

SYLWIA KRUKOWSKA

Klinika Rehabilitacji i Medycyny Fizykalnej

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

pl. Hallera 1, 90-647 Łódź

tel. (+48) 42 639 30 64

e-mail: s.k.krukowska@gmail.com

Lingwistyczna Szkoła Wyższa w Warszawie

Al. Jerozolimskie 148, 02-326 Warszawa

tel. (+48) 22 886 50 12

KAMIL KOSZELA

Klinika Rehabilitacji i Medycyny Fizykalnej

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Samodzielny Szpital Wojewódzki

im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim

Oddział urazowo-ortopedyczny

MARTA WOLDAŃSKA-OKOŃSKA

Klinika Rehabilitacji i Medycyny Fizykalnej

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

pl. Hallera 1, 90-647 Łódź

tel. (+48) 42 639 30 64

---

## *COMMUNICATIO MEDICA*, CZYLI SPECYFIKA POROZUMIEWANIA SIĘ INTERMEDYCZNEGO

---

**SŁOWA KLUCZOWE:** komunikacja, język medyczny, profesjolekt, żargon

**KEYWORDS:** communication, medical language, professolect, jargon

### *COMMUNICATIO MEDICA* – PECULIARITY OF INTERMEDICAL COMMUNICATION

**ABSTRACT:** The article aims to present the existence of a specific medical communication based on the development of non-standard vocabulary, as well as on the manner and intentions of its expression. The main reason for creating a specific medical language is the need for a simple, fast and effective communication of hospital staff. Due to the characteristics of the occupation and the patient rotation in the hospital, the language

minimizes the possibility of making mistakes as well as enables the efficient flow of information. However, these are also factors that often cause patients to feel coldness and being treated instrumentally. The purpose of this paper is to demonstrate the causes of the development of a specific medical language with an emphasis on the psychological and sociological aspects of the problem.

Język środowisk medycznych, zwany też profesjolektem lub żargonem zawodowym<sup>1</sup>, mimo że traktowany jako jedna odmiana środowiskowa, sam w sobie jednorodny nie jest, co wynika chociażby z faktu, że pracownicy poszczególnych działów medycyny posługują się terminami związanymi z konkretnymi dolegliwościami, nazwami aparatury i metodami leczenia. W obrębie tej wspólnoty zawodowej można wyróżnić mniejsze grupy, których potrzeby komunikatywne pod pewnymi względami różnią się od siebie (Sagan-Bielawa 2011, s. 22). Niewątpliwie należą do nich pracownicy oddziałów ratunkowych oraz izb przyjęć. Język zawodowy używany w tych jednostkach ma swoją specyfikę, która wyraża się w kumulacji i przemieszaniu słownictwa specjalnego różnych dziedzin medycyny, czym różni się nieco od profesjolektów pracowników przykładowych oddziałów ortopedii czy kardiologii.

W niniejszym artykule wykorzystano materiał leksykalny zebrany podczas prac nad subjęzykiem tylko dwóch jednostek: izb przyjęć oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych, tzw. SOR-ów. Badania przeprowadzono w SOR-ach oraz w izbach przyjęć w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Mikołaja Kopernika w Łodzi oraz w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie. Zagadnienie żargonu używanego na co dzień przez środowisko medyczne, głównie przez lekarzy i pielęgniarki tych oddziałów, wydaje się interesujące z różnych względów: socjologicznych, psychologicznych, antropologicznych. Przede wszystkim ciekawy jest jego aspekt językowy.

Głównym celem niniejszej pracy jest zwrócenie uwagi na potrzebę zbadania specyfiki słownictwa grupy zawodowej zatrudnionej na oddziałach pierwszego kontaktu chorego ze szpitalem, odbywającego się w sytuacji wymagającej szybkich diagnoz w krótkim czasie. Ta cecha decyduje o specyfice tego socjolektu na tle szerszej ujętego medycznego subjęzyka. Celem badań jest ukazanie zarówno cech wspólnych żargonu pracowników SOR-ów i izb przyjęć z profesjolektem medycznym, jak i pewnych odrębności właściwych tylko tej wąskiej grupie zawodowej. Kolejnym punktem rozważań będzie zasygnalizowanie niektórych uwarunkowań socjologicznych tego profesjolektu. Wydaje się to konieczne,

<sup>1</sup> W niniejszym opracowaniu posługujemy się terminem *żargon* wymiennie z terminem *profesjolekt* na określenie tzw. języka środowiskowego, zwanego też *gwarą środowiskową* lub *slangiem* (por. EJP 1994, s. 138). Szerzej na ten temat piszemy w dalszej części opracowania.

ponieważ niektóre sformułowania, jakie zewnętrzny obserwator słyszy, zwłaszcza osoby towarzyszące pacjentom oraz sami chorzy, mogą być uznane za obcesowe, uprzedmiotawiające chorych lub wręcz dehumanizujące pacjentów, z tego powodu mogą być też trudne do przyjęcia dla bliskich towarzyszących choremu w trudnych chwilach. W artykule zwracamy również uwagę na aspekt psychologiczny, sygnalizujemy, by w socjolektalnych opisach żargonu uwzględniać szerszy kontekst, na który składa się opis emocjonalnych motywów i uwarunkowań użycia określonych sformułowań, na które zwrócili uwagę użytkownicy tego socjolektu. Ponieważ krąg zagadnień związanych z profesjolektem pracowników SOR-ów i izb przyjęć jest szeroki, dlatego w niniejszym artykule zostaną wskazane jedynie najistotniejsze, zdaniem autorów, a zarazem najbardziej typowe cechy subjęzyka tej małej wspólnoty komunikatywnej. Nie wątpimy jednak, że zasługują one na dogłębniejszą analizę. Należy również zaznaczyć, że w niniejszym artykule ograniczono się jedynie do omówienia wyrażen i powiedzeń podstawowych, tj. powszechnie znanych i używanych w środowisku osób pracujących w SOR-ze oraz w izbie przyjęć. Świadomie pominięto tu nazwy specjalistycznych sprzętów medycznych oraz badań lekarskich czy chorób.

Materiał pozyskano podczas obserwacji pracy personelu medycznego wykonującego rutynowe czynności w czasie pracy w szpitalu, a także w wyniku rozmów z lekarzami i pielęgniarkami z wymienionych placówek (łącznie było to 70 osób). Jak już wspomniano, badania były prowadzone w szpitalach w Łodzi i w Koninie. Poza przedstawionym poniżej przypadkiem oboczności form czasownikowych nie zauważono znaczących różnic żargonowych między obiema placówkami. Może to wynikać zarówno z ogólnej potrzeby upraszczania języka powodowanej specyficznymi warunkami pracy oraz, ogólniej rzecz ujmując, kierowania się tymi samymi motywami jego użycia (im prostsze słownictwo, tym mniej możliwości tworzenia jego wariantów i tym samym mniejsze ryzyko błędnej interpretacji danego sformułowania w sytuacji stresowej), jak też migracją personelu medycznego, czego następstwem jest również rozprzestrzenianie się określonych specyficznych powiedzeń i zwrotów. Dla potrzeb tego tekstu niewielkie żargonowe różnice, które dostrzeżliśmy podczas gromadzenia materiału, zostały pominięte, gdyż celem pracy było opisanie słownictwa zrozumiałego dla ogółu środowiska. Warto dodać, że zebrane tu wyrażenia konsultowano również z personelem medycznym spoza głównych ośrodków, w jakich prowadzono badanie, którzy również potwierdzili klarowność przytaczanych tu komunikatów. Uwaga skierowana będzie na pewne charakterystyczne cechy szpitalnego słownictwa. Celem artykułu jest raczej zwrócenie uwagi na samo zjawisko używania odrębnego, nie w pełni jasnego dla przeciętnego użytkownika języka polskiego słownictwa, aniżeli wyczerpująca analiza językowa całego socjolektu tej grupy, artykuł stawia sobie za cel sygnalizację początku badań.

Rozważania zaczniemy od omówienia specyficznego – w omawianym środowisku – sposobu określania pacjentów oraz ich przypadłości. Nie chodzi tu bynajmniej o skomplikowane dla przeciętnego użytkownika języka polskiego, tak częste w terminologii medycznej latynizmy czy anglicyzmy, lecz o stosowanie powszechnie znanych słów w ich metonimicznym znaczeniu. Mowa tu o wyrazach zaczerpniętych z języka ogólnego, których użycie przez tę konkretną wspólnotę komunikatywną cechuje jednak pewne nietypowe osadzenie w kontekście oraz specyficzne zabarwienie emocjonalne. Jako przykłady można podać słowa należące do dwóch grup odnoszących się (a) do przypadłości pacjentów oraz (b) do części ciała, mianowicie:

- (a) zawał, zapalenie płuc, krwawienie, wymioty etc.;
- (b) oko, głowa, wyrostek, palec itd.

W środowiskowym zastosowaniu jednostka chorobowa lub jej objaw (*vide*: przykłady użyte w podpunkcie (a)) bądź też chora część ciała (*vide*: podpunkt (b)) przypisane są do pacjenta i określają niejako jego samego. W omawianym żargonie zawodowym wykorzystuje się często różnego rodzaju metonimie (Piekot 2008, s. 115), w wielu wypadkach *pars pro toto* oraz odwrotnie *totum pro parte* lub tzw. metonimię miejsca lub narzędzia. W wypowiedzeniach, które przybierają postać komunikatów, często spotyka się kilka wyrażen metonimicznych. Tego typu wyrażenia wchodzą naturalnie zarówno w skład równoważników zdań, jak i pełnych wypowiedzi. We wspomnianych oddziałach szpitalnych można zatem usłyszeć sformułowania, takie jak: *Gdzie leży ta głowa?* – pytanie dotyczy ‘pacjenta z urazem głowy’, *Przywieźli zawał!* – komunikat o konieczności podjęcia akcji ratunkowej, gdyż karetką przywieziono chorego ze stwierdzonym zawałem mięśnia sercowego, *Wymioty na korytarzu.* – informacja o wystąpieniu konkretnych objawów u pacjenta czekającego na przyjęcie przez lekarza.

Uwagę osób badających specyfikę profesjolektu medycznego przykuwają również charakterystycznie zwroty i pełne zdania używane przez omawianą wspólnotę komunikatywną. Stanowią one nieco bardziej urozmaiconą część zebranego korpusu leksykalnego. Wartość semantyczna tych jednostek jest w istotny sposób zależna od kontekstu, w jakim one występują, to zaś wiąże się ze znajomością obowiązkowych procedur i czynności podczas badania wśród wszystkich pracowników tych oddziałów. Bez uwzględnienia kontekstu sens wypowiedzi może być mylnie zinterpretowany przez osobę postronną. Daje się tu wyróżnić wypowiedzi odnoszące się do:

- (a) stanu klinicznego pacjentów,
- (b) sposobu określania czy też identyfikowania chorych:
  - odnoszącego się do ich lokalizacji w oddziałach szpitalnych,
  - nawiązującego do ich dolegliwości, w tym również wykorzystującego metonimiczne ujęcia przypadłości omawiane powyżej,
- (c) działań pracowników służby zdrowia.

Jeśli chodzi o wyrażenia odnoszące się do stanu klinicznego chorych, wymienić można kilka typowych przykładów użycia: *zatrzymał się* – w znaczeniu: ‘nastąpiło zatrzymanie procesu krążeniowo-oddechowego u pacjenta’<sup>2</sup> (konieczna jest reanimacja), *przyspieszył* bądź *zwolnił* – mowa ‘o zmianie tempa pracy serca’. We wszystkich trzech wypadkach nie chodzi naturalnie o prędkość przemieszczania się człowieka, lecz o pracę chorego organu. W takich wypowiedziach często pojawia się metonimia typu *totum pro parte* (całość za część). Forma gramatyczna użytego w wypowiedzeniach czasownika, tj. r. męski lub żeński – *ruszył/a*, *przyspieszył/a*, *zwolnił/a* – w sposób eliptyczny wskazuje na osobę, tj. płeć chorego (*on*, *ona*), nie odnosi się do nazwy chorego organu, np. *serce* (r.n.) (*przyspieszyło* bądź *zwolniło*). Podobną sytuację zauważamy w wypowiedzeniach zawierających informację o zmianach stanu zdrowia, np. (*pacjent*) *poprawia się* bądź *pogarsza* – ‘o stanie zdrowia chorego’, *zaskoczył / zaskoczyła* – ‘udało się przywrócić funkcje życiowe pacjenta’, *dobrze idzie na Zinnacie*, *na Amoxicillinie* (lub: *inna nazwa leku*) – tu chodzi o oczekiwaną, pozytywną reakcję na przyjmowany farmaceutyk (w tym miejscu warto zaznaczyć, że istnieją również warianty oboczne, mianowicie: *idzie na Zinnat*, *na Amoxicilling*; mówi się, w zależności od ośrodka, zarówno: *idzie na czymś*, jak i *idzie na coś* – jako ekwiwalent sformułowania *reaguje na coś*; widać tu zatem zmianę rekcji czasownika), *migocze* – o pacjencie z migotaniem komór, wymagającym pilnego wdrożenia działań ratunkowych, *odleciał / odleciała* – mowa o utracie przytomności chorego, omdleniu bądź zapaści; inne analogiczne przykłady to zwroty: *do otworzenia* bądź też *do zrobienia* – w zależności od specjalizacji lekarza wypowiadającego się w danej sytuacji może chodzić o skierowanie chorego do zabiegu operacyjnego (jeśli mówi chirurg) lub też np. o założenie gipsu (jeśli diagnozuje ortopeda), zaś określenie *do zamknięcia* znaczy *do zaszycia* i odnosi się do rany chorego.

Warto zwrócić uwagę na wypowiedzi personelu medycznego odwołujące się pozornie bezpośrednio do pacjenta, w których powinien on odgrywać rolę podmiotową, faktycznie jednak zostaje ona sprowadzona do jego lokalizacji bądź do przypadłości, na którą cierpi. W tych przypadkach występują określenia metonimicznie; są to tzw. metonimie miejsca oraz część za całość, tj. *pars pro toto* (w tym wypadku nazwa choroby zamiast osoby). Mowa tu o przykładach identyfikacji pacjentów w zależności od miejsca, gdzie leżą, oraz choroby. Oto przykłady: *pod szafą*, *pod gaśnicą*, *pod USG*, *w określonej sali* etc. Przykłady użycia tego typu określeń są następujące: *zatrzymanie na erce*, *ból brzucha na obserwacyjnej*, *biegunka pod szafą*, *udar pod gaśnicą*. Określenia odnoszące się do chorych, które nie nawiązują bezpośrednio do ich dolegliwości lub miejsca, które często tworzą połączenia, są w omawianym środowisku dość powszechne.

<sup>2</sup> Stwierdzono brak pracy serca oraz oddechu.

Natomiast egzemplifikacje sformułowań będących określeniem pacjenta identyfikowanego przez pryzmat jego stanu zdrowia zawierają m.in. zwroty będące metonimicznymi określeniami dolegliwości, np.: *Gdzie jest ten anus?* – pytanie o ‘pacjenta z chorym odbytem’, *Gdzie leży to oko?* – w sensie: gdzie leży ‘pacjent z chorym okiem lub też nawet po usunięciu gałki ocznej, tzw. enukleacji oka (*sic!*)’, *Co to jest?*, *Co przyszło?*, *Co przywieźli?* – o pacjencie zgłaszającym się od oddziału (pytanie *de facto* dotyczy tego, co mu dolega), *Wiozą próbę „S”* – mowa ‘o osobie po próbie samobójczej’, *dla kolki PWE* – znaczy tyle, ile ‘choremu z kolką, np. nerkową, należy podać dożylnie płyn wieloelektrolitowy’, *Zawołaj chirurga do brzucha!* = trzeba poprosić o konsultację chirurgiczną w sprawie ‘pacjenta z bólem brzucha’. Analogicznie przetłumaczymy sformułowanie: *laryngologa do zawrotów!*, które znaczy tyle, ile: należy poprosić o konsultację laryngologiczną, ponieważ ‘pacjent cierpi na zawroty głowy’.

W następnej kolejności można wymienić specyficznie sformułowania, które odnoszą się do opieki nad pacjentem, jego „obsługi”, czyli do zadań pracowników wspomnianych placówek, gdzie sam chory jest obiektem zabiegów (można powiedzieć, występuje w roli przedmiotowej)<sup>3</sup>. W grupie przykładów będących określeniami działań personelu nakierowanych na udzielenie mu pomocy, wykonywanie badań, zabiegów znajdujemy między innymi przykłady: *Pobierz podstawówkę!* – na określenie ‘wykonania podstawowych badań krwi’, *Gdzie jest dojscie?* – innymi słowy: ‘Czy pacjent ma założony tzw. wenflon?’, *Podkuj!* = *Zrób dojscie!* – inaczej: ‘Założ wenflon!’, *Płuczemy go!* – komunikat o ‘konieczności wykonania płukania żołądka’, *Mamy go!* – reakcja na ‘przywrócenie pracy serca chorego w wyniku prowadzenia akcji reanimacyjnej’, *Zabezpiecz chorego!* – chodzi ‘o zabezpieczenie dróg oddechowych albo dożylnych’, *Strzelić pacjenta* – znaczy tyle, ile ‘zastosować defibrylację’, sformułowanie to najczęściej spotykane jest w formie trybu rozkazującego: *Strzelaj (go / ją)!*, *Ciśnij!* – mowa o wykonywaniu ucisków klatki piersiowej, tj. prowadzeniu RKO [czyli resuscytacji krążeniowo-oddechowej], *Bierzemy go na stół* – chodzi tu o ‘przeprowadzenie operacji w pilniejszym trybie, niż robi się to standardowo’, *otworzyć chorego* – innymi słowy: ‘przeprowadzić operację’, *podawać leki wiadrami* – czyli ‘podawać lek w dużych dawkach’, *Daj nerkę!* – prośba o ‘podanie pacjentowi naczynia do odpłucia czy też w razie wymiotów’, *Podaj Żanetę!* – chodzi o specyficzną, ‘dużą strzykawkę’, *dać pacjenta na pompę* – ‘włączyć farmakoterapię za pomocą pompy infuzyjnej umożliwiającej podanie odpowiedniej dawki leków w stosownym czasie’, *zarurować pacjenta* – inaczej mówiąc: ‘zaintubować’.

<sup>3</sup> Nie należy jednak rozumieć „przedmiotowości” pacjenta w sensie dosłownym. Trzeba pamiętać, że podczas udzielania pomocy w wymienianych w niniejszej pracy oddziałach szpitalnych personel dokłada wszelkich starań, by pomóc chorym. Nie ma także znaczenia ani majątność pacjenta, ani to, jakiego jest wyznania czy pochodzenia.



W omawianej odmianie środowiskowej powszechne jest stosowanie skrótów odnoszących się choćby do nazw badań czy zabiegów, jak: *RKO* (wyjaśnione powyżej), *PWE* (rozwińcie w następnym akapicie), *RTG* [zdjęcie rentgenowskie], *CT* lub *TK* [z ang. *computed tomography*, pl. tomografia komputerowa] czy *RM* lub *MRI* [pl. rezonans magnetyczny, z ang. *magnetic resonance imaging*], oraz uniwersalizacji, np. *podstawówka* zamiast *badania podstawowe*. Ciekawym zabiegiem jest jednak upraszczanie nawet skrótowców powszechnie uznanych w terminologii medycznej i stosowanie ich abrewiacji, oto przykłady: *US brzucha* (zam. *USG*) czy *MR głowy* (zam. *MRI*) oraz mutylacje, czyli niemorfologiczne ucięcia wyrazów, np. *Zrób tomo głowy!* = *TK* (lub *CT*) *głowy*, co jest skróceniem nazwy *tomografia*. Niekiedy w tych sytuacjach pojawiają się użycia potoczne, które konotują podobieństwo do wykonywania fotografii, są to również skrótowe sformułowań oparte na mutylacji, jak na przykład: *Wyślij pacjenta na foto klaty!* = = *RTG klatki piersiowej*.

Komunikaty dotyczące stanu zdrowia chorych, nakazujące podjęcie określonych działań, są również skrótowe, często opierają się na połączeniu dwóch typów określeń metonimicznych – narzędzia (w tym wypadku nazwy medykamentu lub zabiegu) oraz nazwy miejsca, które jest określeniem pacjenta, np: *Pyralgina pod USG* – zlecenie podania stosownego leku pacjentowi.

Jak zostało już zaznaczone we wstępie, ważnym punktem rozważań nad mechanizmami powstawania potocznego słownictwa medyków jest aspekt socjologiczny zagadnienia. Przed przystąpieniem do klasyfikacji subjęzyka omawianej wspólnoty komunikatywnej konieczne wydają się wskazanie czynników, które decydują o potrzebie tworzenia odrębnego słownictwa, oraz uwzględnienie warunkowań determinujących przeznaczenie tej leksyki, a także charakterystycznych składniowych cech komunikatów. *Współczesny słownik języka polskiego* definiuje sam żargon jako „odmianę języka narodowego, używaną w jakimś środowisku społecznym lub grupie zawodowej, charakteryzującą się specyficznym słownictwem i frazeologią” (Dunaj 2007, s. 2239). Socjolekt to „odmiana języka narodowego związana z istnieniem trwałych grup społecznych połączonych jakimś rodzajem więzi” (Grabias 2001, s. 223). Technolektem natomiast Jerzy Lukszyn nazywa „język dla celów specjalistycznych, język wiedzy zawodowej, subjęzyk specjalistyczny” (Lukszyn i Zmarzer 2001, s. 184). Profesjolektem, czyli językiem zawodowym, określa się zaś język o: „1. wysokim poziomie zawodowości, przejawiający się w postaci fachowego słownictwa umożliwiającego komunikację wykonawców danego zawodu; 2. niskim poziomie ekspresywności, gdyż profesjolekt jest podporządkowany komunikacji, a nie wyrażaniu stosunku danej grupy do rzeczywistości; 3. niskim poziomem tajności (czyli język zawodowy jest intencjonalnie jawny), gdyż nie ma tu celowego zabiegu kodowania treści przekazu, celem nadrzędnym nie jest ani izolacja grupy od reszty społeczeństwa,

ani zapewnienie szczególnego poczucia solidarności grupowej i inkluzyjności członków” (Murrmann 2014, s. 51). O ile język badanej małej wspólnoty komunikatywnej spełnia warunki opisane w punkcie pierwszym i drugim, o tyle punkt trzeci wymaga większego namysłu. Język medyków nosi cechy niejawności, jednak wynika ona wyłącznie z wysoce specjalistycznego charakteru tej odmiany, specyfiki wykonywanego przez nich zawodu oraz przepisów prawnych (Koszela i Krukowska 2017, s. 114–115). Nie jest to jednak z założenia język tajny. Ponadto, na co również warto zwrócić uwagę, „słownictwo warstwy zawodowej może wynikać z konieczności nazwania swoistych zjawisk profesjonalnych, desygnatów nieokreślonych wyrazami języka ogólnego” (Grabias 2001, s. 228), co też powoduje mniejsze jego zrozumienie przez użytkowników języka polskiego spoza branży medycznej, czyli swoistą niejawnosc. Nie znaczy to jednak, że „przeciętny” obywatel cywilizowanego świata nie posługuje się w pewnej mierze słownictwem medycznym, w tym również specjalistycznym czy też technicznym. Można powiedzieć, że istnieje część wspólna między leksyką profesjonalną a słownictwem ogólnym dotyczącym – ogólnie rzecz ujmując – medycyny. Jak zauważyła Bajerowa, „w zależności od tego, w jakiej mierze społeczeństwo interesuje się daną dziedziną fachową i w jakiej mierze jest o niej informowane, przenikają poszczególne terminy techniczne [oraz specjalistyczne – przyp. aut.] do języka ogólnego” (Bajerowa 1980, s. 47). W ostatnich latach rośnie zainteresowanie Polaków zarówno usługami medycznymi, jak i farmaceutykami. Wynika to zarówno z coraz lepszego wykształcenia naszego społeczeństwa, a co za tym idzie, z jego większej wiedzy ogólnej, z łatwiejszej niż dawniej dostępności produktów medycznych oraz z szeroko rozpowszechnianej wiedzy za pośrednictwem mediów, m.in. telewizji czy Internetu. Naturalnie nie oznacza to, że większość Polaków jest biegła w tajnikach wiedzy medycznej. Z pewnością jednak pewna – lepiej wykształcona część naszego społeczeństwa – rozumie przynajmniej częściowo specjalistyczne terminy czy sformułowania języka medycznego (odnoszące się np. do badań, zabiegów czy chorób). Problem dotyczący zrozumiałości medycznego profesjolektu przez pacjentów będzie rozwijany w kolejnych pracach.

Obecnie zarysowane zostaną jedynie krótkie rozważania na temat uwarunkowań socjologiczno-psychologicznych, tj. powodów, które decydują o używaniu specyficznych określeń przez omawianą wspólnotę zawodową. Innymi słowy, analizie poddane będą realia jej funkcjonowania mające wpływ na występowanie specyficznych sytuacji komunikacyjnych, co z kolei ma bezpośredni związek z przeznaczeniem stosowanej przez nią leksyki (Uździcka 2013, s. 94). Używanie wspólnego żargonu bowiem, najogólniej rzecz ujmując, spaja grupę ludzi, dając jej poczucie przynależności do owej wspólnoty, stabilizacji oraz (szczególnie w przypadku osób takiej profesji jak lekarze) pewnej nobilitacji (Grabias 2001, s. 227). Przejawia się to nie tylko w codziennej komunikacji w pracy, ale



też np. we wspólnych żartach nierzadko niezrozumiałych dla ludzi spoza danej branży. Jeśli jednak chodzi o tę konkretną grupę zawodową, ważne są jeszcze inne względy. Poza czynnikami socjologicznymi warto również zwrócić uwagę na specyfikę pracy lekarza i pielęgniarki. Są to zawody wyjątkowo trudne, wymagające oddania i poświęcenia, ale także – co równie ważne – ciągłej uwagi i koncentracji oraz poczucia odpowiedzialności za każdą, nawet drobną decyzję. Praca w SOR-ach wiąże się ze szczególnie dużym obciążeniem psychicznym. Pacjenci, którzy trafiają do oddziałów ratunkowych, często są w bardzo ciężkim stanie klinicznym. Prawie codziennie stwierdzane są zgony. Skutkuje to nierzadko – co przyznają sami przedstawiciele służby zdrowia – pogorszeniem kondycji psychicznej zespołu medycznego, to zaś może prowadzić do wypalenia zawodowego, depresji, nerwicy lub popadania w nałogi. Specyficzny język na pozór charakteryzujący się oschłością i brakiem empatii pomaga w pewnej mierze – jak twierdzą sami lekarze – niejako odciąć się od „stresogennych” czynników wykonywanej pracy, zminimalizować je poprzez użycie żartobliwych czy trywializujących określeń.

Podczas analizy medycznego profesjolektu nasuwają się jeszcze inne obserwacje, na które warto zwrócić uwagę. Przede wszystkim już wstępne badania pokazują, że w SOR-ze oraz w izbie przyjęć personel medyczny częściej niż w innych oddziałach oraz placówkach medycznych posługuje się żargonem. Jest to spowodowane kilkoma czynnikami. Kluczową rolę odgrywa tu specyfika pracy w wyżej wymienionych oddziałach, gdzie decyzje zwykle zapadają błyskawicznie i nierzadko przesądzają o życiu lub śmierci pacjenta. „Rzucone” hasło ma zatem szybko i w sposób jednoznaczny trafić do odbiorcy. Dzieje się to po części z pewnością kosztem konwenansów, a zwroty używane przez personel medyczny wydają się postronnemu słuchaczowi wręcz nieuprzejme czy oschłe. To jednak dla lekarzy i pielęgniarek nie jest najważniejsze w momencie ratowania życia. Głównym celem jest chęć uniknięcia błędów w sztuce. Podejście do pacjenta wydaje się mniej istotne. „Rzucone” hasła – krótkie, ale niosące za sobą szereg informacji – identyfikowane są z pacjentem. „Nazwisko łatwiej pomylić niż jednostkę chorobową” – przyznają lekarze. Stąd zwroty typu: *zapalenie płuc pod USG, zawał na reanimacyjnej czy też STEMI<sup>4</sup> na reanimacyjnej*.

Trudne warunki pracy tłumaczą również kontrowersyjnie brzmiącą identyfikację pacjenta w zależności od konkretnego miejsca, w którym znajduje się w oddziale, np.: *pod gaśnicą, pod szafą*. Należy pamiętać, że rotacja pacjentów w oddziałach ratunkowych jest bardzo duża. Standardowo na dobę przyjmowanych jest przynajmniej stu pacjentów. W takich warunkach o pomyłkę nie jest trudno. Omawiane w niniejszej pracy oddziały charakteryzuje poza tym nietypowy dla przeciętnego odbiorcy wygląd. Zazwyczaj są to bowiem duże sale ze

<sup>4</sup> Zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST w obrazie EKG (elektrokardiogramu).

stanowiskami przedzielonymi jedynie parawanami. Stąd łatwiej powiedzieć np.: *pod gaśnicą PWE*<sup>5</sup>, *pyralgina pod USG*, niż sprawdzać dane pacjenta i użyć jego nazwiska. Ponadto personel medyczny obowiązuje również ochrona danych osobowych, co dodatkowo usprawiedliwia takie podejście do pacjentów. Oczywiście przed podjęciem procedury medycznej, takiej jak np. podanie leku, pielęgniarka czy ratownik medyczny ma obowiązek dokonania weryfikacji, czy pacjent *pod gaśnicą* to Jan Kowalski i czy to ten pacjent ma otrzymać konkretny lek.

Warto zaznaczyć, iż „uprzedmiotowienie” chorych w używanym języku, jakim komunikuje się personel, wiąże się przede wszystkim – o czym już mowa była powyżej – z szybkim i sprawnym przekazem informacji. Pacjent trafiający do oddziału ratunkowego wymaga szybkiej i prawidłowej diagnozy, wdrożenia odpowiedniego leczenia i przekierowania go do konkretnego oddziału lub – w przypadku braku wskazań do hospitalizacji – wypisania go do domu. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż podmiot, jakim jest pacjent, stanowi najbardziej istotny element całego proceduru. Nieważne, jaki to pacjent: młody czy stary, biedny czy bogaty. Każdy wymaga takiego samego postępowania medycznego. Omawiany subjęzyk jest w tym kontekście sytuacyjnym uniwersalny, niezależnie od tego, jaki pacjent trafia do SOR-u. Niezależnie od jego gramatycznych braków i wątpliwości natury etycznej należy ponownie podkreślić, iż pozorne językowe „uprzedmiotowienie” pacjenta wynika z powierzchownie rozumianych zasad komunikacji personelu, sam chory zaś odgrywa zawsze najważniejszą rolę w procesie leczenia. Specyficzny sposób porozumiewania się pracowników służby zdrowia wbrew pozorom działa dla jego dobra.

## Bibliografia

- Buttler, D. (1978). *Rozwój semantyczny wyrazów polskich*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Bajerowa, I. (1980). *Wpływ techniki na ewolucję języka polskiego*. Kraków: PAN.
- Bajerowa, I. (2005). *Zarys historii języka polskiego 1939–2000*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dunaj, B. (2007). *Współczesny słownik języka polskiego*. Warszawa: Langenscheidt.
- Grabias, S., Bartmiński, J. (red.) (2001). *Środowiskowe i zawodowe odmiany języka – socjolekty*. W: J. Bartmiński (red.), *Współczesny język polski* (235–253). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Koszela, K., Krukowska, S. (2017). Łacina w (u)życiu codziennym. Cz. 1. Terminologia medyczna. W: J. Nosowicz (red.), *Neofilologia dla przyszłości* (113–124). Warszawa: Lingwistyczna Szkoła Wyższa.

<sup>5</sup> Płyn wieloelektrolitowy.

- Lukszyn, J., Zmarzer, W. (2001). *Teoretyczne podstawy terminologii*. Warszawa: Katedra Języków Specjalistycznych UW.
- Markowski, A. (2006). *Kultura języka polskiego. Teoria. Zagadnienia leksykalne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Murrmann, J. (2014). Profesjolekt branży turystycznej, czyli o specyficznych cechach zawodowego języka turystyki. *Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*, 47, 47–57.
- Piekot, T. (2008). *Język w grupie społecznej*. Wałbrzych: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu.
- Sagan-Bielawa, M. (2011). Historyczna i ahistoryczna koncepcja pokolenia w polskich badaniach socjolingwistycznych. W: K. Wojtczuk, M. Jasińska (red.), *Polszczyzna trzech pokoleń. Podobieństwa i różnice* (21–28). Siedlce: Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny.
- Szczepański, J. (1971). *Odmiany czasu teraźniejszego*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Uździcka, M. (2013). Leksyka terminologiczna w „Słowniku wileńskim” i rękopiśmiennych notatkach z wykładów agronomicznych z poł. XIX wieku. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Linguistica*, 47, 94–105.

## Streszczenie

Niniejszy artykuł ma pokazać istnienie specyficznej komunikacji medycznej, a co za tym idzie, niestandardowego słownictwa oraz sposobu i intencji jego wyrażania. Główną przyczyną tworzenia medycznego subjęzyka jest potrzeba prostej, szybkiej i skutecznej komunikacji szpitalnego personelu. Z powodu specyfiki wykonywanego zawodu oraz dużej rotacji pacjentów w miejscu wykonywania pracy język ten zarówno minimalizuje możliwość wystąpienia pomyłki, jak też umożliwia sprawny przepływ informacji. Są to jednak czynniki, które również niejednokrotnie wywołują u pacjentów wrażenie oschłości i przedmiotowego traktowania. Celem niniejszej pracy jest wykazanie przyczyn powstawania medycznego subjęzyka z naciskiem na psychologiczno-socjologiczny aspekt zagadnienia.