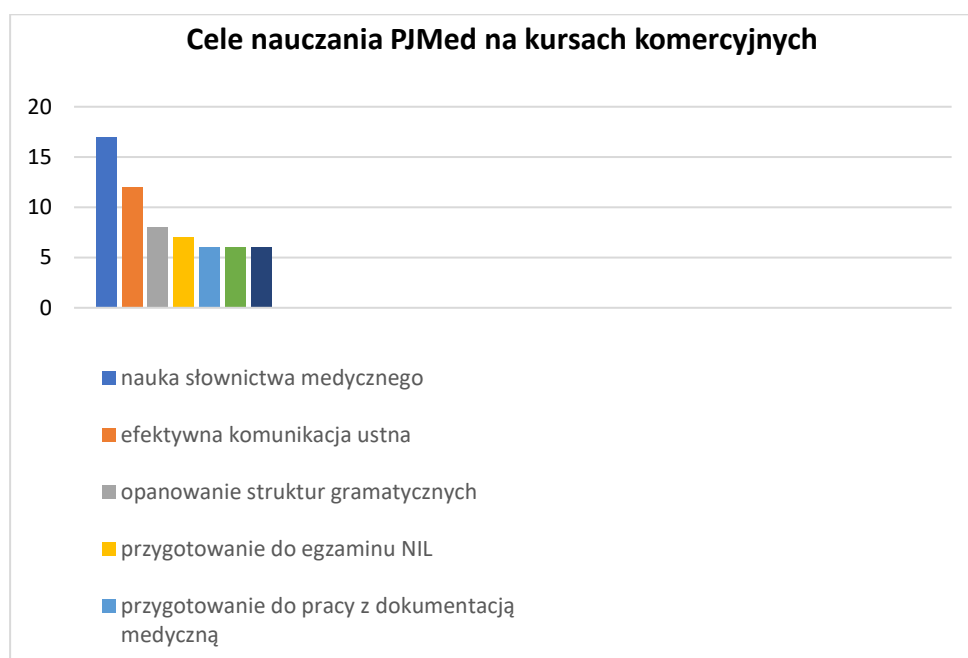
¹²⁰ *Potrzebne struktury gramatyczne* to określenie, które znalazło się w badanym materiale. Sprecyzowanie zwrotu pozostaje jednak w sferze domysłów. Można zakładać, że chodzi tu o struktury gramatyczne, które wykazują największą frekwencję użycia w polskim *języku medycyny (medycznym)*. W jednej z ofert pojawiło się określenie *minimum gramatyczne*.

Na przedostatnim miejscu pod względem liczebności wskazań znalazło się przygotowanie do opracowywania krótkich tekstów użytkowych i prowadzenia/wypełniania dokumentacji medycznej. Na tę językową kompetencje zawodową zwrócono uwagę w sześciu ofertach kursów językowych (35%). W jednym z analizowanych dokumentów włączono też informację na temat kształtowania umiejętności zapisywania usłyszaných informacji. Jest to tylko dwukrotnie mniej niż w porównaniu z tworzeniem wypowiedzi ustnej, jednak przy tak dość niewielkim korpusie badawczym proporcja 2:1 sprawności mówienia do sprawności pisania jest stosunkowo niewielka.

W ostatniej grupie znalazły się cele kształcenia, które wskazywane były tylko po jednym razie. Autorzy ofert podkreślają konieczność przygotowania do samodzielnej pracy naukowej, w tym do pracy z tekstami naukowymi, rozwijanie kompetencji miękkich, zapoznanie ze zwyczajami, tradycją i kulturą Polski, przygotowanie do rozmowy kwalifikacyjnej z przyszłym pracodawcą. Celem kursu było również zapoznanie z zasadami funkcjonowania w polskim środowisku pracy.

Wykres11

Cele nauczania PJMed na kursach prywatnych/komercyjnych – oprac. własne



7.2.3. Inwentarz zagadnień tematycznych

Inwentarz zagadnień tematycznych został uwzględniony tylko w siedem ofertach kursów. Poza tym oferta kursu językowego – w przeciwieństwie do sylabusu – nie ma stałej, narzuconej formy i pełni inną funkcję.

Podobnie jak w przypadku dokumentów akademickich w korpusie ofert komercyjnych można zauważyć pewną powtarzalność przewidzianych zagadnień leksykalnych. Zauważalna schematyczność w opracowywaniu inwentarza tematycznego na kursach językowych z jednej strony jest zaletą, szczególnie że – o czym już była mowa – brakuje ogólnie dostępnego programu (czy też minimum programowego) nauczania polszczyzny medycznej. Z drugiej zaś oferty te mogą okazać się mało atrakcyjne dla potencjalnych klientów. O wyborze danego kursu i jednostki, w której będzie się on odbywał, decydowała będzie np. cena i wymiar godzin, a nie zainteresowanie programem nauczania. Poniżej znajduje się tabelaryczne zestawienie zagadnień tematycznych:

Tabela 37

Katalog tematyczny – oprac. własne¹²¹

Podstawowe zagadnienia	Dodatkowe zagadnienia
1. Wstęp do języka polskiego medycznego 2. Części ciała i organy wewnętrzne 3. Główne dolegliwości i opis bólu 4. Układy i jamy wewnętrzne (oddechowy, krwionośny, trawienny, moczowo-płciowy, rozrodczy kobiety i mężczyzny, nerwowy) 5. Wywiad internistyczny (rodzinny, środowiskowy) 6. Wywiad pediatryczny 7. Choroby cywilizacyjne 8. Dokumentacja medyczna 9. Uzależnienia 10. Pierwsza pomoc	1. Lekarstwa, środki medyczne, opatrunki 2. Organizacja systemu ochrony zdrowia (personel medyczny i miejsca w szpitalu) 3. Choroby zakaźne 4. Wywiady specjalistyczne: ginekologiczny, położniczy, dermatologiczny, okulistyczny, chirurgiczny, neurologiczny 5. Badania specjalistyczne, testy laboratoryjne

Zastanawiający jest brak powtarzalności tematyki lekarstw i środków medycznych w większej liczbie sylabusów. Być może ich brak na liście wcale nie oznacza, że zostały całkowicie pominięte, zwłaszcza że pojawia się zagadnienie wywiadu internistycznego, z którym lekarstwa są powiązane. Podobnie jest z organizacją systemu ochrony zdrowia w Polsce. Z punktu widzenia lekarza

¹²¹ Za powtarzające się zakresy tematyczne uznaję te, które pojawiły się w co najmniej trzech ofertach kursów językowych. Za różnicujące natomiast uznałam te, które wymienione były w dwóch lub jednym dokumencie.

cudzoziemca zagadnienie to jest niezwykle istotne, zwłaszcza w przypadku osób pochodzących z krajów, gdzie system opieki zdrowotnej znacznie się różni. Odpowiedzi na te pytania pozostaną jednak w sferze domysłów. Uwzględnienie wywiadów specjalistycznych jako komponentów wariantywnych zagadnień leksykalnych może wynikać z ograniczeń czasowych danego kursu. Porównując powyższe zestawienie z tabelami przedstawiającymi inwentarz podstawowych i dodatkowych zagadnień tematycznych zaprezentowanych w sylabusach uniwersyteckich, można zauważyć duże podobieństwo. Jediną różnicą jest wyszczególnienie w ofertach komercyjnych dokumentacji medycznej/szpitalnej jako osobnej kategorii w inwentarzu tematycznym. A zagadnienie to jest z kolei całkowicie pominięte w sylabusach akademickich.

7.2.4. Materiały glottodydaktyczne

Kwestią najrzadziej poruszaną w ofertach komercyjnych są materiały dydaktyczne. Z poczynionych analiz wynika, iż w szkołach prywatnych uczący się korzystają głównie z materiałów autorskich przygotowanych przez osoby prowadzące zajęcia. Tylko jeden z ośrodków zdecydował się na bardziej szczegółowe przedstawienie pomocy dydaktycznych wykorzystywanych w trakcie kursów. Należą do nich materiały tworzone w oparciu o literaturę fachową oraz artykuły prasowe. Wśród literatury uzupełniającej wymieniono podręcznik *Chcę studiować medycynę* oraz słownik polsko-angielski *Język polski w medycynie. A Guide to Polish in Medical Practice*. Oprócz tego na liście znalazły się podręczniki angielskojęzyczne *Crash course: History and examination*, *Crash course: Internal diseases*, *English in medical practice* oraz *Emergency first aid*.

Brak informacji na temat wykorzystywanych podręczników do nauczania PJMed nie musi oznaczać, że lektorzy nie korzystają z nich w trakcie prowadzenia zajęć. Niemniej jednak, należy zwrócić uwagę, iż najczęściej w ofertach pojawia się informacja na temat autorskich materiałów tworzonych przez lektorów. Zjawisko to – mało prawdopodobne, ale nie wykluczone – może być spowodowane np. nieznanością materiałów do nauczania polszczyzny medycznej. Drugą przyczyną (bardziej prawdopodobną) może być niedostosowanie materiałów dostępnych na rynku do oczekiwań uczestników kursu. Wydaje się to bardziej realnym powodem, zwłaszcza że kursy językowe, szczególnie nastawione na nauczanie języka specjalistycznego, za każdym razem

wymagają opracowania nowego programu oraz przygotowania nowych materiałów. Ze względu na brak dostępu do autorskich materiałów trudno ocenić ich wartość merytoryczną oraz przydatność, a także ocenić wkład w dorobek glottodydaktyki polonistycznej¹²². Niemniej jednak należy zwrócić uwagę na zjawisko, jakim jest przygotowywanie materiałów glottodydaktycznych przez pracowników prywatnych szkół językowych.

Warto w tym miejscu wspomnieć o rozmówkach medycznych polsko-ukraińskich, których autorami są pracownicy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, jednego z ośrodków odpowiedzialnych za organizację kursów językowych, z którym współpracują Okręgowe Izby Lekarskiej. *Słowniczek. U lekarza rodzinnego* to zbiór leksyki opisującej dolegliwości oraz rodzaje bólu, a także wyrażen przydatnych w trakcie wizyty u lekarza¹²³. Atutem materiałów są nagrania dźwiękowe prezentujące mini-dialogi między lekarzem a pacjentem, które są dostępne za darmo na platformie youtube.com.

Natomiast na stronie mp.pl znaleźć można zbiór przydatnych materiałów wersji polsko-ukraińskiej dla lekarzy, takich jak: karty wywiadu, karta komunikacji medycznej z osobą niemówiącą po polsku, słowniczek, skale oceny bólu, deklaracje zgody, listę wybranych leków zarejestrowanych w Ukrainie¹²⁴. Źródłem materiałów dwujęzycznych polsko-ukraińskich jest także grupa na Facebooku pod nazwą *Pl polski język medyczny*. Są tam liczne plansze przedstawiające np. narządy z opisem elementów w języku polskim i ukraińskim¹²⁵. Obecna sytuacja geopolityczna dobitnie pokazała potrzebę tworzenia materiałów pomocnych w opanowaniu podstawowej leksyki i zwrotów potrzebnych w komunikacji lekarz – pacjent. Warto podkreślić, iż przed koniecznością nauki obcego języka stanęli nie tylko lekarze cudzoziemcy (których i tak czeka długi proces uzyskania prawa do wykonywania zawodu), ale również polscy specjaliści, którzy coraz częściej przyjmują w swoich gabinetach

¹²² Prośby o udostępnienie przykładowych lekcji i materiałów wykorzystywanych na kursach językowych spotykały się wielokrotnie z odmową. Na potrzebę zbadania polskiego rynku nauczania polszczyzny zwrócił uwagę W.T. Miodunka, który podkreślił, iż brakuje prac na ten temat, a samo zjawisko jest niezwykle istotne dla rozwijającej się glottodydaktyki polonistycznej (Miodunka 2016: 348-349).

¹²³ Materiały: <https://www.cmkp.edu.pl/rozmowki-medyczne-ukrainsko-polskie> (dostęp 16.04.2022).

¹²⁴ Materiały: <https://www.mp.pl/kurier/292414,materiały-dla-lekarzy> (dostęp 16.04.2022).

¹²⁵ Materiał dostępny pod adresem https://www.facebook.com/plmedyczny/?ref=page_internal. Podobną funkcję pełniła także już nieaktywna grupa *Medyczny język polski* <https://www.facebook.com/MedycznyJęzykPolski/> (dostęp do obydwu stron: 16.04.2022).

obcokrajowców bez podstawowej znajomości polskiego. Interesujące wydaje się także korzystanie z materiałów obcojęzycznych w trakcie kursu PJMed. Ze względu na fakt, iż informacja o wykorzystywanych anglojęzycznych materiałach pojawiła się tylko w jednej z ofert, można jedynie postawić pytanie badawcze, na ile lektorzy w przygotowaniu własnych zajęć korzystają z podręczników obcojęzycznych i na czym polega ich wykorzystanie?

Autorzy jednej z ofert deklarują, iż „kurs został opracowany w oparciu o podręczniki studiów medycznych we współpracy ze studentami medycyny”¹²⁶. Można wnioskować, że jest to nawiązanie do metod opracowywania rocznych kursów przygotowawczych do studiów medycznych popularnych w latach 90. XX w. oraz sposobów przygotowywania niektórych podręczników do nauczania przedmiotowo-językowego (patrz rozdział VI). Nie do końca wiadomo, kim dokładnie są wspomniani studenci medycyny – czy chodzi tu o cudzoziemców, którzy mają za sobą pewien etap nauki PJMed, czy raczej o polskich studentów kierunków medycznych. Zjawisko „konsultacji” zawartości materiałów glottodydaktycznych do nauczania polszczyzny medycznej ze studentami nie jest niczym nowym, bowiem już w 1986 r., we wstępie do podręcznika *O człowieku po polsku* jego autorki pisały: „W jego (skrypcie – przyp. P.O.) wzięto także pod uwagę uwagi krytyczne absolwentów naszego kursu studiujących w akademiach medycznych, którzy praktycznie sprawdzili przydatność przerobionego materiału” (Danecka-Chwals i in. 1986: 5). Jest i trzeci wariant – studenci medycyny, którzy dopiero rozpoczynają naukę PJMed. Gdyby okazało się, że jest to trzecia wspomniana grupa, można by mówić o dopasowywaniu materiałów dydaktycznych (ale i całego kursu) do oczekiwań osób uczących się, co jest zalecane w nauczaniu języków specjalistycznych.

Na zakończenie warto wspomnieć jeszcze o stronie dyktandolekarza.pl¹²⁷, którą autorka prezentuje następująco: „Cały czas czytam i moderuję tą grupę (*Nostryfikacja dyplomu medycznego W Polsce*, grupa na Facebooku – przyp. P.O.), po 4 latach robię wniosek że posiadamy dość dużą wiedzę na temat nostryfikacji dyplomu medycznego, skrócenia stażu podyplomowego czy szkolenia specjalizacyjnego, uznania specjalizacji, tytułów naukowych. Niezmiennym pozostaje jednak konieczność nauki języka polskiego i medycznej

¹²⁶ <https://polonuslodz.com/pl/kurs-medycznego-jezyka-polskiego/> (dostęp 16.04.2022).

¹²⁷ <https://dyktandolekarza.pl/> (dostęp 17.04.2022).

terminologii. Intencją moją było stworzenie strony internetowej, która pomoże w szybkiej nauce terminologii medycznej i przygotuje do egzaminu ze znajomości języka polskiego. Wszystkie materiały zamieszczone na stronie dyktandolekarza.pl opracowałam sama na podstawie ponad 15 książek medycznych. Każdy tekst był napisany tak żeby mieścił w sobie jak najwięcej terminologii medycznej. Nie znajdziesz je na żadnym innym portalu społecznościowym, bądź innych stronach internetowych. Na stronie jest wersja testowa, gorąco zapraszam do zapoznania się¹²⁸.

W chwili obecnej w ofercie znajduje się jeden kurs – *Podstawy terminologii*, który kierowany jest do osób rozpoczynających naukę terminologii medycznej z zakresu anatomii, fizjologii, objawów chorób, a także najczęstszych jednostek chorobowych. Został podzielony na czternaście bloków tematycznych: krew i jej składniki, powłoka wspólna i onkologia, położnictwo i ginekologia, chirurgia i gabinet zabiegowy, psychiatria, gruczoły dokrewne, choroby zakaźne oraz układy: narządów ruchu, trawienny, oddechowy, moczowo-płciowy, krążenia, nerwowy, a także narządów zmysłów.

Zdjęcie 3

Źródło: dyktandolekarza.pl

The screenshot shows the website 'DyktandoLekarza' with a navigation bar containing 'OFERTA', 'KURS', 'O MNIE', 'FAQ', and 'ZALOGUJ'. Below the navigation bar, there are three course cards, each with a 'VERTE' logo and a list of features:

- PODSTAWY TERMINOLOGII**: Podstawowa terminologia medyczna z zakresu anatomii, fizjologii, objawów chorób i najczęstszych jednostek chorobowych. Features include: Autorskie teksty z najważniejszą terminologią medyczną, Interaktywny słownik użytkownika, Bazowy słownik z terminologią medyczną, and Korzystna cena: kurs 30-dniowy - 89zł, kurs 60-dniowy - 129zł. A button at the bottom says 'Kup teraz od 89 zł'.
- TERMINOLOGIA ZAAWANSOWANA**: Medyczny język polski, którym lekarze posługują się na co dzień, ten kurs przygotowuje Cię do egzaminu ze znajomości języka polskiego dla lekarzy. Features include: Autorskie dyktanda medyczne, nagrane przez rodowitych Polaków, Dostęp do tekstów dyktand oraz możliwość samokontroli, Interaktywny słownik użytkownika, and Bazowy słownik z terminologią medyczną. A button at the bottom says 'JUŻ WKRÓTCE'.
- PAKIET KURSÓW**: Kompleksowa nauka terminologii medycznej w języku polskim dla lekarzy. Pakiet zawiera oba kursy. Features include: Autorskie teksty z najważniejszą terminologią medyczną, Interaktywny słownik użytkownika, Bazowy słownik z terminologią medyczną, Autorskie dyktanda medyczne, nagrane przez rodowitych Polaków, and Dostęp do tekstów dyktand oraz możliwość samokontroli. A button at the bottom says 'JUŻ WKRÓTCE'.

Aby rozpocząć kurs, należy wykazać się znajomością języka polskiego na poziomie A2. Każdy moduł ma identyczną budowę, a sam schemat pracy na

¹²⁸ Pisownia i interpunkcja zgodna z oryginałem (dostęp 17.04.2022).

kursie można przedstawić w czterech punktach: 1) zapoznanie się z terminologią działu w interaktywnym (polsko-ukraińskim) słowniku, 2) czytanie tekstu, 3) udzielanie odpowiedzi na 5 pytań do tekstu, 4) stworzenie własnego słownika terminologii medycznej.

Interesującym rozwiązaniem jest możliwość tworzenia listy z terminologią według własnych preferencji. Dzięki temu osoba ucząca się zyskuje narzędzie, które pozwala na dopasowanie materiału do własnych potrzeb i stworzenie spersonalizowanego słownika polsko-ukraińskiego.

Zdjęcie 4

Przykładowy tekst i pytania Źródło: dyktandolekarza.pl

Układ trawienny - DEMO

[...] W jamie ustnej znajdują się zęby, język, gruczoły ślinowe - ślinianka podjęzykowa oraz ujścia ślinianek przyszysznych i podżuchwowych.

Gardło ma szereg otworów, które łączą jamę gardła z jamami sąsiednimi. Z jamą nosową łączy je dwa pozdłuża tyłne, z jamą bębenkową z każdej strony - symetryczne ujścia gardłowe trąbek słuchowych, z jamą ustną - cieśń gardzieli, z krtanią - wejście do krtani, ku dołowi gardło przechodzi w przełyk (esophagus).

Przełyk jest największą częścią przewodu pokarmowego, rozróżniamy w przełyku część szyjną, piersiową i brzuszną, przełyk kończy się wpustem żołądka (cardia).

W żołądku (gaster) rozróżniamy ścianę przednią i tylną, krzywiznę mniejszą i większą. Ujście przełyku nazywa się wpustem, ujście żołądka do dwunastnicy - odźwiernikiem (pylorus). Ponadto rozróżniamy dno i trzon żołądka.

Jelito (intestinum) to najdłuższa część przewodu pokarmowego rozpoczynająca się od żołądka i kończąca się odbytem. Jelito dzieli się na jelito cienkie i grube. W jelicie cienkim rozróżniamy dwunastnicę (duodenum), jelito czcze (jejunum) i jelito kręte (ileum). W jelicie grubym rozróżniamy jelito ślepe (kątnica) - kończy się wyrostkiem robaczkowym, okrężnicę (wstępującą, poprzeczną, zstępującą, esowatą) i odbytnicę. [...]

Główne dolegliwości ze strony układu trawiennego: nudności i wymioty, fusowate wymioty, biegunka, zaparcie, dyspepsja (niestrawność), dysfagia (trudności z połykaniem), odynofagia (ból podczas połykania), zmiana charakteru wypróżnień, smoliste stolce, krwawienie z odbytu, żółtaczka, świąd odbytu, utrata masy ciała lub łaknienia, ból brzucha, nadwaga, otyłość, wodobrzusze.

Najczęstsze jednostki chorobowe: afty, próchnica, zapalenie błony śluzowej i nadżerki przełyku, żołądka, dwunastnicy, choroba wrzodowa, krwawienie z przewodu pokarmowego, perforacja, ostry brzuch, powotwory, choroba Leśniowskiego-Crohna, niespecyficzne zapalenie jelita grubego, zespół jelita drażliwego, ropień okołoodbytowy, przetoka. [...]

SŁOWNIK

afta - адта
biegunka - пронос
brzuch - живіт
brzuszy - черевний
ból - біль
choroba Leśniowskiego-Crohna - хвороба Крона
choroba wrzodowa - виразкова хвороба
część - частина
dno - дно
dwunastnica - дванадцятипала кишка
dyspepsja - диспепсія
fusowate wymioty - рвота кавового гущю
gardziel - горло
gardło - горло
gruczoł ślinowy - слинна залоза
jama bębenkowa - барабанна порожнина
jama ustna - ротова порожнина
jednostka - одиниця (міра)
jelito cienkie - тонка кишка
jelito czcze - порожня кишка
jelito esowate, esica - сигмоподібна кишка
jelito grube - товста кишка
jelito kręte - клубова кишка
jelito ślepe - сліпа кишка
jelito - кишківник
perforacja - перфорація
piersiowy - грудний
podjęzykowy - під'язичний
podżuchwowy - підщелепний
poprzeczny - поперечний
połykanie - ковтання
przedni - передній
przetoka - свищ
przewód pokarmowy - травний канал
przełyk - стравохід
przyszyszny - привушний
próchnica - карієс
ropień okołoodbytowy - періанальний абсцес

Pytania do tekstu

1. Przedstaw budowę anatomiczną żołądka
2. Przedstaw budowę anatomiczną jelita cienkiego i grubego
3. Wymień objawy raka jelita grubego
4. Wymień choroby jelita grubego

Celem drugiego kursu pt. *Terminologia zaawansowana* (który jest w opracowaniu w chwili przygotowywania rozprawy) jest pomoc w przygotowaniu do egzaminu ze znajomości języka polskiego dla lekarzy. W kursie zaplanowano dyktanda na różne tematy medyczne (zebrane w 30 blokach tematycznych) oraz przygotowane do nich nagrania, do których głosu użyczyli rodowici Polacy. Wymagany poziom umożliwiający rozpoczęcie multimedialnego kursu jest poziom A2-B1 oraz znajomość podstawowej terminologii medycznej. Jak

informuje autorka, każdy z 30 modułów będzie miał identyczną budowę: 1) zapoznanie się z terminologią do działu, 2) pierwsze odsłuchanie nagrania, 3) udzielenie odpowiedzi na 5 pytań dotyczących dyktanda, 4) drugie odsłuchanie nagrania i zapisanie usłyszanych treści, 5) weryfikacja poprawności zapisania tekstu.

Ze względu na ograniczony dostęp do materiałów (a wręcz ich brak) mogących stanowić pomoc w przygotowaniu do egzaminu z języka polskiego organizowanego przez NIL, multimedialny kurs zaoferowany przez autorkę omawianej platformy (której *notabene* nazwa nawiązuje do specyfiki egzaminu NIL) może okazać się bardzo pożądaną na rynku materiałów. Obecnie jedyną pomocą w przygotowaniu do wspomnianego egzaminu są publikacje zamieszczone na stronie nostryfikacja.pl. Można tam zakupić zestaw materiałów do egzaminu NIL: listę dyktand, nagrania oraz teksty do czytania lub zestaw testów nostryfikacyjnych, na które składają się pytania, poprawne odpowiedzi oraz komentarze¹²⁹.

7.3. Egzamin z języka polskiego organizowany przez Naczelną Izbę Lekarską¹³⁰

Jedynymi źródłami, które dostarczają informacji na temat egzaminu z języka polskiego jako obcego dla przyszłych lekarzy i lekarzy dentystów, są strona internetowa Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Uchwała nr 46/14/P-VII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 23 maja 2014 r., normująca formę egzaminu, jego przebieg, kryteria oceny, a także skład komisji egzaminacyjnej¹³¹. Według rozporządzenia w skład komisji egzaminacyjnej wchodzi pięciu członków oraz jedna osoba posiadająca wykształcenie wyższe na kierunku filologia polska.

¹²⁹ Materiały dostępne pod adresem <https://nostryfikacje.pl/zamow-dostep/> (dostęp 16.04.2022).

¹³⁰ Można odnieść wrażenie, iż Prezydium Naczelnej Izby Lekarskiej nie jest zainteresowane współpracą z glottodydaktykami oraz ośrodkami akademickimi. Wielokrotne próby udostępnienia przykładowych materiałów oraz wnioski o możliwość uczestniczenia w egzaminie w celach badawczych kończyły się odmową. Swoje analizy opieram na pięciu wywiadach przeprowadzonych z osobami, które zdały egzamin z języka polskiego w NIL-u oraz na materiałach, które zostały mi udostępnione do wglądu (bez możliwości publikacji niektórych z nich).

¹³¹ https://silo.tips/queue/uchwaa-nr-46-14-p-vii-prezydium-naczelnaj-rady-lekarskiej-z-dnia-23-maja-2014-r?&queue_id=-1&v=1625061372&u=NS4xNzMuMTM3LjE5OA== (dostęp 27.06.2021).

Nie ma natomiast informacji, czy osoba ta ma (lub powinna mieć) ukończone studia bądź specjalizację glottodydaktyczną. Niejasny jest również status pięciu egzaminatorów, można przypuszczać, że są to lekarze. Sam egzamin składa się z czterech części, które nazwano sprawdzianami:

- 1) część A – sprawdzian pisemny – dyktando z nośnika elektronicznego,
- 2) część B – sprawdzian testowy – rozumienie tekstu mówionego z nośnika elektronicznego;
- 3) część C – sprawdzian ustny – umiejętność czytania i rozumienia tekstu czytanego przez zdającego;
- 4) część D – sprawdzian praktyczny – umiejętność symulowanego zbierania wywiadów lekarskich i udzielania porad pacjentom, a w szczególności poprawnego formułowania pytań i wypowiedzi na podstawie dwóch wybranych problemów medycznych¹³².

Aby uzyskać pozytywny wynik, niezbędne jest osiągnięcie w każdym ze sprawdzianów co najmniej 55% liczby punktów możliwych do uzyskania. W przeciwieństwie do państwowego egzaminu z języka polskiego jako obcego, gdzie w przypadku niezaliczenia jednej z pięciu części (rozumienie tekstów pisanych, rozumienie tekstów słuchanych, poprawność gramatyczna, pisanie i mówienie), osoba zdająca musi ponownie napisać wszystkie części, tak w przypadku egzaminu w NIL-u przyszły lekarz zdaje tylko tę część, z której otrzymał mniej niż wymagane 55%.

Celem przeprowadzenia części A jest sprawdzenie umiejętności pisania ze słuchu w języku polskim oraz zweryfikowanie znajomości ortografii. Sprawdzian testowy w części B polega na wysłuchaniu tekstu z nośnika elektronicznego i udzieleniu odpowiedzi na dziesięć pytań testowych. Celem jest sprawdzenie rozumienia treści wysłuchanych w języku polskim. W części ustnej (C) zdający ma za zadanie głośno przeczytać tekst drukowany (standardowa strona maszynopisu), a następnie udzielić odpowiedzi na pięć pytań dotyczących treści przeczytanego tekstu, które są zadawane przez członków komisji. Sprawdzana jest tu umiejętność głośnego czytania w języku polskim oraz rozumienie samego tekstu. Cały egzamin kończy część praktyczna (D), której celem jest sprawdzenie umiejętności poprawnego formułowania pytań i wypowiedzi w języku polskim.

¹³² <https://nil.org.pl/dla-lekarzy/mlodzi-lekarze/4282-egzaminy-z-jezyka-polskiego> (dostęp 12.06.2021).

Zdający zostaje postawiony w sytuacji komunikacyjnej lekarz – pacjent (rodzina pacjenta) musi przeprowadzić stymulowany wywiad anamnestyczny na podstawie dwóch wylosowanych problemów medycznych.

Oceniając zadania egzaminacyjne, z którymi muszą zmierzyć się przyszli lekarze i lekarze dentyści pod kątem autentyczności, można odnieść wrażenie, że są one mało zbieżne z tymi, z którymi zdający będą mieli do czynienia w swojej pracy w przyszłości. Owszem, w trakcie obchodu lekarskiego, konsylium lekarskiego, wykładu konferencyjnego czy rozmowy z pacjentem lekarz prowadzi notatki, ale nie jest to zapisanie tekstu z dokładnością 1:1, większe znaczenie ma tutaj uchwycenie i dokładne sprecyzowanie przekazu, np. symptomów choroby. Trudno oprzeć się wrażeniu, że ważniejsze jest zwerbalizowanie myśli przewodniej komunikatu ustnego, jego kluczowych informacji, czyli jego możliwe jak najlepsze zrozumienie niż umiejętność zapisania czytelnym pismem kompletnego tekstu przekazanego kanałem fonicznym. Oczywiście, są to kompetencje ważne, ale nie najważniejsze w zawodzie lekarza. Natomiast w trakcie części A egzaminowani zapisują tekst narracyjny (patrz Aneks). Poza tym tekst jest czytany w sposób bardzo nienaturalny, z niewłaściwym akcentowaniem. Z kolei nagrania do sprawdzianu B sprawiają wrażenie autentycznych, z poprawną intonacją.

Praca w zawodzie lekarza wiąże się z licznymi publicznymi wystąpieniami w mniej lub bardziej wąskim gronie, gdzie prezentowane i odczytywane są np. wyniki badań, opis zabiegu czy historia choroby. Ważne jest, aby tekst został przeczytany w sposób wyraźny i zrozumiały dla wszystkich słuchaczy. Wkomponowanie takiego zadania w egzamin dla cudzoziemców wydaje się jak najbardziej zasadne, a wykorzystanie tekstu tylko do jego przeczytania na głos w zupełności przemawiałoby za jego autentycznością. I na takim zadaniu sprawdzian ustny mógłby się zakończyć. Jednak w części C autorzy egzaminu sprawdzają jeszcze rozumienie tekstu czytanego na głos przez zdającego. Tekst powinien przede wszystkim posłużyć do rozwiązania problemu zawodowego, a nie jedynie do wykazania się jego rozumieniem za pomocą odpowiedzi prawda/fałsz.

Realia w części ustnej zbliżone są do autentycznych. Zadanie, które musi wykonać zdający, jest bardzo podobne do tego, które spotykamy w sytuacji nieegzaminacyjnej (choć trudno mówić o stuprocentowej autentyczności zadań

egzaminacyjnych, które ze względu na miejsce i cel zawsze będą miały elementy sztuczności, podobnie jak zadania na lekcjach). Zdający zawsze wciela się w rolę lekarza, który musi przeprowadzić wywiad z pacjentem bądź członkiem rodziny pacjenta. W rolę osoby poszkodowanej/chorej wciela się jeden z członków komisji, najczęściej jest to osoba z wykształceniem filologicznym.

Analiza czterech części egzaminu prowadzi do konkluzji, iż tylko w części D, nazwanej sprawdzianem praktycznym, zachodzi interakcja pomiędzy znajomością języka i wiedzą specjalistyczną. Oprócz przeprowadzania podstawowego wywiadu z pacjentem, zdający muszą zaproponować dalsze etapy leczenia (konkretne badanie, konsultacje ze specjalistą). W przypadku dyktanda ani brak kompetencji zawodowych, ani też wiedzy fachowej nie przeszkodzi w uzyskaniu pozytywnego wyniku. Podobnie jest w przypadku części B i C. Najczęściej do przeprowadzenia sprawdzianu B i C są wykorzystywane tylko teksty popularnonaukowe, pozbawione specjalistycznej leksyki, nazw jednostek chorobowych, czy skrótowców znanych wyłącznie specjalistom. Z tego powodu interakcja pomiędzy znajomością języka a wiedzą specjalistyczną jest na bardzo niskim poziomie.

Sprawność rozumienia tekstów pisanych oraz słuchanych, a także umiejętność poprawnego formułowania myśli w języku pisanim i mówionym jest weryfikowana na egzaminie z języka polskiego dla lekarzy cudzoziemców. Wszyscy lekarze i lekarze dentyści, którzy studiowali w języku innym niż polski, a chcieliby wykonywać swój zawód w Polsce, muszą wykazać się umiejętnością rozumienia tekstów słuchanych (część B), umiejętnością czytania i rozumienia tekstów pisanych (część C), opanowaniem sprawności mówienia (część D) oraz umiejętnością pisania (część A).

Praca w zawodzie lekarza – co już było podkreślane wielokrotnie – wiąże się z nieustannym obcowaniem z dokumentacją medyczną, poczynając od najprostszej i najkrótszej recepty po opis przebiegu leczenia operacyjnego, rehabilitacyjnego czy dłuższego tekstu naukowego. Niemal każda czynność medyczna musi zostać odpowiednio opisana, dlatego też ważne jest, aby w trakcie uczenia polskiego języka medycznego cudzoziemiec nabył umiejętność samodzielnego tworzenia tekstów charakterystycznych dla zawodu lekarza. W formacie egzaminu organizowanego przez NIL umiejętność ta nie jest jednak weryfikowana. W zamian za to oceniana jest czytelność pisma, kompletność

tekstu oraz polska ortografia. Nieweryfikowane jest zaś samo prowadzenie i formułowanie dokumentacji medycznej oraz samodzielne tworzenie tekstu pisanego, co jest kluczową językową kompetencją zawodową w pracy lekarza. Znajomość polskiej ortografii jest tylko jednym z kryteriów świadczących o osiągnięciu umiejętności pisania w języku polskim¹³³. Ponadto nasuwają się również uwagi krytyczne do samej treści dyktanda. W przykładowym tekście, który można przeczytać w Aneksie rozprawy, słowo *żołądek* pojawia się aż siedem razy. W przypadku braku znajomości wyrazu zdający jest narażony na siedmiokrotne popełnienie tego samego błędu ortograficznego (lub nawet więcej, w zależności od pisowni *ż*, *ł*, *q*). Może też celowo pominąć napisanie słowa ze względu na niewiedzę, co również będzie brane pod uwagę w ocenie kompletności tekstu i uznane za błąd. W dyktandach egzaminacyjnych (ale również tych, które wykorzystywane są na lekcjach) powinno się unikać powtarzania tych samych słów po kilka razy, chyba że dyktando jest jedną z technik dydaktycznych służących nauczaniu ortografii (por. Kryżan-Stanojević 2008).

Pytania rodzi również forma sprawdzianu C, nazwanego – w moim odczuciu mylnie – ustnym, w trakcie którego osoba zdająca musi przeczytać głośno tekst i odpowiedzieć na pytania. Oceniana jest nie tylko poprawność udzielonych odpowiedzi, ale również wymowa. Trudno postawić znak równości między tymi dwoma czynnościami. Głośne odczytanie tekstu nie daje gwarancji jego zrozumienia, wręcz przeciwnie, skupiając się na poprawnej wymowie – która jest oceniana – osoba zdająca może nie być w pełni skoncentrowana na rozumieniu treści. Natomiast chcąc zrozumieć sens tekstu, egzaminowany często zapomina o czytaniu w sposób poprawny (tempo, przejęzyczenia). Poza tym zdający nie zna pytań do tekstu, zostają mu one przedstawione dopiero po przeczytaniu, co nie jest zgodne z metodyką nauczania języków obcych.

Zweryfikowanie poziomu sprawności mówienia (część D) w przypadku egzaminu dla lekarzy i lekarzy dentystów jest jak najbardziej uzasadnione. Wątpliwości może budzić fakt, iż role komunikacyjne, w które wciela się zdający, ograniczają się do kontaktu lekarz – pacjent, lekarz – rodzina pacjenta. To w

¹³³ Zobacz: *Informator państwowego egzaminu certyfikatowego z języka polskiego jako obcego oraz Programy nauczania języka polskiego jako obcego, poziomy A1-C1*.

znaczący sposób zawęża *komunikację medyczną*. Takie rozwiązanie powoduje, iż zdający musi wykazać się umiejętnością stosownego użycia języka medycyny tylko w kontakcie z nieprofesjonalistą. Zadanie to zyskałoby – moim zdaniem – na autentyczności, gdyby do sytuacji komunikacyjnej wprowadzić trzecią osobę – drugiego lekarza (ordynatora, lekarza innej specjalności) lub pielęgniarkę, z którymi komunikacja odbywałaby się już za pomocą innego rejestru języka (medycyny) medycznego. Wówczas dodatkowo weryfikowane byłyby sprawności mediacji i kooperacji.

Każda z części omawianego egzaminu ma inne kryteria oceny. W dyktandzie (A) oceniane są trzy elementy: czytelność pisma, kompletność tekstu oraz ortografia, a maksymalna liczba punktów wynosi 10.

Tabela 38
Punktacja w części A – oprac. własne

Punktacja (maks. 10pkt)	Czytelność pisma	Kompletność tekstu	Ortografia
	pismo nieczytelne – 0pkt pismo mało czytelne – 1pkt pismo czytelne – 2pkt	opuszczone więcej niż 3 wyrazy – 0 pkt opuszczone 3 wyrazy – 1 pkt opuszczone 1-2 wyrazy – 2 pkt tekst kompletny – 3 pkt	więcej niż 10 błędów – 0 pkt 10 błędów – 1 pkt 7-9 błędów – 2 pkt 4-6 błędów – 3 pkt 1-3 błędów – 4 pkt bezbłędnie – 5 pkt

Pierwsze zastrzeżenia budzi ocenianie czytelności pisma. W czasach powszechnej komputeryzacji kryterium czytelności pisma wydaje się mało użyteczne. Świadczy o tym fakt, że większość dokumentacji medycznej jest zapisywana w szpitalnych bazach danych na komputerze¹³⁴. Ocena kompletności tekstu również rodzi pewne wątpliwości, ponieważ nie każde opuszczenie wyrazu (jeśli przez „wyraz” („słowo”) rozumie się każdy element oddzielony od pozostałych pauzą/spacją) wpłynie na sens całego zdania czy też większej części tekstu, np. opuszczenie niektórych spójników.

¹³⁴ Obecnie dokumentacja jest prowadzona elektronicznie

Przy sprawdzaniu dyktanda w kategoriach poprawności ortograficznej należałoby się zastanowić, czy wszystkie błędy ortograficzne będą miały tę samą „ wagę” (np. brak rozróżnienia u/ó, ż/rz, ch/h, zapis samogłoski nosowej, podwójna miękkość). W drugim sprawdzianie (część B) ocenia się odpowiedź na każde pytanie testowe, zdający może uzyskać łącznie dziesięć punktów, jeden punkt za każdą poprawnie udzieloną odpowiedź. W części C komisja przy ocenie bierze pod uwagę umiejętność czytania oraz udzielenie odpowiedzi.

Tabela 39
Punktacja w kategorii B – oprac. własne

	Umiejętność czytania	Udzielenie odpowiedzi na pytanie
Punktacja (maks. 4pkt)	nie potrafi poprawnie przeczytać tekstu – 0 pkt przeczytał tekst, nieprawidłowo wymawiał – 1 pkt przeczytał poprawnie cały tekst – 2 pkt	odpowiedź nieprawidłowa – 0 pkt odpowiedź częściowo prawidłowa – 1 pkt odpowiedź prawidłowa – 2 pkt

W części D ocenie poddana jest poprawność formułowania pytań i wypowiedzi w języku polskim, wymowy w języku polskim oraz formułowania zaleceń, jak również zasób polskich słów.

Tabela 40

Punktacja w części D – oprac. własne¹³⁵

	Punktacja (maksymalnie 12pkt)
Poprawność formułowania pytań i wypowiedzi w języku polskim	nie potrafi prawidłowo sformułować pytania (wypowiedzi) – 0 pkt formułuje pytania (wypowiedzi), ale robi dużo błędów gramatycznych – 1 pkt formułuje pytania (wypowiedzi), robi niewielkie błędy gramatyczne – 2 pkt bezbłędnie, prawidłowo formułuje pytania (wypowiedzi) – 3 pkt
Poprawność wymowy w języku polskim	wymawia nieprawidłowo prawie wszystkie słowa – 0 pkt wiele słów wymawia nieprawidłowo, wtrąca obce słowa – 1 pkt tylko niektóre słowa wymawia nieprawidłowo – 2 pkt wymawia prawidłowo wszystkie słowa – 3 pkt
Poprawność formułowania zaleceń	nie potrafi prawidłowo sformułować zaleceń – 0pkt formułuje zalecenia ale robi dużo błędów gramatycznych – 1pkt formułuje pytania zalecenia, robi niewielkie błędy gramatyczne – 2pkt bezbłędnie, prawidłowo formułuje zalecenia – 3pkt
Zasób polskich słów	posiada znikomy zasób słów, nie jest w stanie sformułować zdania – 0 pkt posiada niewielki zasób słów; z trudem formułuje wypowiedzi – 1 pkt ma wystarczający zasób słów do sformułowania pytań (wypowiedzi) – 2 pkt ma duży zasób słów, swobodnie wypowiada się – 3 pkt

Jak wynika z powyższego zestawienia, w części D poprawność językowa ma wpływ na ocenę wykonania zadania. Podobnie jest w sprawdzianie ustnym. Przywiązywanie dużej roli do poprawności językowej wynika z faktu, iż w obydwu sprawdzianach jej brak może zaburzyć komunikację. Biegłość językowa jest kluczowa przy ocenie całego wykonania zadania.

Analiza materiałów wykorzystywanych do przeprowadzenia egzaminu z języka polskiego jako obcego dla lekarzy i lekarzy dentystów oraz budowy samego egzaminu prowadzi do kilku spostrzeżeń.

Po pierwsze, dziwi fakt, iż tak prestiżowy i istotny egzamin, którego zdanie jest warunkiem niezbędnym w procesie ubiegania się o prawo wykonywania zawodu w Polsce, wciąż nie został opracowany na podobnych zasadach jak choćby państwowy egzamin z języka polskiego jako obcego.

¹³⁵ Opracowanie na podstawie: <https://sip.lex.pl/akty-prawne/aktykorporacyjne/egzamin-z-jezyka-polskiego-dla-lekarzy-cudzoziemcow-286534200> (dostęp 9.06.2021).

Ponadto czteroczęściowy sprawdzian w języku polskim wydaje się bardzo odstawać od egzaminów specjalistycznych w języku angielski, francuski czy niemiecki. Oprócz wewnątrzpaństwowych dokumentów normalizujących poziom znajomości języka polskiego przez cudzoziemców podejmujących pracę w Polsce, najważniejszym dokumentem normującym proces nauczania języków obcych w Europie jest ESOKJ w którym to nauczanie języków specjalistycznych (w ESOKJ funkcjonuje również określenie *język zawodowy*) zajmuje kluczowe miejsce. Według autorów sfera zawodowa odnosi się do wszelkich sytuacji, „w których dana osoba podejmuje działania związane ze swoim zawodem i/lub wykonaną pracą” (ESOKJ 2003: 52), a umiejętności zawodowe to „zdolność do działań specjalistycznych (umysłowych i fizycznych) koniecznych do wypełnienia obowiązków związanych z wykonaniem pracy (tamże: 96)”. Z tego powodu wszelkie egzaminy językowe powinny spełniać ogólnie przyjęte standardy nauczania i ewaluacji.

Po drugie, egzamin z języka polskiego jako obcego dla lekarzy i lekarzy dentystów nie spełnia żadnego wyznacznika testowania w glottodydaktyce specjalistycznej w stopniu przynajmniej dostatecznym.

Po trzecie, nie jest weryfikowana jedna z podstawowych umiejętności, o których mowa w przytoczonym na samym początku *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2009 roku*. Egzamin pomija ocenę prowadzenia dokumentacji medycznej, wypisywania recept oraz skierowań na badania diagnostyczne i specjalistyczne oraz wydawania orzeczeń i opinii lekarskich.

Po czwarte, kształcenie i ocenianie umiejętności w glottodydaktyce języka specjalistycznego zakłada opanowanie tzw. sprawności priorytetowych. O ile w przypadku takich zawodów jak taksówkarz czy stewardessa nie ma co do tego wątpliwości, tak już w kształceniu językowym lekarza trudno wyobrazić sobie hierarchizację sprawności językowych. Choć z założenia egzamin ma testować wszystkie cztery podstawowe sprawności (słuchanie, mówienie, czytanie, pisanie), zastrzeżenia budzą metody ich testowania oraz kolejność ich przeprowadzania.

Wszystkie powyższe uwagi prowadzą do konkluzji, iż egzamin z języka polskiego dla lekarzy i lekarzy dentystów organizowany przez Naczelną Izbę Lekarską można usytuować między egzaminem z języka polskiego do celów ogólnych a egzaminem z języka polskiego do celów specjalistycznych z

większym nachyleniem ku temu pierwszemu. Wykorzystanie tekstów specjalistycznych (a nawet popularnonaukowych) nie czyni egzaminu egzaminem z języka specjalistycznego. Ponadto uzyskanie certyfikatu poświadczającego zdanie egzaminu z języka polskiego jako obcego w Naczelnej Izbie Lekarskiej nie daje gwarancji pracodawcom, że przyszły pracownik poradzi sobie z językowymi zadaniami zawodowymi w obszarze komunikacji językowej. Wobec powyższego niejako oczywisty wydaje się postulat wypracowania takiego modelu testowania, który będzie spełniał europejskie wymogi wobec języków specjalistycznych, a jego zaliczenie oraz uzyskanie certyfikatu pozwoli ubiegać się cudzoziemcom o legalizację pracy. Zwiększająca się z roku na rok ranga polskiego języka medycyny na arenie międzynarodowej w kontekście globalizacji jest kolejnym argumentem przemawiającym za koniecznością opracowania certyfikacji specjalistycznej.

7.4. Podsumowanie

Celem przedstawionych w niniejszym rozdziale badań było znalezienie odpowiedzi na następujące pytania:

- 1) Jaki jest główny cel nauczania *polskiego języka medycyny (medycznego)*?
- 2) Jak wygląda proces (model) organizacji lektoratu z języka polskiego (szczególnie PJMed) na uczelniach medycznych?
- 3) Jak wygląda proces (model) organizacji kursu językowego w szkołach prywatnych?
- 4) Czy proces organizacji zajęć w uniwersytetach medycznych i na kursach prywatnych wykazuje jakieś podobieństwa/różnice?
- 5) Jakie miejsce w procesie organizacji zajęć z języka polskiego do celów medycznych zajmują sprawności językowe?
- 6) Które podręczniki do nauczania JOg i PJMed. są wykorzystywane na zajęciach?
- 7) W jakim stopniu programy nauczania w ośrodkach akademickich są do siebie zbliżone, a w jakim zakresie i jak bardzo są różne?
- 8) Czy w trakcie zajęć PJMed zwraca się uwagę na budowanie przez studentów własnych strategii uczenia się oraz rozwijanie i umacnianie

jego autonomii w procesie nauki?

9) Które podręczniki do nauczania JOg i PJMed są faktycznie wykorzystywane na zajęciach?

10) Jak wygląda proces testowania (i certyfikacji) znajomości PJMed?

Zaprezentowane analizy sylabusów nauczania języka polskiego do celów medycznych z 13 ośrodków akademickich oraz 18 ofert kursów *polskiego języka medycyny (medycznego)* pozwalają na sformułowanie kilku spostrzeżeń.

W obydwu zestawach dokumentów największy nacisk kładzie się na rozwój kompetencji językowych, na które składa się wprowadzenie i nauka terminologii medycznej. Może to być spowodowane panującym powszechnie przekonaniem, że jedynym wyznacznikiem PJMed jest specjalistyczna leksyka. Trudno nie zgodzić się z tezą, iż warstwa leksykalna jest najbardziej widoczna jako wyznacznik specjalistyczności oraz sprawia problemy w komunikacji lekarz-pacjent, ale też nie jest jedynym aspektem, który powoduje trudności w rozumieniu treści. Często bowiem znajomość terminologii specjalistycznej jest niewystarczająca, aby zrozumieć tekst mówiony lub pisany, wymagana jest znajomość reguł syntagmatycznych (Chłopicka, Pukas-Palimąka 1996: 74). Dlatego też drugim pod względem najwyższej frekwencji celem nauczania PJMed w obydwu korpusach badawczych jest opanowanie struktur gramatycznych. Sylabusy i oferty kursów językowych nie dostarczają informacji, o jakie zagadnienia gramatyczno-syntaktyczne dokładnie chodzi, ale sam fakt odnotowania ich jako drugiego najważniejszego celu nauczania polszczyzny medycznej w dwóch niezależnych od siebie korpusach badawczych jest istotny dla prowadzonych badań. Trzeba zaznaczyć, że sylabusy uniwersyteckie nie są ogólnodostępne dla osób spoza środowiska akademickiego. Trzecim najważniejszym celem w procesie nauczania polszczyzny medycznej jest przygotowanie uczestników lektoratów i kursów językowych do aktywnego i świadomego uczestniczenia w komunikacji interpersonalnej w środowisku zawodowym oraz budowania międzykulturowej kompetencji komunikacyjnej.

Z kolei celem, który najbardziej różnicuje nauczania PJMed na lektoracie w uczelniach medycznych i na kursach w szkołach językowych, jest przygotowanie do egzaminu z języka polskiego organizowanego przez Naczelną Izbę Lekarską. Tylko w ośrodkach nieakademickich zwraca się w ogóle uwagę na istnienie tego egzaminu. Można wręcz odnieść wrażenie, że szkoły prywatne

organizują kursy językowe przede wszystkim w celu przygotowania do składającego się z czterech części testu językowego. W sylabusach uniwersyteckich kwestia ewaluacji kompetencji językowych w zakresie języka medycznego ogranicza się do krótkiej informacji na temat egzaminu lub testu w formie ustnej i pisemnej. Trudno na podstawie tych informacji wywnioskować, co i w jaki sposób jest ocenianie, przed rozwiązaniem jakich typów zadań ewaluacyjnych stają osoby uczęszczające na lektorat z języka polskiego na uczelniach medycznych.

Od 2017 r. w Szkole Medycznej dla Obcokrajowców WL UJ CM odbywa się egzamin z języka polskiego z elementami języka specjalistycznego medycznego. Jego forma również nie jest znana, niemniej jednak należy odnotować fakt jego istnienia jako przykładu ewaluacji kompetencji językowych w zakresie języka medycznego¹³⁶.

Przy okazji omawiania specyfiki egzaminu z języka polskiego organizowanego przez NIL w rozdziale II zwrócono uwagę, iż certyfikacja specjalistyczna w Polsce praktycznie nie istnieje, a „ze względu na coraz ważniejszą rolę certyfikatu znajomości ogólnego języka polskiego jako obcego warto pomyśleć o umożliwieniu obcokrajowcom poświadczania swoich umiejętności także w specjalistycznych dziedzinach komunikacji” (Bartosik 2019: 58). Forma wspomnianego egzaminu – dyktando z nośnika elektronicznego, sprawdzian testowy, sprawdzian ustny i sprawdzian praktyczny – przekłada się na testowanie wszystkich 4 sprawności językowych. Z tego powodu w ofertach szkół opisuje się zasadność kształcenia każdej z nich. To prowadzi do wniosku, iż stopień zaawansowania sprawności językowych warunkuje skuteczność działania językowe w medycynie.

Zarówno (model) proces organizacji lektoratu z języka do celów medycznych, jak i kursu językowego w szkołach prywatnych wykazują duże podobieństwo na płaszczyźnie zagadnień leksykalnych. Przegląd sylabusów uczelnianych pod względem działań dydaktycznych stosowanych w trakcie zajęć

¹³⁶ Kolejną kwestią, równie interesującą z punktu prowadzonych w niniejszej rozprawie badań, jest forma egzaminów wstępnych z języka polskiego na studia medyczne w Polsce. Przykładowo w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku egzamin sprawdza znajomość języka polskiego w zakresie znajomości słownictwa z nauk przyrodniczych i ma formę tylko pisemną, a w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi egzamin składa się z części pisemnej i ustnej. <https://rekrecja.umed.lodz.pl/studia-w-jezyku-polskim-dla-cudzoziemcow/>, https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/rekrutacja/egzaminy/2022_regulamin_egzamin_wstepny_jez.polski_covid.pdf (dostęp 18.04.2022).

pozwolił zaobserwować, iż metodyka nauczania PJMed jest mało innowacyjna i opiera się w głównej mierze na ćwiczeniach gramatyczno-leksykalnych. Brak informacji na temat stosowanych w trakcie kursów językowych w szkołach prywatnych uniemożliwia analizę dokumentów w tym aspekcie.

Odpowiadając na pytanie dotyczące miejsca sprawności w procesie nauczania PJMed, należy stwierdzić, że przypadku kursów prywatnych, które w dużym stopniu są zależne od formy egzaminu z języka polskiego w NIL, sprawności językowe zajmują centralną pozycję. W sylabusach uniwersyteckich nie poświęca się im wystarczająco dużo miejsca.

Materiały (podręczniki, skrypty) są istotnym elementem procesu glottodydaktycznego. Z analiz sylabusów uniwersyteckich wynika, iż najczęściej lektorzy sięgają po wewnętrzne skrypty i autorskie materiały, których zawartość nie jest znana szerszemu gronu. Nie są zaś popularne podręczniki ogólnodostępne, takie jak *Co Panu dolega?*, *U lekarza (...)*, *Chcę studiować medycynę*. Ze względu na brak wiedzy na temat wykorzystywanych pomocy dydaktycznych na kursach językowych organizowanych przez szkoły prywatne trudno ocenić, czy korzysta się tam z dorobku ośrodków akademickich. Informacja na temat używanych na zajęciach podręczników anglojęzycznych pozwala przypuszczać, iż lektorzy zajmujący się nauczaniem PJMed korzystają z osiągnięć glottodydaktyki angielskiej, która ma zdecydowanie dłuższą tradycję. Być może wynika to z faktu, że po pierwsze na polskim rynku materiałów do nauczania polszczyzny medycznej jest wciąż niewiele, a po drugie skrypty uniwersyteckie nie są ogólnodostępne (poza niewielkimi wyjątkami, jak publikacje B. Bilickiej czy G. Wawer). Odpowiedzą na braki rynkowe są materiały dwujęzyczne, głównie polsko-ukraińskie, które szerzej zaprezentowane zostały w podpodrozdziale 6.2.4¹³⁷. Warto zaznaczyć, iż przed nauką języka obcego stoją nie tylko cudzoziemcy przybywający do Polski, ale także polscy specjaliści¹³⁸.

¹³⁷ Coraz częściej w Internecie pojawiają się ogłoszenia typu: „Ostatnio jest duże zainteresowanie kursami JPJO z elementami języka medycznego. Ale jak te zagadnienia włączać do poziomu A1? Na pewno rozszerzając lekcję o anatomii i chorobach, warto wprowadzić też zawody medyczne i... już na pierwszych lekcjach można proponować grę fonetyczną i naukę alfabetu, a przy okazji uczyć nazw badań. Grę można pobrać za darmo (po rejestracji) na platformie polishlanguage.online”. <https://polishlanguage.online/produkt/gra-fonetyczna-slysze-mowie-tematyka-medyczna/?fbclid=IwAR2TsZlGrXz8aHVYu9lfcX8G5y4gv1CJ9ufNtogeVBA7c6qiMMN2-tMuGMs> (dostęp 20.04.2022).

¹³⁸ Od niedawna Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Naczelnej Izby Lekarskiej organizuje intensywny kurs ukraińskiego dla polskich lekarzy i lekarzy dentyków.

Ostatnią kwestią, którą należy podsumować, jest wykorzystywanie nowych technologii w tworzeniu i wzbogacaniu kursów języka polskiego do celów medycznych. Wydaje się, że nauczanie zdalne, jeszcze nie tak dawno stosowane głównie w szkoleniach biznesowych, obecnie na dobre wpisało się w rzeczywistość edukacyjną. Oczywiście wydarzenia mijających dwóch lat wymusiły na uczących (się) korzystanie z osiągnięć – w moim odczuciu jeszcze niedocenianej na gruncie glottodydaktyki polonistycznej – technologii informacyjnej. Fakt, że w sylabusach akademickich oraz ofertach szkół prywatnych wymienia się możliwość organizowania zajęć w trybie online nie oznacza nowatorskiego podejścia do nauczania, ale jest wynikiem czynników zewnętrznych. Brak platform e-learningowych do nauczania PJMed – oprócz właściwie jednego kursu dyktandolekarza.pl – sprawia, że obecny model nauczania języka polskiego do celów medycznych może nie spełniać oczekiwań osób uczących się w niedalekiej przyszłości¹³⁹.

Wszystkie powyższe uwagi wynikają z analiz dokumentów programowych, nie zaś z danych pozyskanych podczas obserwacji zajęć. Z pewnością przeprowadzenie takich badań pomogłoby zweryfikować przedstawione tu konkluzje. Niemniej jednak zarówno sylabusy akademickie, jak i programy kursów zawarte w ofertach szkół językowych pozwalają określić pewne konkretne cechy procesu planowania zajęć z języka polskiego do celów medycznych w odniesieniu do koncepcji organizowania kursu języka specjalistycznego i uwzględnieniu w tym procesie rozwijania czterech sprawności językowych.

https://www.rynekzdrowia.pl/Nauka/NIL_organizuje-kursy-jezyka-ukrainskiego-dla-polskich-lekarzy,230358,9.html (dostęp 20.04.2022).

¹³⁹ Kwestia pracy zdalnej, płynących z niej korzyści, ale także związanych z nią problemów, jest zjawiskiem na tyle złożonym, że omówienie jej tutaj ogólnikowo nie oddałoby w pełni istoty zagadnienia.

Rozdział VIII

**Uczący się i nauczyciel
w procesie
rozwijania sprawności językowych
do celów specjalistycznych**

8.1. Perspektywa uczącego się

8.1.1. Charakterystyka grupy badawczej

Pytania zamieszczone w metryczce pozwoliły uzyskać informacje na temat wieku, specjalizacji, lat doświadczenia w zawodzie lekarza oraz kraju pochodzenia ankietowanych. Badanie przeprowadzono na grupie liczącej 107 osób uczących się języka polskiego do celów medycznych, w której znalazło się 61 kobiet i 46 mężczyzn. Najmłodsza ankietowana osoba miała 22 lata, a najstarsza – 60 lat. Po weryfikacji ankiet pod kątem posiadanej specjalizacji lekarskiej – która była tu kluczowa – oraz stopnia wypełnienia ankiet, ostatecznie udało się uzyskać próbę wielkości 87 wypełnionych kwestionariuszy. W metodologii badań glottodydaktycznych grupa ta określana jest jako grupa przejściowa (Łobocki 2007, za: Wilczyńska, Michońska-Stadnik 2010: 189).

Wśród ankietowanych dominowały osoby zza wschodniej granicy: 47 z Ukrainy, 26 z Białorusi, 4 z Rosji. Byli także przedstawiciele innych narodowości – 2 obywateli z Iranu i tyle samo z Malezji. W badaniu wzięli udział także Egipcjanie, Grecy, Jemeńczycy, Niemcy Ormianie, Turcy (7% całej grupy respondentów).

Tabela 41

Zróżnicowanie narodowościowe badanej grupy – oprac. własne

	Narodowość	Liczba osób	Procent
1	Ukraina	47	54%
2	Białoruś	26	29%
3	Rosja	4	4,5%
4	Iran	2	2,25%
5	Malezja	2	2,25%
6	Egipt	1	1,3%
7	Grecja	1	1,3%
8	Turcja	1	1,3%
9	Armenia	1	1,3%
10	Niemcy	1	1,3%
11	Jemen	1	1,3%

Wśród ankietowanych przeważały osoby z krajów byłego Związku Radzieckiego. Nie jest to zjawisko nowe, szczególnie że przygotowanie młodzieży polonijnej, a później pochodzenia rosyjskiego, ukraińskiego i białoruskiego w latach 80. XX w. zapoczątkowało nauczanie języka polskiego jako

obcego do celów medycznych. Migracja lekarzy zza wschodniej granicy do Polski utrzymuje się na zbliżonym poziomie od lat. Wynika to przede wszystkim z bliskości geograficznej Polski i reprezentantów wskazanych krajów. Z aspektem tym wiążą się sprzyjające adaptacji mniejsze różnice kulturowe oraz bliskość językowa¹⁴⁰. Skład narodowościowy badanej grupy odzwierciedla obecną sytuację, którą można zauważyć na rynku pracy. Badania poświęcone nauczaniu języka polskiego do celów biznesowych wykazały z kolei, że w tej grupie dominują przedstawiciele krajów anglojęzycznych (Komorowska 2020: 136-137).

Pogłębione badania na temat intensyfikacji zjawiska migracji lekarzy (a w mniejszym stopniu napływu chętnych na studia medyczne) do Polski przeprowadziła w 2015 r. K. Andrejuk. Z obserwacji wynika, iż najczęstszymi krajami pochodzenia cudzoziemskich lekarzy w Polsce w 2014 r. były Białoruś, Bułgaria, Niemcy, Republika Czeska oraz Ukraina (Andrejuk 2015: 142). Na trzeciej pozycji uplasowali się obywatele Szwecji (120 osób). Wśród innych narodowości, bardziej odmiennych kulturowo i językowo, należy wymienić obywateli Syrii (110 osób) i Mongolii (52 osoby) (tamże :137). W sumie w 2015 r. zawód w Polsce wykonywały 2694 osoby pochodzenia cudzoziemskiego. Według najnowszych danych do 30.05.2022 r. Minister Zdrowia wydał 1691 pozwoleń na wykonywanie zawodu lekarza dla cudzoziemców, z czego 862 dla obywateli Ukrainy¹⁴¹.

Trwająca od ponad dwóch lat pandemia spowodowała jeszcze większą migrację lekarzy z Ukrainy, Białorusi i prawdopodobnie także Rosji. W praktyce glottodydaktycznej przełożyło się to na coraz częstsze oferty kursów językowych dla grup jednorodnych pod względem języka ojczystego. Nauczanie homogenicznych grup językowych jest praktykowane już od dawna, ale wciąż brakuje metodyki szczegółowej nauczania polszczyzny w środowisku ukraińskojęzycznym (Izdebska-Długosz 2021: 11)¹⁴².

¹⁴⁰ Na uwagę zasługuje kanał na YouTube pt. *Lekarze z Ukrainy w Polsce Natalia i Piotr*, prowadzony przez małżeństwo ukraińskich lekarzy <https://www.youtube.com/c/LekarzeZUkrainyWPolsceNataliaiPiotr> (dostęp 25.04.2022).

¹⁴¹ <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/nowe-dane-o-medykach-spoza-ue-ile-wnioskow-w-uproszczonej-procedurze> (dostęp 01.07.2022).

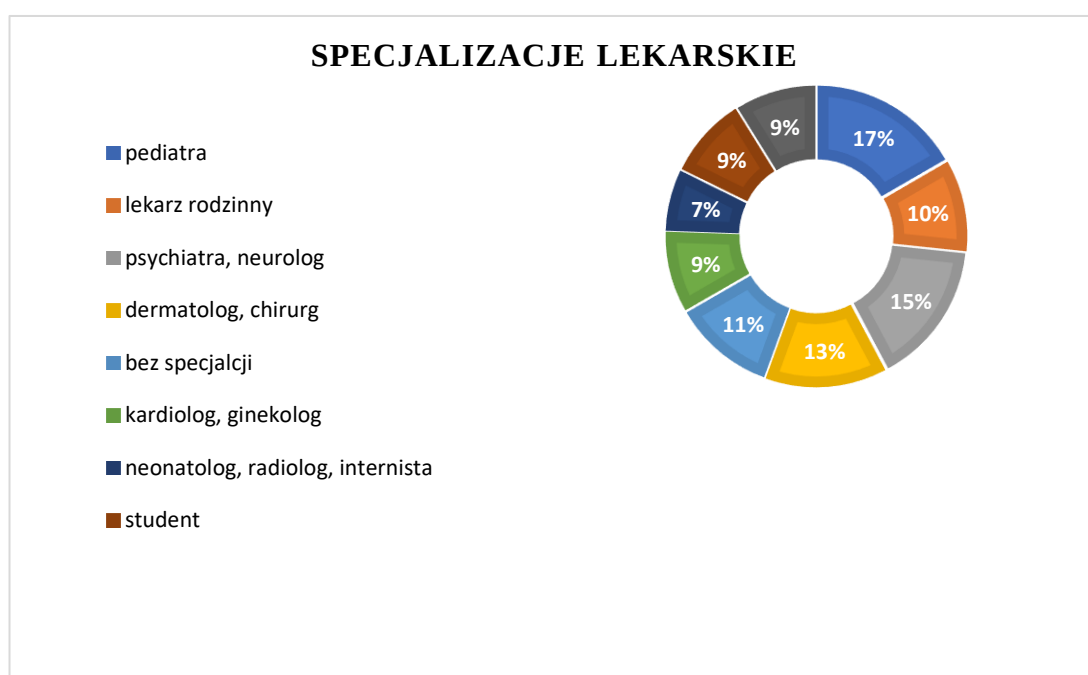
¹⁴² Jedną z najnowszych publikacji podejmujących problem trudności gramatycznych, jakie na swojej drodze napotykają Ukraińcy w trakcie uczenia się języka polskiego jest praca D. Izdebskiej-Długosz, po którą zdecydowanie należy sięgnąć podczas przygotowywania kursu PJMed dla osób ukraińskojęzycznych.

Kolejnym istotnym kryterium w charakterystyce badanej grupy był rodzaj posiadanej specjalizacji lekarskiej. Jak wiadomo, medycyna jest bardzo złożoną dziedziną i zajmują się nią w teorii i praktyce rozmaici specjaliści, których wiedza szczegółowa ma zróżnicowane zakresy, a to natomiast przekłada się na inne potrzeby w opanowaniu języka specjalistycznego. Kryterium specjalizacji lekarskiej pozwoliło wyeliminować ankiety, które zostały wypełnione przez dentystów, pielęgniarki, ratowników medycznych oraz członków personelu medycznego.

W badaniu wzięli udział przedstawiciele 18 różnych specjalizacji. Najliczniej reprezentowani byli lekarze rodzinni 15), pediatri 9), psychiatry 7), neurologi 7), dermatolodzy 6), chirurdzy 6), kardiolog 4), ginekolog 4). Uczestnikami ankiety byli także po dwóch reprezentantów: neurologii, radiologii, interny oraz po jednym przedstawicielu laryngologii, hematologii, bakteriologii, pulmonologii, urologii, anestezjologii, patomorfologii i alergologii. Siedmioro respondentów było w trakcie specjalizacji. Oprócz tego ośmiu ankietowanych zadeklarowało, że są studentami III lub IV roku studiów medycznych w języku angielskim. Ponadto kwestionariusz wypełniło dwunastu lekarzy-dentystów, cztery pielęgniarki, technik sterylizacji medycznej oraz ratownik medyczny. Ankiety wypełnione przez przedstawicieli tych grup zawodowych (łącznie 18 osób) oraz dwa kwestionariusze niewypełnione nie zostały uwzględnione w analizach.

Wykres12

Specjalizacje lekarskie w badanej grupie – oprac. własne



Wśród ankietowanych znalazły się osoby już funkcjonujące na polskim rynku pracy (4 osoby), a także osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje, aby podjąć tę pracę po spełnieniu określonych warunków (2 osoby). Pozostali uczestnicy badania (81 osób) byli w trakcie procesu nostryfikacji dyplomu lub w trakcie studiów. Informacje na temat posiadanej specjalizacji i doświadczenia pozwoliły wyróżnić 4 podgrupy ankietowanych.

Grupę pierwszą nazwaną *specjaliści* (S) tworzą lekarze różnych specjalizacji, którzy są (lub będą) czynni zawodowo w obcojęzycznym środowisku zawodowym. Do drugiej grupy, nazwanej *adepci I* (A(I)), przydzieleni zostali ankietowani, którzy studiują medycynę w języku angielskim w Polsce, uczący się języka polskiego na lektoracie w uczelni medycznej i odbywający praktyki w polskich szpitalach. W badaniu nie wzięli natomiast udziału cudzoziemcy studiujący medycynę w języku polskim¹⁴³, którzy tworzą grupę *adeptów* (w niniejszej pracy są oni oznaczeni jako *adepci II* A(II))¹⁴⁴. W czwartej grupie, nazwanej *specjaliści zawodów pokrewnych* (SZP) – znalazły się osoby, które pracują w szpitalu, ale ich wiedza medyczna pokrywa się z wiedzą lekarza w różnym stopniu. Wśród ankietowanych byli to lekarze-dentyści, pielęgniarki, ratownicy medyczni i przedstawiciele personelu medycznego. Do grupy tej zaliczyć można również fizjoterapeutów, położne, diagnostów laboratoryjnych, felczerów, farmaceutów czy asystentów stomatologicznych. Wykaz ten wciąż nie jest zamknięty, a intensywny rozwój medycyny powoduje powstawanie nowych specjalności oraz zawodów¹⁴⁵. Na chwilę obecną nie ma w polskim prawie jednego obowiązującego wykazu zawodów medycznych. Według *Ustawy z 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej* osoba wykonująca zawód medyczny to osoba, która „jest uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych

¹⁴³ Według raportu Najwyższej Izby Kontroli nt. Kształcenia cudzoziemców na polskich uczelniach na kierunku lekarskim w roku akademickim 2016/2017 studiowało 6470 cudzoziemców, a w roku akademickim 2019/2020 liczba ta wzrosła do 7371 (według raportu Głównego Urzędu Statystycznego to 7883 obcokrajowców). <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/szkolnictwo/wyzsze-i-jego-finanse-w-2019roku,2,16.html>; <https://www.nik.gov.pl/plik/id,23533,vp,26267.pdf>; (dostęp 22.04.2022).

¹⁴⁴ W ankiecie zabrakło pytania dotyczącego kraju studiów.

¹⁴⁵ Według różnych danych liczba zawodów związanych z medycyną oscyluje w granicach 26-34. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/inne-zawody-medyczne-zaswiadczenia>; <https://students.pl/artykuly/zawodmedyczny/>; <https://www.prawo.pl/zdrowie/wykaz-zawodow-medycznych,239987.html> (dostęp 23.04.2022).

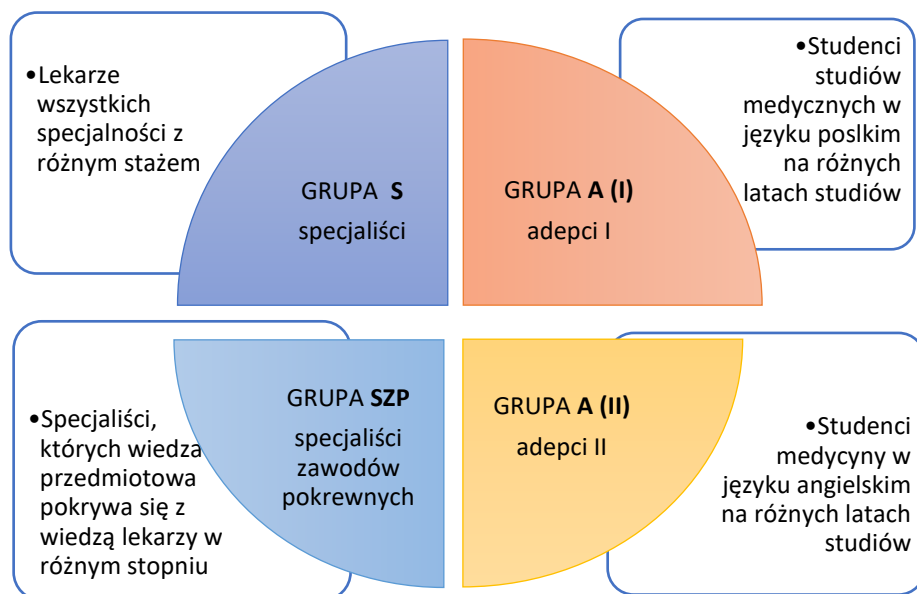
kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny”¹⁴⁶.

Rozróżnienie to – na specjalistów i specjalistów zawodów pokrewnych – nie ma na celu tworzenia hierarchicznego podziału na zawody bardziej czy mniej medyczne. Wskazana dyferencjacja jest istotna z perspektywy glottodydaktyki i nauczania PJMed. Celem kształcenia (niezależnie od typu zawodu medycznego) jest osiągnięcie przez uczących się zawodowej kompetencji komunikacyjnej niezbędnej do wykonywania zawodu w środowisku polskojęzycznym. Wspólnym mianownikiem dla wszystkich osób wykonujących zawód medyczny jest używanie w pracy polszczyzny medycznej. Ponadto, znaczny odsetek wspomnianych tu profesjonalistów będzie pracować na co dzień z pacjentem, co także jest cechą wspólną. Kardynalną różnicą jest natomiast posiadana specjalistyczna wiedza medyczna na temat stanu zdrowia, kondycji organizmu i procesu leczenia pacjenta, co ma istotny wpływ na organizację całego procesu nauczania.

Osobnego komentarza wymaga także grupa adeptów studiujących medycynę w języku angielskim. W poniższym schemacie została umieszczona nieco dalej od trzech pozostałych z powodu jej specyfiki. Osoby przydzielone do tej grupy zdobywają specjalistyczną wiedzę medyczną w języku angielskim, a dopiero później być może będą tę wiedzę nabywali w języku polskim, jeśli zdecydują się na pracę w Polsce¹⁴⁷. W porównaniu ze studentami z grupy pierwszej, *adeptci A (I)*, nie dysponują specjalistyczną wiedzą medyczną w języku polskim na takim samym poziomie.

¹⁴⁶ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20220000633/T/D20220633L.pdf> (dostęp 23.04.2022).

¹⁴⁷ Nie zawsze angielszczyzna jest językiem rodzimym tych osób.



Istnieje także wewnętrzne zróżnicowanie każdej z grup. W przypadku grupy specjalistów i specjalistów zawodów pokrewnych kryterium podziału będzie doświadczenie zawodowe, np. kardiochirurg z 35-letnim doświadczeniem i specjalista po 5 latach pracy na tym samym stanowisku. Badani respondenci mieli doświadczenie zawodowe od kilku miesięcy do 35 lat, zdobyte podczas pracy w swoim kraju, we własnym środowisku językowym. Wśród obu typów adeptów kryterium wewnętrznego podziału wyznacza rok studiów.

Jeśli chodzi o stopień znajomości języka ogólnego przez uczących się w momencie potencjalnego rozpoczęcia kursu języka specjalistycznego, jak i poziom opanowania *języka medycyny (medycznego)* to są kolejne wskaźniki różnicujące wewnętrznie zarówno całą grupę badawczą.

Wiedza na temat przybliżonego poziomu opanowania JOg ankietowanych pozwoliła nakreślić szerszy obraz osób uczestniczących w badaniu. Z obawy przed subiektywizmem wypowiedzi oraz odpowiedziami wynikającymi z braku wiedzy na temat skali sygnującej poziomu języka A1-C2 w badaniu zastosowano pytania otwarte: „Jak długo przed rozpoczęciem nauki języka (medycyny) medycznego uczyła się Pani/uczył się Pan języka polskiego?”. Drugie pytanie dotyczyło miejsca i formy zajęć z możliwością wyboru odpowiedzi: *kurs językowy, nauka samodzielna, nauka indywidualna z lektorem/korepetytorem*,

inne/jakie?. W trzecim pytaniu ankietowani poproszeni zostali o udzielenie informacji na temat wykorzystywanych do nauki materiałów.

Ankietowani wykazywali zróżnicowany poziom znajomości języka ogólnego. Osoby wypełniające kwestionariusze deklarowały różną długość nauki: od kilku tygodni (4 osoby) do około pięciu lat (6 osób). Najwięcej, bo aż 19 respondentów zadeklarowało roczną naukę polszczyzny ogólnej przed kursem PJMed. Porównywalnie często (15 uczestników) wskazywano udział w trzymiesięcznych kursach. Na trzecim miejscu pod względem długości nauki JOg. znalazły się półroczne kursy językowe, które zrealizowało dziesięć osób. Wśród rzadziej wskazywanych odpowiedzi znalazła się nauka trwająca dwa lata, między cztery a sześć miesięcy oraz dziewięć miesięcy. Cztery osoby zadeklarowały znajomość języka od dzieciństwa (polskie korzenie), a w trzech ankietach nie było żadnej odpowiedzi.

W pytaniu o formę nauki polszczyzny jako języka obcego ankietowani najczęściej wskazywali udział w kursach grupowych (49 razy) oraz lekcje indywidualne z korepetytorem/lektorem (38 razy). Jako formę uzupełniającą podawano naukę samodzielną – (21 razy). Tylko w 5 kwestionariuszach indywidualna praca wskazana była jako jedyny sposób nauki języka polskiego. Nierzadko (22 razy) też respondenci wskazywali wszystkie trzy formy jako współtworzące ich proces uczenia się, jako że mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź. W sześciu ankietach nie było żadnej odpowiedzi.

Jeżeli chodzi o narzędzia dydaktyczne, które wspierały interesujący nas proces nauki respondentów, to podręczniki *Hurra po polsku* (39) oraz *Krok po kroku* (26) oraz autorskie materiały nauczyciela¹⁴⁸. Osoby, które deklarowały samodzielną naukę za pomocne w nauce języka polskiego – oprócz kontaktu z Polakami – uznały audiobooki, filmy i seriale na YouTube, a także aplikację *FunEasyLearn*.

Po udzieleniu odpowiedzi na pytania dotyczące poziomu znajomości języka polskiego ogólnego, ankietowani przechodzili do części poświęconej *językowi medycyny (medycznemu)*. Podobnie jak przy JOg, tutaj także musieli wskazać przybliżony czas nauki PJMed oraz określić, jaką formę zajęć najczęściej wybierali.

¹⁴⁸ Sporadycznie wskazywano inne podręczniki, takie jak *Bądź na BI*, *Umiesz? Zdasz! Przejdź na wyższy poziom*.

W odniesieniu do form nauki polszczyzny medycznej najwięcej ankietowanych wskazało udział w kursach grupowych (59 osób). Na drugim miejscu znalazła się praca samodzielna, którą wybrało 34 badanych. Wybór lekcji indywidualnych z nauczycielem/lektorem odnotowano w 19 kwestionariuszach. W tym pytaniu też była możliwa więcej niż jedna odpowiedź.

Jeśli chodzi o kursy grupowe, w przypadku ośmiu osób były to lektoraty na studiach medycznych w polskich uniwersytetach, znaczna grupa ankietowanych (aż 31 osób) uczestniczyła w kursie *W służbie zdrowia*, który był organizowany przez Fundację „Wolność i Demokracja”. Z kolei samodzielna nauka PJMed oznaczała w wypowiedziach ankietowanych proces przygotowywania się do egzaminu nostryfikującego dyplom oraz egzaminu z języka polskiego w Naczelnej Izbie Lekarskiej.

Czas trwania nauki języka badanych wynosił od dwóch miesięcy (11 osób) do siedmiu miesięcy (18 osób). Trzydziestu jeden ankietowanych wskazało trzy miesiące a 17 osób – cztery miesiące.

Ankietowani udzielali także informacji na temat materiałów glottodydaktycznych, z których się uczyli¹⁴⁹. Jedynym podręcznikiem do nauki polszczyzny medycznej wskazywanym przez respondentów była publikacja *Co Panu dolega?*. Korzystanie z tego podręcznika poświadczyło 33 badanych. Natomiast 21 osób korzystało z materiałów autorskich przygotowanych przez lektorów prowadzących kursy. Poza tym ankietowani wymieniali też jako przydatne dla nich inne narzędzia edukacyjne niż materiały *stricte* glottodydaktyczne. Wśród nich znalazły się książki zalecane przez Centrum Egzaminów Medycznych (CEM) do Lekarskiego Egzaminu Końcowego

¹⁴⁹ W ankiecie pominięto ocenę wykorzystywanych materiałów. Było to spowodowane przede wszystkim długością samego kwestionariusza. Z perspektywy późniejszych analiz była to błędna decyzja. Ewaluacja materiałów do nauki PJMed dokonana przez osoby uczące się – i bardzo często już pracujące w środowisku polskojęzycznym mogłaby bowiem dostarczyć interesujących informacji na temat zalet, wad czy braków materiałów, a także faktycznej przydatności pozycji glottodydaktycznych. Refleksja ta nasunęła się po otrzymaniu prywatnej wiadomości od jednej z uczestniczek kursu języka polskiego do celów medycznych, który miałam okazję prowadzić i na którym korzystałam z podręcznika *Co Panu dolega?*. Osoba ta stwierdziła: „Zdałam! Dialogi i ćwiczenia, które mieli na lekcji, bardzo pomogli na egzaminie” (pisownia oryginalna). W trakcie innych zajęć wysoko ocenione zostały ćwiczenia gramatyczne z podręcznika *Chcę studiować medycynę*, który jako osobna publikacja nie był znany uczestnikom. W tym miejscu warto przytoczyć jeszcze jedną sytuację, która miała miejsce na kursie językowym i jest związana z podręcznikiem *Co Panu dolega?*. Otóż dość powszechnym zachowaniem kursantów były pytania dotyczące zawartości merytorycznej książki, np. informacje na temat pojawiających się w dialogach leków, sposobu ich dawkowania, czy nawet postawionej diagnozy. Wielokrotnie można było odnieść wrażenie, że podręcznik do nauki języka jest traktowany jak kompendium wiedzy medycznej.

(LEK)¹⁵⁰. Respondenci nie wymieniali konkretnych pozycji, np. poprzez podanie tytułu, ograniczyli się do ogólnego wskazania „podręczniki rekomendowane przez CEM” (16 razy). Materiałem o podobnej frekwencji wskazań (11 razy) były testy do LEK-u. Oprócz tego wymieniono także kursy/platformę lepolek.pl, serwis mp.pl, medonet.pl, fora internetowe, filmy na YouTube, słownik medycyny polsko-angielski oraz tzw. „mały Szczeklik”, czyli *Interna Szczeklika. Mały podręcznik autorstwa A. Szczeklika*.

8.1.2. Sprawności językowe – rola i hierarchia¹⁵¹

Sprawności językowe dopiero od niedawna stawia się w centrum zainteresowani glottodydaktyków (por. Gajewska, Sowa, 2014: 30). Był to jeden z zasadniczych powodów, dla którego w ankiecie podjęto zagadnienie rozwijania sprawności receptywnych i produktywnych w nauczaniu PJMed. Należy zdecydowanie podkreślić, że wbrew powszechnej opinii nauka języka dla potrzeb zawodowych nie powinna koncentrować się wyłącznie na fachowej leksyce (por. Zawadzka, 2004: 140). Zarówno w nauczaniu języka ogólnego, jak i do celów specjalistycznych i/lub zawodowych istotne jest osiągnięcie umiejętności naturalnego i skutecznego porozumiewania się w obrębie czterech sprawności językowych. Drugim powodem, dla którego podjęto próbę zbadania świadomości językowej i potrzeb uczestników kursu języka specjalistycznego pod kątem konieczności rozwijania sprawności językowych, był egzamin z języka polskiego jako obcego organizowany przez Naczelną Izbę Lekarską.

Ankietowani zostali poproszeni o udzielenie odpowiedzi na pytanie: „Które sprawności językowe – Pani/Pana zdaniem – są najbardziej pożądane w zawodzie lekarza?¹⁵²”. Do udzielenia odpowiedzi zastosowano zmodyfikowaną

¹⁵⁰ Lista podręczników zalecanych dla osób przygotowujących się do Lekarskiego Egzaminu Końcowego jest podzielona na 11 kategorii i obejmuje łącznie 49 pozycji. https://www.cem.edu.pl/pel_podreczniki.php (dostęp 22.04.2022).

¹⁵¹ W niniejszym podrozdziale odwołuję się także do badań zaprezentowanych w moim artykule z 2021.

¹⁵² W pierwszym badaniu przeprowadzonym na przełomie 2020/2021 pytanie to brzmiało: „Rozwijaniu którym – Pani/Pana zdaniem – sprawnościom językowym należy poświęcić najwięcej czasu na zajęciach/kursie polskiego języka medycyny (medycznego)? W trakcie badań zostało ono zmienione na wersję Które sprawności językowe – Pani/Pana zdaniem – są najbardziej pożądane w zawodzie lekarza?”. Zmiana ta nastąpiła z dwóch powodów. Po pierwsze, analiza wstępnych ankiet pozwoliła zauważyć, iż ankietowani w uzasadnieniu bardzo często odwołują się do własnego doświadczenia w nauce języka, np. w kwestionariuszach, w których odpowiadający w uzasadnieniu napisali „czytanie jest dla mnie łatwe” / „czytanie bardzo łatwe nawet z minimalną wiedzą można zrozumieć o co chodzi” czytanie nie zostało w

skalę Likerta o następujących możliwych wskazaniach: [sprawność] 1) *konieczna*, 2) *raczej konieczna*, 3) *raczej niekonieczna*, 4) *zbędna*, 5) *wszystkie są ważne*, 6) *nie mam zdania*. Uczestnicy badania zostali także poproszeni o uzasadnienie swojego wyboru.

Pierwsza faza analiz polegała na wyekscerpowaniu z zebranego korpusu ankiet, w których respondenci wybrali odpowiedź: *wszystkie są ważne* oraz *nie mam zdania*. Tylko dwoje ankietowanych nie odpowiedziało na to pytanie. W opinii 13 osób wszystkie sprawności językowe są ważne w zawodzie lekarza. Grupa ta zakwestionowała hierarchiczny podział sprawności (rozwijanie sprawności ograniczonych) w nauczaniu PJMed, co uzasadniano następująco¹⁵³:

- 1) „Wszystkie umiejętności są wymagane!” [ANKIETA_3U]
- 2) „Czytając, uczymy się gramatyki, układania zdań, poszerzamy swoją zapas słownictwa. Mówiąc i słuchając uczymy si poprawno wymawiać wyrazy. Piszac, ćwiczmy ortografię.” [ANKIETA_51U]
- 3) „W pracy lekarza niezbędne jest wszystko wyżej wymienione.” [ANKIETA_29U]
- 4) „Myślie, że lekarz powinien jak najlepiej znać język i wszystko co z nim związane.” [ANKIETA_82U]
- 5) „Lekar powinien zawsze rozwijac swojego języka, szczególnie to si odnosi do obcokrajowców.” [ANKIETA_9U]
- 6) „Naprawdę to uważam, że wszystko jest ważne i potrzebne dla lekarza.” [ANKIETA_17U]
- 7) „Wszystkie punkty są potrzebno w zawodzie lekarza na równi, bez sluchania nie ma mówienia, bez czytania i pisanie nie ma pamieci i nawyków” [ANKIETA_43U]

Następnie przeanalizowane zostały pozostałe 72 ankiety. Za najbardziej pożądaną i niezbędną w zawodzie lekarza ankietowani uznali sprawność

ogóle uwzględnione w ocenianiu. Albo jak w przypadku innego kwestionariusza, którego autor napisał: *rozumiem mnogo, a mówić i pisać trudno (q, ę)*. Nie trudno się domyślić się, iż ocenie poddane zostały tylko sprawność mówienia i pisanie. Drugim powodem, dla którego nastąpiła wspomniana zmiana, była większa świadomość oraz wiedza na temat badanego zagadnienia, będąca wynikiem lepszego zapoznania się z literaturą przedmiotu.

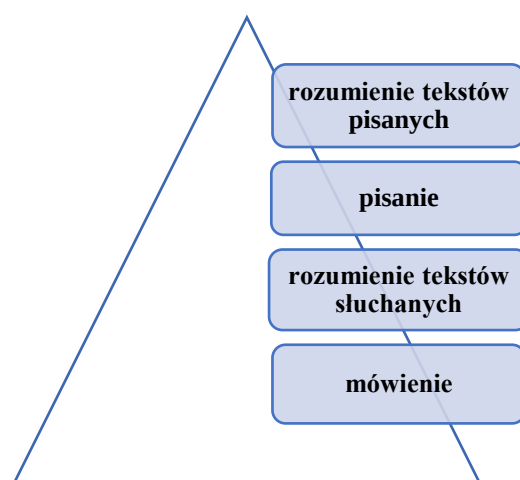
¹⁵³ We wszystkich cytatach z ankiet zachowuję oryginalną ortografię i pisownię.

mówienia (39 osób, tj. 55%). Na miejscu drugim znalazła się sprawność słuchania (14 osób, tj. 19%) Jako trzecią w hierarchii najczęściej umieszczano sprawność pisania (12 osób, tj. 16%). Natomiast sprawność czytania uplasowała się na ostatnim, czwartym miejscu (7 osób, tj. 10%).

Dane te pokrywają się z badaniami przeprowadzonymi na początku 2021 r. na grupie 39 respondentów, którzy także pochodzili z Ukrainy, Białorusi i Rosji (Oczko 2021a: 135-150). Aby wykluczyć pewne ryzyko związane z badaniami prowadzonymi w obrębie dość jednorodnej narodowościowo grupy (na 87 osób tylko 8 osób nie posługiwało się językiem z rodziny słowiańskiej) oddzielnie zweryfikowane zostały ankiety wypełnione przez anglojęzycznych ankietowanych. Mimo że grupa ta liczyła tylko osiem osób, wyniki były identyczne – za najważniejszą uznano sprawność mówienia, a rozumienie tekstów pisanych zostało uznane jako zbędne.

Schemat 25

Rozwijanie sprawności językowych na zajęciach: perspektywa studenta – oprac. własne



Bardzo dobrym komentarzem do powyższego schematu jest jedna z wypowiedzi jednej z ankietowanych osób, która tak oto uargumentowała swoją opinię:

„Mówienie – to pierwsza umiejętność, z którą spotyka się pacjent w gabinecie lekarskim. Dalej lekarz słucha pacjenta, odpowiada na zapytania, wypisuje recepty, i oczywiście że wykorzystuje czytanie w swoim kierunku.”

[ANKIETA_27U]

Respondenci byli jednomyślni w kwestii uzasadnienia, dlaczego ich zdaniem w zawodzie lekarza najbardziej pożądana jest sprawność mówienia. Podkreślano przede wszystkim konieczność nieustannego kontaktu z pacjentem i współpracownikami. Jedna z osób zwróciła uwagę, że zarówno czytania, jak i pisanie można uczyć się samodzielnie, natomiast do rozwijania sprawności mówienia jest potrzebny nauczyciel i dlatego właśnie temu działaniu językowemu należy poświęcić najwięcej czasu na zajęciach. Zdaniem respondentów poprawne zebranie wywiadu lekarskiego, poznanie historii choroby jest fundamentem spotkania lekarz – pacjent. Jedna z osób napisała:

„Mówienie, komunikacja to pierwsza pomoc, taki ambulans dla pacjenta”
[ANKIETA_13U].

Niejednokrotnie podkreślano, że dobrze opanowana sprawność mówienia jest potrzeba do wyjaśnienia pacjentowi jego choroby i procesu leczenia w sposób jak najbardziej zrozumiały, aby nie powodować jeszcze większego lęku, który bardzo często towarzyszy chorym. Wskazywano także konieczność sprawnej komunikacji z innymi lekarzami. Uwagę zwróciły dwa kwestionariusze, w których autorzy przywołali sytuacje – operację oraz reanimację, kiedy to brak sprawnej komunikacji ustno-słuchowej może skutkować utratą przez kogoś życia.

Z wypowiedzi respondentów dowiadujemy się, jak trudne jest zrozumienie pacjentów, zwłaszcza tych, którym choroba znacznie uniemożliwia swobodne wystawianie się. Jest to istotna uwaga, z której osoby odpowiedzialne za przygotowanie materiałów dydaktycznych dla lekarzy nie zawsze zdają sobie sprawę, zwłaszcza, jeśli w otoczeniu nie mają osób z podobnymi dolegliwościami. W jednej z ankiet wyraźna jest świadomość, że:

„Chory nie zawsze może wyraźnie mówić, ze względu na swój stan, dlatego często je problem z porozumieniem.” [ANKIETA_15U]

Z dobrym zrozumieniem chorego wiąże się poprawnie postawiona diagnoza, stąd też dość liczne grono respondentów zwróciło uwagę, iż to właśnie rozumienie tekstów słuchanych jest konieczną sprawnością w zawodzie lekarza. Jeden z respondentów pisze:

„Pacjent, który się zwrocil do lekarza, nie myśli, że on rozmawia z człowiekiem, który może coś nie rozumieć. Nawyki językowe doktor może skoregować, a rozumienie na pierwszym miejscu i dla diagnozy, i dla zaufania.”
[ANKIETA_60U].

W przytoczonej wypowiedzi poruszono potrzebę budowania poprawnych relacji z osobą chorą opartych na wzajemnym zaufaniu, które są możliwe przede wszystkim dzięki zrozumieniu tego, co pacjent chce przekazać.

Ankietowani zwrócili także uwagę na problemy związane ze zrozumieniem innych lekarzy i pracowników szpitala, którzy mówią szybko, niewyraźnie, bardzo często posługują się zrozumiałym tylko dla nielicznych językiem. Dla przykładu przytoczę jedną z wypowiedzi:

„Myśle że najbardziej problematyczne jest usłyszeć i zrozumieć co mówią pacjenci oraz kolegi lekare w pracy, mówią błędo i szybko, nie tak jak na lekcjach. Mają swój język. Potrzebny jest czas dla adaptacji do pracy na oddziale.” [ANKIETA_77U]

Uczestnicy badania niejednokrotnie podkreślali, że sprawna komunikacja w miejscu pracy opiera się na poprawnym słuchaniu i mówieniu.

Jeśli chodzi o sprawność pisania, osoby, dla których sprawność pisania pełni kluczową rolę w zawodzie lekarza, zgodnie podkreślały potrzebę jej znajomości do wypełniania dokumentacji medycznej. Jedna z osób w uzasadnieniu zwróciła uwagę, że wypełnianie dokumentacji medycznej jest podstawową czynnością – poza leczeniem oczywiście – w zawodzie lekarza:

„Pisanie jest ważnym aspektem pracy lekarza, dlatego że tworzenie myśli klinicznej w dokumentacji jest podstawą roboty w ZOZ¹⁵⁴ na codziń.” [ANKIETA_44U]

Podobnie w innym kwestionariuszu, którego autor napisał:

„Uwazam, że lekarz powinien być pismienno, umieć nie tylko rozumieć i mówić, ale także poprawnie pisać.” [ANKIETA_24U]

Spojrzenie na pozyskane dane pozwala wnioskować, iż respondentom bliższe jest rozumienie *języka medycyny (medycznego)* jako *języka praktyki medycznej (języka klinicznego)* – pojęcia używanego w związku z bezpośrednią opieką lekarską, kontaktem z ludźmi chorymi – niż jako *języka nauki medycznej*, będącego systemem uznanych twierdzeń ogólnych, wyrażających wiedzę przedmiotową i metodyczną (por. Doroszewski 2010: 299).

Nawet w kwestionariuszach, w których czytanie i pisanie zostały ocenione jako konieczne w zawodzie lekarza, autorzy nawiązywali tylko do pracy w szpitalu z pacjentem czy innymi lekarzami. W przypadku sprawności pisan

¹⁵⁴ ZOZ – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej.

przywołują wyłącznie dokumentację medyczną, nie wspominając przy tym np. referatach czy artykułach naukowych. Podobnie jest zresztą w ankietach, w których sprawność czytania została uznana za najbardziej pożądaną. Swoją decyzję autorzy uzasadniali kontaktem z licznymi formularzami i dokumentami szpitalnymi, pomijając przy tym publikacje naukowe, z których można czerpać wiedzę. Sytuację tę można wytłumaczyć panującym przekonaniem wśród ukraińsko-, białorusko- czy rosyjskojęzycznych uczących się, że sprawność czytania jest dla nich najłatwiejsza i czasami z góry zakładają u siebie łatwość rozumienia tekstu.

Jeśli chodzi o dokumentację medyczną, uczestnicy kursów języka polskiego do celów medycznych, które prowadziłam, podkreślali bardzo często, że formularze używane w polskich szpitalach i przychodniach znacznie się różnią od tych, które znają z własnego kraju. Co więcej, o istnieniu niektórych dokumentów nawet nie wiedzieli, tak jak w przypadku skali Barthela, która jest międzynarodową skalą stosowaną w ocenie sprawności chorego i jego zapotrzebowania na opiekę¹⁵⁵. Na tę kwestię zwrócił jeden z ankietowanych:

„W codziennej pracy dużo trzeba pisać, pobudowa dokumentacji medycznej trochę się różni z analogiczną ukraińską.” [ANKIETA_87U]

Można się zastanawiać, czy gdyby polska dokumentacja medyczna była zbliżona do tej, którą ankietowani znają z miejsc pracy w własnym kraju, pisanie nadal zostałoby jako trzecia z kolei sprawność językowa pod względem potrzeby rozwijania w nauce PJMed.

8.1.3. Kompetencje komunikacyjne i umiejętności w zawodzie lekarza

Lista kompetencji komunikacyjnych lekarza przedstawiona badanym została utworzona głównie na podstawie dwóch dokumentów:

- 1) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29.06.2009 w sprawie zakresu znajomości języka polskiego w mowie i piśmie, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oraz egzaminu ze znajomości języka polskiego, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty w zawodzie lekarza (dalej *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 29.06.2009*);

¹⁵⁵ <https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/niezbednik-pacjenta/co-jest-skala-barthel-i-do-czego-sluzyc-aa-htkY-Ttgp-8Aik.html> (dostęp 27.04.2022).

- 2) Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej dotyczących kształcenia kompetencji komunikacyjnych na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym wydanych w marcu 2021 r. (dalej *Rekomendacje PTKM*)¹⁵⁶.

Źródłem uzupełniającym były narodowe standardy kwalifikacji zawodowych opracowane dla wszystkich specjalizacji lekarskich, których łączna liczba wyniosła 79. Dokumenty te są dostępne na Wortalu Publicznych Służb Zatrudnienia, działającego w ramach Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej¹⁵⁷. Odwołanie się do wskazanych dokumentów wynika z wynika z obowiązujących obecnie norm kształcenia językowego, które są ściśle związane z potrzebami i wymaganiami rynku pracy (Sowa 2013: 5). Dowodem tego jest m.in. *Rozporządzenie MEN w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach* oraz istotna z punktu widzenia niniejszej rozprawy *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty*¹⁵⁸.

Jak podkreślają autorzy *Rekomendacji PTKM*, „komunikacja jest narzędziem pracy lekarza, które ma fundamentalne znaczenie na wszystkich etapach procesu leczenia: od ustalenia właściwej diagnozy po efektywne stosowanie terapii dostępnych w przypadku danego pacjenta”¹⁵⁹. Stąd też wśród polskich badaczy zauważalny jest wzrost zainteresowania znaczeniem komunikacji w praktyce klinicznej. Teoria znalazła odzwierciedlenie w praktyce – zaczęto modyfikować programy nauczania, szczególnie na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym. Sytuacja ta skłoniła do refleksji, iż nauczanie języka polskiego do celów medycznych także potrzebuje pewnych zmian. I jak pokazał przegląd sylabusów uniwersyteckich, dostrzeżono także potrzeby przygotowania studentów-cudzoziemców do sprawnej komunikacji.

¹⁵⁶ <https://komunikacjamedyczna.pl/wp-content/uploads/2021/03/ConsensusPTKM2.pdf> (dostęp 27.04.2022).

¹⁵⁷ https://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow/-/klasyfikacja_zawodow/litera/L (dostęp 27.04.2022).

¹⁵⁸ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20120000184/O/D20120184.pdf>; <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970280152/O/D19970152.pdf> (dostęp 27.04.2022).

¹⁵⁹ <https://komunikacjamedyczna.pl/wp-content/uploads/2021/03/ConsensusPTKM2.pdf> (dostęp 27.04.2022).

Na podstawie przywołanych dokumentów przyjęto ostatecznie listę 16 kompetencji i umiejętności w niezbędnych w zawodzie lekarza¹⁶⁰. Respondenci dokonywali oceny każdej w czterostopniowej, nieco zmodyfikowanej skali Likerta: 1) *konieczne*, 2) *raczej konieczne*, 3) *raczej niekonieczne*, 4) *zbędne*.

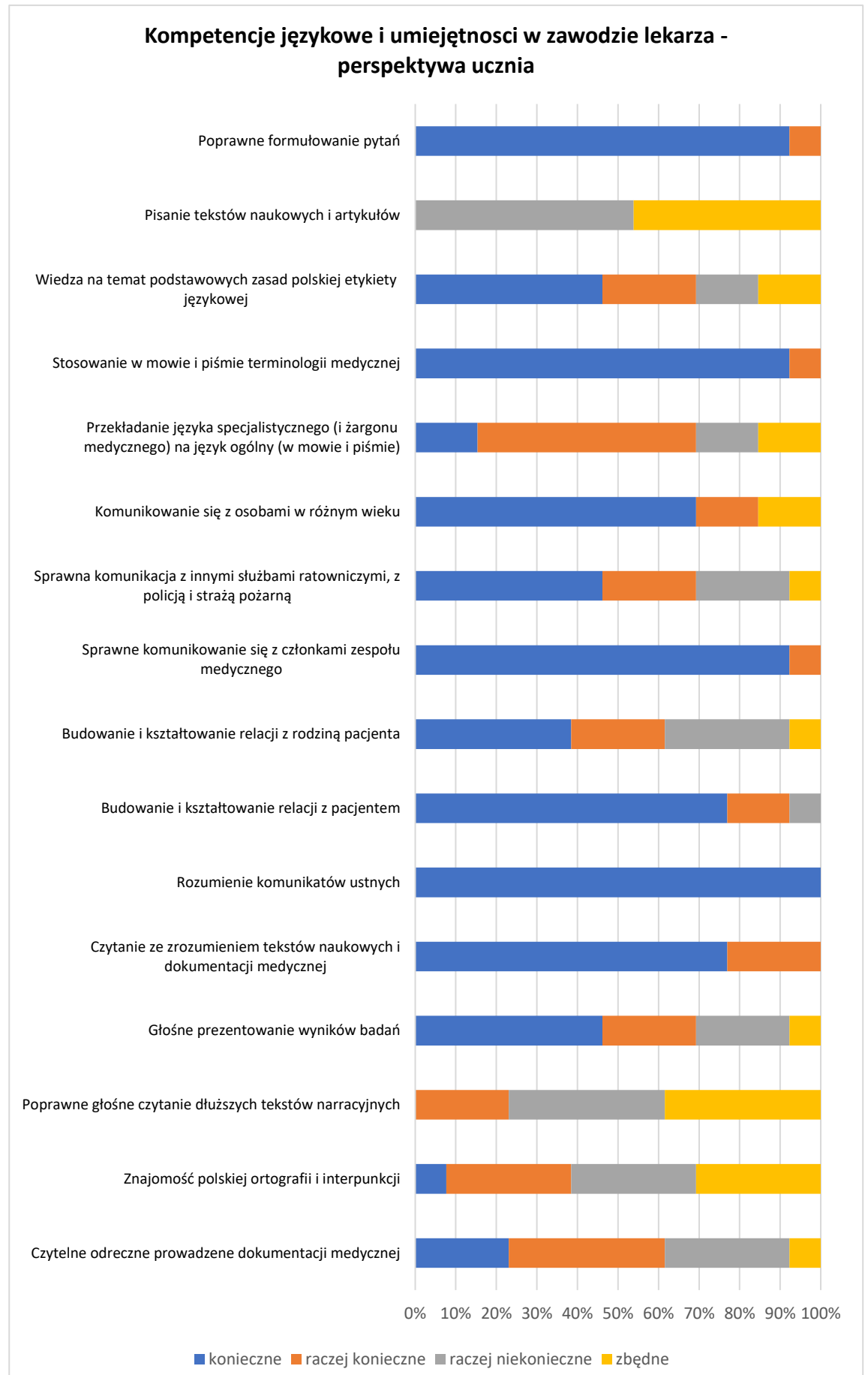
Ocenie poddane zostały następujące kompetencje, a ich kolejność w ankiecie była przypadkowa, aby nie sugerować odpowiedzi:

- 1) czytelne odręczne prowadzenie dokumentacji medycznej;
- 2) znajomość polskiej ortografii i interpunkcji;
- 3) poprawne głośne czytanie dłuższych tekstów narracyjnych;
- 4) głośne prezentowanie wyników badań;
- 5) czytanie ze zrozumieniem tekstów naukowych i dokumentacji medycznej;
- 6) poprawne formułowanie pytań;
- 7) rozumienie komunikatów ustnych;
- 8) budowanie i kształtowanie relacji z pacjentem, np. umiejętność wchodzenia w rolę terapeuty i doradcy;
- 9) budowanie i kształtowanie relacji z rodziną pacjenta;
- 10) sprawne komunikowanie się z członkami zespołu medycznego;
- 11) sprawna komunikacja z innymi służbami ratowniczymi, z policją i strażą pożarną;
- 12) komunikowanie się z osobami w różnym wieku;
- 13) przekładanie języka specjalistycznego (i żargonu medycznego) na język ogólny (w mowie i piśmie);
- 14) stosowanie w mowie i piśmie terminologii medycznej;
- 15) wiedza na temat podstawowych zasad polskiej etykiety językowej (formy adresatywne, reguły grzecznościowe);
- 16) pisanie tekstów naukowych i artykułów.

¹⁶⁰ W swoich badaniach ograniczyłam się do tych 16 kompetencji i umiejętności, które były istotne z punktu tematu rozprawy oraz jej celu głównego. Mam jednak świadomość, iż lista ta jest ogólna i może zostać znacznie bardziej uszczegółowiona. Powodem, dla którego zrezygnowałam z tego działania, była długość kwestionariusza. Wydłużenie go o kolejne 10 czy nawet 20 podpunktów byłoby zniechęcające dla respondentów.

Wykres 13

Kompetencje językowe i umiejętności w zawodzie lekarza – perspektywa ucznia – oprac. własne



Z pozyskanych danych wynika, iż z perspektywy uczących się za *konieczne* umiejętności i kompetencje (75% i więcej odpowiedzi) uznawane są:

- 1) rozumienie komunikatów ustnych (90%);
- 2) czytanie ze zrozumieniem tekstów naukowych i dokumentacji medycznej (84%);
- 3) poprawne formułowanie pytań (80%);
- 4) stosowanie w mowie i piśmie terminologii medycznej (78%);
- 5) budowanie i kształtowanie relacji z pacjentem (76%).

Do *raczej koniecznych* kompetencji językowych i umiejętności (50%-75%) zaliczono:

- 1) sprawne komunikowanie się z członkami zespołu medycznego (74%);
- 2) sprawne przekładanie języka specjalistycznego na język ogólny (70%);
- 3) umiejętność głośnego prezentowania wyników (68%);
- 4) komunikowanie się z osobami w różnym wieku (67%);
- 5) wiedza na temat polskiej etykiety językowej (67%);
- 6) komunikowanie się z przedstawicielami służb ratowniczych (60%);
- 7) budowanie i kształtowanie relacji z rodziną pacjenta (52%).

Za *raczej niekonieczną* umiejętność w zawodzie lekarza (25%-50%) ankietowani uznali czytelne odrębne prowadzenie dokumentacji medycznej (48%). Natomiast jako kompetencje *zbędne* (25% i mniej) wskazano: umiejętność głośnego czytania tekstów narracyjnych (25%) oraz umiejętność pisanie tekstów i artykułów naukowych (19%).

Wyniki badania dowodzą, że w grupie kompetencji i umiejętności językowych koniecznych do opanowania w zawodzie lekarza znalazły się te, które odpowiadają też najważniejszej sprawności w hierarchii działań językowych. Najwyższej ocenione zostały kompetencje ustno-słuchowe, natomiast nieco niżej wskazano umiejętności i kompetencje wzrokowo-pisemne. Można również stwierdzić, iż zarówno budowanie i kształtowanie relacji zarówno z pacjentem, jak i z rodziną pacjenta są kompetencjami wciąż traktowanymi marginalnie. W części poświęconej sprawnościom językowym ankietowani wielokrotnie podkreślali, że najważniejsza jest komunikacja ustno-słuchowa z pacjentem. Nawiązanie kontaktu oraz kształtowanie relacji (wzbudzanie zaufania, empatia) to – w moim odczuciu – fundamenty komunikacji między lekarzem a pacjentem. Jak widać, problem komunikowania się z pacjentem dotyczy także

lekarzy cudzoziemców i nie jest on charakterystyczny tylko dla polskiej kultury, ale obejmuje zawód lekarza w ogóle.

W grupie dodatkowych kompetencji znalazła się przede wszystkim przystępna i skuteczna komunikacja z pacjentem. Respondenci zwrócili uwagę także na umiejętność przygotowania korespondencji, np. podania, odwołania, emaile z pytaniem, które można wysłać do takich urzędów i instytucji, jak ZUS, Ministerstwo Zdrowia, Okręgowa/Naczelna Izba Lekarska. Ponadto zaakcentowano umiejętność uzupełniania elektronicznej dokumentacji medycznej. Zadaniem jednej z osób lekarz cudzoziemiec powinien także nabyć umiejętność prowadzenia szkoleń dla osób o tej samej specjalizacji.

Nie dziwi natomiast uznanie umiejętności czytelnego odręcznego wypełniania dokumentacji medycznej za zbędną w zawodzie lekarza. Może to wynikać, jak już wspomniano, z prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej. Mimo tego czytelność pisma jest wciąż weryfikowana i oceniana na egzaminie z języka polskiego organizowanego przez NIL.

8.1.4. Potrzeby i oczekiwania uczących się

Najczęściej wskazywane przez ankietowanych potrzeby oraz oczekiwania wobec kursów języka polskiego do celów specjalistycznych można podzielić na następujące kategorie:

1. Potrzeby w zakresie nauki języka:
 - a) poznanie polskiej terminologii medycznej,
 - b) powtórzenie wiadomości z zakresu polskiej gramatyki,
 - c) podwyższenie znajomości języka ogólnego,
 - d) leksyka określająca narządy płciowe w rozmowie z dzieckiem¹⁶¹.
2. Oczekiwania i potrzeby w zakresie poszczególnych sprawności językowych:
 - a) słuchanie
 - rozumienie intencji pacjenta: życzenia, obawy, troski, strach, zawstydzenie,
 - rozumienie dłuższych wypowiedzi, np. na referat, prezentacja, wykład,
 - rozumienie komunikatu telefonicznego (telewizyta, teleporada),

¹⁶¹ Na to zagadnienie zwróciła uwagę także jedna z uczestniczek kursu językowego, który prowadziłam.

- b) mówienie
 - poprawa wymowy i akcentowania,
 - nabycie umiejętności przeprowadzenia wywiadu lekarskiego,
 - „żonglowanie terminologią medyczną” i w razie potrzeby umiejętność powiedzenia, tego samego prostym językiem¹⁶²,
 - przekazanie pacjentowi/rodzinie złej informacji,
 - rozmowa z dzieckiem,
 - c) czytanie
 - czytanie i interpretowanie krótkich tekstów, np. wyników badań,
 - przygotowanie do czytania długich tekstów specjalistycznych/naukowych,
 - wyszukiwanie informacji w długich tekstach,
 - d) pisanie
 - poznanie zasad ortografii,
 - nabycie umiejętności redagowania tekstów naukowych,
 - poznanie sposobów prowadzenia i wypełniania dokumentacji medycznej,
 - pisanie ze słuchu pod presją czasu – notowanie.
3. Oczekiwania i potrzeby w zakresie kompetencji socjolingwistycznej i wiedzy realioznawczej
- sposoby zwracania się do innych osób w miejscu pracy,
 - poznanie polskiej etykiety językowej,
 - zdobycie wiedzy na temat funkcjonowania polskiej służby zdrowia,
 - uzyskanie wiedzy na temat zatrudniania w sektorze zdrowotnym na polskim rynku, pracy (procedury, potrzebne dokumenty, wynagrodzenie),
 - pozyskanie wiedzy i umiejętności pozwalających zachować socjokulturowy wymiar komunikacji w polskim środowisku medycznym,
 - wiedza na temat różnych ośrodków i instytucji związanych z zawodem lekarza i znaczenie skrótowców, np. ZOL, POZ,
 - poznanie żargonu lekarskiego,
 - wiedza na temat procedur zakładania własnej działalności gospodarczej.

¹⁶² Dosłowna wypowiedź w jednej z ankiet.

4. Oczekiwania i potrzeby wobec specjalistycznej wiedzy medycznej
 - poszerzenie wiedzy z zakresu medycyny,
 - pogłębienie wiedzy z zakresu konkretnej specjalizacji,
 - zapoznanie z polską dokumentacją medyczną,
 - poznanie nazw badań i zabiegów oraz znaczenia skrótowców, np. PCI,
 - zapoznanie się z polską listą leków.
5. Inne oczekiwania i potrzeby
 - informacje na temat procedury zatrudnienia lekarzy cudzoziemców w Polsce,
 - przygotowanie do egzaminu z języka polskiego organizowanego przez Naczelną Izbę Lekarską oraz do testów będących częścią procedury nostryfikacji dyplomu,
 - pozyskanie informacji na temat podręczników i materiałów specjalistycznych, z których można uczyć się samodzielnie,
 - nawiązanie kontaktów towarzysko-zawodowych i integracja z przedstawicielami polskiego środowiska medycznego,
 - pragnienie przezwyciężenia lęku przed mówieniem w języku obcym,
 - podniesienie swojego poziomu profesjonalizmu,
 - możliwość rozmowy w języku polskim, ponieważ na co dzień jest to niemożliwe,
 - przygotowanie się do rozmowy kwalifikacyjnej,
 - cierpliwość ze strony nauczyciela.

Przedstawione wyniki skłaniają do następujących konkluzji: po pierwsze, kurs PJMed dla uczących się jest okazją do powtórzenia polskiej gramatyki – i co było podkreślane wielokrotnie w ankietach – poprawienia poziomu znajomości ogólnej polszczyzny. Nierzadko osoby decydujące się na zajęcia z języka specjalistycznego wciąż borykają się z brakami na poziomie języka ogólnego. Dlatego tak istotne jest przeprowadzanie testów diagnostycznych przed rozpoczęciem zajęć, aby możliwie jak najdokładniej ocenić rzeczywisty poziom opanowania języka ogólnego. Jest to ważne szczególnie w przypadku prowadzenia zajęć grupowych. Dzięki temu lektor prowadzący będzie miał większą wiedzę na temat wewnętrznego zróżnicowania nauczanej grupy. Osoby biorące udział w kursie mogą mieć inne oczekiwania nie tylko wobec nauki języka specjalistycznego, ale także wobec języka ogólnego. Nierzadko zajęcia te

są traktowane jako kurs językowy, bez podziału na język medyczny i język ogólny.

Jeśli chodzi o samą polszczyznę medyczną, w zdecydowanej większości przeanalizowanych ankiet podkreśla się konieczność rozszerzenia zasobu terminologii medycznej. Jedna z osób zwróciła szczególną uwagę na nazewnictwo narządów płciowych w rozmowach z dziećmi. Jest to aspekt komunikacji *lekarz – pacjent*, z którego istnienia nie zdają sobie osoby niepracujące z dziećmi czy też niezajmujące się nimi w kontekście medycznym.

W kwestii sprawności językowych potrzeby ankietowanych wynikają z chęci osiągnięcia jak najwyższego poziomu opanowania języka w ogóle. Osoby biorące udział w ankiecie najczęściej wymieniały sytuacje, w których potrzebna jest im konkretna umiejętność związana z działaniem komunikacyjnym.

Ponadto dla dużego grona respondentów udział w zajęciach PJMed wiąże się nie tylko z rozwinięciem kompetencji językowych, ale przede wszystkim z podwyższeniem poziomu wiedzy z zakresu medycyny. Sama miałam okazję doświadczyć sytuacji, kiedy osoby biorące udział w zajęciach oczekiwały od lektora odpowiedzi na pytanie dotyczące *stricte* wiedzy medycznej. Respondenci zgłaszali potrzebę uzyskania informacji na temat aktualnych podręczników do konkretnej specjalizacji czy w ogóle do nauki medycyny.

Istotna z punktu widzenia organizacji kursów języka polskiego do celów medycznych w przyszłości jest specjalistyczna wiedza medyczna. Kwestia ta była niejednokrotnie podnoszona przez ankietowanych. Uczestnicy kursów PJMed oczekują zdobycia wiedzy z zakresu medycyny ogólnej oraz konkretnej specjalizacji (por. Oczko 2021a). W tej sytuacji trudno oprzeć się wrażeniu, że w opinii ankietowanych, czyli uczących się, nauczyciel nie tylko uczy języka, ale jest także specjalistą w zakresie medycyny (albo przynajmniej posiada wiedzę w tym zakresie. Z tego powodu ważne jest uświadomienie słuchaczom na samym początku zajęć, że nauczyciel jest specjalistą przede wszystkim w kształceniu językowym. Przekazywanie wiedzy naukowej z zakresu medycyny wykracza dalece poza jego kompetencje. Wprawdzie wskazane jest, aby osoba prowadząca lekcje wykazywała zainteresowanie przedmiotem oraz posiadała podstawową znajomość z obszaru konkretnej dziedziny, ale nie musi być wykładowcą tej dyscypliny. Jak podkreślają E. Gajewska i M. Sowa (2014: 112), sytuacja, w której uczniowie występują w roli ekspertów w stosunku do nauczyciela-laika, jest w glottodydaktyce specjalistycznej bardzo częsta.

Podobnie jak w kwestii wiedzy z zakresu medycyny, tak i tutaj mogą pojawić się kwestie, które będą wykraczały poza kompetencje lektora. Nauczyciel jest więc dla kursantów/słuchaczy osobą, która powinna posiadać wiedzę na każdy temat, aby przygotować do wykonywania zawodu nie tylko w zakresie kompetencji językowej, ale również wiedzy specjalistycznej oraz zawodowej. Zapewne taka postawa uczących się wynika z faktu, że to lektor jest osobą „pierwszego kontaktu w języku obcym”, z którą uczeń spotyka się najczęściej i do której ma największe zaufanie. Niemniej jednak, w moim odczuciu osoba ucząca powinna posiadać podstawową wiedzę na ten temat, aby przynajmniej nakierować uczących się na źródła, gdzie tej wiedzy szukać.

Oprócz tego, przyszli potencjalni uczestnicy kursów języka medycznego oczekują od organizatorów – głównie lektora – wiedzy na tematy związane z rynkiem pracy (tu szczególnie sektorem ochrony zdrowia): informacji na temat procedury zatrudniania, potrzebnych dokumentów, miejsc, gdzie można pozyskać wiedzę na temat oferty pracy i oczekiwań przyszłych pracodawców.

Określając oczekiwania wobec kursu językowego, ankietowani wymienili potrzebę uzyskania wiedzy na temat procedury zatrudniania w sektorze zdrowotnym na polskim rynku pracy (przebieg nostryfikacji dyplomu, minimalne wynagrodzenie dla lekarzy i pielęgniarek, czas oczekiwania na konkretne dokumenty).

Choć w ankiecie wzięły udział osoby z Białorusi, Rosji oraz Ukrainy, czyli krajów bardzo zbliżonych kulturowo do Polski, dwoje respondentów zwróciło uwagę na potrzebę rozwijania kompetencji socjolingwistycznej i socjokulturowej, które pozwalają zachować socjokulturowy wymiar komunikacji. Kwestie socjolingwistyczne w nauczaniu języków specjalistycznych są mało zbadane, a materiały, które dotyczą socjolingwistyki w glottodydaktyce do celów zawodowych wpisują się w perspektywę badań lingwistycznych, etnolingwistycznych i nie kierują swoich obserwacji na grunt dydaktyki (Oczko 2021c). Jak wynika z przeprowadzonej analizy potrzeb, zagadnienia kompetencji socjolingwistycznej, ale nie tylko, bo również socjokulturowej i realizowawczej, powinny znaleźć stałe miejsce w nauczaniu polskiego języka medycznego.

Na sam koniec warto podkreślić, że zajęcia te dla wielu osób są jedyną okazją do mówienia w języku polskim, ale też przełamania pewnych barier w komunikowaniu się w języku obcym. Poza tym dają możliwość okazją nawiązania nowych kontaktów i znajomości.

Powyższe omówienie potrzeb oraz oczekiwań uczestników kursów językowych prowadzi do wniosku, iż oczekiwania uczestników kursów są wielowymiarowe i nie skupiają się wyłącznie wokół nauki języka. Niemniej jednak lektor prowadzący zajęcia powinien umiejętnie stawiać granice, aby aspekt nauki języka – który mimo wszystko jest najważniejszy – nie zszedł na drugi plan w obliczu innych oczekiwań uczestników zajęć.

8.2. Perspektywa nauczyciela

8.2.1. Charakterystyka grupy badawczej

Badanie zostało przeprowadzone wśród 15 osób, które zajmują się nauczaniem *polskiego języka medycyny (medycznego)*. Według nomenklatury metodologii badań pedagogicznych jest to mała próba badawcza (Łobocki 2007 za: Wilczyńska, Michońska-Stadnik 2010: 189). Z tego powodu ankieta ma charakter pilotażowy, a prezentowane wyniki należy potraktować jako anonsujące pewien problem badawczy, wymagający dokładniejszego przeanalizowania i opracowania w przyszłości.

W badaniu wzięły udział zarówno osoby dopiero rozpoczynające uczenie polszczyzny medycznej, jak i nauczyciele z 15-letnim doświadczeniem. Tylko pięcioro ankietowanych zadeklarowało, że uczy PJMed blisko rok, natomiast pozostali uczestnicy badania to po troje lektorów z 6-letnim i 15-letnim stażem, jedna osoba ucząca dziesięć lat oraz trzy osoby pracujące na stanowisku lektora PJMed od czterech lat. Wprawdzie biorąc udział w ankiecie grupa nauczycieli jest niewielka, ale jej zaletą jest to, że zdecydowana większość ankietowanych wykazywała wieloletnie doświadczenie w nauczaniu polszczyzny medycznej (średnia długość wynosi osiem lat).

Ankietowani posiadają doświadczenie w prowadzeniu zajęć zarówno indywidualnych, jak i grupowych organizowanych tak przez szkoły prywatne, jak i uczelnie medyczne. Jeden z nauczycieli specjalizuje się wyłącznie w organizowaniu kursów przygotowujących do egzaminu z języka polskiego organizowanego przez NIL. Wśród 15 osób biorących udział w ankiecie dwie prowadzą tylko zajęcia online.

Na pytanie dotyczące wsparcia metodycznego w miejscu pracy tylko troje ankietowanych (tj. 20%) udzieliło odpowiedzi twierdzącej. Oznacza to, że przeważająca większość nauczycieli języka polskiego do celów medycznych (nawet przy tak małej grupie badawczej) jest zmuszona radzić sobie z organizacją zajęć we własnym zakresie. Pomoc oferowana przez miejsce pracy polega na opracowaniu programu nauczania, zapewnianiu dostępu do podręczników oraz informacji na temat źródeł, w których można szukać ciekawych materiałów. Wśród form wsparcia lektora w pracy wymieniono również możliwość konsultacji zakresu treści kursu ze specjalistami, czyli lekarzami.

8.2.2. Narzędzia dydaktyczne

Druga część ankiety została poświęcona wykorzystywanym na zajęciach podręcznikom oraz materiałom glottodydaktycznym. Ankietowani nie tylko dzielili się informacjami na temat pozycji, po które oni najczęściej sięgają w trakcie prowadzonych przez siebie zajęć, ale także dokonywali ich oceny w czterostopniowej skali. Badanie to miało na celu skonfrontowanie własnych spostrzeżeń z opinią innych praktyków oraz pogłębienie badań nad materiałami do nauczania PJMed w niniejszej rozprawie.

Pytanie dotyczące wykorzystywanych na zajęciach materiałów brzmiało: „Z jakich materiałów korzysta Pani/Pan na swoim kursie? Proszę podać tytuły podręczników” i celowo miało formę otwartą. Istniały obawy, że wykaz podręczników może być zbyt sugestywny i/lub sterujący i ankietowani mogliby zaznaczyć jakąś publikację bez jej znajomości¹⁶³.

¹⁶³ Nie oznacza to, że takiego ryzyka nie było przy pytaniu otwartym. Byłoby to jednak zdecydowanie trudniejsze.

Tabela 42
Najczęściej wskazywane materiały – oprac. własne

	Tytuł podręcznika	Liczba wskazań
1	Materiały własne	9
2	<i>Co Panu dolega?</i>	5
3	<i>U lekarza. Słucham i rozumiem</i>	5
4	<i>Język polski w medycynie</i>	4
5	<i>Chcę studiować medycynę</i>	3
6	<i>Będę lekarzem</i>	2
7	<i>Będę dentystą</i>	2
8	<i>Będę farmaceutą</i>	1
9	<i>Anatomia. Język specjalistyczny</i>	1
10	<i>Proszę oddychać, cz. I, III</i>	1
11	<i>Interna Szczeklika</i>	1

Z powyższego zestawienia wynika, że największą popularnością cieszą się wielokrotnie przywoływane już podręczniki: *Co Panu dolega?*, *U lekarza?*, *Chcę studiować medycynę*. Ankietowani wymienili też kilkakrotnie kompendium polskiego słownictwa medycznego w wersji dwujęzycznej *Język polski w medycynie*. Dwukrotnie wskazana została również dostępna w wersji pdf publikacja *Będę lekarzem*. Pozostałe pozycje przywoływane są tylko po jednym razie. Na uwagę zasługuje umieszczenie na liście *Interny Szczeklika*, która nie jest podręcznikiem do nauki języka, ale znanym podręcznikiem wśród polskich studentów medycyny. Najczęściej jednak w pytaniu o wykorzystywane na zajęciach podręczniki i publikacje podawano materiały własne – wskazało je aż 9 osób, czyli ponad połowa ankietowanych.

Na rynku zdecydowanie brakuje materiałów będących pomocą w przygotowywaniu się do egzaminu z języka polskiego w NIL (oprócz przykładowych zadań, o których była już mowa). Jak dowiodły analizy przeprowadzone w poprzednim rozdziale, celem kursów języka polskiego do celów medycznych jest przede wszystkim przygotowanie do wspomnianego tu egzaminu, który jest warunkiem koniecznym, aby ubiegać się o pracę w Polsce. Brak pomocy glottodydaktycznych do przygotowania takich zajęć wymusza na lektorach przygotowanie własnych materiałów. Poza tym nierzadko uczestnicy kursów mają jasno sprecyzowane cele do osiągnięcia i nie zawsze istniejące na rynku podręczniki są dobrym materiałem do wykorzystania w konkretnym przypadku. Jako potwierdzenie wypowiedź jednego z respondentów:

„Kurs medyczny – wyłącznie własne materiały stworzone pod kątem wymagań egzaminacyjnych. Przygotowuję absolwentów kierunków medycznych do egzaminu w Naczelnej Izbie Lekarskiej, aby mogli odbyć staż i podjąć pracę w Polsce.” [ANKIETA_2N]

Na ewaluację materiałów rynkowych do nauczania PJMed składały się 3 pytania¹⁶⁴:

Oceny podręczników dokonało 13 z 15 ankietowanych. Kryteria oceny zostały wpisane w następujące kategorie stwierdzeń:

- 1) Podręczniki odpowiadają rzeczywistym potrzebom językowym uczących się.
- 2) Podręczniki umożliwiają realizację celów kształcenia określonych w programie nauczania.
- 3) Teksty w podręcznikach prezentują realne sytuacje komunikacyjne.

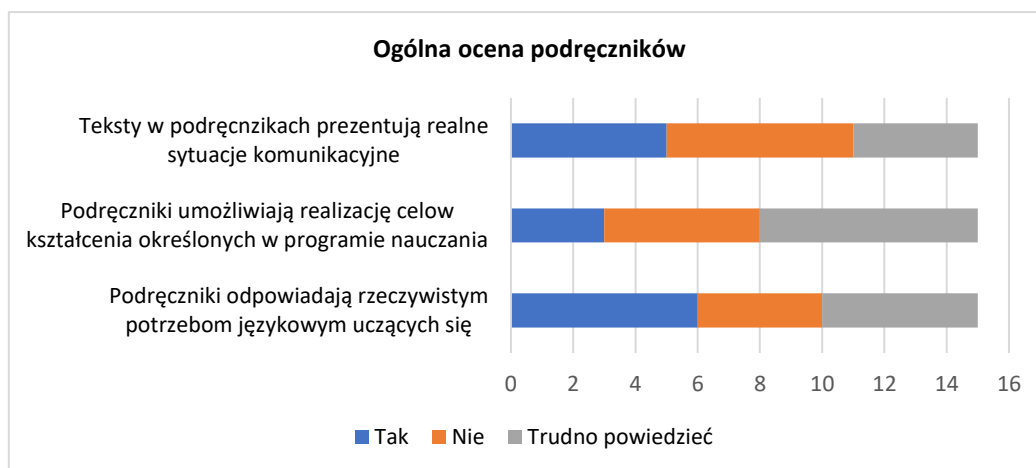
W celu dokonania oceny materiałów pod względem powyższych kategorii wykorzystana została trójstopniowa skala ocen: (1) *tak*, (2) *nie*, (3) *trudno powiedzieć*. W przypadku pierwszego zagadnienia 6 osób udzieliło odpowiedzi twierdzącej, 5 ankietowanych wybrało wariant *trudno powiedzieć*, natomiast 4 ankietowanych udzieliło odpowiedzi negatywnej.

Kwestia wykorzystania podręczników do realizacji celów kształcenia określonych w programie nauczania została oceniona w bardzo zbliżony sposób – siedem osób udzieliło odpowiedzi neutralnej. Zdaniem trzech respondentów można używać ogólnodostępnych materiałów, ponieważ mogą realnie wspomóc realizację zamierzonych na kursach celów, a dla pięciorga dostępne na rynku podręczniki nie stanowią żadnej pomocy w realizowaniu programu kształcenia. W trakcie badania nie uzyskano także miarodajnych wyników i informacji na temat przydatności zawartych w podręcznikach tekstów. Pięć osób oceniło tę kwestię pozytywnie, sześć było zdania, że teksty nie prezentują realnych sytuacji komunikacyjnych, a czworo ankietowanych nie wskazało jednoznacznej odpowiedzi, zaznaczając *trudno powiedzieć*.

¹⁶⁴ Przed przystąpieniem do tej części ankietowani mogli zdecydować, czy chcą wziąć w niej udział, czy też nie odpowiadając na pytanie: *Czy znajomość podręczników do nauczania PJMed pozwoli Pani/Panu na ich krótką ocenę?*.

Wykres14

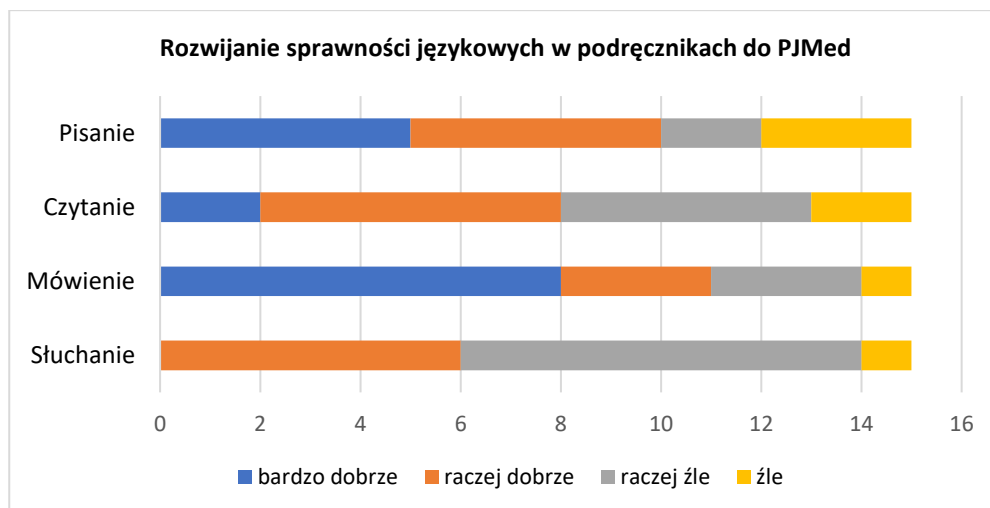
Ogólna ocena podręczników – oprac. własne



W trzecim pytaniu, ostatnim związanym z podręcznikami, ankietowani musieli dokonać ich oceny pod kątem rozwijania sprawności językowych. Respondenci zostali poproszeni o wyrażenie swojej opinii i postawienie oceny 1) *bardzo dobrze*, 2) *raczej dobrze*, 3) *raczej źle*, 4) *źle*, w jakim stopniu dostępne na rynku glottodydaktycznym materiały do nauczania PJMed i zawarte w nich techniki wspomagają rozwijanie sprawności językowych.

Wykres 15

Rozwijanie sprawności językowych w podręcznikach do PJMed – ocena nauczycieli – oprac. własne



Z powyższych danych wynika, że zawartość materiałów pod kątem rozwijania sprawności językowych oraz technik wspomagających kształcenie tych umiejętności została oceniona stosunkowo pozytywnie. Zdaniem osób biorących udział w badaniu oceniane materiały bardzo dobrze wspomagają rozwijanie

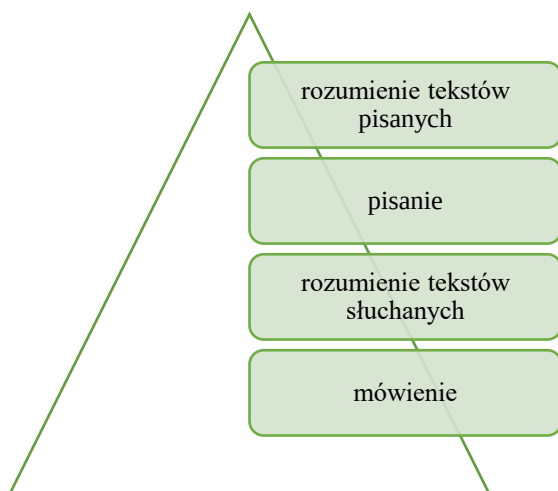
sprawności pisania (5 odpowiedzi) oraz mówienia (8 odpowiedzi). Zdania natomiast były podzielone przy ocenie materiałów pod kątem sprawności czytania i słuchania. Z udzielonych odpowiedzi wynika, iż ocena technik rozwijania sprawności czytania, jak i sama sprawność w materiałach nie jest tak oczywista. Dowodem tego mogą być dane uzyskane w pytaniu wcześniejszym, w którym ankietowani musieli ocenić zawarte w podręcznikach i materiałach teksty. Tam również nie uzyskano jednoznacznych danych.

W uwagach do materiałów za najpoważniejsze można uznać błędy merytoryczne w treści. Pozostałe odpowiedzi miały raczej charakter ogólny i dotyczyły głównie niedostatku materiałów na rynku glottodydaktycznym, np. ankietowani zwrócili uwagę na brak podręcznika przygotowującego do egzaminu NIL czy podręcznika do nauki anatomii dla osób będących na wyższym poziomie zaawansowania JOg.

8.2.3. Sprawności językowe – rola i hierarchia

Grupa badanych nauczycieli, podobnie jak i studentów, musiała odpowiedzieć na pytanie, którym sprawnościom należy poświęcić najwięcej czasu i uwagi na zajęciach/kursie języka polskiego do celów medycznych, aby możliwie jak najlepiej przygotować słuchaczy do pracy w zawodzie lekarza.

Uczestnicy badania byli zgodni co do tego, że powinna to być sprawność mówienia (dziewięć osób, tj. 60%). Na drugim miejscu znalazła się sprawność słuchania (cztery osoby – 26%), a sprawność pisania znalazła się na miejscu trzecim (jedna osoba – 7%). Jeden z ankietowanych (tj. 7%) był z kolei zdania, że wszystkim sprawnościom należy poświęcać w miarę tyle samo czasu. Sprawności czytania nie była wskazywana przez uczestników badania.



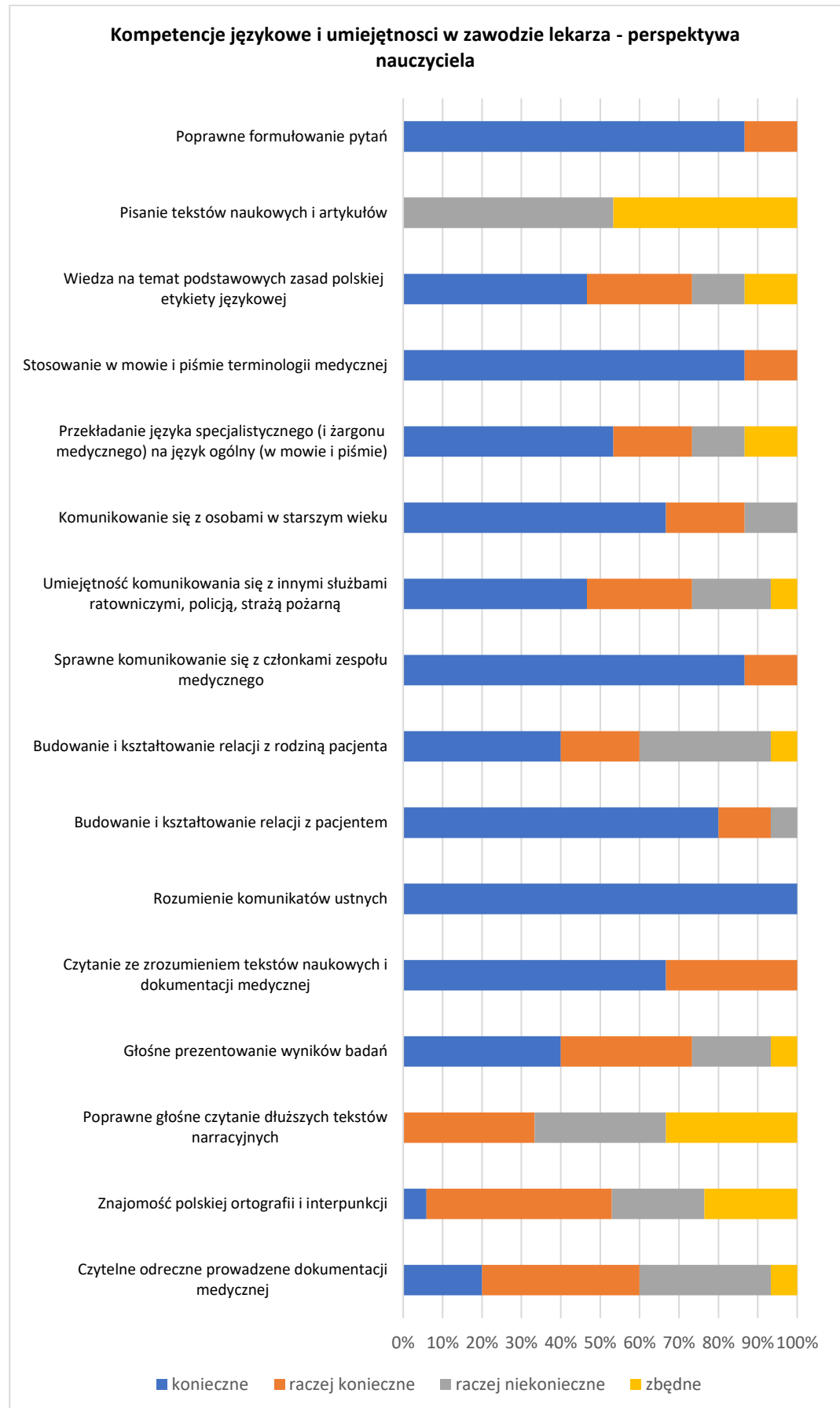
Porównując odpowiedzi nauczycieli z tymi, które pojawiły się w arkuszach wypełnionych przez uczących się, można stwierdzić, że są one identyczne. Zarówno uczący jak i uczący się mają takie samo podejście to rozwijania sprawności językowych i ilości poświęconego na ich rozwijanie czasu. W uzasadnieniu swoich decyzji lektorzy podkreślają fakt, iż podstawą pracy w zawodzie lekarza jest kontakt z drugim człowiekiem. Odwołano się także do formy egzaminu NIL, na którym głównie weryfikuje się sprawność mówienia (ocenie poddawany jest także sposób wysławiania się). Zwrócono także uwagę, że bardzo często na kursy językowe PJMed trafiają osoby, które mają duże problemy z pisanem nawet na poziomie ortografii. W tej sytuacji rozwijaniu sprawności pisania należy poświęcić zdecydowanie więcej uwagi.

8.2.4. Kompetencje językowe w zawodzie lekarza

Ostatnia część ankiety miała identyczną budowę oraz wykorzystano tę samą skalę jak w kwestionariuszu kierowanym do uczniów. Był to zabieg celowy, aby we wnioskach końcowych porównać ze sobą odpowiedzi udzielone przez specjalistów od nauczania PJMed (lektorzy) z odpowiedziami specjalistów w danej dziedzinie, którzy uczą się języka obcego (uczący się-lekarze). Wyniki badania zostały zebrane w poniższej tabeli:

Wykres 16

Kompetencje językowe i umiejętności w zawodzie lekarza – perspektywa nauczyciela – oprac. własne



Z przedstawionych danych wynika, że dla uczniów-specjalistów w grupie kompetencji językowych oraz umiejętności koniecznych do opanowania (75% i więcej) znalazły się:

- 1) rozumienie komunikatów ustnych (100%);
- 2) umiejętność poprawnego formułowania pytań (86%);
- 3) sprawne komunikowanie się z członkami zespołu medycznego (86%);
- 4) stosowanie w mowie i piśmie terminologii medycznej (86%);
- 5) budowanie i kształtowanie relacji z pacjentem (80%).

Z kolei wśród raczej koniecznych kompetencji językowych i umiejętności (50%-75%) wymienić należy:

- 1) umiejętność komunikowania się z osobami w różnym wieku (66%);
- 2) czytanie ze zrozumieniem tekstów naukowych i dokumentacji medycznej (66%);
- 3) umiejętność przekładania języka specjalistycznego na język ogólny (53%)
- 4) umiejętność głośnego prezentowania wyników (68%).

Pozostałe umiejętności i kompetencje językowe zostały uznane za raczej zbędne i zbędne:

- 1) wiedza na temat polskiej etykiety językowej (46%);
- 2) umiejętność komunikowania się z innymi służbami (46%)
- 3) umiejętność głośnego prezentowania wyników (40%);
- 4) budowanie i kształtowanie relacji z rodziną pacjenta (40%);
- 5) czytelne prowadzenie dokumentacji medycznej (40%);
- 6) umiejętność głośnego czytania tekstów narracyjnych (33%);
- 7) umiejętność pisanie tekstów i artykułów naukowych (53%).

Jeden z uczestników badania zwrócił uwagę, iż na liście kompetencji oraz umiejętności przydatnych w zawodzie lekarza powinna znaleźć się także umiejętność odczytywania i interpretowania komunikacji niewerbalnej:

„Powinno się również nauczać komunikacji niewerbalnej danego kraju związanej z obyczajami, kulturą danego kraju. (*kulturą w znaczeniu odpowiedniego zachowania się w danej sytuacji, np. zdjęcie czapki, kontakt wzrokowy, siedzenie przodem do pacjenta itd.)” [ANKIETA 4_N]

8.3. Podsumowanie

Celem przedstawionych w niniejszym rozdziale badań była analiza następujących kwestii i zagadnień:

- 1) miejsca sprawności językowych w procesie organizacji zajęć z języka polskiego do celów medycznych zajmują sprawności językowe: perspektywa uczącego się i nauczyciela;
- 2) organizacji kursu językowego: materiały glottodydaktyczne i ich ocena przydatności, oczekiwania uczących się wobec kursu języka specjalistycznego;
- 3) językowe kompetencje zawodowe: perspektywa uczącego się i nauczyciela;
- 4) przygotowanie i wspomaganie nauczycieli do nauczania PJMed.

Wprawdzie zarówno wśród uczących się i nauczycieli pojawiały się głosy krytyczne wobec hierarchicznego (selektywnego) traktowania sprawności w nauczaniu PJMed, to jednak analiza zebranych danych pozwala stwierdzić, że najważniejszą sprawnością – zdaniem badanych – jest mówienie. Wynik ten tylko potwierdza ogólnie przyjętą zasadę, że opanowanie sprawności mówienia świadczy o sukcesie uczenia się języka obcego. Ponadto, można odnieść wrażenie, że ankietowani w zdecydowanej większości, mówiąc o *języku medycyny (medycznym)*, mają na myśli język dla potrzeb zawodowych, a nie do celów akademickich/naukowych. Może to wynikać z faktu, iż cudzoziemców podejmujących studia medyczne w języku polskim jest zdecydowanie mniej niż lekarzy-obcokrajowców przybywających do Polski w celach zarobkowych.

Jeśli chodzi o narzędzia glottodydaktyczne dostępne na rynku, spotkały się one z raczej z negatywną oceną. W odpowiedziach przeważały informacje, że na zacięciach wykorzystywane są autorskie materiały, które są dostosowane do konkretnej grupy/uczącego się i jasno sprecyzowanych oczekiwań. W tej sytuacji należałoby zastanowić się, co może wpłynąć na poprawienie tej sytuacji – opracowanie materiałów zgodnie z uwagami i sugestiami osób uczących się i nauczających czy może przygotowanie swego rodzaju poradnika, będącego pomocnym narzędziem dla lektorów nauczających języka polskiego do celów medycznych? To pytanie pozostawiam do dyskusji, aczkolwiek wiąże się ono bardzo mocno z zagadnieniem przygotowania osób nauczających do pracy w

zawodzie. Z zebranych danych wynika, że lektorzy nie mają żadnego wsparcia ze strony koordynatorów czy metodyków w miejscu pracy. Osobnego omówienia wymaga samo zagadnienie przygotowania na studiach i specjalizacjach glottodydaktycznych przyszłych nauczycieli JPJO do celów zawodowych. Jest to jednak obszerny temat, które na gruncie glottodydaktyki polonistycznej jest często podnoszone przez P. Gębala i E. Komorowską.

Oczekiwania osób mających dłuższe doświadczenie w nauce JOg oraz PJMed wiązały się przede wszystkim – oprócz podniesienia własnych kompetencji językowych zarówno w zakresie JOG, jak i PJMed – z poznaniem informacji na temat pracy w polskojęzycznym środowisku. Respondenci łączą naukę języka obcego z przyswojeniem wiedzy medycznej. Jest to istotna konkluzja, w pewien sposób przesądza bowiem o wyborze metody nauczania – CLIL. Warto w tym miejscu jeszcze raz podkreślić, że osoby biorące udział w kursach językowych PJMed w zdecydowanej większości (w badanej przeze mnie grupie były to 4 osoby) nie są czynne zawodowo na polskim rynku pracy i przygotowują się do nostryfikacji dyplomu, która z kolei łączy się z przygotowaniem do Lekarskiego Egzaminu Państwowego. W obliczu takiej sytuacji zajęcia językowe powinny rozwijać wśród uczących się strategie samodzielnego uczenia się. Ponadto uczący zgłaszali potrzebę włączenia w program językowych informacji na temat realiów zawodowych w Polsce. Te spostrzeżenia prowadzą do wniosku, iż dla cudzoziemców-lekarzy kurs PJMed ma charakter wielowymiarowy i wielofunkcyjny. To natomiast zgodnie podkreślali, iż udział w kursie podniesie ich kwalifikacje językowe, co z kolei zwiększy ich szanse na znalezienie pracy w polskich placówkach zdrowia. Przy tak dość zróżnicowanych oczekiwaniach uczących się jeszcze bardziej wyrazista staje się konieczność właściwego przygotowania lektora nauczającego języka do celów zawodowych.

W ankiecie celowo pominięto ocenę kursów języka polskiego do celów medycznych, ponieważ wymagałoby to od uczestników badania dokonania bardziej szczegółowej charakterystyki zajęć. Aspekt ten został uwzględniony w innym kwestionariuszu, którego wnioski prezentuję w osobnym artykule (Oczko 2021a). We wspomnianym kwestionariuszu respondenci zostali poproszeni o dokonanie oceny własnych postępów w nauce, atrakcyjności zajęć (tempo przebiegu lekcji, klarowność wyjaśnień lektora) i przydatności kursu w rozwoju

zawodowym. Osoby biorące udział w badaniu oceniały także materiał, któremu poświęcono zbyt wiele lub za mało czasu (Oczko 2021a: 136).

Ze względu na zbyt małą próbę badawczą lektorów trudno zestawiać pozyskane wyniki z danymi z ankiet studenckich. Niemniej jednak można wysunąć pewnie wnioski natury ogólnej. Jeśli chodzi o kompetencje konieczne w zawodzie lekarza, odpowiedzi zarówno uczących się, jak i nauczycieli są niemal identyczne. Obydwie badane grupy najwyżej oceniły następujące 4 umiejętności: rozumienie komunikatów ustnych, poprawne formułowanie pytań, stosowane w mowie i piśmie terminologii medycznej oraz kształtowane relacji z pacjentem. Dla uczących się 5. *konieczną* umiejętnością jest czytanie ze zrozumieniem tekstów naukowych i dokumentacji medycznej, natomiast nauczyciele wskazali w tej grupie sprawne komunikowanie się z zespołem medycznym. Mając na uwadze fakt, że aż 74% uczących się wskazało tę umiejętność jako raczej konieczną można stwierdzić, że wciąż jest to bardzo wysoki wynik. To z kolei przemawia za stwierdzeniem, że umiejętność ta jest konieczna w zawodzie lekarza zarówno z perspektywy uczących się, jak i nauczających języka. Identyczna sytuacja ma miejsce w kwestii sprawnego komunikowania się z członkami zespołu medycznego. Według skali procentowej w wynikach ankiet nauczycieli umiejętność ta znalazła się w kategorii raczej konieczna, natomiast uczący się uznali ją za konieczną.

Jeśli chodzi o grupę kompetencji raczej koniecznych, u uczących się jest ona znacznie rozbudowana. Lekarze-cudzoziemcy, jak i lektorzy PJMed w tej kategorii wymienili sprawne przekładanie języka specjalistycznego na język ogólny, umiejętność głośnego prezentowania wyników oraz komunikowanie się z osobami w różnym wieku. Zestaw umiejętności wskazywanych jako *raczej konieczne* przez uczących się jest zdecydowanie bardziej rozbudowany niż jak ma to miejsce w ankietach nauczycieli. Takie umiejętności, jak sprawne komunikowanie się z członkami zespołu medycznego, wiedza na temat polskiej etykiety językowej, komunikowanie się z przedstawicielami służb ratowniczych czy budowanie i kształtowanie relacji z rodziną pacjenta z perspektywy uczącego się pełnią rolę raczej koniecznych w wykonywanym przez niego w przyszłości zawodzie lekarza. Przez nauczycieli zostały one wskazane jako raczej zbędne i/lub zbędne. Mam oczywiście świadomość, że takie rozbieżności w odpowiedziach mogą wynikać z dysproporcji, jaka jest między liczbą uczestników obydwu ankiet – 87 uczących się i 15 nauczycieli, czyli stosunek 6:1.

CZEŚĆ III

Rozdział IX

**Model rozwijania sprawności
językowych w nauczaniu
polskiego języka medycyny (medycznego)
– propozycja autorska**

9.1. *Polski język medycyny (medyczny)* do celów akademickich i zawodowych – autorskie ustalenia terminologiczne i definicyjne

Wprawdzie autorskie ustalenia terminologiczne i definicyjne powinny znaleźć się na samym początku pracy, aby precyzyjnie wprowadzić czytelnika w tematykę, podjęłam jednak decyzję, aby własne przemyślenia zawrzeć w ostatniej części rozprawy. Wpłynęły na to dwa czynniki. Po pierwsze, za konieczne przyjąłam przedstawienie w pierwszej kolejności dotychczasowych ustaleń badaczy zajmujących się tematyką nauczania JS, w szczególności PJMed. Po drugie, tematykę rozważań dopełniłam omówieniem wyników badań empirycznych. Dopiero połączenie wniosków z literatury przedmiotu oraz rezultatów prowadzonych analiz pozwalają mi na przedstawienie w części III własnego stanowiska.

Od samego początku pisania niniejszej rozprawy towarzyszyły mi wątpliwości związane z nomenklaturą nazewniczą. W literaturze przedmiotu zastałam bowiem niełatwą do okiełznania różnorodność terminologiczną: *język medyczny*, *język medycyny*, *język lekarski*, *język dla lekarzy*, *język dla studentów medycyny*, *język nauki i praktyki klinicznej*, *żargon lekarski*. Na gruncie glottodydaktyki polonistycznej autorzy publikacji naukowych oraz podręczników do nauczania używają określenia *język medyczny*, z kolei w publikacjach językoznawczych funkcjonuje rozróżnienie na *język medycyny* i *język lekarzy*.

Ostatecznie postanowiłam, że rozsądnym rozwiązaniem będzie kontaminacja dwóch funkcjonujących obok siebie nazw, aby konsekwentnie posługiwać się jedną – *polski język medycyny (medyczny)*. Takie rozwiązanie wynikało z chęci połączenia myśli językoznawczej i glottodydaktycznej, których dorobek wzajemnie się uzupełnia. Propozycja ta nie jest zatem tożsama z terminem *język prawa (prawniczy)*. Na potrzeby pracy posługiwałam się także akronimem PJMed, choć w pierwszej swojej publikacji anonsującej prowadzone badania operowałam skrótowcem PJM¹⁶⁵.

Nie zdecydowałam się na termin *polski język lekarzy*, choć zostało mi to zasugerowane w trakcie *Międzynarodowego Kongresu Języka i Kultury Polskiej* w Szczecinie we wrześniu 2021 roku. Mimo że propozycja ta także znajduje pewne uzasadnienie (szczególnie jeśli chodzi o komunikację w relacji *lekarz – lekarz*),

¹⁶⁵ Miałam pełną świadomość, że akronim ten oznacza polski język migowy.

moim zdaniem termin *polski język medycyny (medyczny)* lepiej oddaje złożoność badanego przeze mnie zjawiska.

W rozdziale III starałam się pokazać, że zdefiniowanie *polskiego języka medycyny (medycznego)* jest zadaniem niezwykle trudnym, szczególnie dla osoby, która stawia pierwsze kroki jako naukowiec. Odpowiedzi na pytanie, czym jest *polski język medycyny (medyczny)* szukałam w badaniach językoznawczych, glottodydaktycznych, dokumentach prawnych, definicjach słownikowych. W przywołanych pracach, szczególnie z zakresu językoznawstwa i glottodydaktyki, najczęściej miejsca poświęca się aspektowi lingwistycznemu – leksyce, gramatyce i gatunkom tekstowym. W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 29.06.2009 wprowadzie nie został wprost użyty termin *polski język medycyny (medyczny)* i/lub *język lekarski* czy *język specjalistyczny*, ale dokładnie określono grupę docelową (lekarze, lekarze-dentyści). Język ten został opisany w odniesieniu do umiejętności językowych w mowie i piśmie, którymi powinien wykazywać się każdy obcokrajowiec, planujący pracować w Polsce w zawodzie lekarza lub lekarza dentysty. Jest to bardzo pragmatyczne ukazanie języka, w dodatku z perspektywy użytkownika, czyli lekarza.

Starałam się także opisać PJMed według kryteriów zaproponowanych przez T.M. Cabré z nadzieją, że konkluzje przybliżą mnie do odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób zdefiniować *polski język medycyny (medyczny)*. Analiza wyróżników pragmatycznych, szczególnie użytkowników PJMed pokazała, że równie ważna jak komunikacja *lekarz – lekarz (specjalista – specjalista)* jest komunikacja *lekarz – pacjent (specjalista – niespecjalista)*, choć zachodzą znaczące różnice między nimi. W klasyfikacji T.M. Cabré temat/przedmiot specjalistyczny znalazł się na pierwszym miejscu w hierarchicznej klasyfikacji wyróżników JS. W podrozdziale 3.3 uwagę skupiałam na *medycynie* jako dziedzinie naukowej, podkreślając jednocześnie jej wewnętrzne zróżnicowanie. O *języku biznesu* mówi się, że jest to określenie zbiorowe/ogólne (ang. *umbrella term*), ponieważ „w jego skład wchodzi, w zależności od sytuacji komunikacyjnych, rozmaite języki specjalistyczne oraz, w znacznym stopniu, język ogólny (Ligara, Szupelak 2012: 86), a „nauczenie go (języka biznesu – przyp. P.O.) to poruszanie się w jednej lub co najwyżej kilku dziedzinach będących pod tym parasolem” (Mamet 2001: 64).

Wykresy przedstawiające dziedziny nauki, z których czerpie medycyna oraz wykres obrazujący wewnętrzny podział na specjalizacje dowodzi (Rozdział

III), jak bardzo niejednorodna jest medycyna. Potwierdzeniem tej tezy jest pełne encyklopedyczne wyjaśnienie pojęcia, z którego wynika, że *medycyna* to: „nauka o zdrowiu i chorobie człowieka oraz sztuka leczenia i zapobiegania chorobom; medycyna należy do nauk przyrodniczych, gdyż opiera się na biologii, chemii, fizyce i in., ale również do nauk humanistycznych, gdyż jej podmiotem jest człowiek — dlatego też korzysta z psychologii, socjologii i in. nauk społecznych. Dyscypliny medyczne dzielą się na podstawowe i kliniczne [...]. Jednocześnie tworzyły się specjalności integrujące podstawową i kliniczną wiedzę medyczną wokół problemów pojawiających się w rozwoju społecznym.”¹⁶⁶

Na tej podstawie można wnioskować, że w skład *języka medycyny* (*medycznego*) (nie tylko polskiego) wchodzi różne JS, a także język ogólny za sprawą włączenia komunikacji z pacjentem/chorym, będącym uczestnikiem, jak i podmiotem komunikacji. Podwójna funkcja pacjenta/chorego sprawia, że w nie da się mówić o PJMed bez uwzględnienia w jego opisie uczestnika-niespecjalisty. Pogląd ten może okazać się kontrowersyjny dla zwolenników tezy, iż język specjalistyczny dotyczy tylko specjalistów. Nie sposób zaprzeczyć, że tak nie jest, niemniej jednak *język medycyny* (*medyczny*) jest szczególnym przykładem JS, gdzie osoba niespecjalisty jest kluczowa, aby w ogóle mówić o istnieniu tego języka specjalistycznego. Przedmiot specjalistyczny, jakim jest medycyna „zajmuje się badaniem budowy i czynności organizmu ludzkiego w stanie zdrowia i choroby, rozpoznaniem chorób i rokowaniem oraz leczeniem chorych i zapobieganie chorobom” (WSM: 1996: 711), to „nauka i sztuka (czyli leczenie)” (Kostrzewa 2011: 96).

Wskazówek do udzielenia odpowiedzi na pytanie, czym jest *polski język medycyny* (*medyczny*), szukałam również w wynikach przeze mnie badaniach empirycznych. W trakcie przeprowadzania ankiety towarzyszyło mi (z perspektywy czasu mogę stwierdzić dość naiwne) przeczucie, że nikt lepiej nie opisie PJMed jak sami specjaliści tej dziedziny, czyli lekarze, jako że jest to jedno ich narzędzi pracy. Po przeanalizowaniu blisko 90 ankiet doszłam do wniosku, iż respondenci zwracają uwagę przede wszystkim na użycie *polskiego języka medycyny* (*medycznego*) w komunikacji z pacjentem. Sporadycznie pojawiały się głosy, które odwoływały się do teoretycznego, czyli naukowego wymiaru medycyny. W przeważającej większości podkreślano, iż kluczowa jest

¹⁶⁶ <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/medycyna;3939269.html> (dostęp 01.09.2022).

komunikacja z niespecjalistą niż ze specjalistą. Nie oznacza to, że takie odpowiedzi się nie pojawiały, owszem, zwracano uwagę na komunikację *lekarz – lekarz*, ale głosy tego typu na tle całego korpusu badawczego stanowią zdecydowaną mniejszość.

Ograniczenie opisu PJMed tylko do użytkowników specjalistów i usunięcie z tego grona niespecjalisty, czyli pacjenta, jest nieuzasadnione. Wprawdzie jest to truizm, ale należy wyraźnie podkreślić, że osoba chora jest głównym „sprawcą” powstania medycyny, czyli nauki, którą zajmuje się lekarz. Nie sposób nie zacytować jednego z najwybitniejszych polskich kardiologów – A. Szczeklika – autora podręczników akademickich oraz książek o naturze medycyny, który stwierdza: „W gruncie rzeczy medycyna to bardzo humanistyczna nauka. [...] Od zarania dziejów medycyna była sztuką: w końcu wywodzi się z magii – a to taki rodzaj zaklęcia świata, próba odmienienia go słowem. Jej zadanie polegało na uśmierzaniu bólu, na leczeniu ran, na przepędzaniu choroby. Dopiero w ciągu ostatnich 100, 150 lat zaczęła stawać się nauką. [...] W moim odczuciu nie ma medycyny bez rozmowy [...] A medycyna to sztuka rozmowy”¹⁶⁷. W jednej ze swoich książek, zbiorze esejów na temat medycyny z pogranicza literatury, filozofii i malarstwa, A. Szczeklik (2007: 270) pisze: „Chory przychodzi ze swoim bólem, cierpieniem, wołaniem o pomoc, a lekarz – nie patrząc na lęki chorego i swoje, wiedząc jak mało wie, zawsze za mało – mówi: stanę przy tobie, razem spojrzymy niebezpieczeństwu w twarz. I wtedy opadają niepewności (...) Będę z tobą nie opuszczę cię, nie zostaniesz sam”. Na myśl przychodzi także scena z filmu „Znachor” (opartego został na powieści T. Dołęgi-Mostowicza), w którym główny bohater mówi: „Ja nie pomagam ani biednym, ani bogatym, ja pomagam ludziom”.

Dla dopełnienia tych odniesień warto też przywołać tekst przyrzeczenia lekarskiego zawartego w preambule Kodeksu etyki lekarskiej, który brzmi: „Przyjmuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni świadomy związanych z nim obowiązków przyrzekam:

- obowiązki te sumiennie spełniać;
- służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu;
- według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia,

¹⁶⁷https://wyborcza.pl/1,75402,11083642,Prof__Andrzej_Szczeklik__Medycyna_to_sztuka_rozmo_wy.html (dostęp 14.04.2021).

narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należyty szacunek;

- nie nadużywać ich zaufania i dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego;
- strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić, a do kolegów lekarzy odnosić się z należną im życzliwością, nie podważając zaufania do nich, jednak postępując bezstronnie i mając na względzie dobro chorych;
- stale poszerzać swą wiedzę lekarską i podawać do wiadomości świata lekarskiego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić”¹⁶⁸.

Można w takim razie powiedzieć, że w medycynie w centrum zainteresowania są ludzie chorzy, którzy potrzebują pomocy ze strony lekarzy (specjalistów). Aby pomoc mogła zostać udzielona, konieczne jest porozumienie, a więc także współpraca między potrzebującym a udzielającym pomocy. Współpraca ta może zaistnieć dzięki słowu, czyli językowi, a jej efektem jest leczenie, to znaczy metody postępowania i stosowanie środków fizycznych, chemicznych, biologicznych i chemicznych w celu przywrócenia zdrowia. Celem pacjenta jest uzyskanie pomocy, która pomoże mu wrócić do zdrowia, natomiast celem lekarza jest udzielenie tej pomocy przy odwołaniu się do własnej wiedzy specjalistycznej i doświadczenia. Drugim celem lekarza jest uzyskanie nowej wiedzy i rozwinięcie już tej posiadanej, aby w przyszłości nowe doświadczenia stały się tematem komunikacji z innymi lekarzami specjalistami. Współpraca lekarza z pacjentem polega na obopólnym zrozumieniu, zarówno objawów opisanych przez pacjenta, jak i procesu leczenia wyjaśnionego przez lekarza, poprawnym wytłumaczeniu działań i metod postępowania w leczeniu oraz zaakceptowaniu i zrozumieniu emocji towarzyszących współpracy.

Aby w pełni oddać złożoność *polskiego języka medycyny (medycznego)*, należy więc rozpatrywać go z dwóch perspektyw:

- z perspektywy komunikacji tylko specjalistów *lekarz – lekarz*;
- z perspektywy komunikacji specjalisty z niespecjalistą: *lekarz – pacjent*.

Wynika to bowiem z natury dziedziny specjalistycznej, jaką jest medycyna, oraz centralnej pozycji i kluczowej roli, jaką odgrywa pacjent (niespecjalista), będący podmiotem i przedmiotem danej dziedziny.

¹⁶⁸ https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf (dostęp 01.08.2022).

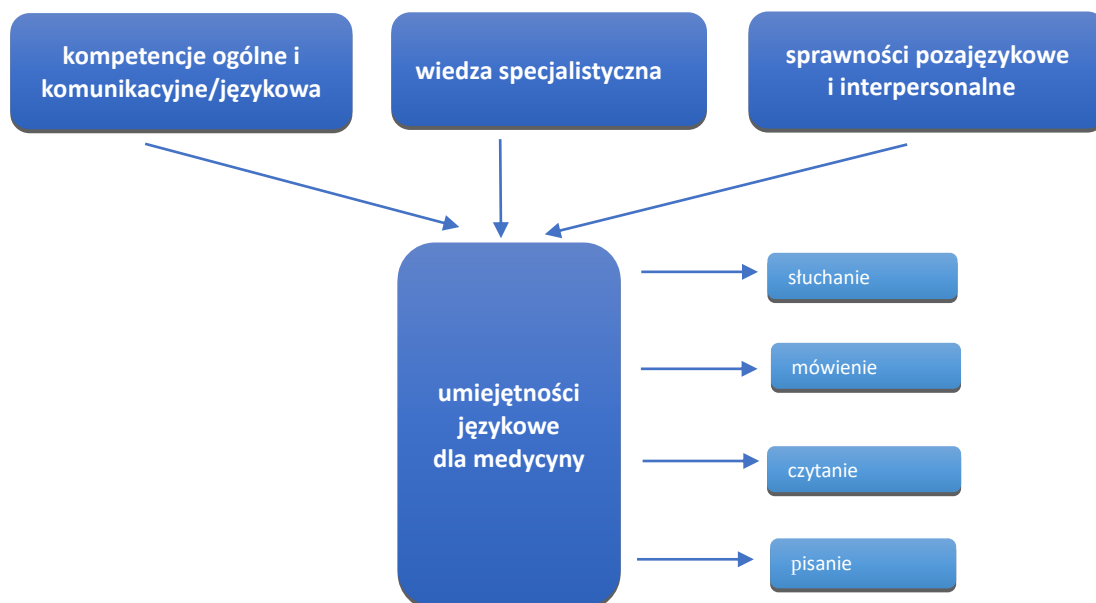
Zwróciłam też uwagę na fakt, iż w komunikacji *lekarz – pacjent* to na barkach tego pierwszego spoczywa większa odpowiedzialność za pomyślny przebieg współpracy. Aby mogła ona zajść, nadawca powinien wykazywać się określonymi kompetencjami i umiejętnościami językowymi w zakresie *polskiego języka medycyny (medycznego)*. Ich osiągnięcie przez uczącego się jest celem glottodydaktyki. W ESOKJ (2003: 20) czytamy: „Posługiwanie się językiem, w tym także uczenie się języka, obejmuje działania podejmowane przez uczestników życia społecznego, którzy – jako osoby indywidualne – posiadają i stale rozwijają swoje **kompetencje** zarówno **ogólne**, jaki i **językowe kompetencje komunikacyjne**. [...] Pod pojęciem *kompetencji* rozumiemy całość wiedzy deklaratywnej, sprawności i umiejętności oraz cech charakteru danej osoby, które to czynniki determinują jej sposób działania. *Kompetencje ogólne* to te, niezwiązane z językiem, które stosuje się w różnego typu działaniach językowych. *Językowe kompetencje komunikacyjne* to kompetencje pozwalające uczestnikowi życia społecznego działać za pomocą środków językowych” (wyróżnienia zgodne z oryginałem).

W badaniach nad słownictwem specjalistycznym i kolokacjami B. Ligara i W. Szupelak (2012: 81) zwracają uwagę, że opanowanie słownictwa specjalistycznego świadczy o kompetencji leksykalnej profesjonalnej, która jest stawiana na pierwszym miejscu w danej dziedzinie, natomiast znajomość kolokacji specjalistycznych stanowi o rozwiniętej kompetencji leksykalnej kombinatorycznej. Znajomość słownictwa specjalistycznego (kompetencja leksykalna) i umiejętność dokonywania minimalnych kombinacji leksykalnych (kompetencja kombinatoryczna) implikują z kolei kompetencję semantyczną uczącego się, ta natomiast łączy się z kompetencją onomazjologiczną i kompetencją definicyjną (Ligara, Szupelak 2012: 82).

Zespół wymienionych powyżej kompetencji jest najważniejszym elementem kompetencji komunikacyjnej specjalistycznej, która „dokonuje się dopiero poprzez teksty specjalistyczne w postaci właściwych im gatunków specjalistycznych i jest uwarunkowana pragmatycznie”, a to prowadzi do konkluzji, iż „język specjalistyczny wymaga przedstawionego zespołu kompetencji, a zarazem uwzględnienia aspektu tekstowego, gatunkowego i pragmatycznego JS” (tamże). Opanowanie kompetencji leksykalnej profesjonalnej, zawodowej i kompetencji leksykalnej kombinatorycznej jest uznawane za najważniejszy cel nauczania JS, ale uczenie się i nauczanie tego

języka nie jest równoznaczne z przyswajaniem tylko słownictwa specjalistycznego. Zdaniem J. Weissenberga (2010: 15, za Gębał 2015: 61) kształtowanie językowe w kontekście zawodowym powinno opierać się na „przygotowaniu koncepcji dydaktycznych w odniesieniu do konkretnych sytuacji zawodowych, a którymi zetkną się uczący się”. Uczenie się języka specjalistycznego oznacza nabycie umiejętności i rozwinięcie kompetencji językowych, które będą pomocne w rozwiązaniu zadań w miejscu pracy. Jak podkreślają J. Ćwiklińska i S. Szadyko (2005: 85), „w praktyce nauczanie dla celów naukowo-teoretycznych zazębia się i przenika z nauczaniem dla celów zawodowych. Ten stan rzeczy wynika przede wszystkim ze ścisłego powiązania teorii z praktyką, bo przecież bez wiedzy zawodowej trudno byłoby uczestnikom komunikacji zawodowej realizować cele komunikacyjne, np. efektywnie prowadzić negocjacje handlowe bez profesjonalnej wiedzy na temat zasad negocjowania z partnerami z różnych obszarów kulturowych”. Przez dydaktykę języka specjalistycznego, mówiąc precyzyjniej dydaktykę dyskursu specjalistycznego rozumie się obecnie „rozwijanie zawodowej kompetencji komunikacyjnej w połączeniu z treściami językowymi i specjalistycznymi przy włączeniu treści interkulturowych”, a nie jak to „miało miejsce w poprzednich dziesięcioleciach, osiągnięcie wysokiego poziomu kompetencji językowej” (Zawadzka 2002: 211, za: Cholewa 2013: 77).

Reasumując powyższe rozważania, można przyjąć, iż na umiejętności językowe (które wpisują się w zawodową kompetencję językową) niezbędne dla osoby zajmującej się medycyną będą składały się: specjalistyczna kompetencja komunikacyjna językowa, wiedza specjalistyczna (merytoryczna) oraz sprawności pozajęzykowe i interpersonalne. Umiejętności językowe znajdują zaś odzwierciedlenie w sprawnościach słuchania, mówienia, czytania i pisanie.



Ostatnią kwestią, która powinna zostać poruszona w tym miejscu, jest wewnętrzne zróżnicowanie *polskiego języka medycyny (medycznego)*. W rozdziale III przywołałam prace M. Chłopickiej-Wielgos, D. Pukas-Palimąki, A. Daneckiej-Chwals, J. Doroszewskiego, P. Müldnera-Nieckowskiego poświęcone tej tematyce oraz podział tekstów medycznych autorstwa P. Lönning (za U. Kokot), a także A. Badzińskiego. Najbliższa jest mi propozycja przedstawicielek autorek podręczników do nauczania PJMed, ponieważ została ona opracowana z perspektywy glottodydaktycznej. Punktem odniesienia do opracowania klasyfikacji PJMed do celów glottodydaktycznych może być podział medycznego języka angielskiego – *English for Medical Purposes (EMP)* – jako że jest to współczesny *lingua franca* medycyny. W dydaktyce angielskiego języka specjalistycznego – jak pisze A. Dudzik (2014: 74) – najczęściej wyróżnia się jego dwie subkategorie: angielski do celów akademickich (ang. *English for Academic Purposes* – EAP i angielski do celów zawodowych (*English for Occupational Purposes* – EOP). Zróżnicowanie potrzeb uczących się języka do celów medycznych sprawia, że EMP ma swoje miejsce w obydwu wyodrębnionych wariantach, co znajduje odbicie między innymi w klasyfikacji zaproponowanej przez E. Dudleya-Evansa i St. Johna, gdzie jest nurtem zarówno

¹⁶⁹ Inspiracją do schematycznego ujęcia umiejętności językowych dla medycyny była praca B. Ligary i W. Szupelaka (2012: 87).

w obrębie nauczania języka do celów akademickich, jak i zawodowych (tamże).

Zaproponowany autorski podział *polskiego języka medycyny* jest swego rodzaju kompromisem próbą, z jednej strony, zaadaptowania badań nad angielskim językiem medycznym, z drugiej zaś pogodzeniem ich z polską perspektywą badawczą – glottodydaktyczną i językoznawczą.

Przyjmuję, że PJMed do celów akademickich/naukowych to *język opisu naukowego*, którego egzemplifikacją są teksty specjalistyczne, przede wszystkim teksty pogładowe oraz teksty kazuistyczne. Język ten obejmuje także komunikację ustną między specjalistami oraz specjalistami z niespecjalistami w celach dydaktycznych. Natomiast na PJMed do celów zawodowych składa się język komunikacji specjalistów oraz język komunikacji lekarza z pacjentem. Przez komunikację rozumiem zarówno rozmowę, jak i wymianę tekstu pisanego – dokładniej mówiąc, szpitalną dokumentację medyczną. Wprawdzie z jednej strony podział ten jest konieczny, szczególnie w trakcie opracowywania programu kursu i określania celów nauczania PJMed, z drugiej zaś, mając na uwadze specyfikę pracy w zawodzie lekarza, można stwierdzić, kompetencje i umiejętności rozwijanie w trakcie nauki języka do celów naukowych/akademickich są niezbędne do wykonywania zawodu lekarza przez całe życie. Natomiast dostrzeżona kilka(naście) lat temu potrzeba organizowania w trakcie studiów programów nauczania w zakresie komunikacji klinicznej pracowników opieki zdrowotnej tylko utwierdza w przekonaniu, iż rozdzielenie *języka medycyny (medycznego)* do celów naukowych/akademickich i zawodowych jest tylko kwestią umowną. Zarówno w nauczaniu języka do celów akademickich, jak i zawodowych za główny cel nauki języka uznaje się osiągnięcie zawodowej kompetencji komunikacyjnej, którą rozumieć należy jako „umiejętność danego uczącego się produkcji i recepcji w języku ojczystym i/lub obcym tekstów fachowych interkulturowo, socjalnie, sytuacyjnie, funkcjonalnie określonych, merytorycznie logicznie zbudowanych, semantycznie ustrukturyzowanych, sekwencyjnie, jak i hierarchicznie zorganizowanych jednostek językowych” (Baumann 2003: 123, za: Cholewa 2013: 76-77).



Wydzielenie dwóch nadrzędnych kategorii – *języka medycyny (medycznego)* do celów akademickich/naukowych i *języka medycyny (medycznego)* do celów zawodowych wiąże się z ukierunkowaniem nauczania na rozwijanie innych umiejętności. Celami nauczania języka angielskiego – a co za tym idzie i języka polskiego – do celów akademickich będzie kształtowanie następujących kompetencji:

- „czytanie tekstów akademickich,
- pisanie akademickich form wypowiedzi, np. streszczenie, raport, opis przypadku, abstrakt, artykuł naukowy,
- sporządzanie notatek podczas wykładów, lektury książek lub artykułów naukowych,
- wyszukiwanie, porządkowanie i przetwarzanie informacji z różnych źródeł,
- udział w dyskusjach i debatach akademickich,
- opracowywanie oraz wygłaszanie referatów i prezentacji naukowych,
- publiczne prezentowanie problemów i proponowanie rozwiązań,
- formułowanie opinii zawierających m.in. refleksje na temat aspektów naukowych i etycznych danego problemu” (Dudzik 2014: 75).

Natomiast nauczanie języka angielskiego (i polskiego) medycyny do celów zawodowych będzie służyło rozwijaniu kompetencji niezbędnych w miejscu pracy i zawodzie lekarza, takich jak:

- „zadawanie pytań (wywiad z pacjentem, zbieranie historii choroby, pytanie o objawy, prowadzenie rozmowy telefonicznej z pacjentem lub innym pracownikiem personelu medycznego),
- relacjonowanie wydarzeń (przekazywanie danych o pacjencie jego bliskim, przekazywanie raportu na temat stanu pacjenta i przebytego leczenia członkom zespołu terapeutycznego),
- wyjaśnianie (formułowanie diagnozy i leczenia, informowanie pacjenta, jego rodziny i bliskich o przygotowaniu do badań diagnostycznych, ich celu oraz przebiegu, przedstawianie informacji na temat planu opieki i przebiegu procesu terapeutycznego),
- wydawanie poleceń (instruowanie pacjenta podczas badania, udzielanie informacji dotyczących zażywania leków lub przestrzegania diety, wydawanie poleceń innym członkom personelu medycznego),
- udzielanie porad (omawianie działań w zakresie umacniania zdrowia, profilaktyki chorób, zachowań prozdrowotnych, postępowania w trakcie choroby),
- definiowanie (objaśnianie terminologii medycznej, wyjaśnianie działania leków),
- opis procesu (wybrane zabiegi i procedury medyczne, czynności zawodowe w miejscu pracy, czynności pielęgnacyjne),
- opis struktury (anatomia człowieka),
- działania i funkcje (fizjologia ciała ludzkiego, obsługa urządzeń lub aparatury medycznej)” (tamże).

Zaproponowane przez A. Dudzik (wstępne/podstawowe) zestawy kompetencji koniecznych w zawodzie lekarza wymagają rozszerzenia oraz doprecyzowania, szczególnie jeśli chodzi o przygotowanie uczącego się do pracy w polskojęzycznym środowisku zawodowym oraz uwzględnienie obowiązujących norm prawnych.

9.2. Wymagania i działania komunikacyjne dla lekarza

Inspiracją do podjęcia zaprezentowanych poniżej formy badań była przede wszystkim praca P. Gębala z 2015 r. poświęcona profilom kompetencji językowych w komunikacji zawodowej dla pracowników różnych branż. Autor w

swojej pracy odwołuje się do wskaźników szwajcarskiego programu „Deutsch für den Arbeitsmarkt (DfAM)”, w którym europejskim wskaźnikom poziomów biegłości A1, A2, B1 nadano kontekst zawodowy (Gębał 2015: 59). Drugą publikacją, która znacząco wpłynęła na sposób zastosowania wyników badań na własną propozycję zaprezentowaną w części aplikacyjnej niniejszej rozprawy są wielokrotnie przywoływane już *Programy nauczania języka polskiego jako obcego. Poziom A1-C2*.

Przypomnę, że podstawą do opracowania profilu użycia języka (działań językowych) w medycznym (konkretnie lekarskim) kontekście zawodowym są wyniki analizy materiałów do nauczania PJMed, sylabusów lektoratu z języka polskiego na uczelniach medycznych, programów kursów językowych w miejscach nieakademickich, ankiet przeprowadzonych wśród lekarzy-cudzoziemców, lektorów nauczających PJMed, a także wyniki analiz następujących dokumentów:

- 1) *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29.06.2009 r. w sprawie zakresu znajomości języka polskiego w mowie i piśmie, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oraz egzaminy ze znajomości języka polskiego, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty;*
- 2) *Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa;*
- 3) Opis narodowych standardów kwalifikacji zawodowych,
- 4) *Rekomendacje PTKM dotyczące kształcenia kompetencji komunikacyjnych na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym,*
- 5) Kwalifikacje rynkowe pt. *Komunikacja z pacjentem i jego bliskimi* włączone do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (dalej Kwalifikacje rynkowe ZSK)¹⁷⁰.

¹⁷⁰https://kwalifikacje.gov.pl/images/downloads/obwieszczenia_monitor_polski/142._Komunikacja_z_pacjentem_i_jego_bliskimi.pdf (dostęp 10.08.2022). Równie interesującym dokumentem z perspektywy nauczyciela i jego kształcenie są kwalifikacje rynkowe pt. *Kształcenie w zakresie komunikacji z pacjentem i jego bliskimi oraz w zespole terapeutycznym* włączone do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji. https://kwalifikacje.gov.pl/images/downloads/obwieszczenia_monitor_polski/144._Kszta%C5%82ce_ie_w_zakresie_komunikacji_z_pacjentem_i_jego_bliskimi_oraz_w_zespole_terapeutycznym.pdf (dostęp 10.08.2022).

Ustalane w oparciu o powyższe dokumenty kompetencje językowe stanowią podstawę do zaproponowania działań metodycznych (technik) mających na celu rozwijanie sprawności rozumienia ze słuchu, mówienia, rozumienia tekstu pisanego oraz pisanie. Z punktu perspektywy cudzoziemca, który poszukuje zatrudnienia w zawodzie lekarza w Polsce, najważniejszym dokumentem jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29.06.2009. Z racji tego, iż mowa tu o przygotowaniu osoby obcojęzycznej do pracy na polskim rynku pracy, za konieczne uznałam zweryfikowanie także 76 opisów narodowych standardów kwalifikacji w zawodzie lekarza¹⁷¹. Coraz większe zainteresowanie komunikacją *lekarz – pacjent* sprawiło, że pod uwagę wzięłam również Rekomendacje PTKM oraz kwalifikacje rynkowe włączone do ZSK. Z zebranego materiału wyekscerpowałam wymagania i działania komunikacyjne, niezbędne w zawodzie lekarza, które następnie podzieliłam na 3 obszary:

- 1) wymagania i działania komunikacyjne w zakresie samokształcenia w celu zdobycia specjalistycznej wiedzy medycznej;
- 2) wymagania i działania komunikacyjne w zakresie komunikacji *lekarz – lekarz*;
- 3) wymagania i działania komunikacyjne w zakresie komunikacji *lekarz – pacjent*.

Wyselekcjonowane trzy obszary znacznie różnią się od siebie, ale jednocześnie składają się na jedną kompleksową domenę, w obrębie której „porusza się językowo” lekarz. Stworzone na tej podstawie listy stanowią punkt wyjścia do opracowania profilu użycia języka oraz szczegółowego opisu celów dydaktycznych.

9.2.1. Samokształcenie

W pierwszym obszarze znalazły się działania wynikające z potrzeby samokształcenia w celu zdobycia specjalistycznej wiedzy medycznej. Wynikają one zarówno z obowiązku spełnienia konkretnych standardów i wytycznych w procesie przygotowawczym (w czasie studiów) do wykonywanego w przyszłości zawodu, jak i konieczności ciągłego samorozwoju w trakcie podjętej już pracy jako lekarz. Doksztalcanie się i poszerzanie zasobów specjalistycznej wiedzy

¹⁷¹ Ilość ta wynika z liczby specjalizacji lekarskich.

medycznej jest stałym elementem pracy w tym zawodzie, ponieważ – jak wielokrotnie akcentowałam – medycyna jest prężnie działającą i rozwijającą się dziedziną naukową i nie ma miejsca na stagnację czy bierność wśród lekarzy, którzy chcą być ekspertami w swoim zawodzie.

Tabela 43

Wymagania i działania komunikacyjne w zakresie samokształcenia w celu zdobycia specjalistycznej wiedzy medycznej – oprac. własne

Samokształcenie w celu zdobycia specjalistycznej wiedzy medycznej	
	▪ rozumienie naukowego (popularnonaukowego) tekstu pisanego (fachowej literatury) ▪ rozumienie piśmiennictwa lekarskiego (dokumentacji medycznej) ▪ rozumienie przepisów z zakresu orzecznictwa lekarskiego ▪ rozumienie przepisów regulujących wykonywanie zawodu lekarza (np. ustawa o zawodzie lekarza)
	oraz odbywanie specjalizacji (znajomość obowiązków i uprawnień z niej wynikających)
	▪ stosowanie w mowie i piśmie prawidłowej terminologii medycznej, obejmującej mianownictwo anatomiczne, fizjologiczne, patofizjologiczne, stanów metabolicznych, rozpoznań, stanów chorobowych, procedur i zabiegów ▪ redagowanie tekstów zgodnie z zasadami gramatyki i ortografii ▪ prowadzenie badań naukowych i publikacja ich wyników ▪ prezentowanie indywidualnej interpretacji klinicznej uzyskanych wyników badań w odniesieniu do chorego uwzględniając dane farmakologiczne i farmakoekonomiczne w formie ustnej i pisemnej ▪ prowadzenie działalności naukowo-dydaktycznej
	▪ przygotowanie się do Lekarskiego Egzaminu Państwowego ▪ przygotowanie się do kolokwiiów cząstkowych ▪ przygotowanie się do sprawdzianów z umiejętności praktycznych potwierdzonych wykonanymi samodzielnie przez lekarza zabiegami i procedurami medycznym objętych programem stażu kierunkowego ▪ przyswajanie nowej wiedzy i umiejętności oraz dopasowywanie ich do zmieniających się warunków pracy i wymagań ▪ doskonalenie wiedzy i umiejętności: aktywny udział w specjalistycznych sympozjach i konferencjach szkoleniowo-naukowych ▪ aktywny udział w podyplomowym kształceniu ustawicznym: kursy i szkolenia specjalistyczne związane ze specjalizacją lekarską ▪ aktywny udział w doskonaleniu zawodowym (szkoleniu) innych pracowników medycznych ▪ samorozwój: dbanie o własny dobrostan (stawianie sobie realistycznych celów i wymagań względem siebie adekwatne do możliwości), bo od tego zależy sprawne funkcjonowanie jego jako lekarza oraz całego zespołu, którego jest częścią

Oprócz wydzielenia powyższych działań i wymagań na tle omawianych trzech obszarów, proponuję również ich wewnętrzną klasyfikację na trzy podkategorie. W pierwszej z nich znajdują się wymagania związane z pracą z tekstem. Chodzi przede wszystkim o globalne i szczegółowe rozumienie

zawartych w nich treści, wyszukiwania w nich konkretnych informacji (rozumienie selektywne), które bardzo często wiąże się z dostosowaniem tempa czytania do postawionych zadań (najczęściej jest to praca pod presją czasu). Oprócz wskazywania w tekstach konkretnych informacji konieczna jest także umiejętność rozumienia intencji nadawcy. Istotną rolę w zakresie tych działań będzie odgrywało rozumienie kontekstowe. Na tej podstawie można dojść do wniosku, że rozumienie tekstów pisanych jest sprawnością kluczową w procesie nauczania jakiegokolwiek języka obcego do celów specjalistycznych. Z kolei R. Jaeschke, D.J Cook i G.H Guyatt zwracają uwagę na zjawiska, które odbiegają od funkcjonujących w społeczeństwie przekonań i wyobrażeń na temat zawodu lekarza. Badacze piszą: „Kilkanaście razy dziennie lekarze stawali przed problemem, którego nie byli w stanie rozwiązać i tylko w jednej trzeciej przypadków mogli potrzebną informację uzyskać. Źródłem tej informacji nie były jednak podręczniki (nie dość, że mamy zwykle dostęp do starszych wydań, to nawet najnowsze wydania często nie uwzględniają informacji aktualnych lub podają wręcz przestarzałe) ani czasopisma, lecz prawie zawsze porady kolegów (tych, którzy akurat byli dostępni). Rozpoznanie luk wiedzy powinno doprowadzić do prób ich likwidacji. Cóż prostszego, jak przeczytać o problemach naszych pacjentów! Ile czasu na to poświęcamy? Kiedy to pytanie zadano lekarzom w Oksfordzie, okazało się, że stażyści w ciągu tygodnia, o który pytano, nie czytali w ogóle, lekarze na szkoleniu specjalizacyjnym czytali 45-90 minut tygodniowo, a specjaliści nieco mniej (specjaliści z długim stażem mniej niż świeżo upieczeni). Około jedna trzecia specjalistów nic nie czytała w trakcie tego tygodnia, co dotyczyło problemów pacjentów pozostających pod ich opieką. Ci, którzy czytali, spędzili około dwa razy więcej czasu w drodze do biblioteki (czytelni) i z powrotem niż poświęcili samemu czytaniu” (Jaeschke, Cook, Guyatt 1998: 3-4)¹⁷². Od opublikowania tych słów minęło prawie ćwierć wieku. W tym czasie nastąpił bardzo duży postęp technologiczny oraz internetowy. Mimo podjętych prób wyszukania aktualnych informacji na temat poziomu czytelnictwa wśród lekarzy, nie udało się pozyskać satysfakcjonujących danych. Można mieć tylko nadzieję, że sytuacja ta uległa poprawie.

¹⁷² Dość przewrotnie w kontekście powyższego cytatu wybrzmiewa wywiad J. Dudkiewicza z M. Deskur, która przytacza historię powstania organizacji Reach Out And Read. Jej założyciel, pediatra B. Zuckermana „polecał rodzicom czytanie książek jako pomysł na stymulowanie relacji rodzinnych i rozwoju intelektualnego dzieci”. Wyniki ogólnorozwojowe dzieci, których rodzice stosowali się do zalecenia lekarza, były ponad skalę. Źródło: <https://publicystyka.ngo.pl/deskur-bez-czytania-nie-ma-cywilizacji> (dostęp 01.09.2022).

W drugiej kategorii znalazły się działania o charakterze produktywnym – w formie ustnej i/lub pisemnej. Są one mocno powiązane z pierwszą omówioną podgrupą, gdzie zebrane zostały działania o charakterze receptywnym. W trzeciej podgrupie są wymagania dotyczące umiejętności samodzielnego uczenia się, w tym przygotowanie się do różnego rodzaju kolokwiiów, sprawdzianów, a finalnie do Lekarskiego Egzaminu Państwowego tworzą trzecią, ostatnią podkategorię. Na pomyślny przebieg (ale także na samo przygotowanie do weryfikacji wiedzy merytorycznej) ma wpływ przede wszystkim umiejętność czytania ze zrozumieniem. Umieszczone zostały tutaj także wymagania związane z przyswajaniem wiedzy w trakcie uczestnictwa w kursach i szkoleniach specjalistycznych związanych ze specjalizacją lekarską. Istotne – z mojego punktu widzenia – jest także podkreślenie roli uczestnictwa w doskonaleniu zawodowym (szkoleniach, kursach) innych pracowników. W ten sposób jeszcze bardziej wyrazisty jest zespołowy charakter zawodu lekarza.

9.2.2. Komunikacja *lekarz – lekarz*

Tabela 44

Wymagania i działania komunikacyjne w zakresie komunikacji lekarz – lekarz – oprac. własne

Komunikacja lekarz – lekarz	
	▪ porozumiewanie się i współpraca z zespołem medycznym: lekarzami, lekarzami dentykami, przedstawicielami innych zawodów medycznych, z zespołem operacyjnym ▪ sprawowanie nadzoru nad innymi (oraz współpraca z) (podległymi) pracownikami medycznymi oraz personelem medycznym, wykonującym badania pomocnicze i prowadzącym zajęcia rehabilitacyjne ▪ uczestniczenie w konsyliach, naradach lekarskich i szkoleniach zawodowych ▪ przeprowadzanie konsultacji lekarskich dla innych specjalności medycznych ▪ przekazywanie danych o pacjencie w formie ustnej i pisemnej ▪ omawianie z podległym personelem lekarskim wybranych przypadków chorobowych, sposobu ustalenia rozpoznania i metod ich leczenia
	▪ pełnienie funkcji kierowniczych: dyrektor, ordynator ▪ współpraca z innymi jednostkami medycznymi, np. Centralną Listą Biorców ▪ organizowanie pracy w klinice, oddziale, przychodni lub poradni (planowanie dyżurów, konsultacji, zabiegów)
	▪ prowadzenie działań profilaktycznych na rzecz promocji zdrowia: współdziałanie w tym zakresie z odpowiednimi instytucjami i specjalnościami (epidemiologia, oświata zdrowotna, analityka środowiska)

Jeśli chodzi o obszar komunikacyjny *lekarz – lekarz*, na podstawie analiz dokumentów udało się wskazać wymagania, które dotyczą zarówno bezpośredniego kontaktu między specjalistami, jak i wymagania wynikające z charakteru wykonywanej pracy oraz funkcji społecznej zawodu lekarza. W początkowym etapie nauki PJMed rozwijanie umiejętności związanych z funkcją kierowniczą w szpitalu może niekoniecznie zostanie uznane za priorytetowe. Jednak w dłuższej perspektywie, mając na uwadze wewnętrzne zróżnicowanie grupy uczących się języka polskiego do celów medycznych, powyższe działania powinny także zostać uwzględnione w procesie kształcenia językowego. Wydzieleniu powyższych wymagań i językowych towarzyszyła chęć pokazania specyfiki komunikacji zachodzącej między specjalistami.

9.2.3. Komunikacja *lekarz – pacjent*

Tabela 45

Wymagania i działania komunikacyjne w zakresie komunikacji *lekarz – pacjent* – oprac. własne

Komunikacja lekarz - pacjent	
	komunikacja w chorobach przewlekłych/ opiece terminalnej /pediatrii /geriatrii /psychiatrii /onkologii/ neurologii/ opiece nad osobami z niepełnosprawnościami
	▪ pełnienie dyżurów specjalistycznych ▪ przeprowadzenie badania przedmiotowego i podmiotowego ▪ odczytywanie wyników badań ▪ ocenianie i interpretowanie prób istotnych dla diagnostyki ▪ przekładanie języka specjalistycznego (i żargonu medycznego) na język ogólny ▪ czytelne odręczne prowadzenie dokumentacji medycznej, wypisywanie recept oraz skierowań na badania diagnostyczne i specjalistyczne, a także wydawanie orzeczeń i opinii lekarskich ▪ komunikowanie się w telemedycynie: udzielanie konsultacji za pomocą środków łączności telefonicznej i wideofonicznej

- zachowanie struktury konsultacji
- nawiązywanie kontaktu z chorym i jego rodziną, rozpoczynanie konsultacji
 - aktywne i uważne słuchanie - metody usprawniające komunikację
 - wyjaśnianie celu i potrzeby i możliwych następstw leczenia
 - budowanie zaufania oparte na rozumieniu swojej roli i celu działania
 - udzielanie pacjentom wielowymiarowej pomocy w kontekście terapii, a także profilaktyki i wzmacniania zdrowia czy poprawy funkcjonowania
 - wcielanie się w odpowiednie role, np. doradcy, przewodnika, pocieszyciela:
 - współpraca i stała komunikacja z chorym i jego rodziną
 - łagodzenie niepokoju i lęku chorego oraz jego otoczenia
 - pocieszanie
 - przekazywanie niepomyślnych wiadomości (protokół EMPATHY)
 - zachęcanie do cierpliwości i wytrwałości
 - doradzanie pacjentowi udzielanie przystępnych i zrozumiałych dla pacjenta porad i informacji
 - wyjaśnianie niezrozumiałych kwestii
 - wydawanie poleceń
- podsumowanie wizyty i wspólna akceptacja planu działania
 - podejmowanie decyzji medycznych wspólnie z pacjentem, z poszanowaniem jego autonomii (SDM)¹⁷³:
 - rozpoznawanie perspektywy pacjenta (przekonań, np. religijnych oczekiwań, obaw, emocji, uwarunkowań społeczno-ekonomicznych pacjenta)
 - uwzględnianie perspektywy pacjenta w planowaniu postępowania diagnostycznego i terapeutycznego
 - angażowanie pacjenta w proces terapeutyczny i zachowania prozdrowotne
 - rozpoznawanie źródeł motywacji pacjenta i gotowości do realizacji zaleceń
 - stosowanie metod wzmacniających motywację pacjenta i jej utrzymanie

Punktem wyjścia do omówienia obszaru wymagań i działań komunikacyjnych *lekarz – pacjent* jest sam pacjent – jego wiek oraz rodzaj schorzenia. W literaturze poświęconej porozumiewaniu się w medycynie można znaleźć oddzielne publikacje poświęcone np. pacjentom z chorobami onkologicznymi, neurologicznymi czy zaburzeniami o podłożu psychiatrycznym. Oddzielną grupę stanowią także pacjenci geriatryczni oraz pediatryczni. Jest to także komunikacja w sytuacjach nagłych i w stanach zagrożenia życia, w którą

¹⁷³ SDM to skrótowiec zaczerpnięty z języka angielskiego od zwrotu *shared decision making*.

wpisane są nierzadko zachowania z pogranicza ryzyka, niepewności, a także agresji ze strony chorego/poszkodowanego. W trakcie wykonywanego zawodu lekarz staje także w obliczu przyznania się do błędu w sztuce lekarskiej, co może kosztować życie pacjenta. To także komunikacja związana z tematami intymnymi, osobistymi, które są trudne dla osoby chorej. Ze względu na złożoność zjawiska oraz główny cel pracy, temat ten został tylko zasygnalizowany.

Najbardziej złożonym i wymagającym najobszerniejszego omówienia działań komunikacyjnych w kontekście omawianego obszaru jest wywiad lekarski – przedmiot wielu publikacji z zakresu komunikacji lekarza z pacjentem. Jest to także zagadnienie najczęściej wskazywane przez osoby biorące udział w ankiecie jako cel nauki PJMed (zob. część II). Z perspektywy lekarzy i nauczycieli biorących udział w przeprowadzonych przeze mnie badaniach ankietowych oraz autorów dokumentów konstytuujących umiejętności niezbędne do pracy w zawodzie lekarza to właśnie wywiad lekarski stanowi centralne miejsce wśród wszystkich działań i wymagań. Przebieg rozmowy lekarza z pacjentem posiada ustrukturyzowaną formę, powinien mieć wyraźnie zaznaczony początek oraz koniec.

Komunikacja to kluczowy składnik w budowaniu relacji i zaufania między lekarzem a pacjentem, które z kolei odgrywają istotną rolę w całym procesie leczniczym. Terapeutyczna funkcja słowa jest równie ważna jak działania farmakologiczne. Dodatkowo mowa tu o komunikacji w środowisku różnokulturowym, w którym płynność oraz poprawność relacji *lekarz – pacjent* są zależne od różnic kulturowych i językowych. Z tego powodu konieczna jest znajomość podstawowych zasad (polskiej) etykiety językowej, na którą składają się m.in. formy adresatywne czy reguły grzeczności językowej w różnych sytuacjach, np. podczas wizyty lekarskiej. Na sukces dialogu/porozumienia się lekarza z chorym mają wpływ także elementy proksemiki oraz komunikacja niewerbalna, często zaniedbywane na zajęciach językowych.

Wśród predyspozycji przydatnych w zawodzie lekarza wymienia się także umiejętności komunikacyjne wspierające efektywność zbierania informacji, znajomość metod usprawniających przekazywanie informacji i ich zapamiętywanie, umiejętności rozpoznawania emocji pacjenta podstawie jego wypowiedzi (narracji) i odpowiednio szybkie reagowanie na nie, zachowywanie się w sposób dojrzały i empatyczny, szczególnie w sytuacjach zwiększonego stresu i napięcia emocjonalnego. Kluczowa jest także umiejętność jasnego,

dostosowanego do pacjenta (ze względu na wiek, wykształcenie, rozwój intelektualny itp.) wyjaśniania zjawisk medycznych związanych z chorobą. Do tego celu w rozmowach z pacjentem mogą zostać wykorzystywane różnego rodzaju zdjęcia, schematy, modele. W nowszej literaturze wskazuje się do tego celu wykorzystanie aplikacji mobilnych przydatnych dla lekarzy. Tego typu narzędzia mogą znaleźć zastosowanie w trakcie kursu językowego jako źródło autentycznych materiałów do ćwiczeń i zadań¹⁷⁴.

9.3. Rozwijanie sprawności językowych na zajęciach *polskiego języka medycyny (medycznego)* do celów akademickich/naukowych

Zaproponowany podział na nauczanie *polskiego języka medycyny (medycznego)* do język celów akademickich/naukowych i do celów zawodowych znajduje swoje uzasadnienie przede wszystkim w procesie organizowania kursów *języka medycyny (medycznego)*. Rozgraniczenie to nie sprawia jednak, że w trakcie przygotowania osoby uczącej się do studiów medycznych uwaga skupiona jest tylko i wyłącznie na rozwijaniu akademickich/naukowych kompetencji komunikacyjnych z pominięciem kształtowania zawodowych kompetencji językowych koniecznych do sprawnego funkcjonowania w przyszłym miejscu pracy. Analogicznie na kursach języka polskiego do medycznych celów zawodowych uwaga uczących nie jest skupiona tylko i wyłącznie na nabywaniu umiejętności językowych niezbędnych do wykonywania zawodu lekarza przy jednoczesnym ominięciem akademickich/naukowych kompetencji komunikacyjnych. Student medycyny po skończonych studiach najprawdopodobniej podejmie pracę w zawodzie lekarza, dlatego wskazane jest jego przygotowanie nie tylko teoretyczne, ale także praktyczne, np. w jaki sposób efektywnie przeprowadzić wywiad lekarski, aby uzyskać wszelkie niezbędne informacje. Z kolei lekarz pracujący w zawodzie potrzebuje – oprócz umiejętności praktycznych – dobrego przygotowania do samodzielnej nauki. Za koniecznością włączenia w proces nauki PJMed do celów akademickich/naukowych elementów z zakresu PJMed do celów zawodowych

¹⁷⁴ <https://pulsmedycyny.pl/przeglad-aplikacji-mobilnych-przydatnych-dla-lekarzy-974760> (dostęp 12.08.2022). O zaletach, ale także i wadach mobilnych aplikacji medycznych piszą J. Kozak, A. Goral i M. Daniol (2018)

przemawia m.in. rosnąca popularność (wynikająca z konieczności i potrzeby) zajęć z komunikacji medycznej (porozumienie lekarza z pacjentem) zarówno w Polsce, jak i za granicą.

Z wykazu wymagań i działań komunikacyjnych w zakresie samokształcenia w celu zdobycia specjalistycznej wiedzy medycznej (zaprezentowanego w podrozdziale 9.2.1) wynika, że sprawność czytania będzie odgrywała rolę nadrzędną w kształceniu językowym do celów akademickich/naukowych. Potwierdzeniem wysuniętej tezy jest także fakt, że w przeanalizowanych w VI rozdziale materiałach do nauczania PJMed do celów akademickich tę receptywną sprawność językową traktuje się priorytetowo i widać znaczną dysproporcję w poddanych badaniom materiałach między ćwiczeniami i zadaniami ukierunkowanymi na rozwijanie czytania a pozostałymi sprawnościami: słuchaniem, mówieniem, pisanem. Jest to na swój sposób uzasadnione, od zawsze bowiem w powszechnym mniemaniu nauka utożsamiana jest z umiejętnością czytania. Pozyskiwanie nowej wiedzy – szczególnie istotnej w kontekście nauczania języków specjalistycznych – odbywa się za pośrednictwem pracy z tekstem pisanym. Truizmem jest stwierdzenie, że umiejętność ta, choć kluczowa, nie jest jedyną, której opanowanie jest konieczne w trakcie nauki *języka polskiego medycyny (medycznego)* do celów akademickich/naukowych. Zatem program nauczania ukierunkowany na umiejętności językowe (*skill-based syllabus*) w przypadku nauczania PJMed do celów akademickich/naukowych obejmuje wszystkie cztery sprawności językowe, gdyż nie da się przygotować do funkcjonowania w środowisku naukowym w oparciu tylko o jedną sprawność językową.

Podstawę modelu rozwijania sprawności językowych w nauczaniu *polskiego języka medycyny (medycznego)* do celów akademickich/naukowych stanowią cele kształcenia (działania komunikacyjne) w zakresie słuchania, mówienia, czytania i pisania, które jednocześnie wynikają ze specyfiki funkcjonowania w środowisku akademickim/naukowym. Ponadto ich realizacja jest konieczna do sprawnego funkcjonowania w danym kontekście.

Rozwijanie sprawności słuchania, podobnie jak w nauczaniu języka do celów ogólnych, powinno koncentrować się na kształtowaniu u uczącego się umiejętności rozumienia globalnego, selektywnego oraz szczegółowego wszystkich rodzajów wypowiedzi. Gatunkiem szczególnie eksplorowanym w nauczaniu języka do celów akademickich/naukowych są wykłady akademickie i

prezentacje na tematy specjalistyczne. Aktywny udział w życiu naukowym wiąże się także z uczestnictwem (biernym i aktywnym) w różnego rodzaju panelach dyskusyjnych, debatach, sympozjach, konferencjach, kursach szkoleniowo-naukowych i szkoleniach związanych ze specjalizacją lekarską. Uczestnictwo w tego typu aktywnościach jest jedną z form zdobywania nowej wiedzy specjalistycznej. Poza sytuacją, gdy materiały wykładowe, szkoleniowe są udostępnione za pośrednictwem jakiejś platformy, w tradycyjnym przebiegu kształcenia osoby uczące się są zobligowane do notowania w trakcie słuchania. Jednoczesne odbieranie treści przekazywanych kanałem słuchowym i sporządzanie notatek, które – ze względu na ograniczenia czasowe – w zdecydowanej większości nie są dosłownym zapisem usłyszanego komunikatu, a jego parafrazą (z zachowaniem głównej myśli) i/lub streszczeniem, jest jedną z najważniejszych umiejętności, którą powinien nabyć uczący się przy okazji rozwijania sprawności słuchania. Odbywające się niejako symultanicznie wskazane działania językowe – słuchanie i pisanie – są charakterystyczne dla funkcjonowania w środowisku akademickim/naukowym, stąd też na ich rozwijanie powinien być kładziony nacisk od samego początku nauki języka. Ponadto jest to czynność – i zarazem umiejętność – mocno związana z późniejszym wykonywaniem zawodu lekarza. Uczący się powinien także nabyć umiejętności identyfikowania poszczególnych części składowych wypowiedzi ustnych – wstępu, rozwinięcia oraz zakończenia. Wypowiedzi typu wykład, prezentacja czy referat konferencyjny mają dość zbliżoną i przewidywalną strukturę. W pierwszej części – wstępie – najczęściej prezentowane są cel wystąpienia i pytania badawcze, które ukierunkowują uwagę słuchającego na znalezienie na nie odpowiedzi w części drugiej rozwinięciu. Natomiast ostatnia część pełni nie tylko rolę konkludującą, podsumowującą wypowiedź, ale jest także punktem wyjściowym do kolejnych działań językowych.

Rozwijanie sprawności mówienia w nauczaniu PJMed do celów akademickich/naukowych skupia się wokół wykształcenia u uczącego się umiejętności płynnego i jasnego wypowiadania się na tematy związane z medycyną, wygłaszania na ten temat przygotowanej wcześniej dłuższej wypowiedzi (np. referat, prezentacja), a także włączania się bez większego wysiłku i do dyskusji z innymi specjalistami. Ten wprowadzie bardzo krótki opis działań językowych skupia w sobie najważniejsze cele rozwijania sprawności mówienia. Do bardziej szczegółowych elementów należą formułowanie

poprawnych językowo pytań i odpowiedzi, ale także szybkie i umiejętne ich poprawianie, uzasadnianie swojego punktu widzenia, dostosowywanie swojej wypowiedzi do okoliczności oraz drugiego z interlokutorów (profesor, inny student medycyny). W ujęciu szerszym cele rozwijania sprawności mówienia w nauczaniu PJMed będą tożsame z tymi, które są wskazane w trakcie nauki języka ogólnego na poziomach począwszy od B2 do C1 (por. *Programy nauczania języka polskiego jako obcego*). Wskazane poziomy nie są przypadkowe, ponieważ aby podjąć studia medyczne w języku polskim cudzoziemcy są zobowiązani potwierdzić znajomość języka polskiego na poziomie minimum B2 (poziom średni ogólny)¹⁷⁵. Warty odnotowania jest fakt, iż według Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie egzaminów z języka polskiego jako obcego z 19 lipca 2018 r. oraz *Programów nauczania języka polskiego jako obcego* osoby uczące się, posiadające poziom B2 biegłości językowej, wykazują się znajomością i rozumieniem programów radiowych i telewizyjnych interesujących ich prywatnie i zawodowo. Dopiero przy opisach poziomu C1 znajdują się informacje na temat treści i gatunków specjalistycznych. Tym, co odróżnia rozwijanie sprawności mówienia w nauczaniu języka do celów specjalistycznych a nauczaniu języka do celów ogólnych, jest skupienie się na konkretnych działaniach językowych, wynikających ze specyfiki funkcjonowania w danym środowisku akademickim/naukowym, zawodowym czy w grupie specjalistów.

W materiałach do nauczania PJMed do celów akademickich (*O człowieku po polsku, Chcę studiować medycynę*) oraz pracach J. Doroszewskiego poświęconych *językowi medycyny (medycznemu)* za kluczowe formy wypowiedzi ustnej i pisemnej uznano definiowanie i wyjaśnianie. Zatem umiejętności te to działania językowe, których opanowanie jest konieczne do sprawnego funkcjonowania w środowisku akademickim/zawodowym. Są one bowiem jedną z form wypowiedzi ustnej praktykowaną w trakcie egzaminów, testów czy kolokwii. Ponadto stanowią części składowe dłuższych wypowiedzi, np. referatów czy prezentacji.

Mając na uwadze referat połączony z elementami prezentacji (np. wyników prowadzonych przez siebie badań), który jest najbardziej eksplorowanym (choć nie jedynym) gatunkiem wypowiedzi ustnej w środowisku

¹⁷⁵ Zob. np. <https://rekrutacja.gumed.edu.pl/55065.html> (dostęp 20.09.2022).

akademickim/naukowym, kluczowe wydaje się być kształtowanie u uczących się umiejętności płynnego przedstawiania narracji. Przez działanie należy rozumieć zachowanie poprawnej kolejności elementów: wstęp (pytania/cel/problem badawczy), rozwinięcie (argumentowanie przyjętego stanowiska), zakończenie (konkluzje, podsumowanie). Rozwijanie sprawności mówienia opiera się na technikach utrwalających budowę wzorców gatunkowych. Do tego celu są konieczne ćwiczenia i zadania oparte na lingwistyce tekstu. Ponadto dla referatowej wypowiedzi ustnej istotna jest umiejętność analizy danych, poprawne cytowanie i parafrazowanie literatury przedmiotu, czyjejs wypowiedzi, ale także odnoszenie się do niej w trakcie wypowiedzi.

Sprawność czytania jest tą, której poświęca się najwięcej uwagi przy okazji nauczania języka specjalistycznego do celów akademickich/naukowych zarówno w wymiarze teoretycznym, jak i praktycznym, o czym mogą świadczyć materiały do nauki PJMed ukierunkowane na rozwijanie właśnie tej sprawności receptywnej. Tekst specjalistyczny jest głównym ogniwem komunikacji między specjalistami, to „manifestacja posiadanej wiedzy przez fachowca”, instrument i rezultat działań językowo-komunikacyjnych (Cholewa 2014: 77). W trakcie nauki PJMed do celów akademickich/naukowych osoba ucząca się powinna nabyć umiejętności rozmienniania globalnego, selektywnego oraz szczegółowego literatury (naukowej) popularnonaukowej, tekstów opisujących badania kliniczne oraz piśmiennictwa lekarskiego (dokumentacji medycznej). Do zbioru tego zalicza się także przepisy z zakresu orzecznictwa lekarskiego, regulujące wykonywanie zawodu lekarza (np. ustawa o zawodzie lekarza, Kodeks Etyki Lekarskiej) oraz dokumenty regulujące prawa pacjenta, co z perspektywy studenta cudzoziemca przyszłego lekarza podejmującego pracę w środowisku podlegającemu obcemu wymiarowi prawa jest niezwykle istotne. Sytuacja ta sprawia, że zakres tematyczny (oraz gatunkowy) tekstów wykracza poza wiedzę medyczną. Rozwijanie sprawności czytania wiąże się także z nabywaniem umiejętności szybkiego przeglądania tekstu w celu wyszukania potrzebnych i ważnych informacji, ale także oceny wiarygodności i przydatności materiału do własnych potrzeb, szczególnie jeśli chodzi o teksty opisujące badania kliniczne. Ćwiczenia ukierunkowane na kształcenie umiejętności analizy i opiniowania przeczytanych treści to pierwszy krok do rozwijania autonomii uczącego się. Uczący się jest stawiany przed koniecznością podejmowania indywidualnych decyzji, co jeszcze bardziej podkreśla jego udział w procesie współtworzenia

treści programowych kursu. Z przerzucenia obowiązku pozyskania materiału tekstowego na zajęcia (co jest równe z przygotowaniem się do lekcji) wynikają pewne korzyści zarówno dla uczącego, jak i nauczyciela. Po pierwsze, samodzielny wybór tekstu, zdefiniowanie poruszonego w nim problemu może zwiększyć motywację do nauki, gdyż omawiany temat jest zgodny z zainteresowania, a w przypadku osób czynnych zawodowo także potrzebami czy problemami. Dla lektora, który nie jest specjalistą w dziedzinie medycyny, jest to spore ułatwienie w przygotowaniu materiałów odpowiadającym aktualnym potrzebom uczącego się. Wypracowanie wśród uczących się umiejętności krytycznej analizy literatury jest jedną z najpotrzebniejszych umiejętności w zawodzie lekarza, zwłaszcza gdy do dyspozycji jest ograniczona literatura. Jest to praktyczne narzędzie, które będzie można wykorzystać do pracy zawodowej po skończonych zajęciach lekcyjnych. Praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach (EBM – *Evidence Based Medicine*) stanowi pewną propozycję dla ćwiczeń i zadań opartych na tradycyjnych technikach rozwijania sprawności czytania. Praca nie z jednym, ale z kilkoma tekstami dotyczącymi jednego schorzenia na zajęciach pokazuje uczącym się różne sposoby podawania i interpretowania wyników. To natomiast przekłada się na rozwijanie umiejętności analitycznych, podsumowujących, ale też na zdolność stawiania kolejnych pytań badawczych i szukania na nie odpowiedzi np. przez propozycję konkretnych działań klinicznych. Ćwiczenia tego typu będą łączyły naukę języka z przyswajaniem wiedzy specjalistycznej i tym samym będą zgodne z postulatami CLIL.

Uwaga ta jest szczególnie istotna w kontekście studenta medycyny i późniejszego lekarza, bowiem w przypadku tego zawodu – o czym była już mowa kilkakrotnie w niniejszej rozprawie – uczenie się i zdobywanie wiedzy nie kończy się wraz z ukończeniem studiów medycznym oraz uzyskaniem dyplomu. O tym, że przed osobami pracującymi w służbie zdrowia stawia się obowiązek regularnego doskazywania i szkolenia, świadczą wymagania zawarte w dokumentach regulujących pracę w zawodzie lekarza. Jest to nie tylko doskazywanie własnej wiedzy i umiejętności, ale także udział w doskazywaniu zawodowym innych pracowników medycznych. Zatem rozwijanie u uczącego się strategii wspierających samorozwój w obecnych czasach staje się celem priorytetowym nie tylko w kształceniu przedmiotowym, ale także językowym.

Podobnie jak w przypadku poprzednich trzech sprawności, celem kształcenia w zakresie sprawności pisania w nauczaniu *polskiego języka medycyny (medycznego)* do celów akademickich/naukowych jest nabycie przez uczącego się umiejętności realizowania konkretnych działań komunikacyjnych. Analizy materiałów do nauczania PJMed wykazały, iż zdolność tworzenia wypowiedzi pisemnych jest najrzadziej uwzględniana w komentarzach autorskich. Także liczba ćwiczeń i zadań ukierunkowanych na rozwijanie sprawności pisania jest najniższa w porównaniu z innymi sprawnościami językowymi. Można w różny sposób wytłumaczyć tę sytuację, m.in. jest ona spowodowana tworzeniem materiałów do rozwijania konkretnej sprawności (najczęściej czytania). Nie da się jednak zaprzeczyć, iż umiejętność tworzenia tekstów w różnych formach, o różnej długości, związanych z konkretną dziedziną nauki (w tym wypadku medycyny) jest niezbędna do sprawnego funkcjonowania w środowisku akademickim/naukowym, bowiem w trakcie sześcioletnich studiów będzie ona towarzyszyć uczącemu się na każdym kroku: od przygotowywania notatek w trakcie wykładów, przez zdawanie pisemnych kolokwii, testów, a na prezentowaniu wyników prowadzonych przez siebie badań i obserwacji kończąc.

Przyjmując, że osoba rozpoczynająca naukę PJMed do celów akademickich/naukowych zna już język ogólny, celem ćwiczeń ukierunkowanych na rozwijanie sprawności pisania w pierwszej kolejności będzie utrwalanie wszystkich zasad ortografii, interpunkcji i gramatyki. Uczący się powinni także znać i stosować w piśmie prawidłową terminologię medyczną obejmującą: mianownictwo anatomiczne, fizjologiczne, patofizjologiczne, stanów metabolicznych, rozpoznań, stanów chorobowych, procedur i zabiegów. Ćwiczenia i zadania powinny być ukierunkowane na zapoznanie uczących się z formami pisemnymi charakterystycznymi dla działalności akademickiej. Skupienie uwagi na wykształceniu u uczącego się umiejętności poprawnego planowania, komponowania i redagowania wypowiedzi charakterystycznych dla naukowego *polskiego języka medycyny (medycznego)* będzie tym działaniem językowym, które odróżnia rozwijanie sprawności pisania w nauczaniu języka do celów ogólnych. Publikacja *Pomysł – badanie – publikacja. Poradnik naukowy dla studentów kierunków medycznych* w zbiorze gatunków naukowych koniecznych do opanowania wymienia następujące: 1) publikacje (doniesienia) oryginalne o tematyce eksperymentalnej lub opisowej, 2) artykuły przeglądowe (review) napisane w celu stworzenia nowych syntez lub uogólnień lub w celu

streszczenia stanu wiedzy w jakiejś dziedzinie, 3) artykuły kazuistyczne (opisy przypadków, *case report*), 4) metaanalizy i badania wtórne, 5) listy do redakcji (recenzje, krytyki, polemiki), 6) książki naukowe i rozdziały w książkach, 7) wytyczne kliniczne (*guidelines*), 8) wnioski o granty” (Heleniak 2015: 31). Poprzedzenie pisania samodzielnego prezentacją przytoczonych form wypowiedzi (np. jako teksty do rozwijania sprawności czytania) i ćwiczeniami opartymi na lingwistyce tekstu powinno stanowić stały element procesu rozwijania sprawności pisania w nauczaniu PJMed do celów akademickich/naukowych.

9.4. Rozwijanie sprawności językowych na zajęciach *polskiego języka medycyny (medycznego)* do celów zawodowych

Podstawę modelu rozwijania sprawności językowych w nauczaniu *polskiego języka medycyny (medycznego)* do celów zawodowych stanowią cele kształcenia (działania komunikacyjne) w zakresie słuchania, mówienia, czytania i pisania, które jednocześnie wynikają ze specyfiki funkcjonowania w środowisku zawodowym. Ponadto ich realizacja jest konieczna do sprawnego funkcjonowania w danym kontekście.

Analiza ofert instytucji i jednostek prywatnych (nieakademickich) wykazała, że trzema najważniejszymi celami nauczania PJMed na kursach językowych są nauka słownictwa medycznego, efektywna komunikacja w miejscu pracy oraz opanowanie struktur gramatycznych. Ponadto za priorytetowe uznaje się przygotowanie do egzaminu NIL, przygotowanie do pracy z dokumentacją medyczną, a także rozwijanie wszystkich sprawności językowych. W badanym materiale nie podano konkretnych działań komunikacyjnych, a jedynie ogólne informacje na temat treści nauczania. Przeprowadzenie ankiety wśród uczących się pod kontem konkretnych elementów kompetencji komunikacyjnych oraz umiejętności językowych pozwolił nakreślić pewien zakres działań językowych, które zdaniem lekarzy cudzoziemców są (raczej) konieczne do podjęcia pracy w służbie zdrowia. Przegląd dokumentów regulujących pracę w zawodzie lekarza pozwolił sprecyzować wymagania i działania niezbędne do funkcjonowania w obszarze zawodowym (komunikacja *lekarz – lekarz*, komunikacja *lekarz – pacjent*), które są konieczne z perspektywy prawnej. Na pierwszym miejscu znalazły się ustne działania komunikacyjne, które

są powiązane z rozwijaniem sprawności słuchania i mówienia. Działania komunikacyjne oparte na recepcji i produkcji pisemnej są wskazywane rzadziej, ale wciąż pełnią istotną rolę w kontekście funkcjonowania w środowisku zawodowym.

Sprawność słuchania jest tą, której poświęca się najwięcej miejsca w literaturze przedmiotu na temat komunikacji lekarza z pacjentem. Autorzy poradników kierowanych do przyszłych (i obecnych) lekarzy wskazują umiejętność aktywnego słuchania jako najważniejsze działanie komunikacyjne w porozumieniu między pacjentem a lekarzem, ponieważ jest ono gwarancją sukcesu dialogu między chorym a lekarzem. Glottodydaktycy zajmujący się tą tematyką wyróżniają cztery główne rodzaje skutecznego słuchania: aktywne, empatyczne, otwarte i świadome. Przy okazji wskazują na cztery techniki przydatne w rozwijaniu umiejętności aktywnego słuchania, wśród których wymienia się parafrazowanie, klaryfikację, odzwierciedlanie i podsumowywanie. W poddanych analizom materiałach do nauczania PJMed, nawet tych, które są kierowane do osób na wysokim poziomie językowym, wskazane techniki są nieobecne. Powyższa sytuacja nie jest efektem zaniedbania ze strony autorów podręczników, ale wynika z dwóch najważniejszych – w moim odczuciu – czynników. Po pierwsze, materiały są kierowane głównie do osób z podstawową znajomością języka ogólnego, w których dialogi są stosunkowo krótkie i językowo dość proste. Po drugie, sprawna komunikacja lekarza z pacjentem i jej aspekty, m.in. sprawność słuchania, są obiektem badań lingwistów dopiero od kilku(nastu) lat. Wprawdzie glottodydaktyka jest transdyscyplinarna, korzystając z dorobku innych dziedzin, jednak w tym wypadku trochę za wcześnie mówić o jakimkolwiek transferze. Ponadto w liczącym niemal pięć dekad nauczaniu PJMed w wymiarze teoretycznym zajmowano się głównie słownictwem medycznym oraz doбором tekstów na zajęcia specjalistyczne. Zatem komunikacja lekarza z pacjentem nie była do tej pory obiektem szerszych dyskusji na gruncie glottodydaktyki. Rozwijanie sprawności słuchania w oparciu o techniki parafrazowania, klaryfikacji, odzwierciedlania i podsumowywania jest jednoczesnym rozwijaniem sprawności mówienia. Ponadto tego typu ćwiczenia wymagają większego zaangażowania ze strony uczących się niż np. te, oparte na klasycznych technikach, jak chociażby wybór *prawda/fałsz*. Ponadto dzięki takim rozwiązaniom uczący się będzie nabywał umiejętności biegłego stosowania

strategii prowadzących do pełnego zrozumienia komunikatu zastępując nieznane lub niejasne słowa i wyrażenia.

Choć dostępne na rynku materiały do nauczania PJMed nie dostarczają przykładów komunikacji *lekarz – lekarz*, a jeśli już one są, ograniczają się do pojedynczych, krótkich dialogów, składających się z kilku zdań, nie sposób nie wspomnieć przy okazji rozwijania sprawności słuchania i mówienia o komunikacji w zespole medycznym. Skuteczne słuchanie to umiejętność, która nie jest związana tylko z porozumieniem lekarza z pacjentem. Odnosi się ona do komunikacji w środowisku medycznym w ogóle, jest więc niezbędna w kontaktach między specjalistami. Nie jest niczym nowym fakt, iż środowisko medyczne jest wciąż silnie zhierarchizowane. Przekonanie, że ordynator jest osobą decyzyjną, natomiast lekarz czy pielęgniarka wykonują konkretne zadania, może wpłynąć na poprawność i płynność komunikacji. Nie zawsze komunikat wydany przez jednego lekarza jest w pełni zrozumiany przez drugiego interlokutora, ale zawsze błąd wynikający z braku pełnego zrozumienia może mieć różne konsekwencje. Stąd też ukierunkowanie ćwiczeń na rozwijanie umiejętności komunikowania się w sposób dwukierunkowy tworzy tzw. zamkniętą pętlę komunikacji, w której jedna osoba „będąca odbiorcą informacji powtarza ją, a następnie przekazuje z powrotem nadawcy” (Cebula, Górski 2018: 187). To kolejny przykład ćwiczenia, którego wykonywanie rozwija dwie sprawności językowe jednocześnie (słuchanie i mówienie). Ponadto ćwiczenie to wiąże się z rozwijaniem kompetencji gramatycznej, jako że przetwarzanie usłyszonej informacji wymaga także użycia innych form gramatycznych.

Badanie ankietowe prowadzone wśród lekarzy cudzoziemców oraz lektorów pokazało, że sprawność mówienia jest tą umiejętnością, która stanowi główny cel nauczania PJMed do celów zawodowych. O nadrzędności tej sprawności względem trzech pozostałych może także świadczyć liczba materiałów do nauczania polszczyzny medycznej ukierunkowana na komunikację ustną lekarza z pacjentem. Wyniki badań ankietowych oraz analiz materiałów włączonych do korpusu badawczego potwierdzają powszechne przekonanie, że najważniejsza w pracy lekarza jest umiejętność przeprowadzenia efektywnego wywiadu lekarskiego z pacjentem. Sprowadzenie zawodu lekarza tylko do komunikacji ustnej z pacjentem sprawia, że umiejętności czytania i pisanja mogą zostać potraktowane jako drugorzędne. Współczesne i ciągle poszerzające się badania nad komunikacją *lekarz – pacjent* oraz pojawiające się dokumenty

regulujące kształcenie w tym kierunku sprawiają, że wywiad lekarski nie sprowadza się już tylko do sprawnego zadania pytań przez lekarza. Rozwijanie sprawności mówienia w nauczaniu PJMed do celów zawodowych wiąże się zatem z wieloaspektowym kształceniem osoby uczącej się, wykraczającym poza umiejętności ściśle językowe. Uczący się powinien posługiwać się językiem w sposób płynny, jasny, wyraźny, dostosowany do rozmówcy. Operuje bogatym zasobem leksykalnym z zakresu medycyny, jednak poziom trudności wypowiedzi dostosowuje do interlokutora. W rozmowie, której uczestnikami są lekarz i pacjenta, najważniejszą umiejętnością, którą powinien wykazać się specjalista, jest zdolność przekładania języka specjalistycznego na język ogólny, zrozumiały dla laika. Ustne wyjaśnianie często zawiłych zagadnień medycznych wspomagane powinno być elementami wizualnymi. Najczęściej w tym celu lekarze sięgają po zdjęcia, rysunki, na których zaznaczają np. miejsce i długość nacięcia operacyjnego. Dzięki zastosowaniu takiej techniki wspomagającej wyjaśnienie większe jest prawdopodobieństwo, że pacjent zrozumie treść rozmowy. Włączenie technik manipulacyjnych w proces rozwijania sprawności słuchania i mawiania przekłada się także na efektywność rozwijania tych dwóch umiejętności u samych uczących się, szczególnie jeśli są to osoby rozpoczynające naukę PJMed do celów zawodowych. W praktyce lekarskiej coraz częściej mówi się o wykorzystywaniu aplikacji mobilnych: słowników, atlasów medycznych, encyklopedii czy innych narzędzi ułatwiających konsultowanie przypadków medycznych, stawianie diagnozy czy nawet wspomagających komunikację lekarza z pacjentem¹⁷⁶. Większość wspomnianych aplikacji jest ogólnodostępna również dla osób niemających wykształcenia medycznego, dlatego materiały te mogą zostać pozyskane przez lektora w celach edukacyjnych¹⁷⁷.

Na porozumienie lekarza z pacjentem składają się także elementy niewerbalne, które zdaniem badaczy zajmujących się komunikacją medyczną nierzadko mają większy wpływ na pomyślność przebiegu wywiadu lekarskiego niż komunikacja werbalna (Kocurek, Kowalska 2018: 49-55). Elementy te są szczególnie istotne w środowisku i wielokulturowym, a niewiedza w ramach międzykulturowej opieki medycznej może prowadzić do nieporozumień, a nawet

¹⁷⁶<https://pulsmedycyny.pl/przeglad-aplikacji-mobilnych-przydatnych-dla-lekarzy> 974760?fbclid=IwAR2537mzRi8Q6nMfXLjR8BuSG1EAFb3nmkoAjDeM805O48AcLpND3M5F Bw (dostęp 22.09.2022).

¹⁷⁷ Inaczej wygląda sytuacja z grupami np. na Facebooku, zrzeszającymi lekarzy konkretnych specjalizacji lub pracujących za granicą. Dołączenie do nich jest możliwe tylko po wcześniejszym okazaniu numeru prawa wykonywania zawodu (PWZ).

błędów w sztuce lekarskiej (por. Kubik 2019: 117-130). Na podstawie literatury przedmiotu, zebranych informacji w trakcie prowadzenia ankiety, analizy materiałów do nauczania PJMed oraz prywatnych rozmów ze znajomymi studentami i lekarzami cudzoziemcami mogę stwierdzić, iż zagadnienie komunikacji niewerbalnej i kompetencji interkulturowej w nauczaniu PJMed jest najslabiej rozwinięte, a wręcz pomijane. W prowadzonym na potrzeby niniejszej rozprawy doktorskiej badaniu udział wzięła grupa lekarzy pochodzenia ukraińskiego, białoruskiego i rosyjskiego. Różnice kulturowe między Polską a tymi krajami nie są tak widoczne i oczywiste, jak np. między Polską a Malesją czy położoną zdecydowanie bliżej Turcją. Niemniej jednak w jednej ankiecie zwrócono uwagę na konieczność włączenia do zajęć językowych elementów kulturowych. Z kolei jeden z nauczycieli zwrócił uwagę na konieczność rozwijania świadomości roli komunikacji niewerbalnej wśród uczących się.

Współcześnie, obok umiejętności prowadzenia rozmowy z pacjentem w gabinecie lekarskim (tzw. twarzą w twarz), konieczne są także umiejętności przeprowadzania konsultacji lekarskich przez telefon lub za pośrednictwem komunikatorów umożliwiających wideo rozmowę. O ile w przypadku rozmowy przy użyciu tych drugich narzędzi niedogodności wynikają m.in. z niemożności dokładnego obejrzenia np. bolącego gardła czy rany, tak już konsultacje lekarskie przy pomocy tylko telefonu należą do zdecydowanie najtrudniejszych i też najbardziej wymagających. W obliczu współczesnych zagrożeń epidemiologicznych i wynikających z tego powodu ograniczeń w kontaktach międzyludzkich konieczne jest włączenie w model rozwijania sprawności słuchania i mówienia technik przygotowujących do prawidłowego i możliwie jak najbardziej efektywnego przeprowadzenia konsultacji droga telefoniczną, bez obrazu. W analizowanych materiałach glottodydaktycznych nie ma przykładów rozmów telefonicznych pacjenta z lekarzem. Sporadycznie pojawiają się przykładowe rozmowy chorego, który dzwoni do szpitala w celu umówienia się na wizytę.

Rozwijanie sprawności czytania w nauczaniu PJMed do celów zawodowych wiąże się przede wszystkim z ukierunkowaniem na pracę z gatunkami tekstów charakterystycznymi dla pracy w zawodzie lekarza. Chodzi tu przede wszystkim o przykłady dokumentacji medycznej, takie jak: skierowania, orzeczenia, wyniki badań, opis badania, wypis ze szpitala czy karta pacjenta. Z tego typu tekstami lekarz ma styczność na co dzień i na ich rozumienie oraz

interpretację powinno kłaść się nacisk w pierwszej kolejności. Poza tym najczęściej zapoznanie się z wynikiem badań jest początkiem rozmowy między dwoma lekarzami czy lekarzem a pacjentem. Poza innym zestawem gatunków tekstowych rozwijanie sprawności czytania w nauczaniu PJMed do celów zawodowych nie różni się od kształtowania umiejętności rozumienia tekstów pisanych w nauczaniu PJMed do celów akademickich/naukowych czy nawet do celów ogólnych. Uczący się powinien wykazywać się zdolnością rozumienia globalnego, selektywnego i szczegółowego tekstów wpisujących się w kanon dokumentacji medycznej.

W badaniu przeprowadzonym wśród lekarzy cudzoziemców oraz nauczycieli zajmujących się nauczaniem PJMed wspomniana sprawność produktywna była najrzadziej wskazywana jako niezbędna w zawodzie lekarza. Z perspektywy pacjenta, porozumienie z lekarzem ogranicza się przede wszystkim do rozmowy. Natomiast z perspektywy lekarza na wizytę składa się szereg czynności, które wykonywane są niemal w tym samym czasie: słuchanie pacjenta, podtrzymanie z nim rozmowy oraz wypełnianie dokumentacji i notowanie.

Wśród wymagań w zakresie komunikacji *lekarz – pacjent*, *lekarz – lekarz* za kluczowe przyjmuje się czytelne odręczne prowadzenie dokumentacji medycznej, wypisywanie recept oraz skierowań na badania diagnostyczne i specjalistyczne, a także wydawanie orzeczeń i opinii lekarskich. Warto tu jednak jeszcze raz przypomnieć, iż od 2021 r. w Polsce jest obowiązek wypełniania dokumentacji elektronicznej, stąd też wymóg czytelności pisma można uznać za niekoniecznie najważniejsze działanie językowe w zawodzie lekarza. Z drugiej strony jest ono nadal weryfikowane na egzaminie z języka polskiego dla lekarzy organizowanego przez NIL. Zatem po raz kolejny podkreślona zostaje konieczność jednoczesnego rozwijania u uczącego się umiejętności słuchania i pisania. W modelu rozwijania sprawności pisanie w nauczaniu PJMed do celów zawodowych (podobnie jak to ma miejsce w nauczaniu PJMed do celów akademickich/naukowych) jest oparcie ćwiczeń i zadań na formach (gatunkach) pisemnych, charakterystycznych dla pracy lekarza w szpitalu. Z perspektywy lektora przygotowującego materiały na zajęcia jest to zadanie najtrudniejsze, ponieważ nie ma on dostępu i wglądu do szpitalnych systemów. Pozyskanie wzorów dokumentacji szpitalnej także nie należy do łatwych zadań.

9.5. Rozwijanie sprawności językowych na lektoracie z języka polskiego z elementami *języka medycyny (medycznego)* na uczelni medycznej

Jak pokazały analizy sylabusów w Części II, programy nauczania języka polskiego jako obcego na lektoracie na uczelniach medycznych wykazują wiele podobieństw. Najważniejszym celem zajęć jest rozwijanie kompetencji językowych w zakresie wymowy, słownictwa, gramatyki oraz sprawności słuchania, czytania, mówienia, a także pisania. Wśród konkretnych działań komunikacyjnych wskazuje się zbieranie wywiadu lekarskiego, udzielanie prostych instrukcji i informacji pacjentowi, stosowanie różnych technik negocjacyjnych i mediacyjnych, tworzenie tekstów różnego typu, zarówno w komunikacji tradycyjnej, jak i elektronicznej, choć nie są wymieniane konkretne przykłady. Uwzględnia się także rozwijanie u uczącego się zdolności do samokształcenia. Zasadniczą różnicą, jaka jest między omówionymi powyżej kursami nauczania PJMed do celów akademickich/naukowych oraz celów zawodowych a lektoratem językowym na uczelni medycznej, jest typ uczącego się. Uczestnikami dwóch pierwszych kursów są osoby planujące podjąć studia bądź pracę w środowisku polskojęzycznym. Z kolei na lektorat z języka polskiego uczęszczają osoby, które po pierwsze – i najważniejsze – studiuje medycynę w języku angielskim i w tym języku zamierzają pracować w przyszłości. Zatem ich znajomość polszczyzny ogólnej najczęściej nie przekracza poziomu A2. Ponadto lektorat w pierwszej kolejności obejmuje nauczanie języka polskiego ogólnego. Ze względu na ograniczenia czasowe autorzy programów nauczania i sylabusów skupiają się na wybranych elementach nauczania polszczyzny medycznej, którymi są leksyka medyczna (lub ogólnomedyczna) oraz przeprowadzanie nieskomplikowanych wywiadów lekarskich.

Lektorzy JPJO na uniwersytetach medycznych mają podwójnie trudne zadanie – z jednej strony są odpowiedzialni za organizację kursu języka ogólnego, z drugiej zaś – muszą połączyć niską znajomość polszczyzny ogólnej z wprowadzeniem elementów języka specjalistycznego. Sytuację dodatkowo utrudnia ograniczona liczba zajęć lektoratów z JPJO zarówno w jednym roku akademickim, jak i w trakcie trwania całego toku studiów. Jeszcze większym wyzwaniem jest brak motywacji uczących się do nauki PJMed, która wynika z faktu, iż nie wiążą ani przyszłości zawodowej z Polską. Losy byłych studentów medycyny w języku angielskim w Polsce nie są dokładnie znane, trudno wyrokować, ilu absolwentów decyduje się na pobyt stały i pracę w zawodzie w tym kraju. Jednak z własnego doświadczenia zdobytego w trakcie pracy na

uczelni medycznej wiem, że tylko w sporadycznych przypadkach absolwenci studiów medycznych w języku angielskim decydują się na pozostanie w Polsce i podjęcie pracy w zawodzie lekarza. Wówczas osoby takie uczą się języka we własnym zakresie lub szukają zatrudnienia w prywatnych klinikach, gdzie komunikacja odbywa się w języku angielskim z racji tego, iż z oferty tej korzystają przede wszystkim obcokrajowcy. Wobec powyższej sytuacji cele nauczania w zakresie poszczególnych sprawności językowych są odpowiednie dla poziomu zaawansowania uczestników (A1-A2).

9.6. Nauczanie *polskiego języka medycyny (medycznego)* w XXI w. – kierunki dalszych badań

Choć kształcenie językowe w zakresie polszczyzny medycznej liczy blisko 50 lat, prac teoretycznych podejmujących tę tematykę jest stosunkowo niewiele, w dodatku większość publikacji pochodzi z lat 70., 80. i 90. XX wieku. Liczba badań oraz praktycznych rozwiązań jest znikomaw stosunku do współczesnych potrzeb rynkowych i edukacyjnych. Podsumowanie trwającego niemal pięć dekad nauczania polszczyzny medycznej to zadanie niełatwe, ale w moim odczuciu konieczne i potrzebne dla glottodydaktyki polonistycznej. Jeszcze trudniejsze, aczkolwiek interesujące wydaje się wyznaczenie dalszych kierunków badań. Zanim przedstawię proponowane obszary, odniosę się pokrótce do hipotez badawczych oraz pytań szczegółowych, zarówno z Części I, jak i Części II rozprawy.

Przede wszystkim mnogość i różnorodność problemów badawczych wynikały z chęci pokazania złożoności zjawiska, jakim jest nauczanie *polskiego języka medycyny (medycznego)*. To było powodem, dla którego odnosiłam się często nie tylko literatury językoznawczej, ale także do dokumentów prawnych czy badań z zakresu socjologii. Z jednej strony wielowątkowość prowadzonych badań mogła nieco odciągać uwagę od tematu głównego, z drugiej zaś przyjęta metodologia badań wynikała z interdyscyplinarnej natury glottodydaktyki.

Najważniejsza konkluzja, która wynika z prowadzonych badań i obserwacji to fakt, że *naukowy opis języka medycyny (medycznego)* jest zadaniem trudnym. Wykorzystane do tego celu kryteria wypracowane przez M. T. Cabré pozwoliły wprowadzić spojrzenie na *polski język medycyny (medyczny)* nie tylko

przez pryzmat specjalistycznej leksyki, ale nie dały jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czym jest polszczyzna medyczna.

Przegląd dorobku glottodydaktyki polonistycznej nad nauczaniem języków specjalistycznych prowadzi do wniosku, że kształcenie w zakresie języków specjalistycznych znajdowało się w centrum zainteresowania glottodydaktyków od zawsze. Trudno nie zgodzić się z badaczami (Ligara, Szupelak 2012; Gajewska, Sowa 2014; Gębał 2016), że w dostępnej literaturze przedmiotu brakuje prac o charakterze czysto teoretycznym, dominują artykuły, w których autorzy dzielą się własnym doświadczeniem. Z drugiej strony liczba publikacji do nauki języka polskiego do celów akademickich i/lub zawodowych jest dosyć pokaźna. To tylko utwierdza w przekonaniu, iż język polski jako obcy zyskał renomę na językowej mapie świata. Osobnego komentarza wymaga kwestia nauczania *polskiego języka medycyny (medycznego)*. Podzielałam opinię glottodydaktyków, iż prace (zarówno artykuły, jak i podręczniki) M. Chłopickiej, A. Daneckiej-Chwals oraz D. Pukas-Palimąki były kamieniem milowym dla polskiej glottodydaktyki. W oparciu o dostępną mi literaturę pozwolę sobie stwierdzić, że wkład w naukę wymienionych powyżej przedstawicielek środowiska krakowskiego jest zdecydowanie większy. Wedle mojej wiedzy publikacje badaczek wykraczają poza badania glottodydaktyczne. Jako pierwsze zwróciły one bowiem uwagę na wewnętrzne zróżnicowanie *polskiego języka medycyny (medycznego)*. Wprawdzie w pracach poświęconych wewnętrznemu zróżnicowaniu polszczyzny (np. Z. Klemensiewicz, S. Urbańczyk, A. Furdala, A. Wilkonia) pojawiają się wzmianki na temat języka medycyny i języka lekarzy, zagadnienie stratyfikacji polszczyzny medycznej nie było podejmowane wcześniej. Spostrzeżenia te były dla badaczek asumptem do opracowania podręcznika do nauki PJMed z nastawieniem na komunikację lekarza z pacjentem, co skierowało uwagę glottodydaktyków na zjawisko, jakim jest porozumiewanie się lekarza z chorym. Już w 1986 r. w jednym ze swoich artykułów badaczki wspomniały o różnicach w komunikacji między samymi specjalistami a dialogiem specjalisty z niespecjalistą oraz o potrzebie kształcenia w tym zakresie. Komunikacja lekarza z pacjentem znalazła się w centrum wzmożonych badań językoznawców mniej więcej 20 lat temu. W związku z tym można stwierdzić, iż do osiągnięć M. Chłopickiej, A. Daneckiej-Chwals i D. Pukas-Palimąki należy także zwrócenie uwagi na tę kwestię.

Jeśli chodzi o wnioski końcowe związane ze sprawnościami językowymi – ostatnie zagadnienie przedstawione w Części I – nie ma wątpliwości, że glottodydaktyka ogólna i specjalistyczna czerpią z własnych osiągnięć w tym zakresie. Oznacza to, że techniki wypracowane do kształtowania poszczególnych sprawności: rozumienia tekstu słuchanego i czytanego, tworzenia wypowiedzi ustnej i pisemnej na gruncie nauczania języka do celów ogólnych mogą być z powodzeniem zaadaptowane do nauczania języka do celów specjalistycznych i odwrotnie.

Analizy prowadzone w Części II rodzą kolejne spostrzeżenia i obserwacje. Po pierwsze, potwierdziła się hipoteza, że uczący się JPJO do celów medycznych są specyficzną, wewnętrznie zróżnicowaną grupą kształcenia językowego. W rozważaniach w rozdziale III zwróciłam uwagę na trzy podstawowe grupy uczących się: 1) przyszłych studentów medycyny w języku angielskim, 2) osoby szukające zatrudnienia w polskojęzycznym środowisku medycznym, 3) studentów medycyny w języku angielskim. W trakcie przeprowadzania ankiety okazało się, że specjaliści zawodów pokrewnych, takich jak: lekarze-dentyści, pielęgniarki, ratownicy medyczni i przedstawiciele personelu medycznego, również identyfikują siebie jako uczących się *polskiego języka medycyny (medycznego)*. Dzięki kwestionariuszowi przeprowadzonemu w grupie lekarzy udało się pozyskać jeszcze inne – istotne z perspektywy nauczania – dane na temat uczących się. Przede wszystkim w chwili obecnej cudzoziemcy uczący się PJMed tworzą stosunkowo jednolitą narodowościowo grupę. Po drugie, oczekiwania tych osób względem kursu językowego nie ograniczają się tylko do nauki języka, zdaniem dość licznej grupy ankietowanych – konieczne jest także poszerzanie wiedzy merytorycznej z zakresu medycyny. Spostrzeżenia te są istotne w kontekście roli lektora *polskiego języka medycyny (medycznego)* oraz jego przygotowania do pracy w zawodzie. W prawdzie w badaniu wzięła udział niewielka grupa nauczycieli, ale na podstawie wypełnionych przez nich kwestionariuszy można potwierdzić postawione hipotezy badawcze, że uczący PJMed są bardzo rzadko wspierani przez koordynatorów kursów językowych.

W kwestii materiałów glottodydaktycznych do nauczania *polskiego języka medycyny (medycznego)* należy stwierdzić z całą pewnością, że brak ogólnodostępnego programu nauczania polszczyzny medycznej oraz dopiero raczkującej teorii jej nauczania nie stanowi przeszkody w opracowywaniu podręczników i skryptów akademickich. Najstarszy i najnowszy podręcznik

poddany analizie w niniejszej pracy dzieli czterdzieści osiem lat. Na przestrzeni tego czasu zmieniało się podejście do nauki języka, które w konsekwencji pociągnęło za sobą zmiany w podejściu do nauczanych treści czy rozwijania sprawności językowych.

Na podstawie badań przeprowadzonych na potrzeby niniejszej rozprawy oraz syntetycznie przedstawionych powyżej ich wyników można wytyczyć kolejne kierunki oraz obszary badawcze w zakresie diskutowanego przedmiotu badawczego.

Po pierwsze, istnieje realna potrzeba badania nauczania *polskiego języka medycyny (medycznego)* na gruncie komercyjnym, nieakademickim. Mimo że w ramach rozprawy przeanalizowano 18 ofert kursów językowych oferowanych przez szkoły prywatne oraz różnego rodzaju fundacje i organizacje, pozyskane dane dają tylko ogólny obraz badanego zjawiska. Brakuje przede wszystkim informacji na temat metodyki nauczania oraz przygotowania (i wspierania w prowadzeniu zajęć) lektorów do nauczania polszczyzny medycznej.

Osobnych badań wymaga także nauczanie języka polskiego na lektoratach w uczelniach medycznych. Wprawdzie wspomniana grupa była przedmiotem zainteresowań badawczych A. Kijoch i E. Wojtczak, ale ilość pozyskanych informacji wciąż wymaga rozszerzenia.

Niebadaną grupą uczących się są kandydaci na studia medyczne w języku polskim. Literatura z zakresu nauczania PJMed z lat 80. i 90. ubiegłego wieku dostarcza informacji wyłącznie o obcokrajowcach przygotowujących się do studiów medycznych. W moim odczuciu przeprowadzenie badań w tym obszarze przyniosłoby nowe spojrzenie na tę grupę uczących się. W niniejszej rozprawie zrezygnowałam z objęcia badania cudzoziemców, którzy uczą się języka, aby podjąć studia medyczne w Polsce głównie z powodu trudności w dotarciu do takich osób. Problemатyczne jest także uzyskanie danych na temat programu nauczania *polskiego języka medycyny (medycznego)* do celów akademickich/naukowych. Niemniej jednak jest to zagadnienie warte zgłębienia, łącznie z zapoznaniem się ze specyfiką egzaminów wstępnych na studia medyczne dla obcokrajowców.

Obszarem osobnych i całościowych badań powinny stać się kwestie związane z certyfikacją w zakresie znajomości języka polskiego jako obcego do celów specjalistycznych, szczególnie *polskiego języka medycyny (medycznego)*. Certyfikacja JPJO do celów ogólnych na chwilę obecną ma już ugruntowany i

ustabilizowany status. Z tego względu za konieczne uważam podjęcie działań w celu wypracowania narzędzi testujących znajomość języka polskiego do celów specjalistycznych, aby jeszcze bardziej podnieść prestiż polszczyzny na arenie międzynarodowej.

Inny obszar domagający się uwagi badawczej to rozwijanie kompetencji interkulturowej w nauczaniu *polskiego języka medycyny (medycznego)*. Analiza materiałów do kształcenia w zakresie PJMed prowadzi do wniosku, iż aspekt ten jest najslabiej i najrzadziej rozwijany. Można nawet stwierdzić, że jest on pomijany w podręcznikach i skryptach akademickich. Analizy podręczników i skryptów oraz uwagi lekarzy (A. Krajewskiej oraz K. Karpowicz w rozdziale VII) na temat różnicy w pracy w polskojęzycznym a obcojęzycznym środowisku zawodowym skłoniły mnie do rozpoczęcia w lipcu 2022 r. badań w zakresie interkulturowości w nauczaniu *polskiego języka medycyny (medycznego)*. Wywiady przeprowadzone z polskimi lekarzami pracującymi za granicą, głównie we Francji, w Szwecji, Anglii i Kanadzie (stan na 15.08.2022) pozwoliły pozyskać ciekawy materiał. Wymaga on jednak osobnych analiz oraz rozszerzenia grupy badawczej¹⁷⁸. Kontynuacja szerzej zakrojonych badań umożliwi pozyskanie informacji, które będą istotne z perspektywy glottodydaktyki (np. wiedza na temat różnic/podobieństw w sposobie formułowania dokumentacji, ale też stylach zachowania może usprawnić naukę PJMed w grupach wielokulturowych), ale także przygotowania polskich studentów medycyny do pracy za granicą.

Autorka niniejszej rozprawy ma nadzieję, że zaprezentowane w niej badania oraz ich wyniki staną się punktem wyjścia do dalszych dyskusji oraz pogłębionych analiz omawianej tu problematyki.

¹⁷⁸ Szczególnie interesujące wydało mi się prowadzenie dokumentacji medycznej we francuskich szpitalach oraz używanie zwrotu adresatywnego *Cher Confrère* (drogi przyjacielu, współbracie) w skierowaniach na badania.

Nauczanie JPJO do celów specjalistycznych.
Model rozwijania sprawności językowych na przykładzie
polskiego języka medycyny (medycznego)

Streszczenie

Przedmiotem przedłożonej rozprawy jest nauczanie i uczenie się *polskiego języka medycyny (medycznego)* ze szczególnym uwzględnieniem w tym procesie rozwijania receptywnych i produktywnych sprawności językowych, określanych w najnowszej literaturze działaniami językowymi (ESOKJ 2003, 2020). Głównym celem pracy było opracowanie zakresów działań komunikacyjnych (językowych) niezbędnych w obszarze *języka medycznego (medycyny)*, a następnie przedstawienie na tym przykładzie propozycji modelu rozwijania sprawności językowych dla glottodydaktyki specjalistycznej. Podjęty problem został ukazany na tle rozważań na temat dotychczasowych badań nad językami specjalistycznymi w glottodydaktyce polonistycznej.

Z uwagi na wieloaspektową dyskusję nad podjętym zadaniem rozprawa została podzielona na trzy główne części.

Cześć I stanowią rozważania teoretyczne z czterech zakresów: *język specjalistyczny*, *glottodydaktyka specjalistyczna*, *polski język medycyny (medyczny)* i *sprawności językowe*. W pierwszym rozdziale uwaga została skupiona na językach specjalistycznych w badaniach lingwistycznych i glottodydaktycznych, sposobach ich definiowania oraz wykorzystywanych do tego celu kryteriach. Omówiona została także kwestia miejsca języka specjalistycznego na tle współczesnej polszczyzny. Osobnym komentarzem zostało opatrzone zjawisko pionowego i poziomego zróżnicowania języków specjalistycznych. Dopełnieniem rozdziału pierwszego jest stan badań nad glottodydaktyką polonistyczną do celów specjalistycznych. Rozważania przeprowadzone w pierwszym rozdziale prowadzą do dwóch wniosków. Po pierwsze, trudności w opracowaniu naukowego opisu języka specjalistycznego wynikają głównie z dość nieostrych kryteriów definicyjnych. Drugą istotną konkluzją rozdziału pierwszego jest fakt, iż język specjalistyczny niemal od zawsze znajdował się w centrum zainteresowania polskich glottodydaktyków. Warty odnotowania jest fakt, że praktyka nauczania języka specjalistycznego w postaci podręczników przedstawia się jako bogatsza w osiągnięciach niż myśl teoretyczna.

Drugi rozdział w całości został poświęcony modelowemu ujęciu procesu nauczania i uczenia się języków specjalistycznych. Uwaga czytelnika została skierowana na trzy podstawowe elementy układu glottodydaktycznego – uczącego się, nauczyciela oraz materiały. Następnie skoncentrowano się na teoretycznych aspektach planowania i organizacji kursu języka specjalistycznego. Zreferowane zostały takie aspekty, jak: analiza potrzeb, dobór materiału językowego i opracowywanie ćwiczeń, współczesne podejścia do nauczania języków specjalistycznych oraz ocenianie i ewaluacja kompetencji językowych. Najważniejszy wniosek płynący z rozważań w rozdziale II to fakt, że glottodydaktyka ogólna i glottodydaktyka specjalistyczna czerpią nawzajem z własnego dorobku, jeśli chodzi o podejścia do nauczania języków.

Trzeci rozdział koncentruje się bezpośrednio na kwestiach związanych bezpośrednio z tematem niniejszej rozprawy, tj. *polskim językiem medycyny (medycznym)*. Zaprezentowane zostały lingwistyczne i glottodydaktyczne nurty badawcze, a także perspektywę prawną nad opisu języka polskiego dla lekarzy i lekarzy dentyków. Tematem poruszonym w niniejszym rozdziale były także językoznawcze i glottodydaktyczne typologie polszczyzny medycznej oraz wewnętrzne zróżnicowanie tekstów medycznych. Następnie, odwołując się do założeń teoretycznych (wyróżników pragmatycznych, lingwistycznych i strukturalne języka specjalistycznego) przedstawionych w rozdziale I, podjęta została próba opisanie *polskiego języka medycyny (medycznego)*.

Część I zamyka rozdział IV poświęcony sprawnościom językowym w kształceniu językowym. W oparciu o bogatą literaturę omówione zostały procesy rozumienia tekstu słuchanego i pisanego, a także produkcji wypowiedzi ustnej i pisemnej. Zwrócono także uwagę na techniki wspomagające rozwijanie czterech sprawności językowych w nauczaniu języka ogólnego i języka specjalistycznego. Omówienie wiodących technik rozwijania sprawności językowych prowadzi do wniosku, że bazują one na osiągnięciach dydaktyki języka ogólnego, a różnice w zastosowaniu technik są raczej ilościowe niż jakościowe. Celem nauczania polskiego *języka medycyny (medycznego)* jest przygotowanie do sprawnego funkcjonowania w polskojęzycznym środowisku naukowym/akademickim i/lub zawodowym. Oznacza to, że w zależności od celu kształcenia językowego (przygotowanie do studiów medycznych czy pracy w Polsce) rozwijanie sprawności będzie wiązało się z doбором takich technik, które w pełni przygotowują do realizacji konkretnych działań komunikacyjnych.

Następne cztery rozdziały składają się na Część II rozprawy, czyli empiryczną. Rozdział V stanowi wprowadzenie w problematykę podjętych analiz ujętą w formie hipotez i pytań badawczych. Poddany badaniom korpus stanowią: 1) podręczniki i skrypty do nauczania *polskiego języka medycyny (medycznego)* (wydanych w latach 1974-2019), 2) 14 sylabusów lektoratu z języka polskiego na studiach medycznych w języku angielskim z polskich uczelni medycznych, 3) 18 ofert kursów komercyjnych języka polskiego dla lekarzy cudzoziemców z lat 2017-2020, 4) ankiety przeprowadzone wśród lektorów zajmujących się nauczaniem PJMed oraz uczestników kursów języka polskiego dla lekarzy.

Weryfikacja materiałów glottodydaktycznych do nauczania *polskiego języka medycyny (medycznego)* pod kątem technik rozwijania sprawności językowych (słuchania, mówienia, czytania i pisanie) pozwolił ocenić niemal pięćdziesięcioletni dorobek glottodydaktyki polonistycznej w zakresie nauczania polszczyzny medycznej. W analizowanym korpusie dominują materiały ukierunkowane na rozwijanie sprawności słuchania i mówienia, natomiast najsłabiej rozwijana jest umiejętność tworzenia wypowiedzi pisemnych. Techniki rozwijające sprawności językowe bazują na osiągnięciach metodyki nauczania języka polskiego do celów ogólnych. W analizach zauważono deficyt technik stosowanych w procesie przygotowawczym do słuchania i czytania. Brakuje także technik ukierunkowujących na tematykę poruszaną w tekście słuchanym i pisanym, a także techniki stawiania hipotez (przewidywanie treści), a następnie ich weryfikowanie. W najnowszych publikacjach, takich jak *Co Panu dolega?* i *U lekarza widać z kolei* nacisk na rozwijanie językowej kompetencji komunikacyjnej w działaniu.

W rozdziale VII główny punkt ciężkości został położony na planowaniu i organizacji lektoratu z języka polskiego na uczelni medycznej oraz kursu językowego w instytucjach nieakademickich. Analiza sylabusów uczelnianych oraz ofert komercyjnych prowadzi do wniosku, iż głównymi celami nauczania języka w obydwu przypadkach są nauka terminologii medycznej, opanowanie struktur gramatycznych charakterystycznych dla *polskiego języka medycyny (medycznego)* i przygotowanie uczestników lektoratów i kursów językowych do aktywnego i świadomego uczestniczenia w komunikacji interpersonalnej w środowisku zawodowym. W rozdziale tym omówiony został również egzamin z języka polskiego dla lekarzy i lekarzy dentystów organizowany przez Naczelną Izbę lekarską z racji tego, że jest to jedyny przykład weryfikacji znajomości

polskiego języka medycyny (medycznego) w Polsce. Skupiono się na prezentacji czterech części egzaminu i ich charakterystyce.

Rozdział VIII w całości został poświęcony uczącemu się i nauczycielowi w procesie rozwijania sprawności językowych do celów specjalistycznych. Głównym celem przeprowadzenia badań była analiza miejsca sprawności językowych w procesie organizacji zajęć z języka polskiego do celów medycznych z perspektywy uczącego się i nauczyciela. Analiza zebranych danych pozwala stwierdzić, że najważniejszą sprawnością – zdaniem badanych – jest mówienie. Ankietowani zostali poproszeni także o wskazanie kluczowych dla zawodu lekarza językowych kompetencji komunikacyjnych. Za kluczowe uznano sprawne przekładanie języka specjalistycznego na język ogólny, umiejętność głośnego prezentowania wyników oraz komunikowanie się z osobami w różnym wieku

Badaniem objęte zostały także oczekiwania uczących się wobec kursu języka specjalistycznego. Z poczynionych obserwacji wynika, że (potencjalni przyszłi) uczący się *języka polskiego medycyny (medycznego)* od zajęć językowych oczekują – oprócz podniesienia własnych kompetencji językowych w zakresie języka ogólnego i specjalistycznego – podniesienia poziomu wiedzy z zakresu medycyny. Wypływa z tego wniosek, że respondenci łączą naukę języka obcego z przyswojeniem wiedzy specjalistycznej. Taka postawa wiąże się zatem z większymi wymaganiami wobec nauczycieli i ich roli w procesie kształcenia. Jest to istotna konkluzja, w pewien sposób przesądza bowiem o wyborze metody nauczania – CLIL.

Wieńcząca rozprawę Część III stanowi podsumowanie badań. W rozdziale IX zaprezentowane zostały autorskie ustalenia terminologiczne i definicyjne odnośnie do *polskiego języka medycyny (medycznego)*. Osobnym komentarzem opatrzona została kwestia wewnętrznego zróżnicowania tegoż języka. W rozdziale tym zamieszczono także wymagania i działania komunikacyjne, które dotyczą trzech zakresach: 1) samokształcenia w celu zdobycia specjalistycznej wiedzy medycznej, 2) komunikacji *lekarz – lekarz*, 3) komunikacji *lekarz – pacjent*. Wnioski płynące z analiz zaprezentowanych w Części I oraz Części II, a także przykłady wymagań i działań komunikacyjnych stały się podstawą do propozycji modelu rozwijania sprawności językowych na zajęciach *polskiego języka medycyny (medycznego)* do celów akademickich oraz zawodowych, a także na lektoracie z języka polskiego jako obcego na uczelni medycznej.

Teaching JPJO for special purposes.
A model of language skills development on the example of
Polish language of medicine (Polish for Medical Purposes)

Abstract

The subject of the submitted dissertation is the teaching and learning of the Polish language of medicine (for medical purposes) with a particular focus on the development of receptive and productive linguistic skills in this process, referred to in recent literature as linguistic activities (CEF 2003, 2020). The main aim of the study was to develop the ranges of communicative (linguistic) activities necessary in the area of medical language (medicine), and then to present, on this example, a proposal of a model of language skills development for specialist glottodidactics. The issue discussed in this paper was shown against the background of considerations on previous research on specialised languages in Polish language glottodidactics.

Due to the multifaceted discussion of the task undertaken, the dissertation has been divided into three main parts.

Part I consists of theoretical considerations in four areas: specialist language, specialist glottodidactics, Polish language of medicine (Polish for medical purposes) and language skills.

The first chapter focuses on specialist languages in linguistic and glottodidactic research, the ways of defining them and the criteria used for this purpose. The question of the place of specialist languages in contemporary Polish is also discussed. A separate commentary is provided on the phenomenon of vertical and horizontal differentiation of specialist languages. The first chapter is complemented by the state of research on the glottodidactics of Polish for specialised purposes. The considerations carried out in the first chapter lead to two conclusions. Firstly, the difficulties in developing a scientific description of a specialised language are mainly due to rather vague definitional criteria. The second important conclusion of chapter one is that specialised language has almost always been at the centre of interest of Polish glottodidacticians. It is noteworthy that the practice of teaching specialised language in the form of textbooks presents itself as richer in achievements than theoretical thought.

The second chapter is entirely devoted to a model view of the process of teaching and learning specialised languages. The reader's attention was directed to the three basic elements of the glottodidactic system - the learner, the teacher and the materials. It then focuses on the theoretical aspects of planning and organising a specialised language course. Aspects such as needs analysis, the selection of language material and the design of exercises, contemporary approaches to specialised language teaching, and assessment and evaluation of language competence are addressed. The most important conclusion to be drawn from the considerations in Chapter II is that general glottodidactics and specialist glottodidactics draw on each other's achievements when it comes to approaches to language teaching.

The third chapter focuses directly on issues directly related to the topic of this dissertation, i.e., the Polish language of medicine (medical Polish/Polish for medicine/medicine Polish). Linguistic and glottodidactic research streams are presented, as well as a legal perspective on the description of the Polish language for doctors and dentists. Linguistic and glottodidactic typologies of medical Polish and internal differentiation of medical texts were also discussed in this chapter. Then, referring to the theoretical assumptions (pragmatic, linguistic and structural distinctions of a specialised language) presented in Chapter I, an attempt was made to describe the Polish language of medicine (medical Polish).

Part I closes with Chapter IV devoted to linguistic skills in language education. Based on a wealth of literature, the processes of listening and writing comprehension as well as the production of oral and written expression are discussed. Attention is also given to techniques that support the development of the four language skills in the teaching of general and specialised language. The discussion of the leading techniques for developing language proficiencies leads to the conclusion that they are based on the achievements of general language didactics, and that the differences in the application of the techniques are quantitative rather than qualitative. The aim of teaching the Polish language of medicine (medical language) is to prepare one to function efficiently in a Polish-speaking scientific/academic and/or professional environment. This means that, depending on the purpose of language training (preparation for medical studies or work in Poland), the development of skills will involve the selection of such techniques that will fully prepare for the realisation of specific communicative activities.

The next four chapters make up Part II of the dissertation, i.e., the empirical part. Chapter V is an introduction to the problems of the analyses undertaken, presented in the form of hypotheses and research questions.

The corpus under study consists of: 1) textbooks and scripts for teaching the Polish language of medicine (medical Polish) (published between 1974 and 2019), 2) 14 syllabuses of Polish language classes for medical studies in English from Polish medical universities, 3) 18 offers of commercial Polish language courses for foreign doctors from 2017-2020, 4) surveys conducted among lecturers involved in teaching PJMed and participants of Polish language courses for doctors.

The revision of glottodidactic materials for teaching the Polish language of medicine (medical language) in terms of techniques for developing linguistic proficiencies (listening, speaking, reading and writing) made it possible to assess almost fifty years of achievements of Polish language glottodidactics in teaching Polish medical language. The analysed corpus is dominated by materials focused on the development of listening and speaking skills, while the skill of producing written statements is the least developed. The techniques developing linguistic skills are based on the achievements of the methodology of teaching Polish for general purposes. The analyses note a deficit of techniques used in the process of preparation for listening and reading. There is also a lack of techniques orienting to the topics covered in listening and written text, as well as techniques for making hypotheses (predicting content) and then verifying them. More recent publications such as *Co panu dolega? (What seems to be the problem?)* and *U lekarza (At the doctor's)*, on the other hand, show an emphasis on developing linguistic communicative competence in action.

In Chapter VII, the main focus is on the planning and organisation of a Polish language course at a medical university and a language course at non-academic institutions. The analysis of university syllabuses and commercial offers leads to the conclusion that the main objectives of language teaching in both cases are learning medical terminology, mastering grammatical structures characteristic of the Polish language of medicine (medical Polish) and preparing the participants of language classes and courses to actively and consciously participate in interpersonal communication in a professional environment. The chapter also discusses the Polish language examination for doctors and dentists organised by Naczelna Izba Lekarska (the Supreme Chamber of Physicians and Dentists), as it

is the only example of verifying knowledge of the Polish language of medicine (medical Polish) in Poland. The focus is on the presentation of the four parts of the examination and their characteristics.

Chapter VIII was entirely devoted to the learner and the teacher in the process of developing language skills for specialised purposes. The main aim of conducting the research was to analyse the place of language skills in the process of organising Polish for medical purposes from the perspective of the learner and the teacher. The analysis of the collected data allows us to conclude that the most important skill - according to the respondents - is speaking. The respondents were also asked to indicate the key communicative language competences for the medical profession. The ability to translate specialised language into general language, the ability to present results out loud and to communicate with people of different ages were considered to be key.

Learners' expectations of the specialised language course were also surveyed. The observations showed that (potential future) learners of the Polish language of medicine (medical language) expect from language classes - in addition to improving their own language competence in general and specialised language - an increase in their knowledge of medicine. This leads to the conclusion that the respondents combine learning a foreign language with acquiring specialist knowledge. This attitude is therefore associated with greater demands on teachers and their role in the educational process. This is an important conclusion, as it somehow determines the choice of teaching method - CLIL.

The final part of the dissertation, Part III, is a summary of the research. Chapter IX presents the author's terminological and definitional findings concerning the Polish language of medicine (medical). A separate commentary is provided on the internal differentiation of the language. The chapter also includes communicative requirements and activities that relate to three scopes: 1) self-education in order to acquire specialist medical knowledge, 2) doctor to doctor communication, and 3) doctor to patient communication. Conclusions from the analyses presented in Part I and Part II, as well as examples of communicative requirements and activities have formed the basis for proposing a model of developing linguistic skills in the Polish language of medicine (medical Polish) for academic and professional purposes, and in the Polish as a foreign language classes at medical schools.

Literatura przedmiotu

Materiały do nauczania *polskiego języka medycyny (medycznego)*

- do celów naukowych/akademickich

- 1 Chłopicka M., Danecka-Chwals A., Pukas-Palimąka D. (1981), *O człowieku po polsku. Podręcznik języka medycznego dla obcokrajowców*, Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
- 2 Jezierksa J., Skwarczyńska H., Zalewska-Maciąg D. (1974), *Język polski (wybór tekstów z ćwiczeniami dla grup medycznych)*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- 3 Lechowicz J., Podsiadły J. (1998), *Chcę studiować medycynę. Język polski dla cudzoziemców – kandydatów na studia medyczne*, Łódź: WING.
- 4 Ogonowska M. (2019), *Język polski dla obcokrajowców na studiach polskojęzycznych 2*, Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny.

- do celów komunikacji medycznej

1. Bilicka B. (2018), *Witaj w Polsce! Podręcznik do nauki języka polskiego dla studentów medycyny*, Szczecin: Pomorski Uniwersytet Medyczny.
1. Chłopicka-Wielgos M., Pukas-Palimąka D., Turek-Fornelska K. (1991), *Co Panu dolega? Komunikacyjny podręcznik języka medycznego dla obcokrajowców*, Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
2. Chłopicka-Wielgos M., Pukas-Palimąka D., Turek-Fornelska K. (2015), *Co Panu dolega? Podręcznik z płytą CD do nauczania cudzoziemców języka polskiego na studiach medycznych. Poziom B2/C1*, Kraków: Fundacja wspierania kultury i języka polskiego.
3. Janowska M., Sikorska Ś. (2007), *Proszę oddychać. Materiały do nauczania medycznego języka polskiego. Część I*, Warszawa: Warszawski Uniwersytet Medyczny.
4. Janowska M., Sikorska Ś. (2020), *Proszę oddychać. Materiały do nauczania medycznego języka polskiego. Część III*, Warszawa: Warszawski Uniwersytet Medyczny.
5. Jurek T. (2007), *Proszę mi powiedzieć, co się stało? Podręcznik języka polskiego dla studentów medycyny*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.
6. Krawczuk E., Kołtoniak M. (2009), *Medical Polish. Język polski dla II roku English Division*, Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny.
7. Krawczuk E., Kuciejczyk A. (2009), *Medical Polish. Listening and speaking practice. Ćwiczenia komunikacyjne i na zrozumienie ze słuchu dla studentów II roku English Division*, Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny.
8. Rogala D., Terka B., Burzyńska M., Gruchała W., Rodzińska W., Wawrzeń M. (2019), *U lekarza. Słucham i rozumiem! Materiały do nauczania języka polskiego medycznego. Poziom A2-B2*, Kraków: Wydawnictwo Avalon.
9. Sołtowska K. (2016), *Będę lekarzem, cz. I*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.
10. Szczepaniak E., Gorbacz B. (2014), *Polski raz dwa trzy dla studentów anglojęzycznych, cz. 1, Wprowadzenie do języka medycznego*, Białystok:

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.

11. Szczepaniak E., Gorbacz B. (2015), *O medycynie po polsku*, Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
12. Wawer G.A., Kseniak E. (2004), *Język polski dla studentów anglojęzycznych. Cz.2 Język medyczny*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego.

Materiały do nauczania przedmiotowo-językowego

1. Busiakiewicz B., Malinowski T. (2014), *Fizyka. Podręcznik dla cudzoziemców*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
2. Dziurdź J., Hahn-Piłat M., Hrabec S., Kierul A., Penczak B., Wnuk M. (2002), *Wybrane zagadnienia z anatomii i fizjologii człowieka. Skrypt dla obcokrajowców, kandydatów na studia medyczne w Polsce*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
3. Gałat E. (2018), *Anatomia – język specjalistyczny. Skrypt dla obcokrajowców na poziomie A2+/B1*, Kraków: Wydawnictwo PK.
4. Gałat E., 2022, *Biologia – język specjalistyczny. Skrypt dla obcokrajowców na poziomie A2+/B1*, Kraków: Wydawnictwo PK.
5. Kazimierczak J., Gosztowt I. (2016), *Podstawy cytologii i genetyki. Podręcznik do nauki języka polskiego dla cudzoziemców*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
6. Kazimierczak J., Hrabec S. (2015), *Wybór tekstów do nauki języka polskiego w zakresie biologii. Podręcznik do nauki języka polskiego dla cudzoziemców*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Materiały do nauczania języka medycyny (medycznego) w dziedzinach spokrewnionych z medycyną

• dla dentystów

1. Bilicka B., Leśniak A., (2013), *Język polski dla cudzoziemców: dialogi i ćwiczenia dla studentów stomatologii*, Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego.
2. Sołtowska K. (2016), *Będę dentystą*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego
3. Swoboda-Rydz U. (2016), *Język polski dla stomatologów*, Warszawa: Warszawski Uniwersytet Medyczny.

• pozostałe specjalizacje

1. Labuda-Di Marino K. (2018), *Będę farmaceutą*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.
2. Majewska-Wójcik A., Račáková A., Smoleń-Wawrzusiszyn M., Olchowa G. (2016), *Dwujęzyczny podręcznik komunikacji językowej dla służb ratowniczych pogranicza polsko-słowackiego*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
3. Sołtowska K. (2016), *Będę fizjoterapeutą*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.

Materiały z rozdziałami o tematyce medycznej

1. Guziuk-Świca B., Przechodzka G., Ciesielska-Musameh R. (2021), *Z polskim w świat. Podręcznik do nauki języka polskiego jako obcego, cz.1*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
2. Gworys M., Mądrecka A. (2021), *Mówię po polsku. Ćwiczenia dla obcokrajowców. Poziom A1 i A2*, Kraków: Prolog.
3. Kugiel-Abuhasna I. (2020), *Łowcy słów. Podręcznik popularnonaukowy dla cudzoziemców na poziomie B1*, Kraków: Abdalnasser Abuhasna IT Services.
4. Tambor A. (2018), *(Nie)codzienny język polski*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
5. Wiśniewska A., Mijas A. (2019), *Opiekuję się osobą starszą. Podręcznik do nauki specjalistycznego języka polskiego jako obcego (B1)*, Warszawa: Fundacja Linguae Mundi.

Materiały do nauczania polskiego języka ogólnego studentów medycyny w języku angielskim

2. Janeczko D., Kędziora A., Lubelska M., Orzechowski E., Skwirut D. (2013), *Materiały do nauczania języka polskiego w szkole medycznej dla obcokrajowców. Poziom podstawowy*, Kraków: Attyka.
3. Kuc J., Budzyn-Słota K. (2016), *Materiały do praktycznej nauki języka polskiego dla studentów angielskojęzycznych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach*, Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny.
4. Krawczuk E., Kołtoniak M. (2011), *Basic Polish. Ćwiczenia gramatyczno-leksykalne dla studentów I roku English Division*, Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny.
5. Sołtowska K., Tuczyńska-Nowak, B., Labuda-Di Marino K., Jurek T. (2009), *Język polski w pigułce. Podręcznik do nauki języka polskiego jako obcego dla studentów wydziałów medycznych*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.
6. Wawer G.A., Kseniak E. (2004), *Język polski dla studentów anglojęzycznych. Cz.1 Język ogólny*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego.
7. Wawer G.A., Kseniak E. (2015), *Język polski dla anglojęzycznych studentów medycyny*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego.

Inne

1. Lechowicz J., Magajewska M., Podsiadły J. (2010), *Testy dla kandydatów na studia medyczne*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
2. Ławnicka-Borońska M., 2013, *Język polski w medycynie. A Guide to Polish in Medical Practice*, Warszawa: Wolters Kulwer Polska SA.

Bibliografia

1. Adamus-Tukiendorf M. (2006), *Jak efektywnie przygotować uczniów do pisania w JO na egzaminie maturalnym*, „Języki Obce w Szkole”, nr 1, s. 50-60.
2. Aleksandrak M., *Rozwijanie sprawności mówienia w kształceniu neofilologicznym z perspektywy studentów uczących się języka angielskiego jako obcego. Badania jakościowe*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM 2018.
3. Anderson N.J. (2003), *Scrolling, clicking and reading English: Online reading strategies in a second/foreign language*, „The Reading Matrix”, t.3, nr 3.
4. Andrejuk K. (2015), *Migracja lekarzy czy migracja, aby zostać lekarzem? Kraje pochodzenia i trajektorie kariery cudzoziemskiej kadry medycznej w Polsce*, „Studia migracyjne. Przegląd polonijny”, nr XLI/z.1, s.137-160.
5. Andrzejewska E. (2019), *Świadomość podręcznikowa nauczyciela. Teoretyczne ramy opisu*, „Neofilolog” 40/2, s. 303-317.
6. Andrychowicz-Trojanowska A. (2015), *Materiał glottodydaktyczny w podręczniku do nauki języka angielskiego dla szkół średnich a jego odbiorca*, „Lingwistyka Stosowana”, nr 14: 3, s. 1-15.
7. Apanowicz J. (2002), *Metodologia ogólna*, Gdynia: Bernardinum 2002.
8. Badziński A. (2019), *Dyskurs w domenie języka specjalistycznego medycznego – uwagi dla tłumaczy i dydaktyków przekładu*, „Rocznik Przekładoznawczy. Studia nad teorią, praktyką i dydaktyką przekładu”, nr 14, s. 382-397.
9. Bailey K. M. (2001), *Observation*, w: *The Cambridge Guide to Teaching English to Speakers of Other Languages*, red. R. Carter, D. Nunan, Cambridge University Press, s. 114-119.
10. Bałajewska-Miglus E., Vogel T. (2016), *Fachsprachenunterricht Lehren und Lernen am Beispiel des Polnischen als Fremdsprache/Nauczanie języka specjalistycznego: Nauczanie i uczenie się na przykładzie języka polskiego jako obcego*, Aachen: Shaker Verlag.
11. Bałajewska-Miglus E., Vogel T. (2018), *Fachsprache Polnisch – Sprache mit Zukunft/Specialistyczny język polski – język z przyszłością*, Aachen: Shaker Verlag.
12. Banach M. (2011), *Tekst trudny, czyli... jaki? O czynnikach wpływających na trudność tekstu*, „Polonica”, t. XXXI, s. 25-35.
13. Banach M., Bucko D. (2019), *Rozumienie tekstu pisanego w języku polskim. Na przykładzie języka polskiego jako obcego*, Kraków: Księgarnia Akademicka.
14. Bange P. (2005), *L'apprentissage d'une langue étrangère. Cognition et interaction*, Paris: L'Harmattan.
15. Bartmiński J. (1993), *Styl potoczny*, w: *Współczesny język polski*, red. Jerzy Bartmiński, Lublin: Wydawnictwo Marii Curie-Skłodowskiej, s. 115-134.
16. Bartmiński J., Niebrzegowska-Bartmińska S., *Tekstologia*, Warszawa: PWN.
17. Bartosik D. (2019), *Ocenianie znajomości języka polskiego jako obcego w odmianie specjalistycznej*, „Kwartalnik Polonicum”, nr 31-31, s. 58-62
18. Bartosik D. (2020), *Nauczanie mediacji a rzeczywistość zawodowa*, „Języki Obce w Szkole”, nr 2, s. 25-30.
19. Bartosik D. (2021), *Język polski jako obcy w odmianie specjalistycznej: nauczanie, uczenie się, ocenianie*, (niepublikowana rozprawa doktorska).
20. Barska B., Kalinowski K. (1997), *Z prac nad materiałami pomocniczymi – język polski na lekcjach chemii*, „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr 9, s. 69-77.
21. Bartoszewicz L. (1994), *W poszukiwaniu modelu nauczania czytania obcojęzycznych*

- tekstów naukowych, w: *Języki specjalistyczne*, red. F. Grucza, Z. Kozłowska, s. 61-70.
22. Baumann Kl.-D. (2003), *Die Vermittlung einer fachkommunikativen Kompetenz als berufsrelevante Perspektive der universitären Fremdsprachenausbildung*, w: „Bayreuther Beiträge zur Glottodidaktik“, t. 9, 119-134.
23. Bednarek S. (1992), *Trudności językowe i merytoryczne w nauczaniu przygotowawczym fizyki studentów cudzoziemskich*, „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr. 4, s. 93-103.
24. Bielicka M. (2012), *Personalizacja tematyki na lekcji języka obcego*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
25. Bogdanowicz K. M., Wiejak, K., Andrychowicz-Trojanowska A., Grucza S. (2018), *Okulograficzna analiza stopnia dostosowania podręczników szkolnych do nauki języka angielskiego do potrzeb uczniów z dysleksją rozwojową*, Cz. I: opis problemu badawczego, metodologia i wyniki badań psychologicznych, „Applied Linguistics Papers”, nr (25/4), s. 117-128.
26. Boniecka B. (2013), *Język zawodowy, żargon czy po prostu potoczność (na przykładzie wypowiedzi lekarzy i pacjentów)*, „Poradnik Językowy”, nr 4, s. 52-60.
27. Boniecka B., (2004), *Niestandardowe zachowania językowe lekarzy i pacjentów*, „Poznańskie Spotkania Językoznawcze”, t. XIII.
28. Borowczyk M., Chojnacka-Kuraś M., Doroszevska A., Jankowska A.K, Kowalski Z., Libura M., Małecki M., Stalmach-Przygoda A., (2021), *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej dotyczące kształcenia kompetencji komunikacyjnych na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym*, Bydgoszcz, Kraków, Olsztyn, Poznań, Warszawa (materiał online).
29. Borowczyk T., Jurga Z., Rudzińska E. (1996), *Prezentowanie funkcji i znaczenia komunikacyjnego wybranych struktur językowych na zajęciach z chemii*, „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t. 7/8, s. 205-2014.
30. Buck G. (1991), *Assessing Listening Comprehension. An Introspective Study*, „Language Testing”, no 8, s. 67-91.
31. Buttler D. (1979), *O wzajemnym oddziaływaniu terminologii i słownictwa ogólnego, I. Terminologizacja wyrazów potocznych*, „Poradnik Językowy”, z. 2, s. 58-66.
32. Bygate M. (2002), „Speaking”, w: *The Oxford handbook of applied linguistics*, red. R.B Kaplan, Oxford: Oxford University Press, s. 27-38,
33. Cabré M.T. (1988), *La terminologie. Théorie, méthode et applications*, Press de l'Université d'Ottawa, Ottawa.
34. Całus E. (1985), *Wybrane aspekty nauczania języka specjalistycznego*, w: *Dydaktyka języka obcego specjalistycznego. Prace Naukowe Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych Politechniki Wrocławskiej*, red. E. Całus, T. Seredyniecka, Wrocław: Wydawnictwo Politechniki Wrocławskiej, s. 3-14.
35. Cebula M., Górski S., (2018), *Komunikacja w zespole terapeutycznym*, w: *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, red. M. Nowina-Konopka, W. Fleszko, Ł. Małecki, Kraków: Medycyny Praktyczna, s. 183-201.
36. Chłopek Z. (2011), *Nabywanie języków trzecich i kolejnych oraz wielojęzyczność. Aspekty psycholingwistyczne (i inne)*, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
37. Chłopek Z. (2016), *Rozwijanie sprawności receptywnych w języku obcym*, „Języki Obce w Szkole”, nr 1, s. 4-10.
38. Chłopicka M. (1993), *Przygotowanie studentów roku zerowego do studiów medycznych*, w: *Metodyka kształcenia językowego Polaków ze Wschodu*, red. J.

Mazur, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 85-95.

39. Chłopicka M., Danecka-Chwals A., Pukas-Palimąka D. (1979), *Z zagadnień nauczania odmiany specjalistycznej języków obcych (na przykładzie nauczania języka medycznego studentów polonijnych)*, „Przegląd Polonijny”, nr V/4, s. 73-82.
40. Chłopicka M., Danecka-Chwals A., Pukas-Palimąka D. (1981), *Założenia metodyczne i lingwistyczne podręcznika języka medycznego dla studentów polonijnych*, „Przegląd Polonijny” VII/1, s. 60-67.
41. Chłopicka M., Pukas-Palimąka D. (1988), *Założenia lingwistyczne i metodyczne drugiej części podręcznika języka medycznego dla studentów polonijnych*, „Przegląd Polonijny”, nr 2, s. 119-128.
42. Chłopicka M., Pukas-Palimąka D. (1989), *Dobór materiału językowego do nauczania obcokrajowców polskiego języka medycznego*, „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr 2, s. 28-38.
43. Chłopicka M., Pukas-Palimąka D. (1996), *Nauczanie języka specjalistycznego a nie tylko terminologii*, „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr 7/8, s. 69-80.
44. Chodkiewicz H. (1986), *O sprawności czytania w nauczaniu języka obcego*, Warszawa: WSiP.
45. Chodkiewicz H. (2016), *Szczególne miejsce czytania w nauce języka obcego*, „Języki Obce w Szkole”, nr 4, s. 79-85.
46. Chojnacka-Kuraś M. (2017), *Komunikacja medyczna jako obszar badań lingwistycznych*, w: „Prace Filologiczne”, nr LXXI, s. 45-57
47. Cholewa J. (2013), *Nauczanie języków specjalistycznych wczoraj i dziś*, „Języki Obce w Szkole”, nr 4, 75-80.
48. Chwielańska B., Witt M. (2018), *Podstawy komunikacji z pacjentem*, w: *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, red. M. Nowina-Konopka, W. Fleszko, Ł. Małecki, Kraków: Medycyny Praktyczna, s. 11-28.
49. Courtillon J. (2003), *Elaborer un cours de FLE*, Paris: Hachette.
50. Cudak R., Tambor J. (1996), *Czy istnieje język biznesu?*, „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr 7/8, s. 109-120.
51. Cudzewicz A. (2005), *Fenomen języka fachowego*, „Neofilologia. Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej”, t. 2005, s.163-174.
52. Czeniek A. (2010), *Sprawność pisania – sprawnością odkrywana na nowo*, w: *Nowe perspektywy w nauczaniu języka polskiego jako obcego I*, red. K. Taczyńska, K. Birecka, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, s. 15-23.
53. Czerwińska-Trzaskoma E., Woźniczka-Wawryków E. (2019), *Kurs dla pracowników hotelu – prezentacja nowych materiałów do nauczania języka zawodowego*, „Kwartalnik Polonicum”, nr 33, s. 23-29.
54. Czwartos B. (2010), *Strategie kompensacyjne jako sposób pokonywania barier psychologiczno-emocjonalnych w nauczaniu mówienia w języku obcym*, w: *Mówienie w języku obcym – sukcesy i porażki uczenia się i nauczania*, red. M. Pawlak, E. Waniek-Klimczak, Poznań-Kalisz-Konin: Wydawnictwo UAM i PWSZ, s. 329-342.
55. Czwartos B. (2013), *Rola leksykogramatyki w rozwijaniu sprawności mówienia podczas lekcji języka obcego*, w: *Mówienie w języku obcym – skuteczne uczenie się, nauczanie, ocenianie*, red. M. Pawlak, Poznań-Kalisz-Konin: Wydawnictwo UAM i PWSZ.
56. Dakowska M. (2001), *Psycholingwistyczne podstawy dydaktyki języków obcych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe.
57. Dakowska M. (2010), *Dydaktyka języków obcych we współczesności*, w: *Studia językoznawcze: od językoznawstwa teoretycznego do stosowanego*, red. J. Fisiak,

Kraków, s. 147-179.

58. Davies D., Widdowson H.G (1983), *Czytanie i pisanie*, w: *Kurs edynburski językoznawstwa stosowanego*, red. J.P.B. Allen, S.S. Corder, A. Davies, Warszawa, t. II.
59. Dejna K. (1998), *Gwara i jej stosunek do innych odmian języka ogólnonarodowego*, w: *Teoretyczne, badawcze i dydaktyczne założenia dialektologii*, red. S. Gala, Łódź: Łódzkie Towarzystwo Naukowe, s. 13-22.
60. Denek K. (2000), *Kształcenie zawodowe nauczycieli w kontekście reformy edukacji*, w: *Problemy pedeutologii na przełomie XX i XXI wieku*, red. Z. Jasiński, T. Lewowicki, Opole: Wydawnictwo UO.
61. Dębski, R. (1996), *Komputer w nauczaniu języka polskiego. Przetwarzanie języka w programach dydaktycznych*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
62. Domaradzki J. (2015), *Medycyna i jej metafory. O roli metafor w komunikacji lekarz–pacjent*, „Kultura i Edukacja”, nr 3 (109), s. 27-46.
63. Dombrowski A., Żarski W. (2018), *Dyskurs (para)medyczny. Gatunki, funkcje, przeobrażenia*, Wrocław-Kraków: Wydawnictwo Collegium Columbium.
64. Donesh-Jeżo E. (2013), *Akademicki dyskurs medyczny w językach angielskim, polskim w ujęciu lingwistycznym i metodycznym: artykuł naukowy jako abstrakt*, Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
65. Doroszevska A., Kulus M.K, Chojnacka-Kuraś M. (2009), *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*, Warszawa: PAN.
66. Doroszewski J. (1996), *O języku medycyny w: O zagrożeniach i bogactwie polszczyzny*, red. J. Miodek, Wrocław: Towarzystwo Przyjaciół Polonistyki Wrocławskiej, s. 253-255.
67. Doroszewski J. (1999), *Polski język medyczny w: Polszczyzna 2000. Orędzie o stanie polszczyzny na przełomie tysiącleci*, red. W. Pisarek, Kraków: Ośrodek Badań Prasoznawczych UJ, s. 33-49.
68. Doroszewski J. (2001), *Semiotyczno-systemowy model wiedzy medycznej*, „Studia Semiotyczne”, nr XXIV, s. 175-204.
69. Doroszewski J. (2004), *Biomedical interference: a semantic model w: Rough-neutral computing*, red. S. Pal, L. Polkowski, A. Skowron, Berlin: Springer, s. 374-409.
70. Doroszewski J. (2004), *System nauk medycznych*, „Zagadnienia naukoznawstwa”, nr XL, nr 4 (162), s. 601-619.
71. Doroszewski J. (2007), *Eksperyment w podstawowych naukach medycznych*, „Zagadnienia naukoznawstwa”, nr XLIII, z. 2(172), s. 181-196.
72. Doroszewski J. (2007), *Kształcenie w dziedzinie komunikacji lekarza z pacjentami w: Nauczanie etyki w uczelniach medycznych*, red. J. Suchorzewska, M. Olekniczak, Gdańsk: Wydawnictwo Akademii Medycznej w Gdańsku, s. 111-122.
73. Doroszewski J. (2006), *Komunikacja pacjenta z lekarzem – literatura, stanowiska, problemy*, w: *Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem*, oprac. M. Kącka, Warszawa: Polska Akademia Nauk, Rada Języka Polskiego przy Prezydium PAN, s. 41-61.
74. Doroszewski J. (2010), *Język nauki i praktyki medycznej w: Polskie języki. O językach zawodowych i środowiskowych. Materiały VII Forum Kultury Słowa*, red. M. Milewska-Stawina, E. Rogowska-Cybulska, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, s. 299-319.
75. Doroszewski J. (2012), *Język jako narzędzie medycyny: poznanie, leczenie, opieka*, „Medycyna, Dydaktyka, Wychowanie” vol. XLIV, nr 6, s. 38-42.
76. Doroszewski J. (2013), *Komunikacja personelu medycznego z pacjentem: aspekt językowy, psychologiczny i etyczny w: Kultura zachowań językowych Polaków*.

- Materiały z VIII Forum Kultury Słowa*, red. K. Ożóg, M. Krauz, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, s. 139-146.
77. Doroszewski J. (2014), *Podstawy współczesnej komunikacji lekarskiej w: Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, red. J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski, Warszawa, s.13-22.
 78. Doroszewski J. (2019), *Odmiany języka medycyny w: Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*, red. M. Kulus, A. Doroszevska, M. Chojnacka-Kuraś, Warszawa: Wydawnictwo PAN, s. 13-22.
 79. Dubisz S. (2020), *Najnowsze dzieje języka polskiego. Rozwój polszczyzny w latach 1919-2018*, Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
 80. Dudley-Evans T., St. John M., *Developments in ESP: A Multidisciplinary Approach*, Cambridge 1998.
 81. Dudzik, A., (2014), *Co to znaczy nauczać języka medycznego*, „Języki obce w Szkole”, nr 1, s. 73-76.
 82. Duszyński, I. Mucha, M. Pachuckam (2011), *Kurs języka polskiego jako obcego dla inżynierów branży budowlanej*, w: *Nowe perspektywy w nauczaniu języka polskiego jako obcego*, red. K. Pluskota, K. Tarczyńska, Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernik, s. 341-348.
 83. Drozd B. (2021), *Dyskurs medyczny w czasopiśmie specjalistycznych na przykładzie „Medical Tribune” i „Medycyna po Dyplomie”*, (niepublikowana rozprawa doktorska).
 84. Dziurdziel J., Kobiela M., Szelągowska A., Żurawek A. (2011), *Kurs języka polskiego jako obcego dla dietetyków*, red. K. Pluskota, K. Tarczyńska, Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. s. 349-352.
 85. ESOKJ 2003, *Europejski system opisu kształcenia językowego: uczenie się, nauczanie, ocenianie*, Warszawa: CODN 2003.
 86. Flowerdew J. (1994), *Research of Relevance to Second Language Lecture Comprehension – an Overview*, w: *Academic Listening: Research Perspective*, red. J. Flowerdew, Cambridge: Cambridge University Press, 7-30.
 87. Fuhrmann, K. (2012), *Na potrzeby rynku pracy: kształcenie tłumaczy i kształcenie językowe pracowników*, w: *Kompetencje językowe podstawą sukcesu zawodowego i społecznego w Europie*, red. H. Komorowska, J. Zając. Warszawa: Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji, s.181-184.
 88. Furdal A. (1997), *Językoznawstwo otwarte*, Opole: Opolskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk. Wydział II Języka i Literatury.
 89. Gajda S. (1990), *Wprowadzenie do teorii terminu*, Opole: Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Powstańców Śląskich.
 90. Gajda S. (1997), *Polskie języki specjalistyczne dawniej i dziś*, w: *Języki specjalistyczne. Język biznesu. Materiały konferencyjne*, red. Arabski J., Katowice, Wyższa Szkoła Zarządzania Marketingowego i Języków Obcych, s. 7-24.
 91. Gajda S. (1990), *Wprowadzenie do teorii terminu*, Opole: Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Powstańców Śląskich.
 92. Gajda-Gałaszka P. (2018), *Kształtowanie się polskiej terminologii biznesowej (na przykładzie „Czasu” z lat 1870-1914). Analiza semantyczna*, Kraków, Wydawnictwo Libron.
 93. Gajewska E. (2011), *Techniki nauczania języka obcego*, Tarnów: Wydawnictwo PWSZ.

94. Gajewska E., Sendur A. (2015), *Ocenianie w nauczaniu języków obcych zorientowanym na cele ogólne a ocenianie w nauczaniu zorientowanym na cele zawodowe*, „Języki Obce w Szkole”, nr 3, s.49-53.
95. Gajewska E., Sowa M. (2014), *LSP, FOS, Fachsprache... Dydaktyka języków specjalistycznych*, Lublin: Werset.
96. Gajewska E., Sowa M., Kic-Drgas (2020), *Filologia wobec wyzwań komunikacji specjalistycznej. Od współpracy z biznesem po kształcenie nauczycieli*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
97. Gałat, E., Rittner, M. (2016), *Nauczanie leksyki specjalistycznej w Międzynarodowym Centrum Kształcenia Politechniki Krakowskiej w grupach na poziomach podstawowych A1 i A2 (na przykładzie słownictwa z dziedziny architektury i historii sztuki)*, „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr. 23, 163-180.
98. Gaszyńska-Magiera M. (2000), *Nauczanie języka polskiego specjalistów*, „Przegląd Polonijny” XXV, z.1, s. 145-151.
99. Gaszyńska-Magiera M. (2010), *Spójność tekstu a ocena stopnia jego trudności*, „Kwartalnik Polonicum” nr 10, s. 52-59.
100. Gaszyńska-Magiera M., Seretny A. (2004), *Przewodnik dla autorów zadań do testów językowych*, Kraków: Universitas.
101. Gębał P.E. (2013), *Modele kształcenia nauczycieli języków obcych w Polsce i w Niemczech: w stronę glottodydaktyki porównawczej*, Kraków: Universitas.
102. Gębał P.E (2016), *Od dydaktyki tekstów specjalistycznych do dydaktyzacji potrzeb i działań komunikacyjnych. Kierunki i koncepcje glottodydaktyki specjalistycznej*, „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców” 16, s. 19-33.
103. Gębał P.E. (2019), *Dydaktyka języków obcych. Wprowadzenie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
104. Gębał P.E, Majcher-Legawiec U., (2015), *Co panu dolega? – Nic. Mam przecież nowy podręcznik do nauki języka medycznego*, „Polski w Niemczech, Pismo Federalnego Związku Nauczycieli Języka Polskiego Polish in Deutschland”, Zeitschrift der Bundesvereinigung der Polnischlehrkräfte 3, s. 124-126.
105. Gębał, P.E, Miodunka W.T, (2020), *Dydaktyka i metodyka nauczania języka polskiego jako obcego i drugiego*, Warszawa Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
106. Gębka-Wolak M. (2011), *Przygotowanie lektorów do nauczania języka specjalistycznego*, w: *Nowe perspektywy w nauczaniu języka polskiego jako obcego II*, red. K. Pluskota K., Tarczyńska, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, s. 303-320.
107. Giasson, J. (1990), *La compréhension en lecture* Québec: Gaëtan Morin.
108. Gonigroszek D. (2017), *Polska terminologia medyczna – spojrzenie diachroniczne*, w: *Bogactwo językowe i kulturowe Europy w oczach Polaków i cudzoziemców*, red. R. Maćkowiak, E. Wojtczak, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, t. 4, s. 185-192.
109. Gorbacz-Pazera J. (2000), *Horyzontalny i wertykalny podział języka specjalistycznego medycyny*, „Linguodidactica”, nr 4, s. 207-214.
110. Gorbacz-Pazera J. (2002), *Język medycyny jako przedmiot badań lingwistycznych na tle potrzeb dydaktyki*, „Linguodidactica”, nr 6, s. 77-84.
111. Góralczyk-Mowczan P. (2019), *Podręcznik do nauki języka polskiego jako obcego jako reprezentacja gatunku dydaktycznego (kierunki analizy genologicznej i zapowiedź rozprawy doktorskiej)*, „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr 25, s. 149-156.

112. Górnicz M. (1997), *Sposoby i granice kompresji terminów (Na podstawie terminologii medycznej – nazwy nowotworów)*, „Poradnik Językowy”, z. 2, s. 25-32.
113. Górski S., (2018), *Komunikacja w wywiadzie lekarskim*, w: *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, red. M. Nowina-Konopka, W. Feleszki, Ł. Małecki, Kraków: Medycyna Praktyczna, s. 65-92.
114. Grabe W. (2010), *Reading in a second language. Moving from theory to practice*, New York: Cambridge University Press.
115. Grabias S. (2003), *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersyteckie Marii Curie-Skłodowskiej.
116. Grucza F., (1978), *Glottodydaktyka, jej zakres i problemy*, „Przegląd Glottodydaktyczny” 1, s. 29-44.
117. Grucza F. (1991), *Terminologia – jej przedmiot, status i znaczenie*, w: *Teoretyczne podstawy terminologii*, red., tenże, Wrocław, s. 11-43.
118. Grucza F. (1994), *O językach specjalistycznych (=technolektach) jako pewnych składnikach rzeczywistych języków ludzkich*, w: *Języki specjalistyczne*, red. Z. Kozłowska, F. Grucza, Warszawa, s. 2-27.
119. Grucza F. (2002), *Języki specjalistyczne – indykatory i/lub determinatory rozwoju cywilizacyjnego*, w: *Języki specjalistyczne 2*, red. J. Lewandowski, Warszawa, 9-26.
120. Grucza F. (2004), *O językach dotyczących europejskiej integracji i Unii Europejskiej i potrzebie ukonstytuowania ogólnej lingwistyki języków specjalistycznych*, w: *Języki specjalistyczne 4*, red. J. Lewandowski, Warszawa, 9-51.
121. Grucza S. (2004), *Od lingwistyki tekstu do lingwistyki tekstu specjalistycznego*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe IKL@.
122. Grucza S. (2007), *Od lingwistyki tekstu do lingwistyki tekstu specjalistycznego*, Warszawa: Euro Edukacja.
123. Grucza S. (2008), *Lingwistyka języków specjalistycznych*, Warszawa: Wydawnictwo Euro-Edukacja.
124. Grucza, S. (2013), *Lingwistyka języków specjalistycznych (= Studi@ Naukowe)*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe IKL@.
125. Grucza, S., Kielar Z. (red) (2003), *Lingwistyczna identyfikacja tekstów specjalistycznych*, Warszawa: KJS UW.
126. Grochowski L. (1982), *Sprawność pisania w nauczaniu języka rosyjskiego*, Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
127. Grzegorzczkova R. (2006a), *Podstawowe funkcje języka a dialog lekarz-pacjent*, w: *Komunikacja lekarz-pacjent w diagnostyce i leczeniu nowotworów: materiały konferencyjne sesji satelitarnej IX Zjazdu Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, zorganizowanej w dniach 5-7 października 2005 r. przez Polską Unię Onkologiczną i Komisję Języka w Medycynie i Naukach Przyrodniczych Rady Języka Polskiego przy prezydium Polskiej Akademii Nauk*, oprac. A. Hącia, Warszawa: PAN.
128. Grzegorzczkova R. (2006), *O terapeutycznej funkcji mowy na tle innych funkcji wypowiedzi*, w: *Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem*, oprac. M. Kącka, Warszawa: Polska Akademia Nauk, Rada Języka Polskiego przy Prezydium PAN, s.7-16.
129. Handzel A., (2014), *Content and Language Integrated Learning jako metoda ułatwiająca przełamywanie bariery komunikacyjnej w nauczaniu języków obcych*, w: „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr. 21, s. 145-153.
130. Heleniak Z. (2015), *Gatunki tekstów naukowych*, w: *Pomysł – badanie – publikacja. Poradnik naukowy dla studentów kierunków medycznych*, red. Ł.

- Budyńko, P. Waszka, Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny, s. 29-43.
131. Herbert, R.K. (1998), *Wykorzystanie socjolingwistyki w sali lekcyjnej: perspektywy i Przestrogi*, w: *Z teorii i praktyki tworzenia materiałów glottodydaktycznych. Materiał X Sympozjum Instytutu Lingwistyki Stosowanej Uniwersytetu Warszawskiego*, red. F. Grucza. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 105-120.
132. Hering D. (2015), *Podstawy Evidence – Based Medicine*, w: *Pomysł – badanie – publikacja. Poradnik naukowy dla studentów kierunków medycznych*, red. Ł. Budyńko, P. Waszka, Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny, s. 67-81.
133. Hładkowska J., Morawiec J., Starski J. (1965), *Teksty matematyczne (skrypt dla cudzoziemców)*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
134. Hofstede G.H., (1997), *Cultures and organizations: software of the mind*, New York: McGraw Hill.
135. Izdebska-Długosz D. (2021), *Błędy gramatyczne w polszczyźnie studentów ukraińskojęzycznych*, Kraków: Księgarnia Akademicka.
136. Janda M. (2008), *Kompetencje komunikacyjne nauczaniu języka polskiego jako obcego na przykładzie tematu zdrowie i higiena*, „Dydaktyka Polonistyczna”, nr 4(13), s. 269-281.
137. Janowska I. (2010), *Tekst i jego rozumienie w podejściu zadaniowym*, „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców” t.17, s. 561-569.
138. Janowska I. (2011), *Podejście zadaniowe do nauczania i uczenia się języków obcych na przykładzie języka polskiego jako obcego*, Kraków: Universitas.
139. Janowska I. (2016), *Od metody gramatyczno-tłumaczeniowej do mediacji językowej. Tłumaczenie w dydaktyce języków obcych*, w: *Tłumaczenie dydaktyczne w nowoczesnym kształceniu językowym*, red. E. Lipińska, A. Seretny, Kraków: Księgarnia Akademicka, s.38-53.
140. Janowska I. (2019), *Wypowiedź ustna w dydaktyce językowej. Na przykładzie języka polskiego jako obcego*, Kraków: Księgarnia Akademicka.
141. Janowska I., Lipińska E., Rabiej A., Seretny A., Turek P. (2016), *Programy nauczania języka polskiego jako obcego. Poziom A1-C2*, Kraków: Księgarnia Akademicka.
142. Jarosz B. (2018), *O (Nie)Tożsamości pojęć język specjalistyczny, język specjalny, język fachowy, język profesjonalny, język zawodowy, profesjolekt, technolekt*, „Polonica” nr 38(1), s. 85-108.
143. Jarosz M. J., Kawczyńska-Butrym Z., Włoszczak-Szubzda A. (2012), *Modele komunikacyjne relacji lekarz – pacjent – rodzina*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, nr 3, s. 212-218.
144. Jurek A. (2012), *Rozwój dziecka a metody nauczania czytania i pisanie*, Gdańsk: Harmonia Universalis.
145. Kacprzak A. (1997), *Metafora w językach specjalistycznych*, „Rozprawy Komisji Językowej ŁTN”, nr XLII, s. 151-157.
146. Kacprzak A. (2000), *Antonimia jako czynnik strukturyzacji terminologii*, „Rozprawy Komisji Językowej ŁTN” XLV, s. 37-44.
147. Kacprzak A. (2001), *Funkcje języka specjalistycznego (na przykładzie języka medycyny)*, w: *Język w komunikacji*, red. G. Habrajska, Łódź: WSHE, t. 3, s. 76-81.
148. Kacprzak A. (2006), *Czy można mówić o emocjonalności tekstu naukowego?*, w: *Wyrażanie emocji*, red. K. Michalewski, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 457-464.
149. Kacprzak A., (2011), *Zróżnicowanie języka specjalistycznego a problemy przekładu*, „Roczniki Humanistyczne”, nr LIX-8, s. 137-149.

150. Kalinowski K., Mendak E. (1996), *Sprawdzanie wiadomości z zakresu chemii a sprawność językowa studentów w grupach medycznych w SJPC UŁ*, „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t. 7/8, s.193-203.
151. Kalinowski K., Słaby-Góral I. (1987), *Z prac nad „Chemicznym słownikiem minimum” dla cudzoziemców. Problem doboru treści i układu haseł*, „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t. 1, s. 162-173.
152. Kaliska M. (2012), *Teksty prasowe w nauczaniu włoskiego języka ekonomii*, „Lingwistyka Stosowana”, nr 6, s. 83-96.
153. Kaliska M. (2018), *Model uczenia języków obcych w szkole wyższej na przykładzie języka włoskiego. Założenia teoretyczne, metodologia nauczania i zintegrowany rozwój kompetencji*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Instytutu Komunikacji Specjalistycznej i Interkulturowej Uniwersytetu Warszawskiego.
154. Karowicz B. (1987), *Rola tekstów w nauczaniu chemii w Studium Języka Polskiego dla Cudzoziemców Uniwersytetu Łódzkiego*, „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr 1, s. 208-219.
155. Karwacka W. (2016), *Przekład tekstów medycznych*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
156. Kic-Drgas J. (2017a), *Analiza potrzeb uczących się języka specjalistycznego a tekst specjalistyczny*, w: *Komunikacja specjalistyczna w edukacji, translatoryce i językoznawstwie*, red. M. Grygiel, M. Rzepacka, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, s. 113-125.
157. Kic-Drgas J. (2017b), *A jeśli uczeń wie więcej – trudna interakcja na zajęciach z języka specjalistycznego*, „Neofilolog” nr (49/2), s. 207-216.
158. Kic-Drgas J., Woźniak J. (2022), *Perspektywy kształcenia nauczycieli języków specjalistycznych w Polsce*, Warszawa: Wydawnictwo FRSE.
159. Kiełkiewicz-Janowiak, A., Zabielska M., (2019), *Komunikacja lekarz – pacjent: krytyczna analiza dydaktycznych materiałów instruktażowych*, w: *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*, red. M. Kulus, A. Doroszevska, M. Chojnacka-Kuraś, Warszawa: Polska Akademia Nauk, s. 40-56.
160. Kijoch A. (2019), *Badanie potrzeb językowych a nauczanie specjalistycznego języka polskiego dla celów medycznych. Prezentacja projektu empirycznego*, w: *Panorama glottodydaktyki polonistycznej*, red. K. Ziolo-Pużuk, Warszawa: Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, s. 57-66.
161. Klemensiewicz Z. (red.) (1961), *O różnych odmianach współczesnej polszczyzny*, w: *W kręgu języka literackiego i artystycznego*, Warszawa: Wydawnictwo PWN.
162. Klemensiewicz Z. (1963), *Językoznawca wobec problematyki słownictwa lekarskiego*, „Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska”, nr 6, s. 757-760.
163. Kmita M., Kotowska T. (1996), *Korelacja przedmiotowa między chemią i biologią w przygotowaniu cudzoziemców do studiów medycznych w Polsce*, „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, 7/8, s. 237-242.
164. Knowles M., Holton E,F, Swanson R.A (1988), *The Adult Learner. The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*, Elevier-Butterworth-Heinemann.
165. Koda K. (2010), *Insights into second language reading. A cross-linguistic approach*, New York: Cambridge University Press.
166. Kocurek A., Kowalska B. (2018), *Budowanie relacji*, w: *Komunikacja medyczna*

- dla studentów i lekarzy, red. M. Nowina-Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki, Kraków: Medycyna Praktyczna, 41-48.
167. Koenig, M. (2011), *Lehrwerkarbeit*, w: *Handbuch Fremdsprachendidaktik*, red. W. Hallet, F.G. Königs, Seelze: Kallmeyer/Klett, s.177-182.
 168. Kokot U. (2007), *Medyczna leksyka specjalistyczna w kognitywnej analizie kontrastywnej niemiecko-polskiej i metodyce nauczania języka obcego*, Bielsko-Biała: Wydawnictwo Akademii Techniczno-Humanistycznej.
 169. Kokot U. (2001a), *Metody przekładu niemieckich nazw medycznych na język polski*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
 170. Kokot U. (2001b), *Klasyfikacja tekstów medycznych*, w: *Języki fachowe – problemy dydaktyki translacji. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Wydział Filologiczny Wszechnicy Mazurskiej w Olecku, 14 – 15 VI 2000*, red., A. Kątny , Olecko: Wszechnica Mazurska, s. 57-69.
 171. Komorowska E., (2020), *Nauczanie języka polskiego jako obcego dla potrzeb biznesowych na najniższych poziomach zaawansowania* (niepublikowana rozprawa doktorska).
 172. Komorowska H. (1988), *Ćwiczenia komunikacyjne w nauce języka obcego*, Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
 173. Komorowska H. (2007), *Sprawdzanie umiejętności w nauce języka obcego. Kontrola – Ocena – Testowanie*, Warszawa: Fraszka Edukacyjna.
 174. Komorowska H. (2009), *Metodyka nauczania języków obcych*, Warszawa 2009.
 175. Komorowska H. (2015) *Metodyka nauczania języków obcych*, Warszawa Fraszka Edukacyjna.
 176. Konopka M.N. (2016), *Komunikacja lekarz – pacjent. Teoria i praktyka*, Kraków: Instytut Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej 2016.
 177. Kościółkowska-Okońska E., Bączkowska A., (2020), *Leksykalna analiza zrozumiałości tekstów medycznych na podstawie opisów badań obrazowych i wypisów ze szpitala*, „Forum Filologiczne Ateneum”, nr 2(8), s. 7-35.
 178. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Kułak W., Cybulski M., Guzowski A., Fiłon J., Lewko J. (2019), *Efektywna komunikacja – komunikacja werbalna versus niewerbalna*, w: *Kontekst „Inności” w komunikacji interpersonalnej*, red. E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau, Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, s. 87-99.
 179. Krajka J. (2015), *Analiza potrzeb w planowaniu kursów językowych do celów zawodowych – o roli technologii społeczeństwa informacyjnego*, w: *Nauczanie języków obcych na potrzeby rynku pracy*, red. M. Sowa, M. Mocarz-Kleindienst, U.Czyżewska, Lublin: Wydawnictwo KUL, s. 221-238.
 180. Kramsch C. (1991), *Context and Culture in Language Teaching*, Oxford: Oxford University Press.
 181. Kraśniewski A. (2009), *Proces Boloński. To już 10 lat*, Warszawa: Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji.
 182. Krukowska S., Koszela K., Woldańska-Okońska M. (2020), *Communicatio medica, czyli specyfika porozumiewania się intermedycznego*, „Prace Filologiczne”, nr 73, s.153-163.
 183. Król M. (2015), *Odmiany języka polskiego – próba typologizacji*, „Studia methodologica”, nr 40, s. 201-2016.
 184. Kryżan-Stanojević B. (2008), *Dyktando jako sprawdzian ogólnej kompetencji*, w: *Rozwijanie i testowanie biegłości w języku polskim jako obcym*, red. A. Seretny, E. Lipińska, Kraków: Universitas, s. 71-80.

185. Kubiak B. (2002), Pojęcie języka specjalistycznego, „Języki Obce w Szkole”, nr 5, s. 6-11.
186. Kubiak B. (2006), *Typologia nauczania języka specjalistycznego*, „Języki Obce w Szkole”, nr 2, s. 25-30.
187. Kubik W. (2019), *Niewiedza w ramach międzykulturowej opieki medycznej*, „Władza sądenia” nr 16, s. 117-129.
188. Kucharczyk R., (2011), *Strategiczne podejście do rozumienia wypowiedzi ustnych w języku obcym*, „Języki Obce w Szkole”1, s.15-16.
189. Kucharczyk R. (2013), *Wykorzystanie pragmatycznego opisu interakcji ustnej w uczeniu się/nauczaniu języków obcych*, w: *Mówienie w języku obcym – sukcesy i porażki uczenia się i nauczania*, red. M. Pawlak, E. Waniek-Klimczak, Poznań-Kalisz-Konin: Wydawnictwo UWAM i PWSZ, s. 85-103.
190. Kucharczyk R. (2018), *Nauczanie języków obcych a dydaktyka wielojęzyczności (na przykładzie francuskiego jako drugiego języka obcego)*, Lublin: Werset.
191. Kulczyńska A. (2010), *Modelowanie procesu czytania na potrzeby glottodydaktyki*, „Neofilolog”, nr 35, s. 53-61.
192. Kutuzowa G., Lewina I., Pierfilowa I. (1997), *Współczesny podręcznik do przedmiotów kierunkowych w języku obcym dla studentów tradycje i innowacje*, „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców” nr 7/8, s. 79-83.
193. Kwalifikacje rynkowe pt. *Komunikacja z pacjentem i jego bliskimi* włączone do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (dalej Kwalifikacje rynkowe ZSK) (online).
194. Kwieciński Z. (1988), *Zmienić kształcenie nauczycieli*, w: *Edukacja w perspektywie wymagań zmieniającego się świata*, „Żak”.
195. Kwinta M., *Nauczanie czytania literatury specjalistycznej na przykładzie lektoratów języka angielskiego dla studentów kierunków medycznych*, w: „Edukacja dla Przyszłości” t. 5, s. 47-53.
196. Laskowiak L.A. (2015), *Synonimia w polskiej terminologii medycznej drugiej połowy XIX wieku (Na podstawie słownika terminologii lekarskiej polskiej z 1881 roku)*, Warszawa: Sławistyczny Ośrodek Wydawniczy Instytutu Sławistyki PAN.
197. Laskowska-Mańko A. (1996), *Młodzież polska ze Wschodu na studiach medycznych*, w: *Kształcenie rodaków ze Wschodu w Polsce*, red. J. Mazur Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 98-100.
198. Lesiak-Bielawska, E.D. (2015), *Specyfika pracy nauczyciela języka specjalistycznego (JS) a implikacje dla procesu kształcenia*, w: *Nauczanie języków obcych na potrzeby rynku pracy*, red. M. Sowa, M. Mocarz-Kleindienst, U.Czyżewska, Lublin: Wydawnictwo KUL, s. 380-392.
199. Lesiak-Bielawska, E.D. (2017), *Wykorzystanie materiałów autentycznych w nauczaniu słuchania ze zrozumieniem w języku angielskim do celów akademickich*, „Języki Obce w Szkole”, nr 1, s.116-121.
200. Lewandowska I. (2019), *Specyfika egzaminów wojskowych i kursów języka polskiego na podstawie porozumienia standaryzowanego NATO STANG 6001 oraz wyzwania stojące przed słuchaczami, nauczycielami i egzaminatorami*, w: *Panorama glottodydaktyki polonistycznej. Wyzwania, pytania, kierunki*, red. K. Ziolo-Pużug, Warszawa, s. 67-75.
201. Lewandowski J. (2002), *Paratypologie i quasi-klasyfikacje polskich języków profesjonalnych*, w: *Języki specjalistyczne 2. Problemy technolingwistyki*, Warszawa: KJS UW, s. 27-40.

202. Lewandowski J. (2007), *Kształcenie specjalistyczne cudzoziemców w Polsce w ujęciu diachroniczno-bibliograficznym*, w: *W kręgu teorii i praktyki lingwistycznej*, red. S. Gucza, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 213-222.
203. Lewowicki T. (1975), *Psychologiczne różnice indywidualne a osiągnięcia uczniów*, Warszawa WSiP.
204. Levelt W. (1989), *Speaking. From intention to articulation*, Cambridge: MIT Press.
205. Ligara B. (2011), *Relacje między językiem ogólnym a językiem specjalistycznym w perspektywie językoznawstwa polonistycznego, stosowanego i glottodydaktyki*, „LingVaria” nr VI, 2(12), s. 63-181.
206. Ligara B., Szupelak W. (2012), *Lingwistyka i glottodydaktyka języków specjalistycznych na przykładzie języka biznesu. Podejście porównawcze*, Kraków: Księgarnia Akademicka.
207. Lipińska E. (1997), *Techniki nauczania pisania na kursie ogólnym języka polskiego dla cudzoziemców*, „Przegląd Polonijny”, z.4, s. 119-128.
208. Lipińska E. (2000), *Sprawność pisania w nauczaniu języka obcego*, „Języki Obce w Szkole” nr 5, s. 10-19.
209. Lipińska E. (2006), *Czynniki wpływające na proces uczenia się*, w: *Z zagadnień dydaktyki języka polskiego jako obcego*, Red. E. Lipińska E., A. Seretny, Kraków: Universitas s. 57-77.
210. Lipińska E. (2016), *Pisanie – sprawność niezbędna w kształceniu językowym*, „Języki obce w Szkole”, nr 2, s. 9-16.
211. Lipińska E., Seretny A. (2019), *Nauczanie języka polskiego w grupach heterogenicznych*, Kraków: Księgarnia Akademicka.
212. Lipińska E., Seretny A. (red) (2008), *Ortografia a słownictwo – razem czy osobno*, w: *Rozwijanie i testowanie biegłości w języku polskim jako obcym*, red. E. Lipińska, A. Seretny, Kraków: Universitas, s. 81-102.
213. Lukszyn J., (2002), *Uniwersalia tekstów specjalistycznych*, w: *Problemy technolingwistyki*, red. J. Lewandowski, Warszawa, KJS UW.
214. Lukszyn J., Zmarzer W. (2006), *Teoretyczne podstawy terminologii*, Warszawa: KJS UW.
215. Löning P. (1981), *Zur medizinischen Fachsprache. Stilistische Gliederung und Textanalysen*. Muttersprache 91, z. 2, 79-92, Weisbaden.
216. Ławnicka-Brońska M., Kubacka K. (2016), *Język polski medyczny w wybranych materiałach dydaktycznych ostatniego ćwierćwiecza*, „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t. 23, s. 215-234.
217. Ławnicka-Borońska M., Rudnik W.J., Wiśniewska J. (2011), *Kurs języka polskiego jako obcego dla studentów medycyny*, w: *Nowe perspektywy w nauczaniu języka polskiego jako obcego II*, red. K. Pluskota, K. Taczyńska, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, s. 321-332.
218. Łobocki M. (2006), *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
219. Madej E. (1996), *Terminologia medyczna w nauczaniu języka polskiego studentów cudzoziemców*, w: *Tradycja i nowoczesność w nauczaniu cudzoziemców języka polskiego: materiały z Ogólnopolskiej Konferencji nt. Nauczanie języka polskiego i kształcenie polonistyczne cudzoziemców, Gdańsk 17-18 X 1988*, red. H. Rybicka-Nowacka, B. Rocławski, Gdańsk: Uniwersytet Gdański. Zakład Logopedii, s.155-167.

220. Magajewska M. (2010), *Wykorzystanie tekstu specjalistycznego w pracy z grupami na poziomie średnim (B2)*, „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr. 17, s. 457-465.
221. Magajewska M. (2016), *Specjalistyczny język medyczny a multimedialny kurs języka zawodowego dla pielęgniarek*, „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr. 23, s. 199-213.
222. Majcher-Legawiec U., Pukas-Palimąka D. (2017), *Co panu dolega? – podręcznik do nauczania języka polskiego medycznego na poziomie B2/C1*, „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr. 23, 249-252.
223. Majkiewicz A. (2001), *Różne odmiany tekstów na lekcji języka polskiego jako obcego, czyli o potrzebie zachowania autentyczności językowej*, w: *Inne optyki: nowe programy, nowe metody, nowe technologie w nauczaniu kultury polskiej i języka polskiego jako obcego*, red. R. Cudak, J. Tambor, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2001, s. 125-135.
224. Majrzyk N., Strehlke K. (2011), *Kurs języka polskiego jako obcego dla policjantów i funkcjonariuszy straży granicznej*, w: *Nowe perspektywy w nauczaniu języka polskiego jako obcego II*, red. K. Pluskota, K. Tarczyńska, Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, s. 333-340.
225. Mamet P. (2001), *Język biznesu – próba zdefiniowania pojęcia dla celów dydaktyki języka obcego*, w: *Języki specjalistyczne dla biznesu*, red. J. Arabski, Katowice: Wyższa Szkoła Zarządzania Marketingowego i języków obcych, s.61-74.
226. Markowski A. (2014), *„Kultura języka w porozumieniu się lekarza z pacjentem*, w: *Porozumienie się z pacjentem*, red. J. Doroszewski, M. Kulus, i A. Markowski. Warszawa: Wolters Kulwer Polska, s.85-91.
227. Masłowski J. (1997), *Polskie słownictwo lekarskie*, Wrocław: Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk.
228. Mazur J. (1992), *Problemy kształcenia Polaków ze Wschodu. Referaty i komunikaty z konferencji nt. „Stan i problemy kształcenia młodzieży polonijnej (ze szczególnym uwzględnieniem Wschodu)” Kazimierz Dolny, 2-4 grudnia 1991 r.*, Lublin: Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
229. Mazur J. (1993), *Metodyka kształcenia językowego Polaków ze Wschodu. Referaty i komunikaty z konferencji nt. „Metodyka nauczania języka polskiego dla Polaków ze Wschodu i Polonii (ze szczególnym uwzględnieniem tzw. roku zerowego)”*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
230. Mazur J. (1994), *Merytoryczne kształcenie Polaków ze Wschodu. Referaty i komunikaty z konferencji nt. „Kształcenie Polaków ze Wschodu w aspekcie ich przygotowania merytorycznego”*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
231. Mazur J. (1996a), *Kształcenie rodaków ze Wschodu w Polsce: (1989-1995): referaty i komunikaty z konferencji „Efekty kształcenia rodaków ze Wschodu w Polsce w latach 1989-1995”*, Kazimierz Dolny 18-20 Kwietnia 1996), Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
232. Mazur J. (1996b), *Rola kształcenia specjalistycznego w przygotowaniu merytorycznym i komunikacyjnym cudzoziemców*, w: „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t. 7/8, s. 5-12.
233. McNamara T., (1997), *Problematising Content Validity: the Occupational English Test (OET) and a Measure of Medical Communication*, „Melbourne Papers in Language Testing”, nr 6.1, s. 19-43.

234. Michońska-Stadnik A. (1996), *Strategie uczenia się i autonomia uczenia się języków obcych: od (małych) zadań do (dużych) projektów*, „Języki Obce w Szkole” nr 2, s. 80-86.
235. Michowicz J. (1980), *Problemy doboru i zakresu treści nauczania wiedzy o Polsce w Studium Języka Polskiego dla Cudzoziemców Uniwersytetu Łódzkiego*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
236. *Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów zdrowotnych ICD – 10* (dostęp online).
237. Milewski W.T. (1947), *Język a społeczeństwo*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL 1947.
238. Miodunka W.T. (2016), *Glottodydaktyka polonistyczna. Pochodzenie – stan obecny – perspektywy*, Kraków: Księgarnia Akademicka.
239. Miodunka W.T. (1996), *Derywacja stylistyczna w nauczaniu obcokrajowców różnych odmian współczesnej polszczyzny*, „Stylistyka” nr V, s. 39-51.
240. Motyl S., (2012), *Rola gier edukacyjnych w nauczaniu języka niemieckiego*, „Językoznawstwo: współczesne badania, problemy i analizy językoznawcze”, nr 6, s. 105-113.
241. Mróz-Jagiełło A., Wolanin A. (2013), *Metoda analizy i krytyki dokumentów w naukach o bezpieczeństwie, Obronność*, „Zeszyty Naukowe Wydziału Zarządzania i Dowodzenia Akademii Obrony Narodowej”, nr 2(6), s. 109-118.
242. Musiołek-Choiński K. (1986), *Polskie nazwy chorób. Studium z terminologii medycznej*, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
243. Musiołek-Choiński K. (1987), *Terminy medyczne a zasady tworzenia terminów naukowych*, „Rozprawy Komisji Językowej Wrocławskiego Towarzystwa Naukowego”, nr 15, s. 113-131.
244. Müldner-Nieckowski (2014), *Uwagi o odmianach języka lekarskiego*, w: *Znaczenie, tekst, kultura, tom 5. Prace ofiarowane Profesor Elżbiecie Janus*, red. A. Kozłowska, A. Świątek. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa, s. 399-412.
245. Nosko P. (1996), *Rodzaje ćwiczeń językowych na lekcjach fizyki dla cudzoziemców*, „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców” t. 7/8, s. 169-175.
246. Noszczyk W. (2016), *Dzieje medycyny w Polsce*, Warszawa PZWL, t. 1.
247. Nowacka, D. (2015), *Ewaluacja materiałów dydaktycznych w procesie nauczania i uczenia się języka ukraińskiego jako obcego w szkolnictwie wyższym*, „Roczniki Humanistyczne” nr 63(7), s. 237-248.
248. Nunan D., (1989), *Understanding Language Classrooms. A Guide for Teacher-initiated Action*, London: Prentice Hall.
249. Oczko P. (2020a), *Koncepcje rozwijania sprawności receptywnych i produktywnych w nauczaniu polskiego języka medycznego*, w: *Komunikacja specjalistyczna w edukacji, translatoryce i językoznawstwie*, red. M. Grygiel, M. Rzepacka, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, nr. 4, s. 32-43.
250. Oczko P. (2020b), *Techniki rozwijania sprawności słuchania i mówienia w podręcznikach do nauczania polskiego języka medycznego*, „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr 27, s. 435-450.
251. Oczko P. (2021a), *Miejsce sprawności językowych na zajęciach języka specjalistycznego (na przykładzie polskiego języka medycznego)*, „Neofilolog” nr 57/1, s. 135-150.
252. Oczko P. (2021b), *Język medycyny (medyczny) – dyskusja nad definicją*, „Acta

Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr 28, s. 208-209.

253. Oczko P. (2021c), *Socjolingwistyczny wymiar komunikacji medycznej w nauczaniu języka polskiego jako obcego*, „Socjolingwistyka”, nr 35, s. 105-124.
254. Ołędzka B. (2021), *Księga łacińskich i polskich nazw chorób od końca XVIII wieku po współczesność*, Otwock: Med Tour Press International–Wydawnictwo Medyczne.
255. Olpińska, M. (2009), *Nauczanie dwujęzyczne w świetle badań i koncepcji glottodydaktycznych*. Warszawa: IKL@..
256. Omulecka A. (1988), *Z zagadnień pracy z tekstem naukowym i tekstem kierunkowym w grupie medycznej*, „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr 2, s. 23-31.
257. Omulecka A. (1996), *Funkcja tekstu na przedmiotach kierunkowych oraz na języku polskim w grupach medycznych*, „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr 7/8, s. 81-88.
258. Ożdżyński J., Rittel T., (red.) (2000), *Sprawności językowe*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Edukacja.
259. Pado A., *Planowanie i konstruowanie wypowiedzi ustnych i pisemnych w klasie językowej*, „Języki Obce w Szkole”, nr 2, s. 86-91.
260. Pawlak A., Przyłęcki P. (red) (2019), „Władza sądenia. Problemy różnorodności i wielokulturowości w medycynie”, nr 16.
261. Pawlak M. (2010), *Uczenie się, nauczanie i testowanie sprawności mówienia – zarys problematyki*, w: *Mówienie w języku obcym – skuteczne uczenie się, nauczanie, ocenianie*, red. M. Pawlak, E. Waniek-Klimczak, Poznań-Kalisz-Konin: Wydawnictwo UUAM i PWSZ.
262. Piasecka L. (2011), *Trudności w rozwijaniu sprawności receptywnych – jak wspierać w nauce ucznia ze zrozumieniem*, w: *Nauka języka obcego w perspektywie ucznia*, red. H. Komorowska, Warszawa: Oficyna Wydawnicza Łośgraf.
263. Piegzik W. (2015), *Rola strategii komunikacyjnych w rozwijaniu sprawności mówienia w języku obcym: trudności i ograniczenia*, „Konińskie Studia Językowe”, t.3, nr 4, s. 401-414.
264. Pieńkos J. (2003), *Podstawy przekładoznawstwa od teorii do praktyki*, Kraków: Zakamycze.
265. Pietrzykowska A. (2010), *Rozwijanie umiejętności mówienia podczas zajęć z gramatyki praktycznej przez wprowadzenie komunikacji w drylach językowych*, w: *Mówienie w języku obcym – sukcesy, porażki uczenia się i nauczania*, Poznań-Kalisz-Konin: Wydawnictwo UAM i PWSZ, s. 181-194.
266. Pędich W. (2000), *Język trzeciego tysiąclecia*, red. G. Szpila, Kraków: Tertium, s.167-171.
267. Pilch T., Bauman T. (2001), *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
268. Pisarek W. (red.) (1999), *Polszczyzna 2000: orędzie o stanie języka na przełomie tysiącleci*. Kraków: Ośrodek Badań Prasoznawczych, Uniwersytet Jagielloński.
269. Pfeiffer W. (1975), *Teoretyczne podstawy preparacji materiałów glottodydaktycznych*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
270. Pfeiffer W. (1986), *Fremdsprachendidaktische Prinzipien und Fachsprachen methodik*, in: *Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache 12. Thematischer Teil: Fachsprache und Fachsprachenvermittlung*, München: Hueber Verlag, red. A. Wierlacher, 193-203.
271. Pfeiffer W. (2001), *Nauka języków obcych. Od praktyki do praktyki*, Poznań:

Wagros.

272. Polkowska A. (1986), *Interakcyjny model rozumienia tekstu w świetle badań nad polskimi i angielskimi tekstami różnej trudności*, w: *Ogólna psychologia języka i neurolingwistyka*, red. I. Krucz, J. Bobryk, D. Kądzielewa, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, t. 1, s. 281-296.
273. Pomirska Z. (2011), *Wokół czytania. Proces czytania i jego zaburzenia oraz drogi do efektywnego czytania*, Warszawa: Fifi.
274. Prizel-Kania (2013), *Rozwijanie sprawności rozumienia ze słuchu w języku polskim jako obcym*, Kraków: Księgarnia Akademicka.
275. Przybylska M. (2011), *Zarys programu nauczania cudzoziemców języka specjalistycznego na przykładzie języka architektury* (niepublikowana praca magisterska).
276. Pukas-Palimaka D. (2008), *Efektywne techniki rozwijania sprawności czytania tekstów ze zrozumieniem*, w: *Sprawności przede wszystkim. Materiały z konferencji sekcji glottodydaktycznej stowarzyszenia „Bristol” polskich i zagranicznych nauczycieli kultury polskiej i języka polskiego jako obcego*, red. A. Seretny, E. Lipińska, Kraków: Universitas, s. 89-100.
277. Ross J. (1965), *Z dziejów polskiego słownictwa lekarskiego*, „Język Polski”, nr 45, z. 4, s. 226-234.
278. Rubacha K. (2008), *Metodologia badań nad edukacją*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
279. Rubaj S. (1979), *Kierunki i metody doskonalenia procesu nauczania fizyki w Studium Języka Polskiego dla Cudzoziemców Uniwersytetu Łódzkiego*, Łódź.
280. Rubaj S. (1989), *Nauczanie języka specjalistycznego i przedmiotów w przygotowaniu do studiów wyższych*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr 2, s. 95-101.
281. Rudziński S. (1996), *Badanie tekstów naukowych w kontekście kształcenia specjalistycznego cudzoziemców*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców” nr 7/8, s. 47-52.
282. Rzeszutko-Iwan, M. (2017), *Przekaz wiedzy, czyli nauczanie specjalistycznej odmiany języka – w kontekście pedagogiki CLIL*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t. 23, s. 97-113.
283. Sabela-Dymek, E. (2016). *Polski język humanistyczny dla cudzoziemców mniej i bardziej zaawansowanych*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr. 23, s. 141–154.
284. Sawaki, Y., Nissan, S. (2007), *Criterion-Related Validity of the TOEFL iBT Listening Section TOEFL iBT Report*, nr iBT-08. Princeton, NJ: ETS (online).
285. Sawicka A. (2009), *Krótką charakterystyka języków specjalistycznych*, w: *Komunikacja specjalistyczna. Specyfika języków specjalistycznych*, t. II, red. S. Szadyko, Warszawa: KJS UW, 188-198.
286. Sendur A. (2020a), *Analiza potrzeb jako pierwszy krok w doborze materiałów dydaktycznych*, w: *Materiały i media we współczesnej glottodydaktyce: wybrane zagadnienia*, red. D. Gabryś-Barker, R. Kalamarz, M. Stec, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
287. Sendur A. (2020b), *Certyfikacja znajomości języków obcych dla celów specjalistycznych – między teorią a rzeczywistością*, „Neofilolog”, nr 54/1, s. 47-69.
288. Sendur A. (2020c), *Testowanie i certyfikacja w glottodydaktyce języka specjalistycznych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM.

289. Seretny A. (2011), *Nauczanie języka specjalistycznego – kolejne wyzwanie glottodydaktyki specjalistycznej*, w: *O nauczaniu i uczeniu się języka obcego dla potrzeb zawodowych*, red. S. Piotrowski, Lublin, s. 106-121.
290. Seretny A. (2015), *Słownictwo w dydaktyce języka. Świat słów na przykładzie języka polskiego jako obcego*, Kraków: Universitas.
291. Seretny A. (2017), *Leksyka w nauczaniu języka specjalistycznego – potrzeby akademicki a potrzeby zawodowe*, „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców” nr 24, s. 149-166.
292. Seretny A., Lipińska E., (2005), *ABC metodyki nauczania języka polskiego jako obcego*, Kraków: Universitas.
293. Seretny A., Sałęga-Bielowicz B., (2019), *Profesjoniści i adepci – grupy o niejednakowym poziomie wiedzy zawodowej uczących się zróżnicowani ze względu na stopień znajomości języka specjalistycznego*, w: *Nauczanie języka polskiego jako obcego w grupach heterogenicznych*, E. Lipińska, A. Seretny, Kraków: Księgarnia Akademicka, s. 103-129.
294. Schöne K., Gębał P.E., Kołsut S. (2015), *Berufsspezifische Sprachkompetenzprofile. Profile kompetencji językowych w komunikacji zawodowej*, Dresden.
295. Sikorski L. (1998), *Nauczanie języka specjalistycznego w układzie wieloprzedmiotowym*, „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t. 10, s. 105-113.
296. Sikorski L. (1996), *Z prac nad słownikiem ekonomicznym minimum*, Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców” „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t. 7/8, s. 229-236.
297. Simmons M., (1998) *A Sociolinguistic Analysis of Doctor-Patient Communication* (dostęp online).
298. Skowronek B., (2001), *O nauczaniu języków specjalistycznych w: Języki fachowe, problemy dydaktyki i translacji. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Wydział Filologiczny Wszechnicy Mazurskiej w Olecku, 14 – 15 VI 2000*, red. A. Kątny, Olecko, Wszechnica Mazurska, s. 115-123
299. Słaby-Góral I. (2016), *Specyfika nauczania języka polskiego jako obcego w Studium Języka Polskiego dla Cudzoziemców Uniwersytetu Łódzkiego. Przykłady korelacji międzyprzedmiotowej*, „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr 23, s. 115-125.
300. Smith P.B., Trompenaars F. (1996), *National Culture and the Values of Organizational Employees A Dimensional Analysis Across 43 Nations*, “Journal of Cross-Cultural Psychology” nr 27 (2), s. 231-261.
301. Smuk M. (2007), *Rozwijanie kompetencji tekstowej w specjalistycznych odmianach języka (na przykładzie języka francuskiego medycznego)*, „Języki Obce w Szkole” 2, s. 55-66.
302. Sobczak K., (2014), *Przekazywanie informacji o niekorzystnej diagnozie i rokowaniu*, „Via Medica 8”, nr 6, s. 320-328.
303. Sobkowiak P., *Studium przypadku w dydaktyce języków obcych dla celów specjalnych*, „Języki Obce w Szkole”, nr 2, 7-12.
304. Sowa M. (2010), *Podejście zadaniowe a kształtowanie kompetencji ucznia w nauczaniu języka obcego dla potrzeb zawodowych*, „Roczniki Humanistyczne”, LVIII, z. 5, s. 89-105.
305. Sowa M. (2013), *Wprowadzenie*, „Neofilolog” nr 41/1, s. 5-6.

306. Sowa M. (2018), *Pozyskiwanie danych na potrzeby nauczania języków specjalistycznych. Wyzwania językowo-metodyczne*, „Języki Obce w Szkole” 2, 95-99.
307. Starzec A. (2007), *Ulotka medyczna i jej przemiany*, „Stylistyka”, t. 16, s. 519-529.
308. Starzec-Stawiarska M. (2011), *Techniki rozwijające wyższe poziomy przetwarzania tekstów kształceniu sprawności czytania wśród dorosłych*, „Neofilolog”, nr 37, s. 27-38.
309. Starzycka M. (1987), *Uwagi na marginesie pracy nad „Historycznym słownikiem minimum dla cudzoziemców”*, „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t. 1, s. 154-163.
310. Stefaniak K. (2011), *Władza i tożsamość w komunikacji lekarz-pacjent*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT.
311. Steil L., Miller R., (1982), *Effective Listening*, Telstar, St. Paul, MN.
312. Stolarczyk B., Merkelbach Ch. (2015), *Fachsprachenunterricht – Erwartungen und Realität/ Nauczanie języka specjalistycznego - oczekiwania i rzeczywistość*, Aachen, Shaker Verlag.
313. Styszyński, J.C. (1993), *Rola i funkcje podręcznika w nauczaniu języka obcego*, w: „Zeszyty naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, nr 2, 55-74.
314. Swoboda-Rydz, U. (2018), *Czy możliwe jest zanurzenie w języku specjalistycznym*, w: *Wyzwania glottodydaktyki polonistycznej. „Życie zaczyna się po sześćdziesiątce”*, red. P. Potasińska, M. Stasieczek-Górna, Warszawa: Polonicum, s. 203-2013.
315. Szafernakier-Świrko A. (2016), *Nauczanie dorosłych: nowe wyzwania : na przykładzie indywidualnych zajęć języka rosyjskiego z klientem biznesowym*, „Lingwistyka Stosowana”, nr 16, s. 87-93.
316. Szafrński M. (1988), *Język medycyny, jego charakterystyka i aplikacje glottodydaktyczne*, w: *Aktualne problemy nauczania języków obcych w Akademich Medycznych*, red. J. Zaniewski, Białystok: Wydawnictwa Uczelniane.
317. Szafrński M. (1993), *O języku medycyny*, w: *Polska w Zjednoczonej Europie. Nauczanie języków obcych*, red. H. Maleńczuk, Lublin: 97-104.
318. Szałek M., (1987), *Charakterystyka trudności związanych ze słuchową recepcją obcojęzycznego tekstu*, w: „Przegląd Glottodydaktyczny”, nr 8, s. 55-77.
319. Szczeklik A. (2007), *Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*, Kraków: Znak.
320. Szelc-Mays M. (2016), *Sprawdzone w użyciu, czyli o podręcznikach i opracowaniach do nauczania języka polskiego specjalistycznego, powstałych w Centrum Języka i Kultury Polskiej w Krakowie*, „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t. 23, 253–259.
321. Szerszeń P. (2014), *Platformy (glotto)dydaktyczne. Ich implementacja w uczeniu specjalistycznych języków obcych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Instytutu Kulturologii i Lingwistyki Antropocentrycznej.
322. Śliwiński W. (1985), *Podstawy metodologiczne i dydaktyczne podręcznika języka polskiego dla humanistów*, „Przegląd Polonijny”, XI, z. 4, s. 107–118.
323. Taczyńska K., *Językowe dolegliwości lekarzy obcokrajowców*, w: *Nowe perspektywy w nauczaniu języka polskiego jako obcego II*, red. K. Pluskota, K. Taczyńska, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, s. 293-302.
324. Tambor J., Majkiewicz J., *Polski język turystyki jako cel nauczania cudzoziemców*, w: *Języki specjalistyczne. Zagadnienia dydaktyki i przekładu*, red. P.

Mamet, A. Mrózek, Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, s. 85-94.

325. Tarone E. (2005), *Speaking in a second language w: Handbook of research in second language teaching and learning*, red. E. Hinkel, NJ: Lawrence Erlbaum, 2005, s. 485-502
326. Taszycki W., Milewski T. (1956), *Polski język literacki powstał w Małopolsce*, cz. 2, w: *Pochodzenie języka literackiego*, red. K. Budzyk, Wrocław: Zakład im. Ossolińskich
327. Urbańczyk S. (1956), *Rozwój języka narodowego. Pojęcia i terminologia*, w: *Z dziejów powstania języków narodowych i literackich. Materiały metodologicznej konferencji szkoleniowej Polskiej Akademii Nauk. Zakopane marzec 1955*, red. Z. Stiber, Warszawa: Wydawnictwo PWN, s.9-36.
328. Waniakowa J. (2005), *Język specjalistyczny czy specjalistyczna odmiana języka*, „Polonica”, nr XXIV-XX, s. 131-138.
329. Waszczuk W. (2003), *Identyfikatory derywatologiczne tekstów specjalistycznych*, w: *Lingwistyczna identyfikacja tekstów specjalistycznych*, red. B. Kielar, S. Gucza, Warszawa: KJS UW, s.94-105
330. Weisseberg Z. (2010), *Sprachlich-kommunikative Handlungsfelder Arbeitsplatz. Konzeptioneller Ansatz zur Entwicklung, Durchführung und Evaluation berufsbezogener Zweitsprachförderangebote*, in: *Deutsch als Zweitsprache 2/2010. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg)*, Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, s. 13-24.
331. Widdowson H.G. (1978), *Teaching language as communication*, Oxford: Oxford University Press.
332. Wiczorkowska M., Pawlik A., (2019) *Nauczanie kompetencji komunikacyjnych w naukach medycznych w środowisku mono- i wielokulturowym*, „Władza sądenia”, nr 16, s. 28-49.
333. Wielkiewicz-Jaźmużna D. (2008), *Studium Języka Polskiego dla Cudzoziemców Uniwersytetu Łódzkiego w latach 1952-2002*, Uniwersytet Łódzki, Łódź.
334. Wielkiewicz-Jaźmużna D (2013), *Nauczanie sprawności komunikacyjnych w grupach ekonomicznych*, „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t. 20, s. 323-327.
335. Wilczyńska W. (red), (2002), *Autonomizacja dydaktyce języków obcych. Doskonalenie się w komunikacji ustnej*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
336. Wilczyńska W., Michońska-Stadnik A. (2010), *Metodologia badań w glottodydaktyce. Wprowadzenie*, Kraków: Wydawnictwo Avalon.
337. Wilkoń A. (2000), *Typologia odmian językoznawczych współczesnej polszczyzny*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
338. Wnuk M., (1996), *Metody i środki stosowane na zajęciach z biologii*, „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t. 7/8, s. 215-220.
339. Wojnicki, S. (1991a), *Nauczanie języków obcych do celów zawodowych*, Warszawa: Wiedza Powszechna.
340. Wojnicki S. (1991b), *Subjęzyki specjalistyczne*, w: F. Gucza, *Teoretyczne podstawy terminologii*, Wrocław-Warszawa-Kraków: Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk.
341. Wojtczak E., (2016), *Nauka języka polskiego jako obcego na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Potrzeby studentów w świetle badań ankietowych*, „Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców” t., 23, s. 237-248.
342. Woźniakowski W. (1994), *Lingwistyczny status tzw. sabeczyków*

- specjalistycznych, w: *Języki specjalistyczne. Materiały z XVII Ogólnopolskiego Sympozjum ILS UW, Warszawa 9-11 stycznia 1992*, red. F. Grucza, Z. Kozłowska, Warszawa, s. 45-60.
343. Woźniewicz W. (1987), *Kierowanie procesem glottodydaktycznym*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
 344. Wróbel D. (1991), *Niedefinicyjne wprowadzenie pojęć matematycznych zajęciach dla cudzoziemców*, „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t. 3, 63-74.
 345. Wróbel D., Zielińska A. (2016), *Nauczanie języka polskiego jako obcego w zakresie matematyki charakterystyka procesu dydaktycznego i treści kształcenia*, „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t.23, s. 127-140
 346. Wyrębowska-Bajor E. (1987), *W sprawie odmiany specjalistycznej języka polskiego na zajęciach z cudzoziemcami*, „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t. 1, 131-136.
 347. Wyrębowska-Bajor E. (1998), *Niektóre aspekty organizacji słownictwa w materiałach do nauczania języka polskiego humanistów na etapie średnio zaawansowanym*, „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr10, s.129-133.
 348. Wyrębowska-Bajor E., Madej E. (1996), *Koncepcja językowo-metodyczna podręcznika języka polskiego dla grup humanistycznych*, „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr. 7/8, 243-249.
 349. Wysocka F., (1966), *O zróżnicowaniu leksykalnym w nazwach pewnych chorób*, „Język Polski”, t. 46, z. 1, s. 33-45.
 350. Wysocka F. (1980), *Polska terminologia lekarska do roku 1838, t. 1: Anatomia. Proste prymarne nazwy nie motywowane*, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich – Wydawnictwo.
 351. Wysocka F. (1994), *Polska terminologia lekarska do roku 1838, t. 2: Anatomia. Jednowyrazowe nazwy motywowane*, Wrocław: Instytut Języka Polskiego.
 352. Zagożdżon P. (2015), *Jak czytać teksty naukowe*, w: s.45-66. w: *Pomysł – badanie – publikacja. Poradnik naukowy dla studentów kierunków medycznych*, red. Ł. Budyńko, P. Waszka, Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny.
 353. Zając J. (2013), *Specjalistyczna komunikacja multikulturowa i multilingwalna w korporacjach globalnych*, Warszawa: IKL@.
 354. Zarzycka, G. (2017), *Język polski w odmianie akademickiej. Propozycja programu kursu adresowanego do studentów zagranicznych przygotowujących się do studiów wyższych w Polsce*, „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t. 24, 135–148.
 355. Zarzycka, G., Biernacka, M. (2016), *Nauczanie specjalistyczne języków obcych i języka polskiego jako obcego. Nowe podejścia i perspektywy badawcze*, „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t. 23, 9–17.
 356. Zawadzka A. 2018, *Dydaktyka języków tercjalnych*, w: *Polonistyka na początku XXI wieku. Diagnozy – koncepcje – perspektywy. W kręgu (glotto)dydaktyki*, red. A. Achtelek, K. Graboń, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, t. V, s. 502-518.
 357. Zawadzka E., 2004, *Nauczyciele języków obcych w dobie przemian*, Kraków: Impuls.
 358. Zembala A. (2015), *Modele komunikacyjne w relacjach lekarz-pacjent*, „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ. Nauki Ścisłe” nr 11, s. 35-50.

359. Zgólkowa H. (1992), *Dobór słownictwa do nauczania języka polskiego jako obcego*, w: *Język polski jako obcy. Programy nauczania na tle badań współczesnej polszczyzny*, red. W. Miodunka, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 37-119.
360. Zimbardo P.G (1999), *Psychologia i życie*, Warszawa: Wydawnictwo PWN.
361. Ziółek M., *Tworzenie programu studiów na bazie efektów uczenia się*, Prezentacja z 7 maja 2010 r., Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, http://www.amu.edu.pl/__data/assets/pdf_file/0019/43444/ProcesBolonski-_Ziolek_UAM_07.05.2010.pdf (dostęp: 22.07.2018).
362. Zmarzer W. (2003), *Typologia tekstów specjalistycznych*, w: *Lingwistyczna identyfikacja tekstów specjalistycznych*, red. B. Kielar, S. Grucza, Warszawa: KJS UW, s. 24-34.
363. Żelazowska-Sobczyk, M. (2019b), *Polskie i angielski opisy przypadków medycznych w ujęciu kontrastywnym*, Warszawa: Studi@ Naukowe.
364. Żelazowska-Sobczyk M., Zabielska M. (2019a), *Polskojęzyczne opisy przypadku z zakresu psychiatrii i psychologii – model tekstowy czy wyjątek? Część II*, „Applied Linguistics Papers”, nr 26/2, s. 1-19.
365. Żurek A., Piekot T. (2008), *Analiza zawartości jako metoda badania podręczników do nauki języka polskiego jako obcego*, „Acta Universitatis Lodzensis Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t. t. 16, s. 127-134.
366. Żydek-Bednarczuk U. (2005), *Wprowadzenie do lingwistycznej analizy tekstu*, Kraków: Universitas.

Słowniki i encyklopedie

1. Dereń E., Polański E. (2009), *Wielki słownik języka polskiego*, Kraków: Krakowskie Wydawnictwo Naukowe.
2. Gołąb Z., Heinz A., Polański K. (1970), *Słownik terminologii językoznawczej*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
3. Kostrzewa Z. (2011), *Leksykon wyrazów i zwrotów lekarskich*, Łódź: Łódzkie Towarzystwo Naukowe.
4. Kumaniecki F. (1977), *Słownik łacińsko-polski*, Warszawa: PWN.
5. Lukszyn J. (red) (2002), *Języki specjalistyczne. Słownik Terminologii przedmiotowej*, Warszawa, KJS UW.
6. Skudrzykowa, A., Urban K. (2000), *Mały słownik terminów z zakresu socjolingwistyki i pragmatyki językowej*, Kraków: Towarzystwo Miłośników Języka Polskiego.
7. Sobol E. (oprac.) (2005), *Słownik języka polskiego PWN*, Warszawa: PWN.
8. Szulc A. (red.) (1984), *Podręczny słownik językoznawstwa stosowanego: dydaktyka języków obcych*, Warszawa: PWN.
9. Szulc A. (1997), *Słownik dydaktyki języków obcych* (1997), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
10. Urbańczyk S. (red) (1978), *Encyklopedia wiedzy o języku polskim*, Wrocław: Zakład Narodowy Ossolińskich.

Materiały do nauczania polskiego języka specjalistycznego

1. Bambrowicz O., Válková Maciejewska, Balcerza M., Czachór S (2021), *Przedsiębiorczość po polsku*, Poznań: Uniwersytet Adama Mickiewicza (e-publicacja).
2. Bambrowicz O., *Porozmawiaj z pasażerem. Materiały do nauki języka polskiego dla pracowników sektora transportu publicznego*, Poznań: Uniwersytet Adama Mickiewicza (e-publicacja)
3. Bambrowicz O., Chmiela B. (2020), *Z polskim w drogę. Materiały do nauki języka polskiego dla pracowników branży TSL*, Poznań: Uniwersytet Adama Mickiewicza, (e-publicacja)..
4. Dunin-Dudkowska A., Trębska-Kerntopf A., *Ekonomia - to nie boli : polski język ekonomiczny dla cudzoziemców*, Lublin: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej.
5. Gałat E. (2017), *Architektura – język specjalistyczny: skrypt dla obcokrajowców na poziomie A2+/B1*, Kraków: Międzynarodowe Centrum Kształcenia Politechniki Krakowskiej.
6. Kowalska M. (2008), *O biznesie po polsku: podręcznik do nauki języka polskiego: wprowadzenie do języka biznesu: średni B1 B2*, Kraków: Universitas.
7. Kugiel-Abuhasna I. (2017), *Wybraliśmy ekonomię: podręcznik języka ekonomicznego dla obcokrajowców na poziomie A2+/B1*, Kraków: Międzynarodowe Centrum Kształcenia Politechniki Krakowskiej.
8. Kugiel-Abuhasna I. (2019), *STUDIOLOGIA. Podręcznik polskiego języka naukowego dla cudzoziemców na poziomie B1*, Kraków: Abdalnasser Abuhasna IT Services.
9. Kugiel-Abuhasna I. (2020), *Wybraliśmy ekonomię. Podręcznik języka ekonomicznego dla obcokrajowców na poziomie A2+/B1*, Kraków: Międzynarodowe Centrum Kształcenia Politechniki Krakowskiej.
10. Lepianka-Nowak M., Wasilewski P. (2015), *Kolej na polski. Polski na kolej*, Berlin: Federalny Związek Nauczycieli Języka Polskiego.
11. Rittner M. (2021), *Sztuka bez granic: zbiór tekstów z ćwiczeniami leksykalnymi dla cudzoziemców: poziom B1*, Kraków: Politechnika Krakowska im. Tadeusza Kościuszki.
12. Szcler-Mays M., Długosz P. (1999), *O ekonomii po polsku: podręcznik języka polskiego dla cudzoziemców. Poziom średniozaawansowany*, Kraków: Wydawnictwo i Poligrafia Kurii Prowincjalnej Zakonu Pijarów.
13. Wiśniewska A., Kokot A., Jasnos M., Busiło S. (2014), *Chcę pracować w Polsce. Podręcznik do nauki specjalistycznego języka polskiego jako obcego (B1)*, Warszawa: Fundacja Linguae Mundi.
14. Wiśniewska A., Mijas A., Kokot A., Jasnos M. (2015), *Wybieram gastronomię. Podręcznik do nauki specjalistycznego języka polskiego jako obce z płytą CD*, Warszawa: Fundacja Linguae Mundi.
15. Zielińska A., Wróbel D., Rudziński G. (2011), *Wstęp do matematyki. Podręcznik dla studentów*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Kursy online

1. <https://amu.edu.pl/wiadomosci/aktualnosci/studenci/e-learningowe-kursy-jezyka-polskiego-specjalistycznego-dla-cudzoziemcow>
2. https://navoica.pl/courses/course-v1:UAM+JPJO002b+2021_E1/about

3. https://navoica.pl/courses/course-v1:UAM+JPJO001+2021_E1/about
4. https://navoica.pl/courses/course-v1:UAM+JPJO03+2021_E2/about
5. <https://simplypolish.pl/platforma-e-learningowa>
6. <http://zpolskimwdroge.pl/>

Netografia

1. <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20120000184/O/D20120184.pdf>
2. <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970280152/O/D19970152.pdf>
3. <https://simplypolish.pl/platforma-e-learningowa/>
4. <http://zpolskimwdroge.pl/>
5. <http://olga95-mooc.home.amu.edu.pl/podr/>
6. https://navoica.pl/courses/course-v1:UAM+JPJO002b+2021_E1/about (dostęp
7. https://navoica.pl/courses/course-v1:UAM+JPJO001+2021_E1/about (dostęp
8. https://navoica.pl/courses/course-v1:UAM+JPJO03+2021_E2/about
9. <https://amu.edu.pl/wiadomosci/aktualnosci/studenci/e-learningowe-kursy-jezyka-polskiego-specjalistycznego-dla-cudzoziemcow>
10. <https://www.mck.pk.edu.pl/kursy-przygotowawcze>
11. <http://linguaemundi.pl/pl/projekty-europejskie/projekty-zakonczone/>; <http://linguaemundi.pl/pl/projekty-europejskie/projekty-aktualnie-realizowane/>
12. <https://www.rynekzdrowia.pl/Technologie-informacyjne/E-dokumentacja-medyczna-obowiazkowa-juz-od-1-lipca-Co-na-EDM-zyskaja-pacjenci,222768,7.html>
13. <https://www.prawo.pl/zdrowie/pacjencipotrzebuja-nietylko-leczenia-ale-takze-opieki-i-wsparcia,249023.html> (dostęp 25.06.2022).
14. <http://wladzasadzenia.pl/2019/16/wladza-sadzenia-2019-16.pdf>
15. <https://rekrutacja.umed.lodz.pl/studia-wjezyku-polskim-dla-cudzoziemcow/polskim-dla-cudzoziemcow/>
16. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20091080908/O/D20090908.pdf>
17. <http://www.meduzo.pl/>;
18. <https://www.ratowniczy.net/>
19. <https://www.kardiologia-i-diabetologia.pl/arttykul/teleporady-praktyczne-aspekty-ich-udzielania>
20. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/medycyna;3939269.html>
21. <http://www.pts.edu.pl/teksty/jd2011.pdf>
22. <https://www.health.gov.au/publicationsfiles/healthataglance2015.pdf>
23. https://studia.elka.pw.edu.pl/FILE/21L/103A-TLRTM-MSPBUA/pub/Bua_Wyk_ocena_sluchowa.pdf
24. <http://semahead.pl/blog/emoji-wiecej-niz-tysiac-slow.html>
25. <http://ebm.org.pl/show.php?aid=24829>
26. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/uczelnie-medyczne1>
27. https://pl.wikipedia.org/wiki/Uczelnie_medyczne_w_Polsce
28. <https://www.politykazdrowotna.com/81112,lekarz-ze-wschodu-nie-musi-znac-jezyka-polskiego-spor-prawny>
29. <https://www.politykazdrowotna.com/81112,lekarz-ze-wschodu-nie-musi-znac-jezyka-polskiego-spor-prawny>
30. <https://mambiznes.pl/wlasny-biznes/pomysl-na-biznes/zakladamy-szkole-jezykowa-2559>
31. https://certyfikatpolski.pl/wp-content/uploads/2018/05/rozp_26_2_16.pdf
32. https://certyfikatpolski.pl/wp-content/uploads/2018/05/rozp_26_2_16.pdf
33. <https://anchor.fm/lekarzwszwecji/episodes/46--Co-najbardziej-szokuje-polskiego-lekarza>

34. zaczynajcego-prace-w-Szwecji-e1ld0q8
35. <https://old.pum.edu.pl/biblioteka-glowna/e-zasoby/bazydanych/medtube-baza-filmow-medycznych>
36. (<https://ppm.edu.pl/index.seam>),
37. <https://techsetter.pl/lepolek-rewolucja-platforma-edukacyjna-dla-lekarzy-i-studentow/>
38. <https://serwisy.gazetaprawna.pl/edukacja/artykuly/1040877,komunikacja-medycyna-dentysta-onkolog-studia.html>
39. <https://magazynkontakt.pl/rozmowy-jak-na-lekarstwo-komunikacja-wmedycynie/>
40. https://www.umb.edu.pl/przewodnik_dydaktyczny._komunikacja_z_pacjentem
41. <https://www.cmkp.edu.pl/aktualnosci/pierwsze-kursy-z-podstawy-medycznego-jezyka-polskiego-dla-medykow-z-ukrainy>
42. <https://www.cmkp.edu.pl/rozmowki-medyczne-ukrainsko-polskie>
43. adresem [https://www.mp.pl/kurier/292414,materialy dla-lekarzy](https://www.mp.pl/kurier/292414,materialy_dla_lekarzy)
44. https://www.facebook.com/plmedyczny/?ref=page_internal
45. <https://www.facebook.com/MedycznyJezykPolski/>
46. <https://dyktandolekarza.pl/>
47. <https://polonuslodz.com/pl/kurs-medycznego-jezyka-polskiego/>
48. https://silo.tips/queue/uchwaa-nr-46-14-p-vii-prezydium-naczelnej-rady-lekarskiej-z-dnia-23-maja-2014-r?&queue_id=-1&v=1625061372&u=NS4xNzMuMTM3LjE5OA==
49. <https://nil.org.pl/dla-lekarzy/mlodzi-lekarze/4282-egzaminy-z-jezyka-polskiego>
50. https://sip.lex.pl/akty-prawne/akty_korporacyjne/egzamin-z-jezyka-polskiego-dla-lekarzy-cudzoziemcow-286534200
51. <https://rekrutacja.umed.lodz.pl/studia-w-jezyku-polskim-dla-cudzoziemcow/>,
https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/rekrutacja/egzaminy/2022_regulamin_egzamin_wstepny_jez.polski_covid.pdf
52. <https://polishlanguage.online/produkt/gra-fonetyczna-slysze-mowie-tematyka-medyczna/?fbclid=IwAR2TsZlGrXz8aHVYu9lfCx8G5y4gv1CJ9ufNtogeVBA7c6qiMMN2-tMuGMs>
53. <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/nowe-dane-o-medykach-spoza-ue-ile-wnioskow-w-uproszczonej-procedurze>
54. <https://www.youtube.com/c/LekarzeZUkrainyW PolsceNataliaiPiotr>
55. <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/nowe-dane-o-medykach-spoza-ue-ile-wnioskow-w-uproszczonej-procedurze>
56. https://stat.gov.pl/obszary_tematyczne/edukacja/edukacja/szkolnictwo
57. https://stat.gov.pl/obszary_tematyczne/edukacja/edukacja/szkolnictwo
58. [wyzsze-i-jego-finanse-w-2019roku,2,16.html;](https://stat.gov.pl/obszary_tematyczne/edukacja/edukacja/szkolnictwo)
59. [https://www.nik.gov.pl/plik/id,23533,vp,26267.pdf;](https://www.nik.gov.pl/plik/id,23533,vp,26267.pdf)
60. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/inne-zawody-medyczne-zaswiadczenia;>
61. [https://students.pl/artykuly/zawodmedyczny/;](https://students.pl/artykuly/zawodmedyczny/) <https://www.prawo.pl/zdrowie/wykaz-zawodow>
62. [medycznych,239987.html](https://students.pl/artykuly/zawodmedyczny/)
63. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20220000633/T/D20220633L.pdf>
64. https://www.cem.edu.pl/pel_podreczniki.php (dostęp 22.04.2022).
65. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20220000633/T/D20220633L.pdf>
66. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20220000633/T/D20220633L.pdf>
67. <https://komunikacjamedyczna.pl/wp-content/uploads/2021/03/ConsensusPTKM2.pdf>
68. https://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow/-/klasyfikacja_zawodow/litera/L
69. [specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow/-/klasyfikacja_zawodow/litera/L](https://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow/-/klasyfikacja_zawodow/litera/L) (dostęp
70. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20120000184/O/D20120184.pdf>
71. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970280152/O/D19970152.pdf>
72. [https://wyborcza.pl/1,75402,11083642,Prof__Andrzej_Szczeklik__Medycyna_to_szt](https://wyborcza.pl/1,75402,11083642,Prof_Andrzej_Szczeklik_Medycyna_to_szt)

uka_rozmowy.html

73. https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf
74. https://kwalifikacje.gov.pl/images/downloads/obwieszczenia_monitor_polski/142._Komunikacja_z_pacjentem_i_jego_bliskimi.pdf
75. https://kwalifikacje.gov.pl/images/downloads/obwieszczenia_monitor_polski/144._Kszta%C5%82ce
76. <https://publicystyka.ngo.pl/deskur-bez-czytania-nie-ma-cywilizacji> (dostęp 01.09.2022).
77. <https://pulsmedycyny.pl/przegl%C4%85d-aplikacji-mobilnych-przydatnych-dla-lekarzy-974760>
78. <https://pulsmedycyny.pl/przegl%C4%85d-aplikacji-mobilnych-przydatnych-dla-lekarzy-974760?fbclid=IwAR2537mzRi8Q6nMfXLjR8BuSG1EAFb3nmkoAjDeM805O48AcLpND3M5F> Bw

Wykaz schematów, tabel , wykresów i zdjęć

Schematy

- Schemat 1. Propozycja B. Jarosz diagramu przedstawiającego zakresy badanych pojęć (2018: 20)
- Schemat 2. Relacje między zakresami badanych pojęć w opracowaniu B. Jarosz (2018: 18)
- Schemat 3 Zróżnicowanie polskiego języka narodowego oraz relacje między językami specjalistycznymi a polszczyzną w odmianie ogólnej a pozostałymi odmianami (Ligara, Szupelak 2012: 37)
- Schemat 4. Podział nauk wg S. Gajdy (1990: 33-38) – oprac. własne
- Schemat 5. Układ glottodydaktyczny według F. Gruczy (Gębał 2013: 20)
- Schemat 6. Pragmatyczno-metodyczna baza glottodydaktyki specjalistycznej p. Szerszenia (Szerszeń 2014: 136)
- Schemat 7. Rozszerzony układ glottodydaktyki specjalistycznej (Szerszeń 2014: 139)
- Schemat 8. Role nauczyciela języka specjalistycznego (Gajewska, Sowa, Kic-Drgas 2020: 107)
- Schemat 9. Wewnętrzne zróżnicowanie osób uczących się PJMed – oprac. własne
- Schemat 10. Wewnątrzdyscyplinarny podział medycyny (M. Szafrński 1988: 76)
- Schemat 11. Podział tekstów języka medycznego wg A. Badzińskiego – oprac. własne
- Schemat 12. Zróżnicowanie stylistyczne PJMed wg M. Chłopickiej, D. Pukas-Palimąki, A. Chwals – oprac. własne
- Schemat 13. Typologia odmian języka lekarskiego wg P. Müldnera-Nieckowskiego – oprac. własne
- Schemat 14. Odmiany języka medycyny według J. Doroszewskiego – oprac. własne
- Schemat 15. Kontakty innych dyscyplin z medycyną (M. Szafrński 1988: 73)
- Schemat 16. Czynniki wpływające na zrozumienie komunikatów mówionych (Prizel-Kania 2013:13)
- Schemat 17. Model kształcenia rozumienia ze słuchu wg A. Prizel-Kani (Prizel-Kania 2013: 97)
- Schemat 18. Schemat produkcji mowy W. Levelta (Levelt 1989:9, z: Janowska 2019: 33)
- Schemat 19. Model systemowo-partnerski komunikacji relacji lekarz – pacjent (Jarosz i in. 2012: 216)

Schemat 20. Procesy kognitywne czytelnika w modelu czytania J. Giasson (Kulczyńska 2010: 56)

Schemat 21. Procesy wyższego i niższego rzędu, oprac. M. Banach, D. Bucko (2019: 16) na podstawie L. Piasecka (2011: 261)

Schemat 22. Etapy czytania na lekcji – oprac. własne

Schemat 23. Etapy procesu pisania – oprac. własne

Schemat 24. Profesjonalne różnicowanie ankietowanych – oprac. własne

Schemat 25. Rozwijanie sprawności językowych na zajęciach: perspektywa studenta – oprac. własne

Schemat 26. Rozwijanie sprawności językowych na zajęciach: perspektywa lektora – oprac. własne

Schemat 27. Umiejętności językowe dla medycyny – oprac. własne

Schemat 28. Podział polskiego języka medycyny (medycznego) do celów glottodydaktycznych – oprac. własne

Tabele

Tabela 1. Polska myśl glottodydaktyczna nad nauczaniem PJMed – oprac. własne

Tabela 2. Klasyfikacja tekstów medycznych (Löning 1981:79-92, cyt. za Kokot 2001: 60)

Tabela 3. Użytkownicy PJMed i uczestnicy komunikacji medycznej – oprac. własne

Tabela 4. Semantyczno-syntaktyczna struktura twierdzeń biomedycznych wg J. Doroszewskiego – oprac. własne

Tabela 5. Cechy mówionej odmiany polszczyzny (Prizel-Kania 2013: 103)

Tabela 6. Fazy dydaktyczne recepcji ustnej (Gębał, Miodunka 2022: 277)

Tabela 7. Techniki rozwijania sprawności słuchania – oprac. własne na podstawie literatury przedmiotu

Tabela 8. Techniki rozwijania sprawności mówienia (wykorzystanie bodźców) – oprac. własne

Tabela 9. Techniki rozwijania sprawności mówienia – oprac. własne

Tabela 10. Cechy językowe tekstów pisanych (Bartmiński, Niegorzewska-Barmińska 2009: 108-109)

Tabela 11. Model rozwijania sprawności czytania w języku specjalistycznym L. Bartoszewicz (Bartoszewicz 1994: 66)

Tabela 12. Zarys kryteriów selekcji wiarygodnych artykułów medycznych (Jaeschke, Cook, Guyatt 1988: 7)

Tabela 13. Techniki pracy z tekstem na zajęciach – oprac. własne

Tabela 14. Modele rozwijania sprawności pisania M. Adamus-Tukiendorf (2006: 53)

Tabela 15. Techniki rozwijania pisania – oprac. własne

Tabela 16. Podział materiałów do nauczania polskiego języka medycyny (medycznego) – oprac. własne

Tabela 17. Wykaz ośrodków akademickich – oprac. własne

Tabela 18. Wykaz instytucji prowadzących kursy PJMed dla lekarzy – oprac. własne

Tabela 19. Kryteria wstępnej analizy sylabusów – oprac. własne

Tabela 20. Kryteria wstępnej analizy ofert kursów językowych – oprac. własne

Tabela 21. Wzorce komunikacyjne prezentowane w tekstach słuchanych – oprac. własne

Tabela 22. Przykładowe funkcje języka w materiałach do nauczania PJMed. – oprac. własne

Tabela 23. Role komunikacyjne w zadaniach w materiałach do nauczania PJMed – oprac. własne

Tabela 24. Przykłady elementów kompetencji socjolingwistycznej i socjokulturowej w materiałach do nauczania PJMed. – oprac. własne

Tabela 25. Rodzaje tekstów do czytania w materiałach – oprac. własne

Tabela 26. Katalog tematyczny treści skryptów uczelnianych – oprac. własne

Tabela 27. Katalog tematyczny materiałów PJMed do celów akademickich – oprac. własne

Tabela 28. Katalog tematyczny pozostałych materiałów – oprac. własne

Tabela 29. Zawartość tematyczna podręczników do kształcenia przedmiotowo-językowego – oprac. własne

Tabela 30. Ćwiczone formy wypowiedzi pisemnej – oprac. własne

Tabela 31. Zakres działań dydaktycznych w sylabusach i programach nauczania – oprac. własne

Tabela 32. Katalog podstawowych zagadnień tematycznych w sylabusach PJMed. – oprac. własne

Tabela 33. Katalog dodatkowych zagadnień tematycznych w sylabusach PJMed. – oprac. własne

Tabela 34. Inwentarz tematyczny sylabusów komunikacji medycznej – oprac. własne

Tabela 35. Inwentarz tematyczny sylabusu Polish Communication Skills for Medicine 2019-2025 – oprac. własne

Tabela 36. Materiały glottodydaktyczne na lektoratach – oprac. własne

Tabela 37. Katalog tematyczny – oprac. własne

Tabela 38. Punktacja w części A – oprac. własne

Tabela 39. Punktacja w kategorii B – oprac. własne

Tabela 40. Punktacja w części D – oprac. własne

Tabela 41. Zróżnicowanie narodowościowe badanej grupy – oprac. własne

Tabela 42. Najczęściej wskazywane podręczniki przez nauczycieli – oprac. własne

Tabela 43. Wymagania i działania komunikacyjne w zakresie samokształcenia w celu zdobycia specjalistycznej wiedzy medycznej – oprac. własne

Tabela 44. Wymagania i działania komunikacyjne w zakresie komunikacji lekarz – lekarz – oprac. własne

Tabela 45. Wymagania i działania komunikacyjne w zakresie komunikacji lekarz – pacjent – oprac. własne

Wykresy

Wykres 1. Techniki stosowane przed słuchaniem w materiałach do nauczania PJMed – oprac. własne

Wykres 2. Techniki stosowane w trakcie słuchania w materiałach do nauczania PJMed – oprac. własne

Wykres 3. Techniki stosowane po słuchaniu w materiałach do nauczania PJMed – oprac. własne

Wykres 4. Techniki rozwijania sprawności mówienia w materiałach do PJMed – oprac. własne

Wykres 5. Techniki stosowane przed czytaniem w materiałach do nauczania PJMed – oprac. własne

Wykres 6. Techniki stosowane w trakcie czytania w materiałach do nauczania PJMed – oprac. własne

Wykres 7. Techniki stosowane po czytaniu w materiałach do nauczania PJMed – oprac. własne

Wykres 8. Zestawienie ilościowe ćwiczonych form – oprac. Własne
Wykres 9. Czas trwania lektoratu z języka polskiego – oprac. Własne
Wykres 10. Czas trwania nauki PJMed – oprac. własne
Wykres 11. Cele nauczania PJMed na kursach prywatnych/komercyjnych – oprac. własne
Wykres 12. Specjalizacje lekarskie w badanej grupie – oprac. własne
Wykres 13. Kompetencje językowe i umiejętności w zawodzie lekarza – perspektywa ucznia – oprac. własne
Wykres 14. Ogólna ocena podręczników – oprac. własne
Wykres 15. Rozwijanie sprawności językowych w podręcznikach do PJMed – ocena nauczycieli – oprac. własne
Wykres 16. Kompetencje językowe i umiejętności w zawodzie lekarza – perspektywa nauczyciela – oprac. własne

Zdjęcia

Zdjęcie 1. Profile kursów przygotowawczych w mck pk
Zdjęcie 2. Program kursu przygotowawczego w mck pk
Zdjęcie 3. Źródło: dyktandolekarza.pl
Zdjęcie 4. Przykładowy tekst i pytania Źródło: dyktandolekarza.pl

Aneks

**Przykładowe zadania egzaminu z języka polskiego jako obcego dla lekarzy
orgaznizowanego przez Naczelną Izbę Lekarską**

Część A – dyktando

Choroba wrzodowa

Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy to cykliczne pojawienie się trawiennych wrzodów w żołądku lub dwunastnicy. Wrzód trawieny to ograniczony ubytek błony śluzowej, któremu towarzyszy naciek zapalny i martwica. Najczęściej wrzody trawienne powstają w opuszcze dwunastnicy i żołądka, rzadziej w dolnej części przełyku i pętli dwunastnicy. Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy jest wynikiem zaburzeń równowagi pomiędzy czynnikami drażniącymi (kwas solny, pepsyna) i ochronnymi (prawidłowo ukrwiona pokryta śluzem błona śluzowa).

Helicobacter pylori produkuje toksyny uszkodzające komórki błony śluzowej i wywołujące jej zapalenie. Prowadzi to do zwiększonego wydzielania hormonu gastryny, zwiększa się wydzielanie kwasu solnego w żołądku i powoduje w końcu owrzodzenia żołądka i dwunastnicy

Do zakażenia dochodzi drogą pokarmową, jednak nie u wszystkich zakażonych stwierdza się wrzody w żołądku lub dwunastnicy. Choroba wrzodowa może powstać jako niepożądane działanie leków przeciwzapalnych. W powstaniu wrzodów żołądka i dwunastnicy dużą rolę odgrywają czynniki genetyczne, a także palenie papierosów.

Do głównych objawów wrzodów żołądka i wrzodów dwunastnicy należą ból o piekącym charakterze i dyskomfort w nadbrzuszu występujące na czczo lub 1-3 godziny po posiłkach, ustępujące po spożyciu pokarmu lub przyjęciu leków. Mogą występować inne dolegliwości takie jak uczucie pełności lub rozpierania po posiłkach, a nawet wymioty

W razie występowania takich objawów, należy zgłosić się do lekarza w celu przeprowadzenia podstawowej diagnostyki -gastroskopii, testów na obecność *Helicobacter pylori*. Choroba wrzodowa może prowadzić do poważnych, a czasem nawet zagrażających życiu powikłań :przewlekłe krwawienie, niedokrwistość, bliznowacenie, perforacja.

Część D – sytuacja komunikacyjna

- 1) Kobieta 26 lat, w ciąży, podwyższona potliwość, nerwowa, podwyższona akcja serca i ciśnienia tętniczego
- 2) Mężczyzna 46 lat, mieszka na wsi, zawroty głowy, kołatanie serca, pobudliwość, otyłość, wytrzeszcz lewego oka. Wywiad rodzinny: Siostra ma NT

Analiza materiałów pod kątem rozwijania sprawności słuchania – siatka pytań wykorzystana w analizach

1. Tytuł książki:

2. Koncepcja autora podręcznika nt. rozwijania sprawności rozumienia ze słuchu

☐ nie

☐ tak

3. Nagrania

☐ nie

☐ tak

4. Dostępność nagrań:

☐ Płyta CD

☐ Nagrania dostępne na platformie w Internecie

☐ Płyta CD i platforma w Internecie

5. Głos interlokutorów

☐ mało zróżnicowany (5 i mniej różnych głosów)

☐ bardzo zróżnicowany (więcej niż 5 różnych głosów)

☐ tylko osoby młode

☐ tylko osoby starsze

☐ osoby młode i starsze

☐ głosy dzieci

6. Tempo mówienia

☐ za wolne

☐ dopasowane do poziomu

☐ za szybkie

7. Tło nagrań (szum)

☐ nie

☐ tak

8. Tło nagrań

- ☐ odpowiada autentycznej sytuacji w sytuacji zawodowej
- ☐ nie odpowiada autentycznej sytuacji zawodowej
- ☐ częściowo odpowiada autentycznej sytuacji zawodowej
- ☐ elementy parawerbalne (płacz, krzyk, odgłos pracujących urządzeń)

9. Uwagi do tła nagrań

10. Długość nagrań

11. Gatunki wypowiedzi ustnych

- ☐ charakterystyczne dla PJMed do celów akademickich
- ☐ charakterystyczne dla PJMed do celów zawodowych
- ☐ gatunki niezwiązane z PJMed

12. Jakie?

13. Prezentowane role komunikacyjne

- ☐ lekarz - pacjent
- ☐ lekarz - starszy pacjent
- ☐ lekarz - dziecko
- ☐ lekarz - matka/ojciec dziecka
- ☐ lekarz - rodzina pacjenta: opiekun, mąż/żona, dorosłe dziecko
- ☐ lekarz - pielęgniarka
- ☐ lekarz - inne służby ratownicze / personel medyczny
- ☐ lekarz - lekarz (sytuacja formalna)
- ☐ lekarz - lekarz (sytuacja nieformalna)
- ☐ lekarz - student (sytuacja akademicka)
- ☐ lekarz - student stażysta

14. Inne: jakie?

15. Techniki przed słuchaniem

16. Techniki w trakcie słuchania

17. Techniki po słuchaniu

18. Uwagi/obserwacje

Ta zawartość nie została stworzona ani zatwierdzona przez firmę Microsoft. Podane przez Ciebie informacje zostaną przesłane właścicielowi formularza.

 Microsoft Forms

Analiza materiałów pod kątem rozwijania sprawności mówienia – siatka pytań wykorzystana w analizach

1. Tytuł książki:

2. Koncepcja autora podręcznika nt. rozwijania sprawności mówienia

☐ nie

☐ tak

3. Ćwiczone role komunikacyjne

- ☐ lekarz - pacjent
- ☐ lekarz - starszy pacjent
- ☐ lekarz - dziecko
- ☐ lekarz - matka/ojciec dziecka
- ☐ lekarz - rodzina pacjenta: opiekun, mąż/żona, dorosłe dziecko
- ☐ lekarz - pielęgniarz
- ☐ lekarz - inne służby ratownicze / personel medyczny
- ☐ lekarz - lekarz (sytuacja formalna)
- ☐ lekarz - lekarz (sytuacja nieformalna)
- ☐ lekarz - student (sytuacja akademicka)
- ☐ lekarz - student stażysta

4. Inne role komunikacyjne w zadaniach:

5. Gatunki ćwiczonych wypowiedzi ustnych

- ☐ charakterystyczne dla PJMed do celów akademickich
- ☐ charakterystyczne dla PJMed do celów zawodowych
- ☐ gatunki niezwiązane z PJMed

6. Jakież?

7. Sytuacje komunikacyjne:

8. Ćwiczone funkcje językowe:

9. Jakie?

10. Techniki oparte na obrazku

11. Techniki oparte na dźwięku

12. Techniki oparte na słowie

13. Techniki mediacji/produkcji/interakcji

14. Uwagi/obserwacje

Ta zawartość nie została stworzona ani zatwierdzona przez firmę Microsoft. Podane przez Ciebie informacje zostaną przesłane właścicielowi formularza.

 Microsoft Forms

**Analiza materiałów pod kątem rozwijania sprawności czytania – siatka pytań
wykorzystana w analizach**

1. Tytuł książki:

2. Koncepcja autora podręcznika nt. rozwijania sprawności czytania:

☐ nie

☐ tak

3. Złożoność językowa tekstów

4. Gatunki ćwiczonych wypowiedzi pisemnych

☐ charakterystyczne dla PJMed do celów akademickich

☐ charakterystyczne dla PJMed do celów zawodowych

☐ gatunki niezwiązane z PJMed

5. Jakie?

6. Tematyka tekstów:

7. Znaczenie dla uczących się:

☐ prezentacja leksyki/terminologii

☐ prezentacja nowych konstrukcji gramatycznych

☐ źródło wiedzy medycznej

☐ źródło wiedzy socjokulturowej

☐ Inne:

8. Techniki przed czytaniem

9. Techniki w trakcie czytania:

10. Techniki po czytaniu:

11. Uwagi/obserwacje

Ta zawartość nie została stworzona ani zatwierdzona przez firmę Microsoft. Podane przez Ciebie informacje zostaną przesłane właścicielowi formularza.

 Microsoft Forms

Analiza materiałów pod kątem rozwijania sprawności pisania – siatka pytań wykorzystana w analizach

1. Tytuł książki:

2. Koncepcja autora podręcznika nt. rozwijania sprawności pisania

☐ nie

☐ tak

3. Gatunki wypowiedzi pisemnych

- ☐ charakterystyczne dla PJMed do celów akademickich
- ☐ charakterystyczne dla PJMed do celów zawodowych
- ☐ gatunki niezwiązane z PJMed

4. Jakie?

5. Użyteczność/Przydatność ćwiczonych form:

- ☐ Tak
- ☐ Nie

6. Uzasadnienie:

7. Tematyka form pisemnych:

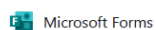
8. Techniki przygotowujące do pisania:

9. Techniki pisania samodzielnego:

10. Łączenie z innymi sprawnościami:

11. Uwagi/obserwacje

Ta zawartość nie została stworzona ani zatwierdzona przez firmę Microsoft. Podane przez Ciebie informacje zostaną przesłane właścicielowi formularza.



Ankieta dla uczących się – formularz

* Wymagane

1. Ankieta / опитувальник / опросник / in English *

- ☐ po ukraińsku / українською мовою
- ☐ po rosyjsku / по-русски
- ☐ po angielsku / in English

2. Narodowość *

3. Płeć *

- ☐ Kobieta
- ☐ Mężczyzna

4. Wiek *

5. Mój status: *

- ☐ student medycyny w języku polskim
- ☐ student medycyny w języku angielskim
- ☐ szukam zatrudnienia w Polsce i przygotowuję się do nostryfikacji dyplomu
- ☐ jestem po nostryfikacji dyplomu i szukam zatrudnienia
- ☐ pracuję w polskim szpitalu

6. Specjalizacja *

7. Czy uczyła się Pani / uczył się Pan wcześniej języka polskiego? *

- ☐ TAK
- ☐ NIE

8. Gdzie?

Kiedy i jak długo?

Jakich książek Pan/Pani używał/a? *

9. Czy uczyła się Pani / uczył się Pan wcześniej polskiego języka medycznego? *

- ☐ TAK
- ☐ NIE

10. Gdzie?

Kiedy i jak długo?

Jakich książek Pan/Pani używał/a? *

11. Rozwijaniu którym – Pani/Pana zdaniem – sprawnościom językowym należy poświęcić najwięcej czasu na zajęciach/kursie polskiego języka medycznego? Proszę zaznaczyć (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź): *

☐ Mówienie

☐ Słuchanie

☐ Czytanie

☐ Pisanie

12. Proszę krótko uzasadnić (poprzednie pytanie o sprawności językowe):

*

13. Proszę zaznaczyć w skali od 1 do 4, które Pani/Pana zdaniem kompetencje językowe są najważniejsze do wykonywania zawodu w sektorze medyczny:

1 konieczne (niezbędne) w zawodzie lekarza

2 raczej konieczne w zawodzie lekarza

3 raczej niekonieczne w zawodzie lekarza

4 zbędne (brak znajomości nie wpływa na jakość wykonywanej pracy)

*

	(1) konieczne	(2) raczej konieczne	(3) raczej konieczne	(4) zbędne
Czytelne odręczne prowadzenie dokumentacji medycznej.	☐	☐	☐	☐

Znajomość polskiej ortografii i interpunkcji.	☐	☐	☐	☐
Umiejętność głośnego czytania tekstów narracyjnych.	☐	☐	☐	☐
Umiejętność głośnego prezentowania wyników badań.	☐	☐	☐	☐
Czytanie ze zrozumienie	(1) konieczne	(2) raczej konieczne	(3) raczej konieczne	(4) zbędne
m tekstów naukowych i dokumentacji medycznej.	☐	☐	☐	☐
Umiejętność poprawnego formułowania pytań.	☐	☐	☐	☐
Rozumienie komunikatów ustnych.	☐	☐	☐	☐
Budowanie i kształtowanie relacji z pacjentem. Umiejętność wchodzenia w rolę terapeuty i doradcy pacjenta.	☐	☐	☐	☐
Budowanie i kształtowanie relacji z rodziną pacjenta.	☐	☐	☐	☐
Sprawne komunikowanie się z członkami zespołu medycznego.	☐	☐	☐	☐

Umiejętność komunikowania się z innymi służbami ratowniczymi, policją, strażą pożarną.

☐
☐
☐
☐

Umiejętność komunikowania się z osobami w różnym wieku.

☐
☐
☐
☐

(1)
konieczne

(2) raczej
konieczne

(3) raczej
konieczne

(4) zbędne

Umiejętność przekładania języka specjalistycznego (i żargonu medycznego) na język ogólny (w mowie i piśmie).

☐
☐
☐
☐

Stosowanie w mowie i piśmie terminologii medycznej.

☐
☐
☐
☐

Wiedza na temat podstawowych zasad polskiej etykiety językowej form adresatywnych, reguł grzeczności językowej w różnych sytuacjach, np. podczas wizyty lekarskiej, badania fizykalnego i in.).

☐
☐
☐
☐

14. Jakie Pani/Pana zdaniem kompetencje językowe nie zostały uwzględnione w poprzednim pytaniu, a są ważne w zawodzie lekarza i powinny być rozwijane na lekcji języka medycznego?

15. Jakie są Pani/Pana oczekiwania wobec kursu języka specjalistycznego?

Ta zawartość nie została stworzona ani zatwierdzona przez firmę Microsoft. Podane przez Ciebie informacje zostaną przesłane właścicielowi formularza.

 Microsoft Forms

Ankieta dla nauczycieli

* Wymagane

1. W jakim mieście uczy Pani/Pan polskiego języka medycyny (medycznego)? *

2. Jak długo uczy Pani/Pan polskiego języka medycyny (medycznego)? *

3. Prowadzony przez Panią/Pana lektorat (kurs) obejmuje: *

- ☐ tylko naukę języka specjalistycznego
- ☐ naukę języka ogólnego i specjalistycznego

4. Czy w miejscu, w którym Pani/Pan pracuje, jest zagwarantowane wsparcie metodyczne? (szkolenia metodyczne, dostęp do poradników metodycznych, dodatkowych materiałów, konsultacje z metodykiem lub ze specjalistą, np. z lekarzem) *

☐ Nie

☐ Tak

5. Na czym polega wsparcie metodyczne? *

6. Z jakich materiałów (książek) korzysta Pani/Pan na swoim kursie?
Proszę podać tytuły podręczników. *

7. Czy znajomość podręczników pozwoli Pani/Panu na ich krótką ocenę?
*

☐ Nie

☐ Tak

8. Proszę dokonać krótkiej ewaluacji podręczników do nauczania polskiego języka medycznego, które są dostępne na polskim rynku: *

	TAK	NIE	TRUDNO OCENIĆ
Podręczniki odpowiadają rzeczywistym potrzebom językowym uczących się.	☐	☐	☐
Podręczniki umożliwiają realizację celów kształcenia określonych w programie nauczania.	☐	☐	☐
Teksty w podręcznikach prezentują realne sytuacje komunikacyjne.	☐	☐	☐

9. Jak ocenia Pani/Pan dostępne na rynku glottodydaktycznym podręczniki do nauczania polskiego języka medycznego pod kątem rozwijania sprawności językowych oraz technik wspomagających kształcenie tych umiejętności: *

	bardzo dobrze	raczej dobrze	raczej źle	źle
Słuchanie	☐	☐	☐	☐
Mówienie	☐	☐	☐	☐
Czytanie	☐	☐	☐	☐
Pisanie	☐	☐	☐	☐

10. Inne uwagi/spostrzeżenia do podręczników dostępnych na rynku glottodydaktycznym (ewentualnie brak uwag): *

11. Którym sprawnościom językowym – Pani/Pana zdaniem – należy poświęcić najwięcej czasu i uwagi na zajęciach/kursie polskiego języka medycznego? Proszę zaznaczyć (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź): *

- ☐ Słuchanie
- ☐ Mówienie
- ☐ Czytanie
- ☐ Pisanie

12. Proszę krótko uzasadnić swój wybór w pytaniu 11. *

13. Jaki Pani/Pana zdaniem jest optymalny poziom znajomości języka ogólnego, który umożliwia rozpoczęcie nauki języka specjalistycznego? *

- ☐ A1
- ☐ A2
- ☐ B1
- ☐ B2
- ☐ C1
- ☐ C2

14. Proszę krótko uzasadnić swój wybór w pytaniu 13.

15. Proszę zaznaczyć w skali od 1 do 4, które kompetencje językowe są - Pani/Pana zdaniem - najważniejsze w zawodzie lekarza:

- 1 – konieczne (niezbędne) w zawodzie lekarza
- 2 – raczej konieczne w zawodzie lekarza
- 3 – raczej niekonieczne w zawodzie lekarza
- 4 – zbędne (brak umiejętności nie wpływa na jakość wykonywanej pracy) *

Budowanie i kształtowanie relacji z rodziną pacjenta.

☐

☐

☐

☐

Znajomość polskiej ortografii i interpunkcji.

☐

☐

☐

☐

Czytanie ze zrozumieniem tekstów naukowych i dokumentacji medycznej.

☐

☐

☐

☐

Wiedza na temat podstawowych zasad polskiej etykiety językowej, form adresatywnych, reguł grzeczności językowej w różnych sytuacjach, np. podczas wizyty lekarskiej, badania fizykalnego i in.).

☐ ☐ ☐ ☐

Czytelne odręczne prowadzenie dokumentacji medycznej.

☐ ☐ ☐ ☐

Umiejętność komunikowania się z innymi służbami ratowniczymi, policją, strażą pożarną.

☐ ☐ ☐ ☐

1 2 3 4

Umiejętność głośnego prezentowania wyników badań.

☐ ☐ ☐ ☐

Budowanie i kształtowanie relacji z pacjentem
Umiejętność wchodzenia w różne role, np. terapeuty, doradcy pacjenta.

☐ ☐ ☐ ☐

Sprawne komunikowanie się z członkami zespołu medycznego.

☐ ☐ ☐ ☐

Umiejętność komunikowania się z osobami w różnym wieku.	☐	☐	☐	☐
Stosowanie w mowie i piśmie terminologii medycznej.	☐	☐	☐	☐
Umiejętność poprawnego formułowania pytań.	☐	☐	☐	☐
Umiejętność głośnego czytania dłuższych tekstów narracyjnych.	☐	☐	☐	☐
Rozumienie komunikatów ustnych.	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4
Umiejętność przekładania języka specjalistycznego (i żargonu medycznego) na język ogólny(w mowie i piśmie) i odwrotnie.	☐	☐	☐	☐

16. Jakie Pani/Pana zdaniem kompetencje językowe nie zostały uwzględnione w poprzednim pytaniu, a są ważne w zawodzie lekarza i powinny być rozwijane na kursie polskiego języka medycznego?

17. Uwagi oraz spostrzeżenia, którymi chciałaby Pani/chciałby Pan podzielić się z Autorką ankiety:

Ta zawartość nie została stworzona ani zatwierdzona przez firmę Microsoft. Podane przez Ciebie informacje zostaną przesłane właścicielowi formularza.

 Microsoft Forms