



UNIWERSYTET RZESZOWSKI
KOLEGIUM NAUK HUMANISTYCZNYCH
INSTYTUT NEOFILOLOGII

BARBARA DROZD

**Dyskurs medyczny w czasopismach
specjalistycznych na przykładzie „Medical
Tribune” i „Medycyna po Dyplomie”**

**Rozprawa doktorska
napisana pod kierunkiem
*dr hab. prof. UR Marii Krauz***

Rzeszów 2021

**Pragnę wyrazić wielką wdzięczność Mojemu Mistrzowi
i jednocześnie promotorowi niniejszej rozprawy, dr hab. prof. UR
Marii Krauz za zrozumienie,
bezcenną pomoc merytoryczną, wartościowe
uwagi, cały poświęcony czas, troskę i wsparcie
towarzyszące mi podczas pisania pracy doktorskiej**

Spis treści

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Wstęp | 6 |
| 1. TEORETYCZNE PODSTAWY DYSKURSU MEDYCZNEGO | 12 |
| 1.1. Ewolucja pojęcia tekst: od tekstu do dyskursu | 12 |
| 1.2. Tekst a dyskurs | 14 |
| 1.3. Od lingwistyki tekstu do lingwistyki tekstu specjalistycznego i lingwistyki dyskursu..... | 19 |
| 1.4. Różne ujęcia dyskursu | 24 |
| 1.4.1. Dyskurs w świetle badań niemieckich i francuskich | 24 |
| 1.4.2. Dyskurs w polskich badaniach językoznawczych | 26 |
| 1.5. Tekst specjalistyczny jako nośnik wiedzy | 28 |
| 1.5.1. Język specjalistyczny jako tworzywo tekstu specjalistycznego | 31 |
| 1.5.2. Charakterystyczne cechy tekstu specjalistycznego | 33 |
| 1.5.3. Tekst medyczny a tekst naukowy, fachowy i techniczny | 36 |
| 1.6. Dyskurs medyczny jako typ dyskursu specjalistycznego, profesjonalnego, naukowego i edukacyjnego | 42 |
| 2. ANALIZA RELACJI NADAWCZO-ODBIORCZYCH W DYSKURSIE MEDYCZNYM | 56 |
| 2.1. Ujęcie dyskursu jako zdarzenia komunikacyjnego | 56 |
| 2.2. Czynniki warunkujące przebieg komunikacji językowej..... | 58 |
| 2.3. Komunikacja specjalistyczna | 62 |
| 2.4. Relacje nadawczo-odbiorcze w dyskursie medycznym | 65 |
| 2.4.1. Różne role nadawcy w tekście artykułu wstępnego w czasopiśmie „Medical Tribune”..... | 68 |
| 2.4.2. Odbiorca artykułu wstępnego w czasopiśmie „Medical Tribune” | 77 |
| 2.4.3. Relacje nadawczo-odbiorcze wartykule wstępnym czasopisma „Medycyna po Dyplomie” | 83 |
| 2.4.4. Relacje nadawczo-odbiorcze w pozostałych typach tekstów obu czasopism..... | 98 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 3. TERMIN A KONSTYTUOWANIE MEDYCZNEGO DYSKURSU WIEDZY – ANALIZA FORMALNA I SEMANTYCZNA..... | 119 |
| 3.1. Rozumienie terminu w komunikacyjnej teorii terminologii | 119 |
| 3.1.1. Terminologia – nauka o terminach | 122 |
| 3.1.2. Termin – wiedza – dyskurs | 125 |
| 3.1.3. Definicje terminu w polskim językoznawstwie | 127 |
| 3.1.4. Termin a nietermin | 129 |
| 3.1.5. Kształtowanie się polskiej terminologii medycznej | 130 |
| 3.2. Analiza formalno-semantyczna leksyki medycznej | 131 |
| 3.2.1. Terminy dwuwyrzowe | 131 |
| 3.2.2 Terminy wielowyrzowe | 154 |
| 3.3. Analiza semantyczna leksyki medycznej | 161 |
| 3.3.1. Nazwy chorób i ich objawów | 162 |
| 3.3.2. Nazwy dotyczące pacjentów | 183 |
| 3.3.3. Nazwy specjalistów | 185 |
| 3.3.4. Nazwy specjalizacji | 186 |
| 3.3.5. Nazwy związane z metodami diagnostyki i leczenia | 188 |
| 3.3.6. Nazwy wskaźników, czynników lub parametrów | 193 |
| 3.3.7. Nazwy substancji/ cząsteczek w organizmie człowieka | 195 |
| 3.3.8. Nazwy chemiczne | 197 |
| 3.3.9. Nazwy leków | 201 |
| 3.3.10. Nazwy urządzeń/narzędzi | 208 |
| 3.3.11. Nazwy procesów zachodzących w organizmie człowieka | 210 |
| 3.3.12. Nazwy hormonów | 212 |
| 3.3.13. Nazwy receptorów i komórek | 213 |
| 3.3.14. Nazwy wirusów i bakterii | 215 |
| 4. TERMINOLOGIA MEDYCZNA – MECHANIZMY ZMIAN SEMANTYCZNYCH | 219 |
| 4.1. Specjalizacja znaczenia | 220 |
| 4.1.1. Zmiana znaczenia | 220 |
| 4.1.2. Znaczenie słownikowe w nowym kontekście | 235 |
| 4.2. Metaforyczne przesunięcia znaczeniowe | 247 |
| 4.2.1. Metafora żyjąca | 248 |
| 4.2.2. Metafora stała | 251 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4.3. Polisemia międzyterminologiczna | 264 |
| 4.3.1. Terminy ekonomiczne | 264 |
| 4.3.2. Terminy techniczne/informatyczne | 267 |
| 4.3.3. Terminy przyrodnicze..... | 268 |
| 4.3.4. Terminy prawnicze | 272 |
| 5.3.5. Terminy budowlane | 274 |
| 4.4. Obecność jednostek leksykalnych, które wyszły z użycia | 275 |
| 5. ZRÓŻNICOWANIE TERMINOLOGII MEDYCZNEJ – ANALIZA | |
| SŁOWOTWÓRCZA TERMINÓW POLSKICH I OBCYCH | 280 |
| 5.1. Rodzaje derywacji w dyskursie medycznym.. | 281 |
| 5.2. Różne postawy badaczy wobec internacjonalizmów | 295 |
| 5.3. Zapożyczenia w tekście medycznym będącym typem tekstu specjalistycznego .. | 296 |
| 5.4. Akronimy w dyskursie medycznym | 310 |
| 5.4.1. Skrótownice w tekstach medycznych | 314 |
| 5.4.2. Akronimy z języka angielskiego | 316 |
| 5.4.3. Polskie akronimy w dyskursie medycznym | 322 |
| Zakończenie | 325 |
| Wykaz rysunków | 330 |
| Wykaz stosowanych skrótów | 331 |
| Bibliografia | 332 |
| Netografia | 350 |
| PhD thesis summary | 360 |

Wstęp

Dyskurs medyczny jako odmiana *dyskursu specjalistycznego* stanowi interesujący obszar badań. Można go podzielić na odmianę pisaną i mówioną, choć w niniejszej dysertacji przedmiotem uwagi uczyniono jedynie odmianę pisaną, reprezentowaną w dwu, - nieco odmiennych - czasopismach: „Medical Tribune” i „Medycyna po Dyplomie”. *Dyskurs medyczny* jest tu rozumiany jako zdarzenie komunikacyjne, dlatego punktem wyjścia do jego analizy, staje się język z jego realnymi kontekstami użycia (Chierichetti, Mapelli 2015).

W celu opisanie *dyskursu medycznego* wybrałam dwa czasopisma specjalistyczne, wychodząc z założenia, że ten typ *dyskursu* jest konstytuowany przez „zbiór tekstów, które służą rozwijaniu tematów będących paradygmatami obszaru badawczego wchodzącymi w skład *dyskursu specjalistycznego* ukierunkowanego na wiedzę naukową” (Parodi 2005: 66). W związku z obszernym materiałem badawczym, analiza tekstów została zawężona do dwu roczników 2018-2019, gdyż w tych latach były one zbierane i gromadzone. Analiza leksyki medycznej nie służy opisaniu wszystkich terminów medycznych, ale pokazaniu istotnych cech *dyskursu medycznego*.

„Medical Tribune” ze względu na tematykę jest czasopismem o charakterze naukowym, ale dominującą w nim odmianą językową jest styl popularnonaukowy. Styl naukowy jest reprezentowany przez artykuły specjalistyczne zamieszczone w specjalnym dziale. Czasopismo zawiera zarówno artykuły naukowe (ogólne doniesienia naukowe z podstawowych dziedzin medycyny, artykuły specjalistyczne, zawierające informacje o nowych sposobach leczenia chorób, teksty dotyczące ochrony zdrowia), jak i gatunki, typowe dla stylu publicystycznego, obecne w czasopismach. Są to artykuły wstępne, listy do redakcji i odpowiedzi na pytania, wywiady ze specjalistami oraz relacje o lokalnych wydarzeniach istotnych dla środowiska lekarskiego. Zgonie z deklaracją redakcji jest to miesięcznik kierowany przede wszystkim do środowiska lekarskiego¹.

Drugie czasopismo „Medycyna po Dyplomie” jest reprezentantem tego samego wydawcy, ale ma ono charakter jedynie naukowy i specjalistyczny. Dominują w nim artykuły specjalistyczne na temat aktualnej i praktycznej wiedzy medycznej związanej z leczeniem, diagnozą i profilaktyką chorób (głównie internistycznych). Na stronie

¹Por. opis pisma na stronie internetowej: <https://podyplomie.pl/products/590> [dostęp z dnia 16.04.2021 r.]

widnieje informacja, że dzięki temu czasopismu: „czytelnik ma możliwość szerokiego spojrzenia na medycynę, wybierania i analizowania najważniejszych informacji o obecnych trendach w diagnostyce i leczeniu, a także śledzenia istotnych zmian i zaleceń dotyczących postępowania klinicznego”². Oba czasopisma łączy to, że są one związane z przekazywaniem wiedzy, która jest bardzo istotna dla *dyskursu medycznego*. Terminologia, wchodząca w jej skład leksyka oraz reprezentowana przez nią wiedza, to bowiem trzy najistotniejsze elementy w kształtowaniu się tego typu *dyskursu*.

Leksyka medyczna była już przedmiotem badania językoznawców. Zajmowali się oni m.in. łacińską terminologią medyczną (Skorupka 1948), metaforyką w pojęciach lekarskich (Chomonicik 2003), analizą pojedynczych terminów medycznych (Rosół 2001, Malinowski 2010), terminologią ściśle naukową (Górnicz 1997, Kacprzak 1997) czy przekładem tekstów medycznych (Gorbacz-Pazera 2006, Kokot 2001, Bączkowska 2019). Prowadzone badania miały charakter diachroniczny (Jankowiak 2008, Friedelówna 1994), ale również synchroniczny (Musiołek-Choiński 1986). Efektem wielu badań jest również opis słowników terminologii medycznej (Wysocka 2001, 2002), a także analiza komunikacji specjalistycznej między lekarzem a pacjentem (Stasiuk-Krajewska 2014, Chmielewska-Ignatowicz 2017, Kuna 2016). We wszystkich przywoływanych pracach analizy służyły charakterystyce języka medycznego (czyli interpretacji leksemów i fraz), a nie opisowi *dyskursu medycznego* na poziomie *tekstu*, ponieważ dopiero współczesne badania tekstologiczne i leksykalne przynoszą interpretację dyskursywną terminologii medycznej. Na gruncie polskiego językoznawstwa *dyskurs* ten nie został wystarczająco zbadany i zdefiniowany.

Przychyłam się do tego, o czym pisała Anna Bączkowska, że większość opracowań „dotyczy opisu terminologii medycznej, jej cech i/lub (zwykle krytycznej) ewaluacji przykładowych” (Bączkowska 2019: 300). Niniejsza dysertacja ma wobec tego na celu przeanalizowanie *dyskursu medycznego*, ściśle wpisanego w kontekst i rozumianego przeze mnie jako zdarzenie komunikacyjne. W takim ujęciu istotny jest nadawca (tzn. ten, kto mówi), odbiorca (tzn. ten, do kogo mówi) i różnego rodzaju środki, tzn. elementy służące do przekazywania wiedzy oraz takie, dzięki którym ta wiedza jest w lepszy sposób przyswajana przez odbiorcę. Są nimi terminy medyczne, akronimy oraz ich wyjaśnienia, różnego rodzaju definicje opisy chorób, sposobów leczenia, tabele, wykresy itp.

²<https://podyplomie.pl/czasopisma> [dostęp z dnia 16.04.2021 r.]

Wobec powyższych konstatacji, dla niniejszej dysertacji ważne były szczególnie te publikacje, w których analiza terminów była ściśle powiązana z analizą *dyskursu*. Zaprezentowano w nich wnioski, że termin, terminologia to elementy nieodłącznie z analizą *dyskursu* związane. Punktem wyjścia do badań uczyniłam prace rosyjskich badaczy (Vinokur 1939, Reformatsky 1968, Mishlanowa 2002). W przywołanych opracowaniach podkreślano rolę terminologii w konstruowaniu wiedzy, co łączy się z formułą *dyskursu medycznego* rozumianego jako *dyskurs wiedzy*. W polskich badaniach językoznawczych taki punkt widzenia nie jest ujmowany. Szczególnie istotna była dla mnie teza, która zawiera informację, że nie można analizować terminów z dala od konkretnej komunikacyjnej aktywności zawodowej (z dala od *dyskursu*), „ponieważ są to jednostki języka i komunikacji zawodowej, które łączą się z jednostkami świadomości” (Kostina 2007: 120).

Niniejsza dysertacja składa się z pięciu rozdziałów, z czego jeden ma charakter teoretyczny, a pozostałe są analizą materiału egzemplifikacyjnego. Do analizy zostały wykorzystane dostępne słowniki medyczne: *Wielki słownik medyczny*, *Słownik pochodzenia nazw i określeń medycznych*, *Podręczny słownik medyczny* oraz *Słownik etymologiczny łacińskich nazw i terminów używanych w biologii oraz medycynie*. Ponadto w pracy zostały zacytowane również definicje ze *Słownika języka polskiego*, *Słownika wyrazów obcych*, definicje pochodzące z zasobów internetowych (zob. Netografia), a także informacje ustalone po rozmowach z lekarzami (głównie dotyczą one terminów, których definicje nie zostały jeszcze opublikowane w źródłach leksykalnych).

W związku z tym, że definicja *dyskursu medycznego*, a także specjalistycznego w polskim językoznawstwie nie doczekała się szczegółowego opisu, najbliższa była mi perspektywa językoznawcza zaproponowana przez badaczy, którzy od wielu lat zajmują się problematyką *dyskursów specjalistycznych* (w tym także medycznego) (López-Ferrero 2006, Cabré 2009, Chierichetti i Mapelli 2015). Dlatego punktem wyjścia w niniejszej dysertacji było zaprezentowanie miejsca, jakie zajmuje *dyskurs medyczny* na tle innych *dyskursów*, a także przedstawienie definicji *dyskursu specjalistycznego*, *dyskursu profesjonalnego*, *dyskursu edukacyjnego* i *naukowego*, a w ostateczności *dyskursu medycznego*, rozumianego jako całość, złożoną z wszystkich poszczególnych typów. Na *dyskurs medyczny* składa się jednak również analiza konkretnych tekstów, przez które jest on reprezentowany. Mają one niejednorodny charakter, ponieważ zawierają cechy *tekstów zawodowych (technicznych)*, *edukacyjnych*, a także *naukowych*. *Teksty specjalistyczne*, ich specyfika i cechy zostały już szczegółowo opisane

w polskich badaniach, w związku z tym, tło teoretyczne *dyskursu medycznego* omówiłam również na ich podstawie.

Przyjęcie definicji *dyskursu* jako zdarzenia komunikacyjnego, w którym ważny jest nadawca i odbiorca niesie ze sobą konieczność rozpoczęcia analizy materiału egzemplifikacyjnego od relacji nadawczo-odbiorczych, określenia typów nadawców i odbiorców wyłaniających się z czasopism medycznych, a także od opisanie językowych sposobów kreowania tej relacji. W tej partii uściśleniu poddałam pojęcie *komunikacji specjalistycznej*, jej charakterystycznych determinant i wyznaczników, a owe rozważania przenieśliśmy na konkretny materiał przykładowy i zweryfikowałam przytoczone definicje. Opisane zostały role nadawców w różnych gatunkach obu czasopism począwszy od artykułów wstępnych, poprzez teksty pisane przez dziennikarzy i w ostateczności te najważniejsze dla niniejszej dysertacji typy tekstów, tzn. specjalistyczne (naukowe) *teksty medyczne*.

Niniejsza praca sytuuje się w lingwistycznym nurcie badań nad *dyskursem* w jego komunikacyjnym ujęciu, ale jest ściśle związana również z analizą terminologii i słownictwa, jako że:

1. termin *dyskurs* można rozpatrywać jako sposób porozumiewania się grupy zawodowej, społecznej czy środowiskowej, która poprzez wykorzystywane środki wyraża istotne dla niej sprawy (Mrozowski 2001)
2. terminów nie można analizować w oderwaniu od kontekstu i w oderwaniu od *dyskursu* (Kostina 2007)

Oznacza to, że niniejsza analiza *dyskursu* sytuuje go przede wszystkim w konkretnym kontekście komunikacyjnym, ale dla dysertacji ważne są również refleksje dotyczące stylistyki tekstów, istoty terminologii, sposobów jej kształtowania i rozwoju. Analiza *dyskursu medycznego* zaprezentowana w niniejszej pracy stanowi jedynie wycinek badań nad tym typem *dyskursu*, który może być omawiany również z perspektywy gatunkowej czy z perspektywy ustnej komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, a słownictwo medyczne reprezentowane w *dyskursie* może się zmieniać w zależności od typu czasopisma.

Terminologia, istota terminu, tekst specjalistyczny i komunikacja specjalistyczna to zagadnienia, istotne od lat dla polskiego językoznawstwa, co przejawia się w istnieniu wielu różnorodnych publikacji o charakterze teoretycznym. Jednak

w kolejnej części pracy, w której analizowane jest słownictwo medyczne i jego wpływ na *dyskurs* nie można było pominąć teorii zaproponowanej m.in. przez Marię Teresę Cabré, nazwanej *Teoria Comunicativa de la Terminologia* – TCT (czyli *komunikacyjna teoria terminologii*), gdyż to ona pozwala uzasadnić, że terminy tworzą *dyskurs*. Terminy należy w tym miejscu uznać za jednostki *dyskursu*, które go kształtują, modyfikują, a także warunkują stopień jego specjalizacji, dlatego są analizowane w tzw. paradygmacie poznawczo-dyskursywnym (Cabré, Felieu 2001). W rozdziale trzecim teoria ta została omówiona i opisana. Cały rozdział odnosi się zaś do semantycznej analizy słownictwa medycznego, ze szczególnym uwzględnieniem występujących w nim grup semantycznych istotnych dla tej grupy zawodowej. Ukazana w nim została również specyfika terminów medycznych wpisanych w kontekst i szczególna rola przymiotników w kształtowaniu *dyskursu medycznego*. Kolejna część dysertacji dotyczy sposobów konstruowania *dyskursu medycznego* i tego, w jaki sposób terminy ogólne zmieniają się w *dyskursie* i poprzez *dyskurs*, jakie nowe znaczenia wyłaniają się z konkretnych analizowanych kontekstów, ukazane i opisane zostało również zjawisko zwane metaforą terminologiczną (jej podobieństwa i różnice w stosunku do tradycyjnie ujmowanej i rozumianej metafory), a także zjawisko polisemii międzyterminologicznej, która ukazuje wzajemnie przenikanie się *dyskursów* różnych dziedzin działalności naukowej.

Analiza formalna terminów medycznych znalazła swoje odzwierciedlenie w ostatnim rozdziale. W tym miejscu przychyliłam się do tezy zaproponowanej przez S. Gajdę i D. Buttlerową, że badania terminologiczne powinny być ukierunkowane na poszukiwanie tzw. gramatycznych właściwości terminów i, choć zdaję sobie sprawę, że analiza słowotwórcza nie jest tak ważna dla *dyskursu*, to jednak jest ona konieczna, ponieważ dzięki niej można scharakteryzować istotę terminów, charakterystyczne cechy związane z ich budową, a wobec tego, że terminy dotyczą przekazywania wiedzy i są nierozłącznym elementem *dyskursów specjalistycznych* używanym przez specjalistów do komunikowania specjalistycznej wiedzy, do dzielenia się informacjami, opisanie ich budowy pozwoliło na lepsze ich poznanie i zrozumienie. Poza tym elementy wiedzy, która ma trafić do odbiorcy są zawarte nie tylko w semantyce terminów, ale również w elementach związanych z ich budową (przedrostki będące wyrażeniami przyimkowymi niosą konkretny komunikat dla odbiorcy przekazany w skondensowanej formie).

Ostatnia część to analiza akronimów z języka angielskiego, której nie można pominąć ze względu na to, że w *tekstach medycznych* można dostrzec duże ich

zagęszczenie. Stały się one dla *dyskursów* specjalistycznych, w tym *dyskursu* medycznego ważne, ponieważ język angielski zdominował terminologię naukową i techniczną.

Ramę finalną stanowią: zakończenie, wykaz skrótów, rycin, netografia, spis pozycji bibliograficznych, a także streszczenie w języku angielskim.

Rozdział 1

Teoretyczne podstawy dyskursu medycznego

„Wskutek masowego użycia, różnorodności dyscyplin naukowych operujących pojęciem dyskursu, jak również wielowątkowej etymologii, dyskurs może być, zależnie od kontekstu, w którym się pojawia, w różny sposób rozumiany i interpretowany”
(Czachur, Miller 2012: 25)

1.1. Ewolucja pojęcia tekst: od tekstu do dyskursu

Refleksje dotyczące *dyskursu* medycznego warto rozpocząć od przywołania ogólnych informacji na temat ewolucji pojęcia *tekst*, ponieważ analiza *dyskursu medycznego* łączy się z analizą *tekstu*, a rozumienie *dyskursu* w niniejszej dysertacji jest związane z *dyskursem* pisany, który przejawia się w tekstach. Pojęcie *tekstu* zmieniało się na przestrzeni lat. W drugiej połowie lat 60. dominowała koncepcja związana ze skupianiem się na sekwencjach zdaniowych. Zwraca na to uwagę Horst Isenberg, dla którego *tekst* to spójna sekwencja zdań (Isenberg 1970). W podobny sposób pojmuje *tekst* Teresa Dobrzyńska, która pisała, że jest on: „zamkniętym układem zdań - układem, którego części składowe podlegają ponadto określone uporządkowaniu. Rozpoznanie granic ciągu językowego warunkuje uznanie go za tekst” (Dobrzyńska 1993: 9). Zaś Roland Harweg zauważa istnienie w tekście pewnego ciągu jednostek języka, które są zespolone łańcuchem powiązań pronominalnych (Harweg 1968).

Pod koniec lat 70. rozwinęła się pragmatyka językowa, która zmieniła rozumienie pojęcia *tekst*, włączając do niego czynnik ludzki. Z tego powodu zaczął on być rozpatrywany z punktu widzenia aktów mowy. Oznaczało to odejście od rozumienia *tekstu* jako wytworu, który podlega pewnemu zobiiektywizowanemu oglądowi, dzięki któremu można mu przypisać pewne cechy czy konfiguracje takich cech (Duszak 1998). Stał się procesem, którego natura jest uzależniona od ocen uczestników aktu komunikacji ustalanych intersubiektywnie. Ta koncepcja podkreśla złożoność czynników, wpływających na integralność aktu komunikacji. Badania nad *tekstem* były rozwarstwione, gdyż jest mowa o lingwistyce tekstu ukierunkowanej na system, która

wywodzi się z lingwistyki transformacyjno-generatywnej czy strukturalnej, a także lingwistyce nakierowanej na komunikację, która rozwinęła się wraz z rozwojem pragmatyki (Brinker 1985). Dla rozwoju pierwszej koncepcji duże znaczenie miała teza van Dijk'a (1972), że „podstawę dla tekstu stanowi baza semantyczno-tematyczna, a więc abstrakcyjna struktura głęboka, która steruje strukturą powierzchniową” (cyt. za Duszak 1988: 29). W tej koncepcji jest widoczna zapowiedź późniejszych przemyśleń dotyczących makrostruktury tekstu, który jest ujmowany „jako swoistego rodzaju zagęszczenie (...) do jego podstawowego przesłania (lub, w uproszczeniu, do streszczenia)” (Duszak 1998: 29).

Ważną rolę w zmianie koncepcji *tekstu* odegrał przełom lat 70. i 80., wiążący się z odejściem od zdania, które było uznawane za podstawową strukturę formalną przy opisie zjawisk językowych. Oznaczało to, że zaprzestano poszukiwań gramatyki *tekstu*, którą do tej pory uważano za mechanizm tłumaczący i generujący struktury ponadzdaniowe. W latach 70. cechą konstytutywną *tekstu* był jego holistyczny charakter (z tego powodu mógł być uważany za jednostkę, nie sekwencję zdań). Wpływ na to miała spójność. Definicja *tekstu*, która powstała wówczas w środowisku polskich lingwistów była określana jako „pragmatyczna”. Oznaczało to, że od tej pory *tekst* zaczął być traktowany jako rezultat działalności ludzkiej. Utożsamienie tekstowości z aktem komunikacji wiązało się z tym, że zjawiska tekstowe zaczęto rozpatrywać w świetle realiów komunikacyjnych. Bożena Witosz zwraca uwagę, że spójności nie definiowano jako cechy *tekstu*, która wynikała z użycia zbioru reguł systemu języka na poziomie ponadzdaniowym, ale jako kategorię, która umożliwiała rozumienie *tekstu* w kontekście komunikacyjnym: „była zewnętrzną wobec niego, przekraczającą jego granice zasadą interpretacyjną” (Witosz 2007: 6). Zestawianie spójności *tekstu* z pragmatyką pozwoliło na uniknięcie podziałów na *teksty spójne* i *niespójne*, na *teksty* i *nie-teksty*. Przełom lat 70. i 80. przynosi więc nową koncepcję *tekstu* jako zdarzenia komunikacyjnego, rezultatu działalności ludzkiej.

Powiązanie tekstowości z aktem komunikacji oznaczało konieczność rozpatrywania go w świetle realiów komunikacyjnych. Ta koncepcja wyłania pojęcie *dyskursu*. Zrozumienie zjawisk występujących w tekście okazało się, zdaniem badaczy, uzależnione od tego, w jaki sposób użytkownik języka postrzega wkomponowanie tych zjawisk w kontekst komunikacji (Duszak 1988). Pojęcie *tekstu* rozumianego jako zdarzenie komunikacyjne zakładało wzięcie pod uwagę różnych dziedzin zarówno językowych, jak pozajęzykowych. Tak o tym pisała Anna Duszak: „przyjęte rozumienie

tekstualności zaciera podziały między składnią, semantyką, pragmatyką, a ich relacyjny charakter staje się jednym z podstawowych założeń nowego spojrzenia na sprawy tekstu. Relacyjność ta przejawia się w sieci wzajemnych powiązań, jakie zachodzą pomiędzy wyizolowanymi kryteriami, a także w tym, że dopiero ich harmonijne współdziałanie konstytuuje *tekst* jako udany akt komunikacyjny” (Duszak 1998: 31). Spojrzenie na *tekst* jak na zdarzenie komunikacyjne wyjaśnia dylemat, który towarzyszył badaczom przy interpretacji *tekstu: langue czy parole*. Mówiąc o systemie aktualnym, wskazujemy, że *tekst* nie stoi po żadnej stronie, ale godzi je, łącząc sprawy języka (systemu) i użycia (*parole*) (Duszak 1998: 32).

W tym miejscu warto również dodać to, co na temat *tekstu* pisze Jerzy Bartmiński. Zaproponowana przez niego definicja łączy wiele różnych aspektów związanych z naturą tego pojęcia (zawiera w sobie również to, jak ujmowany jest on obecnie). Bartmiński uważa, że *tekst* to jednostka większa niż zdanie, która reprezentuje różne style i gatunki, która jest spójna i ma złożoną strukturę:

Przyjmuję, że tekst jest to ponadzdaniowa jednostka językowa, makroznak, mający określone nacechowanie gatunkowe i stylowe (*kwalifikator tekstu*), poddający się całościowej interpretacji semantycznej i komunikatywnej, wykazujący integralność strukturalną oraz spójność semantyczną i podlegający wewnętrznemu podziałowi semantycznemu, a w przypadku tekstów dłuższych – także logicznemu i kompozycyjnemu. W tym sensie teksty nie jest tylko konstrukcją jednostek językowych (wyrazów, zdań), lecz *produktem języka (...)* o złożonej, polifonicznej strukturze (Bartmiński 1998: 17).

1.2. Tekst a dyskurs

Terminy *tekst* i *dyskurs* mają korzenie amerykańskie i europejskie. Jak zauważa A. Duszak jest to widoczne w rodowodzie dziedzin: analiza *dyskursu* i lingwistyka tekstu, ponieważ istnieją różnice pomiędzy amerykańskimi i europejskimi tradycjami badań dotyczących zdania i wychodzącymi poza nie. Narodzin lingwistyki tekstu można doszukiwać się w Europie. Rozumiano ją na początku jako dyscyplinę, która zajmuje się badaniem tekstów pisanych. Zaś analiza *dyskursu* wywodzi się z Ameryki. Obserwowano tam ludzkie zachowania językowe w kontekście kulturowym i społecznym. W tych badaniach nadrzędną rolę odgrywał język mówiony, tzw. *speech discourse*. Dały one „początek analizie konwersacyjnej, która przyczynić się miała do późniejszego

upragmatycznienia teorii tekstu” (Duszak 1998: 17). Oddzielanie języka pisanego i mówionego wiązało się z pewnym zamętem terminologicznym. Językoznawstwo anglojęzyczne nie miało bowiem swojego własnego terminu związanego z badaniami nad *tekstem*, dlatego analizę *dyskursu* traktowano jako odpowiednik niemieckiego terminu *textlinguistik*. W początkowym etapie obie te dziedziny łączyły podobne aspekty badawcze, np. przełamywanie bariery zdania (dotychczas było to granicą dla badań lingwistycznych). Jednak o ile „lingwistyka tekstu pokazywała związki międzyzdaniowe, kreując tym samym pojęcie całości wyższego rzędu, o tyle dla analizy *dyskursu*, cezury zdaniowe były sprawą bezprzedmiotową” (Duszak 1998: 17).

Początek lat 70. przynosi ewolucję obu dziedzin wynikającą ze zmian w myśleniu o zjawiskach językowych, zaś w latach 80. całkowicie zanika różnica między pojęciami: *tekstowy* a *dyskursywny*. Badania nad tekstem pisanym umieszcza się w ramach analizy *dyskursu*. Określenie *discourse analysis* dotyczy badań nad strukturą i funkcjonowaniem tekstów mówionych i pisanych.

Lata 90. przynoszą zmianę orientacji z tekstowej na dyskursową. Orientacja tekstowa zwracała uwagę na autonomię *tekstu*. Ważne było dla niej to, co powtarzalne. Orientacja dyskursowa postrzegała *dyskurs*³ jako osadzone w realnym kontekście zdarzenie komunikacyjne⁴. Ma ono trzy wymiary: interakcyjny, poznawczy (informowanie o przekonaniach) i językowy (dotyczący użycia języka). Na relacje *tekstu* i *dyskursu* zwróciła uwagę również Bożena Witosz, według której, *dyskurs* jest pewnym wyznacznikiem tekstowości. Autorka nie stawia znaku równości między *dyskursem* i *tekstem*, ale zauważa, że *dyskurs* jest obszarem, w obrębie którego występuje *tekst* i bez którego nie można mówić o jego istnieniu:

Badania nad dyskursem uświadomiły nam, że do kwalifikatorów: gatunkowego i stylowego należy dodać jeszcze *dyskursywny*, bowiem tak, jak nie ma tekstu poza gatunkiem i stylem, tak nie ma tekstu poza dyskursem (Witosz 2016: 31).

³ Etymologicznie *dyskurs* jest słowem o łacińskim rodowodzie, związanym z procesem mówienia. Łacińskie pochodzenie słowa *dyskurs* *discursus* wiąże się zasadniczo z jego wieloznacznością i różnorodnością ujęć. Dosłownie oznacza bieganie bezcelowe, rozbieganie się w różnych kierunkach, poruszanie się tam i z powrotem.

⁴ Na aspekt wiążący *dyskurs* ze zdarzeniem komunikacyjnym zwrócił również uwagę T. A. van Dijk, który przedstawia takie użycia tego terminu: „po pierwsze *dyskurs* jako zdarzenie komunikacyjne, po drugie, jako warunkowany społeczną dziedziną typ użycia języka, po trzecie, jako konkretna wypowiedź, czyli z jednej strony część zdarzenia komunikacyjnego, a z drugiej – jednostkowy przykład typu użycia języka, i wreszcie, po czwarte, *dyskurs* jako miejsce, w którym odzwierciedla się określona formacja ideologiczna” (cyt. za: Miczka 2002: 41).

Wobec tego *dyskurs* jest kategorią, która pozwala naświetlić, dostrzec niektóre aspekty *tekstu*. Wcześniej na podobne ujęcie zwrócił uwagę Michel Foucault, który określał *dyskursy* jako „autonomiczne systemy reguł”, norm, które poznajemy od dzieciństwa w procesie komunikacji (Foucault 1972). Tak pojmowany *dyskurs* jest pewnego rodzaju sensem naddanym, który mówi nam coś więcej na temat *tekstu*. Ponadto w językoznawstwie istnieje pojęcie *tekst w kontekście*. A. Duszak zauważa, że aby dobrze zrozumieć *tekst*, należy wziąć pod uwagę cały kontekst użycia formy językowej, ponieważ *dyskurs* jest uzależniony od potrzeb sytuacyjnych, przyzwyczajzeń komunikacyjnych, znaczeń społecznych i kulturowych (Duszak 1998: 7). Na ten temat pisze także Ewa Miczka (Miczka 2002: 94). Podkreśla ona, że jeżeli *tekst*, który jest rozumiany jako ciąg wyrażeń językowych nacechowany jednością semantyczną, osadzimy w miejscu, czasie, kontekście kulturowym czy sieci powiązań między nadawcą i odbiorcą, zbliżymy go do pojęcia *dyskurs*. Tak rozumiany *dyskurs* jest według E. Miczki nośnikiem informacji, nośnikiem innych funkcji (poza informacyjną), np. funkcji fatycznej, obiektem, który tworzy świat, realizacją różnych konwencji gatunkowych „obejmujących wybory cech tematycznych, funkcjonalnych, wypowiedzeniowych, ontologicznych i aksjologicznych” (Miczka 2002: 95), a także nośnikiem systemów wartości.

Dyskurs coraz częściej zajmuje miejsce jednostkom reprezentowanym przez kategorię stylu (por. styl funkcjonalny), a także *tekstu*. Janina Labocha konstatuje, że pojęcia „tekst, wypowiedź i *dyskurs* (...) wzajemnie się warunkują. Można nieco upraszczając powiedzieć, że są one trzema aspektami tego samego zjawiska” (Labocha 2008: 73-74). *Tekst* w procesie komunikacji jest w wielu pracach określany jako synonim słowa *dyskurs*⁵. *Dyskurs* w omawianej koncepcji jest kategorią, dzięki której wypowiedzi językowe i *teksty* są aktualizowane. Staje się więc nie tylko strategią służącą tworzeniu

⁵ Takie rozumienie przedstawia m.in. francuski lingwista É. Benveniste. Wyróżnił on dwa typy lingwistyki: lingwistyka dyskursu i lingwistyka języka. Lingwistyka języka skupia się na znaku (morfemie, wyrazie, grupie), bada znaki i ich relacje, natomiast lingwistyka dyskursu za przedmiot rozważań stawia wypowiedź i tekst, śledzi to, w jaki sposób odsyłają one do świata zewnętrznego i do pozajęzykowej rzeczywistości. Émile Benveniste rozumie dyskurs jako tekst, w którym widoczny jest aspekt komunikacyjny dzięki nadawcy i śladom, jakie zostawia on w tekście. Tymi śladami są m.in. zaimki, np. *mój, nasz, ja*. Dla Benveniste’a istnieje tylko osoba pierwsza i druga, ponieważ są to osoby, które uczestniczą w dialogu interpersonalnym. Osoba trzecia to według niego nie-osoba, ponieważ nie jest ona związana z planem interakcji zdarzenia komunikacyjnego, ale z tzw. planem dotyczącym przedmiotów świata, czyli planem, o którym się mówi (Benveniste 1977).

tekstów i wypowiedzi, ale także zjawiskiem społeczno-językowym⁶. Konkretnie *teksty* mogą bowiem łączyć się w gatunki, które są ogniwnem łączącym *tekst* z *dyskursem*. Jest to pierwszy stopień aktualizacji *dyskursu*. Drugi stopniem jest tzw. odtwarzaniem *dyskursu* w tekście pisanym, czyli „szukaniem w nim językowych sygnałów instancji *dyskursu*, a następnie wykrywaniem w nim znaczenia intencjonalnego, które stałou podstaw strategii nadawczo-odbiorczej oraz uświadomieniem sobie cech gatunkowych, które wraz ze strategią i normą (kulturową, społeczną, ideologiczną, etniczną itp.) stanowiły podstawę konstruowania świata tekstu” (Labocha 2008: 77). Jeśli chodzi o wspomniane wcześniej wypowiedzi mówione, *dyskurs* ujawnia się w nich w kontekście sytuacyjnym. W komunikacji językowej istnieje *dyskurs* i wypowiedź. Nie utożsamia się ich z *tekstem*, ale widzi się w nich załączki przyszłego *tekstu*. Jest on bowiem wytworem *dyskursu* i wypowiedzi.

Jednak niektórzy badacze stawiali znak równości między *dyskursem* a *tekstem*. Jeszcze w latach 90., Ida Kurcz pisała, że: „wypowiedzi są zwykle częścią jakiejś całości. Owa całość to *dyskurs* właśnie. (...) Użycie języka zachodzi w jakiejś sytuacji społecznej i stanowi pewną zorganizowaną całość, mającą swój początek i koniec oraz wewnętrzną strukturę. (...) *Dyskurs* może być zarówno dialogiem, jak i monologiem” (Kurcz 1992: 129 – 138). Tę interpretację przywołała również Barbara Boniecka, która zaznaczała w swoich publikacjach, że pojęcie *dyskursu* może być dubletem pojęcia *tekst*, ponieważ *tekst* (podobnie jak *dyskurs*), a w szczególności *tekst* potoczny, wymaga uwzględnienia wielu elementów pozajęzykowych, żeby mógł być jednoznaczny i kompletny (Boniecka 1998: 62). Jednak taka interpretacja relacji *tekst-dyskurs* w późniejszych badaniach uległa zmianie, ponieważ niektórzy badacze zwracają uwagę na bardzo duże różnice między tymi pojęciami.

Rozumienie *dyskursu* jako *tekst* + kontekst może okazać się nieprecyzyjne. Zwraca na to uwagę Maria Krauz, która pisze: „mimo iż pierwotne założenie, że jedną z pierwszych czynności interpretatora jest traktowanie *tekstu* jako zamkniętej całości, a rozpoznanie jego miejsc strategicznych nadal jest aktualne, dziś zaczyna się kształtować

⁶ Domingue Maingueneau wyróżnia siedem sposobów rozumienia tego pojęcia. Po pierwsze zestawia *dyskurs* z wypowiedzią, pisząc, że jest to jednostkowa wypowiedź. Po drugie, nawiązując do myśli F. de Saussure’a, uznaje *dyskurs* za najwyższy element *langue*. Kolejne określenie dotyczy wypowiedzenia osadzonego w czasie i przestrzeni, kierowanego do odbiorcy i ściśle związanego z teorią É. Benveniste’a i z analizą *dyskursu* rozwijaną we Francji w latach 60. i 70. Następne ujęcie ogranicza *dyskurs* do konwersacji, co zbliżałoby go do teorii aktów mowy. *Dyskurs* traktowany jest także jako różnorodność użycić jednostek systemu języka, jako system zasad, które dotyczą regulowania tworzenia wypowiedzi danej formacji ideologicznej czy społecznej (np. religijny, feministyczny) (Benveniste 1977).

pogląd, że interpretacja zasadza się na rozpraszaniu mgławicy tekstu, a czytelnik / odbiorca szuka granic” (Krauz 2010: 84). Autorka podkreśla, że pojęcia *tekst* – *dyskurs* są różne i nie są synonimami, mimo że funkcjonują zamiennie. To pojęcia komplementarne, czyli takie, które wzajemnie się uzupełniają. M. Krauz najważniejsze różnice między tymi pojęciami formułuje następująco:

- tekst to jednostka *dyskursu*, bo *dyskurs* realizuje się m.in. przez werbalizację
- dyskurs byłby strategią wytwarzania tekstu, a tekst jest konkretnym wytworem tego procesu
- nie ma czegoś, co się nazywa modelem dyskursu (mgławicowość dyskursu?), natomiast tekst ma pewien wzorzec kompozycyjny / strukturalny (zależny np. od gatunku)
- jeśli chcemy badać tekst pod kątem ideologicznym, to mamy różne typy *dyskursu*, np. dyskurs feministyczny, miłosny, dydaktyczny, polityczny (Krauz 2010: 85).

Tekstolodzy są dzisiaj zgodni, że oba terminy są definiowane odmiennie i traktowane jako różne. *Dyskurs* jest pojęciem znacznie szerszym niż *tekst*, gdyż obejmuje strategie nadawczo-odbiorcze zależne od kontekstu kulturowego, sytuacji i czasu. *Tekst* jest strukturą językową, a *dyskurs* czymś, co jest przed *tekstem* i nie da się go sprowadzić do określonego kodu. Dzięki *dyskursowi* powstaje *tekst* o określonych cechach. Znacznie bliższa jest relacja *analiza tekstu-analiza dyskursu*. *Dyskurs* ujawnia się w tekstach, a jego strategie odkrywa się w procesie analizy tekstu. Ponadto, jeśli chcemy w kategorii *dyskursu* dostrzec nowe treści, powinniśmy szukać różnic między nim a *tekstem*. Takie ujęcie było widoczne również we wcześniejszych badaniach. Na ten aspekt *dyskursu* zwracał uwagę m.in. Stanisław Grabias, pisząc, że jest to:

rodzaj interakcji społecznej, dokonywanej za pomocą języka, której postać zależy od tego, kto, do kogo, w jakiej sytuacji i w jakim celu mówi. Zwraca się uwagę, że uczestnicy nie ograniczają się tylko do wymiany werbalnej, ale coś robią, wchodzą ze sobą w interakcję (werbalną). W związku z tym poszukiwanie reguł *dyskursu* musi obejmować poziom zjawisk psychofizycznych, poziom zjawisk społecznych i wreszcie poziom języka jako systemu semiotycznego rządzącego się własnymi prawami (Grabias 1994: 264).

W związku z tym analiza *dyskursu* sprowadza się do uwzględnienia szeregu czynników sytuacyjnych, które kreują zachowania werbalne uczestników interakcji.

Jednak niezależnie od sytuacji, tworzy się scenariusze, które obejmują listę wyznaczników *dyskursu* (a które nie są tak istotne w procesie analizy tekstu). Są nimi: ramy typowych sytuacji społecznych (rozmowa na przyjęciu, wizyta u lekarza), role podmiotów *dyskursu* (nauczyciel, lekarz, polityk), relacje nadawczo-odbiorcze czy psychofizyczne uwarunkowania uczestników *dyskursu*. W tym ujęciu *tekst* nie jest *dyskursem*, ale ma charakter dyskursywny, gdyż można w nim odnaleźć perspektywę nadawczo-odbiorczą, a jego sens zależy od uwikłań sytuacyjnych.

Bożena Witosz sprzeciwia się stanowisku, które *tekst* i *dyskurs* stawia w całkowitej opozycji, uznając *tekst* za kategorię statyczną, zamkniętą, skończoną, autonomiczną, a *dyskurs* opatruje etykietami otwartości, dynamiczności i zawisłości sytuacyjnej. *Dyskurs* jest według niej modelem kształtowania się *tekstu/wypowiedzi* (obok wzorca gatunkowego): „dyskurs traktowany jako typ praktyki komunikacyjnej – sytuowany na wyższym niż tekst piętrze kategoryzacji – jest charakteryzowany między innymi przez rodzinę typowych dla niego gatunków wypowiedzi (modeli tekstów). W tym użyciu dopiero kategorię tekstu można praktykować jako jeden ze składników dyskursu” (Witosz 2007: 10).

1.3. Od lingwistyki tekstu do lingwistyki tekstu specjalistycznego i lingwistyki dyskursu

Po przeanalizowaniu relacji pomiędzy pojęciami *tekst* i *dyskurs*, warto wspomnieć o tym, czym jest *lingwistyka tekstu specjalistycznego*, jakie miejsce zajmuje wśród badań nad *tekstem* i *dyskursem* oraz kiedy nastąpiło przejście od rozważań nad *lingwistyką tekstu* do rozważań na temat *lingwistyki tekstu specjalistycznego*. Termin *lingwistyka tekstu* w polskich badaniach językowych jest rzadko używany. Zastępuje się go przez określenia *tekstologia* czy *teoria tekstu*. *Teoria tekstu* w Polsce długo pozostawała pod wpływem praskiej szkoły strukturalnej. Z tego powodu na początku nie wiązano analizy tekstu z gramatyką zdania, tak jak się to odbywało w anglosaskich praktykach tekstowych. Jednym z głównych twierdzeń obecnych we współczesnej lingwistyce jest to, które dotyczy tekstowości języka. Najważniejsze okazało się samo pojęcie *tekstu*, który rozpatrywano jako jednostkę językową ustaloną „na podstawie badań skończonego obszaru parole, zwartego z punktu widzenia treści i ustrukturyzowanego ze względu na sekundarne cele komunikacji (więc np. ze względu na cel estetyczny, perswazyjny,

zabawowy, rytualny, magiczny itd.)” (Boniecka 1999: 13). Od tej pory zaczęto coraz częściej mówić o *teorii tekstu*, *lingwistyce tekstu*, *gramatyce tekstu* czy *nauce o tekście*. Główny impuls do uprawiania tej dziedziny dała teoria rozwinięta w Pradze, a konkretnie teoria V. Mathesiusa czy F. Danesa. Na obszarze anglosaskim teoria ta rozwijała się dzięki Harrisowi, zaś na obszarze niemieckojęzycznym dzięki m.in. Hartmannowi czy Isenbergowi. W Polsce początki *tekstologii* wiąże się z takimi badaczami jak: M. R. Mayenowa, T. Dobrzyńska, K. Pisarkowa, B. Boniecka, J. Bartmiński i in. Analizowano głównie takie kwestie jak: 1) w jaki sposób zdanie będące konstruktem językowym może przekształcić się w element wypowiedzi, tzn. w wypowiedzenie; 2) w jaki sposób konkretna wypowiedź językowa może wyodrębnić się z tzw. potoku mowy i stać się integralną całością znakową; 3) dzięki jakim mechanizmom można wiązać sekwencje wypowiedzeń w całość powiązaną znaczeniowo itp. (Boniecka 1999).

Zainteresowania *lingwistyki tekstu* zmieniały się z biegiem czasu i dziedzina ta poszerzała przedmiot swoich rozważań. Na początku zajmowano się tekstami będącymi pewną kategorią wyrażen językowych większych od zdania. Następnie zaczęto się interesować semantyką *tekstu* i jego funkcjami. Kolejny etap rozwoju *lingwistyki* dotyczył aspektów pragmatyczno-komunikatywnych, w centrum rozważań znalazła się komunikacyjna i pragmatyczna funkcja tekstu. Etap kognitywny włączył w obręb zainteresowań *lingwistyki* takie elementy jak: struktury kognitywne, informacja, przekazywanie informacji, wiedza.

Paradoksalnie, *lingwistykę tekstu specjalistycznego* uważa się za dziedzinę starszą od *lingwistyki tekstu*, ale jednocześnie dużo od niej młodszą. Za starszą uznaje się ją wówczas, gdy bierze się pod uwagę jej genezę, która jest związana z badaniami terminologicznymi, a więc z dziedziną nauki zwaną *terminologią*. Natomiast za młodszą traktuje się ją wówczas, gdy ma się na myśli rekonstrukcje tekstowości, tzn. zbioru odbiorców *tekstów specjalistycznych* i ich twórców. Przedmiotem *lingwistyki tekstu specjalistycznego* jest z punktu widzenia terminologii: zbiór obiektów, do których zalicza się określone osoby, tzn. konkretnych słuchaczy i mówców, ale fakt ten nie jest motywowany znajomością języka, ale fachowością, która jest przez nich wyrażana za pomocą *tekstów specjalistycznych*. Na tej podstawie określa się ich jako specjalistów. Właściwości językowe uznaje się za właściwości wtórne i z tego powodu *lingwistyki tekstu specjalistycznego* nie uznaje się za poddziedzinę *lingwistyki tekstu*. Przedmiot badań *lingwistyki tekstów specjalistycznych* jest tylko cząstkowy w odniesieniu do przedmiotu badań *lingwistyki tekstu*, „a jest nim o tyle, o ile pytania

o tekstowość można postawić także wobec tekstów specjalistycznych, a nie jest o tyle, o ile pytania o fachowość (w tym przede wszystkim o terminologiczność) można postawić z sensem tylko względem tekstów specjalistycznych (...)” (Grucza 2013a: 98). S. Grucza dodaje także, że:

podstawowym zadaniem lingwistyki tekstu specjalistycznego w przedstawionym tu rozumieniu jest rekonstrukcja tekstowości wyróżnionych tekstów specjalistycznych, a zwłaszcza ich językowej tekstowości. Inaczej mówiąc, głównym zadaniem lingwistyki tekstu specjalistycznego jest udzielenie odpowiedzi na pytanie, co (prócz ich składników natury terminologicznej) wyróżnia dane teksty specjalistyczne danej specjalności” (Grucza: 2013a: 98).

W związku z tym, że geneza *lingwistyki tekstu specjalistycznego* jest „podwójna”, a jej zależność terminologiczna starsza od zależności tekstologicznej, większość przedstawicieli tej dziedziny upatrywało przedmiot *lingwistyki tekstu specjalistycznego* w aspektach terminologicznych, a jedynie niektórzy w analizowaniu tekstowości związanej z rozumieniem ogólnym *lingwistyki tekstu*. Z tego powodu *lingwistykę tekstu specjalistycznego* przedstawia się często tak, jakby jej głównym przedmiotem były zbiory terminologiczne, czyli, jakby jej przedmiot był niemal zbieżny z przedmiotem terminologii. Jeśli chodzi o historię celów badawczych tej dziedziny, początkowo jej zainteresowania odnosiły się do terminologicznych elementów tekstów, stosunkowo późno dołączono do nich elementy składniowe, a jeszcze później znaczenie *tekstów specjalistycznych* czy ich aspekty pragmatyczne dotyczące używania tych tekstów w aktach komunikacji profesjonalnej (tzn. aspektów, które wiązały się z kontekstami ich odbierania i tworzenia). Koniec lat 90. XX przyniósł zainteresowania także płaszczyzną kognitywną, a konkretniej przetwarzaniem specjalistycznych informacji. Zainteresowania zagadnieniami pragmatycznymi doprowadziły do tego, że: „badania nad tekstami specjalistycznymi zamieniły się w analizę komunikacji profesjonalnej, a zainteresowanie zagadnieniami kognitywnymi spowodowało, że lingwistyka tekstu bardziej zajmuje się przetwarzaniem informacji niż samymi „nośnikami” tych informacji” (Grucza 2013a: 101). W związku z tym zapomina się o zagadnieniach dotyczących tekstowości *tekstów specjalistycznych*. Jest to spowodowane także zwiększeniem zainteresowania pozalingwistycznymi perspektywami badań oraz próbami podejścia do lingwistyki specjalistycznej w sposób interdyscyplinarny i integracyjny.

Lingwistyka tekstu specjalistycznego jest dyscypliną, która zajmuje się określonym podzbiorem *tekstów specjalistycznych*, a więc tekstami, które są typowe dla określonej społeczności. Natomiast jej celem jest zmierzanie do poznania form mentalnych, dzięki którym specjaliści po pierwsze tworzą określone teksty, a po drugie je rozumieją i posługują się nimi. Zadaniem *lingwistyki tekstu* jest analiza języka w *tekstach specjalistycznych*, języka, który jest wariantem (według jednej z koncepcji) języka narodowego. Zgodnie z tą koncepcją: „wierzchołek stanowi język literacki, piętro niżej znajdują się różne odmiany języka mówionego warstw kulturalnych, niżej zaś – potoczny język różnych grup i środowisk społecznych” (Handke, Rzetelska-Feleszko 1977: 149). Celem *lingwistyki tekstu specjalistycznego* jest, jak pisał Grucza: „poznanie (zrekonstruowanie) zbioru właściwości, głównie językowych właściwości osób stanowiących daną specjalność, na podstawie których tworzą oni i rozumieją dane teksty specjalistyczne, a następnie posługują się nimi interakcyjnie (dyskursywnie)” (Grucza 2013a: 102). Jednak przedmiot lingwistyki jest zróżnicowany, ponieważ nie zajmuje się ona jednym językiem specjalistycznym, ponieważ nie istnieje jednorodny język specjalistyczny. *Lingwistyka tekstu specjalistycznego* dotyczy konkretnych języków i konkretnych tekstów wytworzonych przez użytkowników tych języków, specjalistycznym idiolektem danego specjalisty lub polilektem grupy specjalistów, dlatego dzieli się ją na idiolektalną i polilektalną. *Lingwistyka tekstu specjalistycznego*, podobnie jak inne jej dziedziny, nie musi badać wszystkich gatunków i rodzajów *tekstów specjalistycznych* jednocześnie, ale może się zajmować nawet jednym z nich, będącym podzbiorem gatunku czy rodzaju *tekstów specjalistycznych*. Ponadto *lingwistyka tekstów specjalistycznych* może mieć w kręgu swoich zainteresowań: teksty monologowe, dialogowe, pisane i mówione.

Od dłuższego czasu coraz częściej mówi się w sferze publicznej o *dyskursach*. Zarówno w naukach humanistycznych, jak i społecznych używa się różnorodnych definicji *dyskursów*, które wywodzą się z różnych teorii. Klaus Peter Konerding pisał, że: „Wynika to m.in. z faktu, iż naukowe ujmowanie *dyskursu* i analiza kompleksowych zdarzeń komunikacyjnych o społecznym zasięgu mogą być poświęcone, w zależności od celu badawczego i tradycji analitycznych analizie konkretnych procesów komunikacyjnych, ukierunkowanej na uchwycenie ich struktury bądź ich globalnego działania, wzajemnych relacji bądź skutków tych działań” (Konerding 2014: 466).

Lingwistyka tekstu ma bardzo dużo wspólnego z naukami społecznymi. W zróżnicowanych społeczeństwach jest widoczny wpływ fachowej wiedzy na społeczny

zakres działań, a także problematykę związaną z procesami komunikacyjnymi. Konearding pisze, że: „nawet samo planowanie życia poszczególnych jednostek aż do kwestii szczegółowych pytań o życie osobiste zależy od pól tematycznych, podlegających komunikacji językowej oraz debacie publicznej i instytucjonalnej oraz związanych z tymi polami działań, które z kolei odnoszą się do wiedzy eksperckiej” (Konearding 2014: 465). Skutkiem wzrastającej świadomości społecznej w stosunku do dyscypliny fachowej jest rosnąca rola *dyskursu*. W latach 90. na obszarze niemieckojęzycznym powstały trzy kierunki badań, które miały istotne znaczenie w rozwoju lingwistyki *dyskursu*. Pierwszy z nich dotyczy naukowców z Heidelbergu i Manheim. Zajmowali się oni opisem znaczeń znaków językowych na przykładzie tekstów mieszczących się w obrębie *dyskursów* historycznych, a konkretnie opisem rzeczywistości i pojęciowego konstruowania świata w tych tekstach oraz rekonstrukcją tzw. semantycznych struktur głębokich, do których przynależą teksty. Analizie poddawane zostały całe korpusy tekstów, będących dokumentem i produktem historycznego wydarzenia komunikacyjnego.

Dla lingwistyki *dyskursu* znaczące okazało się pojęcie zdefiniowane przez Bussego, Hermannsa i Teuberta. Według nich *dyskursy* są rozumiane jako: „tematycznie określona ilość tekstów, jako tzw. korpusy tematyczne. Teksty muszą wykazywać relacje intertekstualne, tzn. bezpośrednio i pośrednio odnosić się do siebie lub do treści w nich wyrażonych” (cyt. za Konearding 2014: 474). Dodają także, że:

Do dyskursu należą wszystkie teksty, które:

- zajmują się dla celów badawczych wybranym przedmiotem, tematem, kompleksem wiedzy lub konceptem, wykazują semantyczne relacje i/lub zależność opartą na wspólnych wypowiedziach, komunikacji, funkcjach bądź celach,
- odpowiadają ograniczeniom co do przestrzeni czasowej, obszaru, wycinka społeczeństwa, zakresu komunikacyjnego, charakterystyki tekstowej i innych parametrów
- wzajemnie się do siebie odnoszą eksplicytnie lub implicytnie (do odczytania z semantyki tekstu i kontekstu) lub są w relacji intertekstowej (cyt. za Konearding 2014: 474).

Kolejny z kierunków istotny dla rozwoju lingwistyki *dyskursu* to ten, który rozwinął się w grupie badaczy z Dusseldorfu. Ci badacze zmodyfikowali rozumienie *dyskursu* przez Bussego i Teuberta, jednak w dużej mierze do nich nawiązują, ponieważ uważają, że informacji na temat tendencji, które pojawiają się w bazowej wiedzy

kolektywnej czy w opinii społecznej, trzeba szukać poprzez zmiany leksykalne zachodzące we wzorcach toposów, takich jak: słowa klucze, metafory. Są one charakterystyczne dla określonego *dyskursu*. Dlatego też Karin Boke analizowała w latach 90. pola obrazowe, metafory, a więc obszar badań w tamtym okresie był związany z lingwistyką kognitywną. Grupa badaczy z Dusseldorfu postawiła sobie za cel udoskonalenie metod językoznawczych w analizie *dyskursów*.

Inne tendencje w przypadku analizy *dyskursu* można dostrzec w grupie naukowców z Oldenberga. *Dyskurs* jest przez nich interpretowany jako „super- lub nawet hipertekst, o ile odniesienia intertekstowe, niemalże dialogiczne, zaznaczające się pomiędzy poszczególnymi nawiązaniem do danego *dyskursu*, powstającymi w trakcie jego rozwoju tworzą kompleksową sieć” (Konerding 2014: 476). Dla tych badaczy najważniejsza była przede wszystkim analiza całych tekstów, z tego powodu, że intertekstowe odniesienia wypowiedzi tematycznych, poprzez które konstytuuje się *dyskurs*, były według nich interpretowane zawsze w relacjach tekstowych. Jednak w ostatnich latach można zauważyć nowe tendencje, w których naukowcy odnoszą się do osiągniętych wyników we własny sposób, a także próbują je rozwijać. Wyraźne stają się próby umiejscowienia lingwistyki *dyskursu*, łącząc ją z badaniami kulturowymi czy socjologicznymi.

1.4. Różne ujęcia dyskursu

1.4.1. Dyskurs w świetle badań niemieckich i francuskich

Pierwsze definicje *dyskursu* w tradycji francuskiej wyraźnie nawiązują do filozofii Michela Foucaulta. *Dyskurs* to: „wypowiedź rozpatrywana z punktu widzenia mechanizmów dyskursywnych, które ją warunkują. *Tekst* z punktu widzenia swego ustrukturyzowania w języku staje się wypowiedzią, zaś analiza lingwistyczna warunków produkcji tego *tekstu* pozwala widzieć w nim dyskurs” (Grzmil-Tylutki 2010: 110). Przedmiotem badań analizy *dyskursu* stały się teksty, które tworzono w warunkach ostrej instytucjonalizacji: teksty społeczne, historyczne, polityczne. Późniejsze definicje ściśle wiążą *dyskurs* z językiem w użyciu, a więc z pragmatyką językową (podobnie jak się to stało w polskich badaniach językoznawczych). *Dyskurs* jest „sposobem traktowania języka, jego normatywnego używania – jako aktywności podmiotów współdziałających w określonych, konkretnych sytuacjach, jest użyciem kodu regulowanym przez: typ

dyskursu (polityczny, dziennikarski), pozycję (naturalistyczną, surrealistyczną), kategorię podmiotu (pielęgniarek, matek), strategię (polemiczną, dydaktyczną)” (Grzmil-Tylutki 2010: 131). *Dyskurs* można badać, biorąc pod uwagę te wymienione aspekty, a także z punktu widzenia: nośnika (książka, prasa), czasu (jednostkowość, wieczność), miejsca (izba przyjęć w szpitalu, szkoła) albo gatunku (piosenka, przepis kulinarny, diagnoza). Istotny jest także fakt, że przedmiotem analizy *dyskursu* nie jest wypowiedź sama w sobie. Analizowana jest taka wypowiedź, której realizacja dokonała się w sytuacji międzypodmiotowej. Nazywa się ją kontraktem.

Anna Hanus przytacza różne koncepcje, w których przedstawiane jest pojęcie *dyskursu* i sposób jego rozumienia, dodając, że w germanistycznych badaniach *dyskurs* powoli ustanawia swoją formę. Jest on rozumiany przede wszystkim jako sieć tekstów, które są z sobą wzajemnie powiązane i mają wspólny temat, zbiór tekstów, w których różnego rodzaju odniesienia pomiędzy tekstami znacznie wykraczają poza, tzw. relacje intertekstualne, przez co deklasują poprzednie sposoby ujmowania tego terminu, np. jako konkretne użycie języka czy jako dialog, rozmowa, konwersacja. Dodaje również, że coraz rzadziej *dyskurs* rozumie się w znaczeniu synonimicznym do pojęcia *tekstu*, który uznaje się w świetle tych badań za podstawową manifestację *dyskursu* (Hanus 2016).

Germanistyczna lingwistyka *dyskursu* (podobnie jak francuska) opiera się na myśli filozoficznej M. Foucaulta, który nigdy w jednoznaczny sposób nie zdefiniował tego pojęcia, ale posługiwał się kilkoma jego wariantami znaczeniowymi. Poszczególne szkoły badawcze zwracają uwagę na Foucaultowski aspekt wiedzy i władzy, który manifestuje się w użyciu języka, w tekstach *dyskursu*. Dlatego badanie *dyskursu* rozpoczęto od badania języka i sieci tekstów. Teksty postrzegane są „nie jako wytwory indywidualnych działań jednostek, lecz jako swego rodzaju produkty danej społeczności, wywierające wpływ na procesy społeczne oraz przyczyniające się do ich zmian bądź też stabilizacji i obejmują badaniami *dyskursy* na ważne społeczne tematy” (Hanus 2016: 341). Badania nad *dyskursem* postrzega się jako badania całej sieci tekstów, powiązanych ze sobą tematycznie, poprzez wspólny kontekst komunikacyjny, tekstów nawiązujących do siebie poprzez różnego rodzaju odniesienia, a także takich, które tworzą powiązania intertekstualne. Wspólny temat tekstów jest rozumiany jako kluczowe kryterium przynależności zbioru tekstów do określonego *dyskursu*. Ważne jest w tym miejscu również to, co o *dyskursie* pisał Waldemar Czachur, który podkreślił, że:

dyskurs jest atrakcyjną kategorią poznawczą, ponieważ umożliwia uchwycenie procesu wytwarzania i negocjowania znaczeń zbiorowych. (...) miejscem, w którym język w formie wyrażen językowych i reguł ich łączenia przybiera moc tworzenia znaczeń i tym samym modelowania wizji rzeczywistości, jest wypowiedź w dyskursie. Dzieje się tak dlatego, że dyskursy rodzą się tylko poprzez wypowiedzi (czyli działania językowe konkretnych podmiotów⁷) przybierając formę tekstów (Czachur 2020: 151)

W definicji Waldemara Czachura, będącej jedną z nowszych, można dostrzec po raz kolejne odniesienie do rozumienia *dyskursu* jako konkretnej wypowiedzi, a aspekt ten jest istotny dla niniejszej dysertacji.

1.4.2. Dyskurs w polskich badaniach językoznawczych

Na polskim gruncie językoznawczym, *dyskurs* jest trudny do zdefiniowania (podobnie jak inne terminy związane z komunikacją)⁸. Określano go chwytliwą metaforą *kameleon*. Wynika to nie z historycznej i leksykalnej wieloznaczności samego pojęcia, ale ze złożoności i wielości jego ujęć (Otrocki 2006: 135). Jest ono bowiem wszechobecne zarówno w naukach społecznych, humanistycznych (w tym w językoznawstwie), jak również w mass mediach. S. Gajda podkreśla jednak, że sprowadzanie popularności tego terminu jedynie do czynników, które są związane z psychologią, jest niewłaściwe. Rozwój, krystalizacja tego pojęcia bezpośrednio wiąże się z ewolucją językoznawstwa. R. Grzegorzczkowska zwraca uwagę, że na wieloznaczności terminu zaważyły dwie tradycje: polska i francusko-angielska. Na początku w polskich badaniach *dyskurs* to dłuższy tekst albo czynność mowno-mentalna, oparta na operacjach myślowych, takich jak: wnioskowanie, rozumowanie. W tradycji francusko-angielskiej *dyskurs* odpowiada czynności mówienia. Wobec tego definicja zaproponowana przez R. Grzegorzczkowską godzi obie te tradycje i brzmi następująco:

⁷ Tymi podmiotami są w *dyskursie medycznym* lekarze, lekarze-specjaliści lub dziennikarze posiadający określony warsztat wiedzy.

⁸ Kategoria *dyskursu* spełnia ważną rolę również w literaturoznawstwie polskim. M. Głowiński podkreśla, co wnosi *dyskurs* do badań nad literaturą. Umożliwia on wprowadzenie literatury w szerokie konteksty. Nauka o literaturze „traktowana jako jedna z nauk o kulturze poznaje to, co ją wydziela spośród innych typów *dyskursu*, ale też – na równych prawach – demonstuje to, co ją z nimi łączy. W *dyskursie* literackim uczestniczą elementy innych *dyskursów*, ich miejsce zależy od właściwości danej kultury literackiej i od kontekstu, w *dyskursie* nieliterackim zaś, jakkolwiek by był, publicystyczny, retoryczny, historyczny, kaznodziejsko-moralizatorski, uczestniczą elementy dyskursu literackiego” (Głowiński 2005: 42).

Dyskursem proponowałabym nazwać większy (wielozdaniowy najczęściej dialogowy) tekst zawierający rozumowanie lub też odpowiadającą mu jednostkę komunikacyjną, tzn. dłuższą wypowiedź tworzoną i percypowaną na żywo, zawierającą elementy rozumowania modyfikowanego w kontakcie z odbiorcą (Grzegorzyczkowa 1998a: 42).

Podobną definicję *dyskursu* możemy odnaleźć w tradycji amerykańskiej. Przedstawiciel amerykańskiego strukturalizmu Z. S. Harris pisze, że *dyskurs* to: „wypowiedź ponadzdaniowa ciągła, stanowiąca całość” (cyt. za: Grzmil-Tylutki 2010: 100). *Dyskurs* w takim ujęciu jest sekwencją zdań w tekście, zdań, które nie są arbitralne, ale tworzą wypowiedź ciągłą. Harris dodaje jednak do swojej definicji aspekt kulturowy. Owa „całość” przytoczona to całość kulturowa, która odsyła do zjawisk pozajęzykowych. Według niego: „między dyskursem (wypowiedzią) a kulturą (zachowaniami niewerbalnymi, społecznymi, sytuacyjnymi) istnieje związek, korelacja – na poziomie implicite” (Grzmil-Tylutki 2010: 101).

Anna Duszak, porównując tradycje językoznawstwa anglojęzycznego do funkcjonowania terminu *dyskurs* na gruncie polskim, pisze, że: „status leksykalny słowa *dyskurs* w języku polskim jest zasadniczo odmienny niż w angielszczyźnie, w której zadomowiło się i funkcjonuje dynamicznie w znacznie szerszym zakresie. W polszczyźnie potocznej, to określenie jest raczej przestarzałe i nieco książkowe, kojarzone z określonym typem myślenia logicznego” (Duszak 1998: 14). M. Otrócki uzupełnia tę tezę, zwracając uwagę na to, że język angielski był (z przyczyn historycznych) pod bezpośrednim wpływem łaciny, która wówczas była językiem jeszcze żywym. Dlatego głębsze jest „zakorzenie jego łacińskiego źródłosłowu w tamtejszym uzusie i jego swoista naturalizacja – podczas gdy u nas, z racji asymilacji późnośredniowiecznych, a później z pewnością z powodu przyznania mu statusu semantycznego zapożyczenia z fr. tytułu *Rozprawy o metodzie Kartezjusza (Discours de la methode)*, wciąż jest to wyraz obcy, w najlepszym zaś razie przestarzały” (Otrócki 2006: 134).

Z kolei Bożena Witosz zwraca uwagę na to, że na stawiane przez różnych badaczy pytanie: Czym jest *dyskurs*?, do tej pory nie otrzymano satysfakcjonującej odpowiedzi. Zauważa także, że podobne pytania formułowano wcześniej pod adresem tekstu, który ostatecznie uznano za kategorię nieostrą, a „wyznaczniki tej jednostki za charakter gradualny i relatywny, a więc zmienny” (Witosz 2009: 58). Definitywna „nieuchwytność” *dyskursu* pozwala badaczom na rozpatrywanie tej kategorii w różnych kontekstach

użycia. Wspomniana wyżej B. Witosz sytuuje *dyskurs* na poziomie: „konkretnej wypowiedzi (por. *prowadzili interesujący dyskurs*), stylu indywidualnego (por. *Zbigniewa Herberta dyskurs o sztuce*), gatunku tekstu (*dyskurs powieściowy, dyskurs fotografii*), rodziny różnogatunkowych wypowiedzi połączonych wspólną tematyką (*dyskurs tańca, dyskurs o miłości*), rodziny wypowiedzi wyróżnionej ze względu na ich wspólne nacechowanie ideologiczne (*dyskurs feministyczny, dyskurs radiomaryjny*), rodziny wypowiedzi wyodrębnionych ze względu na przynależność instytucjonalną ich podmiotów (*dyskurs lekarski, dyskurs pedagogiczny*), rodziny wypowiedzi wyodrębnionych ze względu na ich przynależność do określonej formacji kulturowej (*dyskurs modernistyczny, dyskurs postmodernistyczny*)” (Witosz 2009: 58). *Dyskurs* (podobnie jak styl czy tekst) to pojęcie, które jest wspólne różnym odłamom humanistyki.

Dyskurs ma wiele znaczeń, a jego rozumienie wiąże się z różnymi podejściami metodologicznymi oraz celami badań.

1.5. Tekst specjalistyczny jako nośnik wiedzy

W związku z tym, że *dyskursy* bada się za pośrednictwem analizy konkretnych tekstów, *dyskurs* medyczny będzie można opisać, analizując konkretne teksty o tematyce medycznej, w tym również *teksty specjalistyczne*. W przypadku zagadnień związanych z *tekstem specjalistycznym* niezwykle ważny jest aspekt dotyczący wytworzenia i zakodowania wiedzy w taki sposób, by była ona możliwa do odczytania przez innych. Olga Jakubiak pisała, że: „wypracowanie systemu znaków w celu opisu osiągnięć to pierwszy etap przekształcania wiedzy głębokiej, wewnątrznie istniejącej w mózgu w informację dostępną dla innych. Żadna informacja nie istnieje bowiem poza systemem znaków, które ją wyrażają i kodują” (Jakubiak 2008: 80). Istnieją dwa sposoby przedstawiania wiedzy naukowej. Pierwszy z nich to kod, czyli język zapisu takich danych jak: definicje, symbole, znaki w sposób bezpośredni, a drugi to odpowiedni typ tekstów, w których zostaje wyrażona wiedza specjalistyczna. *Teksty specjalistyczne* byłyby w takim ujęciu jednym ze sposobów przedstawiania wiedzy naukowej, która zawsze jest w nich zawarta i dzięki którym może być przekazana szerszemu gronu odbiorców. Język za pośrednictwem którego jest wyrażana wiedza specjalistyczna określa się jako język specjalistyczny, technolekt, język fachowy, zawodowy, subjęzyk, a także z języka angielskiego LSP, czyli *Language for Special Purposes*.

O tym, że *teksty specjalistyczne* służą wyrażaniu wiedzy pisał również S. Grucza, który zwrócił jednak uwagę na to, że na gruncie lingwistyki określenie „przekazywanie wiedzy” jest w dosłownym znaczeniu bardzo nieprecyzyjne. Wiedzy nie można bowiem przekazać. Nie tylko wiedza specjalistyczna, ale każdy rodzaj wiedzy, znajduje się w mózgu, „a tego, co jest w mózgu konkretnej osoby przekazać nie sposób” (Grucza 2008: 181). Nadawca nie przekazuje więc wiedzy, tylko konkretny obiekt sygnałowy, którym jest tekst. Temu tekstowi przyporządkował on w mózgu pewną treść znaczeniową. Wiedza, która powstaje po odebraniu, przeczytaniu tekstu specjalistycznego jest konsekwencją tego, że taki tekst jest sygnałem dla odbiorcy, a sygnał ten dotyczy konkretnej treści znaczeniowej. Ważne jest to, co pisał na temat znaczenia Fiodor Grucza:

Znaczenie jest właściwością przypisaną wypowiedziom przez mówców – słuchaczy. A zatem znaczenie wypowiedzi nie jest właściwością przez daną wypowiedź inherentnie posiadaną, ale jest właściwością zależną od stosunku zajętego wobec niej przez tworzącego ją względnie interpretującego mówcę – słuchacza (Grucza 1983: 294).

Znaczenie jest więc czymś, co jest zależne od nadawcy i odbiorcy. Z tego właśnie powodu, stopień zrozumienia *tekstu specjalistycznego*, nie wynika z odbierania treści znaczeniowych, ale z ich rekonstruowania, bo takie teksty nie zawierają w sobie treści, a jedynie do nich się odnoszą. Zrozumienie *tekstu specjalistycznego* przez odbiorcę zależy od kilku czynników: 1) stopnia zbieżności języków specjalistycznych nadawcy i odbiorcy; 2) stopnia ścisłości i precyzji tych dwóch języków specjalistycznych; 3) od wewnętrznych kontekstów związanych z nadawcą i odbiorcą i stopnia ich zbieżności. Tymi kontekstami są, np. doświadczenie czy wiedza; 4) od kontekstów zewnętrznych (tj. tworzenia i rozumienia tekstu specjalistycznego) (Grucza 2008:182). Na aspekt związany z wiedzą zwraca uwagę także M. Małachowicz, która zauważa, że wiedza jest obiektem badań, którego nie jest się w stanie poddać bezpośredniej obserwacji, można ją natomiast przeanalizować, dzięki zmaterializowanemu jej nośnikowi, tzn. *tekstowi specjalistycznemu*. Jednocześnie dodaje, że takie rozumienie tego rodzaju tekstu, „jest ściśle ograniczone do roli terminów (leksykonu) i reguł (składni logicznej) konstytuujących dany tekst jako wyrażeniowych form odwzorowywania płaszczyzny konceptualnej tekstu specjalistycznego” (Małachowicz: 2009: 178).

Wiedza, która jest nadrzędnym komponentem *tekstów specjalistycznych*, określana jest w publikacjach fachowych jako *wiedza specjalistyczna*, jednak pojawia się również sformułowanie *wiedza nie-specjalistyczna*. Warto więc w tym miejscu zwrócić uwagę na relację między tymi pojęciami. Wiedza jest czymś, co tworzy spójną całość zróżnicowanej struktury różnych wewnętrznych powiązań. Cechuje ją również to, że jest złożona z logicznie powiązanych ze sobą faktów, tworzących sieć przechowywaną w umyśle (np. planów różnych sytuacji). Lingwiści, terminolodzy czy leksykografowie podejmują próby zarządzania wiedzą związane z jej upowszechnieniem. Dotyczy to zarówno wiedzy ogólnej, jak specjalistycznej, która jest szczególnie pożądana. Wiedza specjalistyczna jest przez M. Małachowicz rozumiana jako wiedza fachowa, będąca rodzajem wiedzy naukowej:

O ile przez wiedzę ogólną rozumie się zespół komponentów umysłowych wynikających z procesów dziedziczenia (stąd w literaturze określenia wiedza naturalna, wiedza genetyczna) oraz nabytych, a ściślej wytworzonych przez doświadczenie (w rezultacie socjalizacji edukacji, samodzielnych aktów poznania, doświadczeń emocjonalnych), o tyle wiedzę specjalistyczną (fachową) rozumieć należy jako rodzaj wiedzy naukowej (Małachowicz 2009: 179).

Wynika to z faktu, że wiedza specjalistyczna jest rezultatem pewnego sposobu porządkowania naukowej wiedzy. Taki sposób określa się jako myślenie zawodowe. Każdy z technolektów odzwierciedla, tzw. algorytmy myślenia zawodowego, które porządkują profesjonalną działalność. Na pewnym etapie związanym z rozwojem wiedzy można zauważyć próby jej systematyzacji, m.in. przez tworzenie systemów terminologicznych, tzn. ustalanie zbioru terminów dotyczących danej dziedziny, a także z sieci wzajemnych powiązań między nimi.

Jednak wyrażenie *wiedza specjalistyczna* dotyczy nie tylko konkretnej wiedzy zaprezentowanej przez konkretnego specjalistę (tzw. idiomiedza specjalistyczna), ale przede wszystkim konstrukt mentalnego. Jest on sumą idiomiedz wszystkich specjalistów, których bierze się pod uwagę. W takim ujęciu wiedza specjalistyczna to poliwiedza specjalistyczna. Pojęcia te można uznać za pojęcia gradualne, ponieważ ten typ wiedzy można posiadać, ale w mniejszym lub większym zakresie. Podobnie jak zakres idiomiedzy jednego specjalisty, może w mniejszym lub większym stopniu „pokrywać się z zakresem poliwiedzy specjalistycznej, rozumianej jako suma logiczna idiomiedz specjalistycznych branych pod uwagę specjalistów” (Grucza 2008: 185).

Okazuje się, że granica między tym, co nazywamy wiedzą specjalistyczną i niespecjalistyczną jest rozmyta, nieostra i może zmieniać się z upływem czasu. Rozwój cywilizacyjny powoduje, że określone zakresy wiedzy, które wcześniej uważano za wiedzę specjalistyczną, przez członków pewnej społeczności już przestają być za nią uważane, nie są przekazywane innym, z powodu czego zostają utracone. Dlatego mówi się o zanikaniu wiedzy specjalistycznej czy określonych zawodów.

1.5.1. Język specjalistyczny jako tworzywo tekstu specjalistycznego

Warto zauważyć, że *tekst specjalistyczny* jest konstruowany za pomocą tzw. subjęzyka, tzn. pewnego zbioru czy podzbioru elementów językowych (środków tekstowych, słownictwa, składni itp.). Tym subjęzykiem jest język specjalistyczny. Jak pisała Olga Jakubiak „język specjalistyczny to nie „odmiana” języka ludzkiego, ale jedynie jego „nadbudowa” (Jakubiak 2008: 80). Wobec składni, fonetyki czy leksyki języka naturalnego pełni funkcję komplementarną, gdyż na niej bazuje. W *Słowniku terminologii przedmiotowej* znajduje się następująca definicja: „Język specjalistyczny to skonwencjonalizowany system semiotyczny, bazujący na języku naturalnym i będący zasobem wiedzy specjalistycznej” (Lukszyn 2005: 40), wiedzy, która jest zawarta w tekście specjalistycznym będącym przedmiotem moich rozważań. *Tekst* jest bowiem materialnym reprezentantem czy manifestacją wiedzy niematerialnej, sposobem jej zakodowania (Jakubiak 2008: 81).

Na temat języka specjalistycznego pisał m.in. Jerzy Pieńkos, który zwrócił uwagę na jego ważną rangę. Twierdzi, że:

język specjalistyczny jest czymś więcej aniżeli tylko rejestrem, stylem i słownictwem specjalistycznym, czy też specjalistyczną terminologią. Stanowi on pewien zbiór środków i zasobów odznaczających się wieloma właściwościami leksykalnymi (...) Można w nim zauważyć wyraźną tendencję do definiowania pojęć, do kontrolowania polisemii, homonimii, do eliminowania synonimów oraz do upraszczania składni, jak również do neutralizowania afektywności oraz przyswajania znacznej liczby skrótów (Pieńkos 1993: 267-268).

S. Grucza podkreśla, że choć języki specjalistyczne są związane z językiem ogólnym, to jednak nie są jego wariantami czy odmianami, ponieważ nie jest możliwe, by posługiwać się albo językiem ogólnym, albo specjalistycznym w nawiązaniu do podobnego czy

nawet tego samego zakresu rzeczywistości. (Grucza 2013b). Ponadto tekstu, który został sformułowany w języku specjalistycznym nie uda się przetłumaczyć na tekst języka ogólnego, by zachować taką samą wartość informacyjną. Języki specjalistyczne są specyficznymi językami ludzkimi tworzonymi przez specjalistów dla potrzeb komunikacji profesjonalnej.

Z kolei Katarzyna Wędrychowicz tak definiuje język fachowy: „Jest usystematyzowanym stylem funkcjonalnym, który operuje jako niemal samodzielny kod językowy. Oznacza to, że pewne grupy (najczęściej grupy zawodowe) posługują się w określonych sytuacjach wyłącznie językiem fachowym, ponieważ język naturalny nie wystarczyłby do szybkiego, sprawnego i skutecznego przekazania informacji specjalistycznych” (Wędrychowicz 2017: 42). Język ogólny jest zbiorem jednostek leksykalnych, które są znane przez większość użytkowników języka (Szulc 1997). Według Szulca to: „upowszechniona przez szkołę, administrację, prasę i literaturę piękną ogólna odmiana języka ponaddialektalnego, służąca jako środek porozumiewania się wszystkich członków danego narodu lub obywateli danego państwa” (Szulc 1997: 99). Zaś język fachowy jest „wariantem języka ogólnego używanego przez określone grupy zawodowe i przystosowany jest do możliwie precyzyjnego opisu danej gałęzi wiedzy lub techniki. Różni się od języka potocznego głównie słownictwem, pozwalającym na tworzenie dokładniejszych i bardziej skrótowych definicji przedmiotów” (Szulc 1997: 103). Na początku język fachowy był utożsamiany jedynie z terminologią, później zwracano także uwagę „na jego udział w komunikacji fachowej” (Mrowiec 2003: 66).

Hoffman podkreśla, że: „język fachowy to język naturalny, wzbogacony nieraz elementami języka sztucznego (symbole, formułki). Są one zbiorem subjęzykowego użycia specjalistycznego, pochodzącego z języka ogólnego (cyt. za Mrowiec 2003: 66). Języki specjalistyczne odgrywają dużą rolę w dzisiejszym świecie, a słownictwo już właściwie każdego kręgu kulturowego zawiera także słownictwo specjalistyczne. Rangę języków specjalistycznych i ich znaczenie podniosło zrewolucjonizowanie technologii informatycznych, a także wzrastająca rola nauki. Na pytanie dotyczące tego, co rzeczywiście jest językiem specjalistycznym i w jaki sposób istnieje, S. Grucza odpowiada następująco:

Rzeczywiście istnieją tylko języki specjalistyczne konkretnych (rzeczywistych) mówców-słuchaczy-specjalistów (w skrócie: specjalistów), stanowiące ich pewne immanentne, integralne i konstytutywne właściwości – tylko o nich (o ich pewnych postaciach) można powiedzieć, że

spełniają konkretne funkcje, tylko one są rzeczywistymi językami. Natomiast rzeczywistymi językami nie są żadne uogólnienia języków specjalistycznych, żadne ich idealizacje, abstrakcyjne modele, wreszcie żadne języki specjalistyczne także (Grucza 2013b: 94).

Język specjalistyczny to według mnie odmiana języka ogólnego, ukształtowana przez społeczeństwo składające się na specjalistów w danej dziedzinie. Jest używany w procesie komunikowania się specjalistów między sobą. Jednak przede wszystkim służy do przekazywania wiedzy przez jednostki nadrzędne, jednostkom podrzędnym, gdzie przez jednostki nadrzędne mam na myśli (doświadczonych lekarzy), a przez jednostki podrzędne (studentów, praktykantów, adeptów danej dziedziny). Na język specjalistyczny składa się szereg terminów, związków i połączeń międzywyrazowych, które ułatwiają precyzję przekazywanych treści i sprawiają, że przekaz staje się konkretny i rzeczowy. Język specjalistyczny jest sposobem/ systemem budowania więzi między fachowcami, narzędziem komunikowania się między nimi, narzędziem służącym budowaniu wiedzy specjalistycznej (wiedza nie istniałaby bowiem w oderwaniu od języka), a także, i może przede wszystkim, tworzywem *tekstu specjalistycznego*. Każda dziedzina wiedzy wypracowała sobie swój system przekazywania informacji, dlatego można mówić o specjalistycznym języku medycznym, prawniczym, chemicznym, fizycznym, matematycznym, a nawet astronomicznym. To odmiana języka, która, choć powstaje zgodnie z przyjętymi regułami i normami poprawnościowymi, może stworzyć swoje własne połączenia, które często mogą się wydawać pozbawione logiki, a których sens jest w pełni zrozumiały dla tych, którzy się nimi posługują. W przypadku specjalistycznego języka medycznego przekazywana wiedza dotyczy: sposobu leczenia, metod, leków stosowanych w przebiegu danej choroby, alternatywnych rozwiązań, rodzajów terapii, itd. Relacja *tekst specjalistyczny-język specjalistyczny* jest bardzo istotna, bo to właśnie w konkretnych tekstach język specjalistyczny znajduje swoje najlepsze odzwierciedlenie.

1.5.2. Charakterystyczne cechy tekstu specjalistycznego

Zdaniem Olgi Jakubiak *tekst specjalistyczny* cechuje się: spójnością, całościowością i podzielnością. Podzielność polega na samodzielności semantycznej elementów tekstu, które są podporządkowane konkretnemu tematowi. Taki tekst dzieli się na elementy strukturalne. Są one odtwarzalne jako tzw. moduły konstrukcyjne,

a uwidaczniają się na „poziomach semantycznych”. *Tekst specjalistyczny* pod względem informacyjnym jest zorganizowany w taki sposób, że rozpada się na poszczególne całości sensu (Awdiejew, Habrajska 2004: 17). Podzielność *tekstu specjalistycznego* bada się za pomocą różnych parametrów: konceptualnych, formalno-językowych czy leksykalno-semantycznych. Spójność wynika z faktu istnienia określonych parametrów. Umożliwiają one „odtworzenie sieci semantycznych powiązań odpowiadających strukturze konceptualnej tekstu” (Jakubiak 2008: 81). Z kolei całościowość to właściwość związana z obecnością w ciągu semantycznym znaków początku i końca. Są nimi autosemantyczne zdania graniczne i inicjalne. Zdania finalne i inicjalne mają jednak różnorodny potencjał tekstotwórczy. Ich repertuar również jest ograniczony. Mają one na celu wprowadzać lub podsumowywać pewne quantum wiedzy. Jest ono przybliżone odbiorcom poprzez zdania wewnątrztekstowe. Olga Jakubiak zwróciła uwagę na to, że: „teksty uważane za całościowe charakteryzują się niepodzielnością w płaszczyźnie semantycznej oraz odtwarzalnością ich struktury na podstawie określonego zestawu formalnych i konceptualnych parametrów” (Jakubiak 2008: 82).

Tekst specjalistyczny to rodzaj pewnej instrukcji, która przyczynia się do aktywowania wiedzy pozajęzykowej, którą S. Gurcza określił jako fachowość informacyjną tekstu (Gurcza 2013a). Nadawcą takiego tekstu jest osoba, która specjalizuje się w jakiejś dziedzinie. Zwracają na to uwagę różni badacze, m.in. K. Wędrychowicz, która pisała, że: „trzeba być specjalistą w danej dziedzinie, żeby rozumieć, co osoba z konkretnej dziedziny chce nam przekazać. Język fachowy jest usystematyzowanym stylem funkcjonalnym, który operuje jako niemal samodzielny kod językowy” (Wędrychowicz 2017: 41). Z drugiej strony *tekst specjalistyczny* jest również efektem działania o charakterze komunikacyjno-językowym. Tym, co odróżnia *teksty specjalistyczne* od niespecjalistycznych, jest element fachowości informacyjnej. Jest ona związana z wiedzą językową, którą posiadają twórcy takich tekstów. Mówi się także o kategoriach gradualnych owej fachowości (jeden tekst będzie bardziej nacechowany fachowością, inny mniej). Jednym z rodzajów fachowości jest, tzw. „fachowość interakcji profesjonalnej”.

Wspomniany już S. Gurcza zwrócił uwagę na to, że: „fachowość tekstu specjalistycznego ujawnia się tak naprawdę dopiero w jego funkcjonalnym interakcyjnym kontekście [...] Teksty specjalistyczne to teksty wytworzone przez specjalistów w celu wyrażenia odpowiedniej specjalistycznej wiedzy” (Gurcza 2013a: 82, 83). Musi więc istnieć określony nadawca, który tworzy tekst w celu podzielenia się swoją wiedzą

z innymi. Posługuje się on językiem specjalistycznym, ponieważ, jak pisała K. Wędrychowicz „język naturalny nie wystarczyłby do szybkiego, sprawnego i skutecznego przekazania informacji specjalistycznych (Wędrychowicz 2017: 42). Jednak badacze wyraźnie rozgraniczają język specjalistyczny od *tekstu specjalistycznego*. Relacja między tekstem specjalistycznym a tekstem niespecialistycznym nie jest taka sama, jak relacja między językiem specjalistycznym a językiem niespecialistycznym. J. Lukszyn podaje taką definicję *tekstu specjalistycznego*: „tekst będący nośnikiem informacji z pewnej dziedziny wiedzy, wyrażonej głównie za pomocą terminów” (Lukszyn 1998: 332). Ten sam autor w innej publikacji dodaje także, że: „tekst specjalistyczny to szczególnego rodzaju makroznak (...) forma reprezentacji leksykonu terminologicznego w odpowiednim szeregu syntagmatycznym, według reguł aktualnej składni kognitywnej” (Lukszyn, Zmarzer 2001: 45). Andrychowicz-Trojanowska pisała, „że tekst specjalistyczny spełnia kilka istotnych funkcji, z których wszystkie są związane z wiedzą: przekazywanie wiedzy, tzn. aktualizacja wiedzy w stosunku do odbiorcy komunikatu, gromadzenie wiedzy, czyli odtwarzanie teoretycznego kontekstu, a także doskonalenie wiedzy” (Andrychowicz-Trojanowska 2008).

Jerzy Lukszyn podkreślał, że *teksty specjalistyczne* mogą występować w różnych odmianach, mimo że należą do tej samej klasy tematycznej. Można jednak wyodrębnić wspólne właściwości, które posiadają. Są nimi: „(1) mniej lub bardziej rozbudowany układ konceptów, tj., mentalnych jednostek wiedzy, których nośnikami są terminy; (2) wewnątrznie spójny ciąg konektorów dyskursywnych, jako wykładnik odpowiedniej składni logicznej oraz (3) brak znaczeń implicite, tj. brak podtekstów, co w zasadzie wyklucza możliwość niejednoznacznych interpretacji struktury semantycznej tekstu fachowego, inaczej mówiąc stanowi o jej swoistej elementarności” (Lukszyn 2007: 52). Obecność konektorów w tekście specjalistycznym świadczy nie tylko o fachowości, ale również o uwypukleniu logiki rozumowania, co decyduje o pewnym typie zdolności, jakim jest nabywanie wiedzy przez ludzi (Bacon 2003). Takimi konektorami dyskursywnymi są różnorodne środki od gramatycznych do prozodycznych. Gramatycznymi konektorami są spójniki, rodzajniki i partykuły, leksykalnymi częste powtórzenia, m.in. w postaci skrótowców, ale także zaimki spełniające funkcje anafory i katafory. W tekście specjalistycznym zwracają również uwagę konektory semantyczne: hiperonimy, hiponimy, synonimy, antonimy itp. Poza tym wyodrębnia się także konektory składniowe (szyk wyrazów), syntaktyczne (znaki początku i końca tekstu). J. Lukszyn podkreśla, że model określonego typu

dyskursu specjalistycznego składa się z łańcucha konektorów, będącego wykładnikiem konfiguracji myśli, co z kolei jest podstawą hipertekstu. Układ komunikacji zawodowej, która jest reprezentowana w konkretnym tekście specjalistycznym przejawia się w następujący sposób: KWn -> TSx -> KWo, gdzie KWn to kontekst wiedzy nadawcy, TSx to tekst specjalistyczny, tzn. konkretny komunikat, zaś KWo to kontekst wiedzy odbiorcy (Lukszyn 2007: 54).

We wcześniejszych artykułach dotyczących *tekstu specjalistycznego* J. Lukszyn zwraca również uwagę na to, że charakteryzuje się on odrębną specyfiką, która ujawnia się np. w sztywnej organizacji tzw. szeregów syntagmatycznych, wyraźnym podziale tekstu na jednostki składowe, a także w jego funkcjach. Są one wyraźne wtedy, gdy analizuje się go z pozycji odbiorcy bądź nadawcy komunikatu lub z punktu widzenia określonej struktury konceptualnej, będącej nośnikiem wiedzy zawodowej. (Lukszyn 2003). W pierwszym wypadku „funkcje tekstu specjalistycznego są realizacją intencji nadawcy lub pochodną interpretacji odbiorcy w układzie komunikacji zawodowej” (Lukszyn 2003: 13). Podstawowymi funkcjami *tekstów specjalistycznych* są: 1) funkcja przekazu, 2) funkcja gromadzenia i 3) funkcja doskonalenia wiedzy. Wszystkie te funkcje są związane z wiedzą zawodową. Przekaz dotyczy jej aktualizacji w stosunku do zamierzonego odbiorcy. Wymaga ona uwzględnienia możliwości odbiorcy związanych z percepcją tekstu bogatego w komunikat. Realizacja drugiej funkcji wymaga od nadawcy określenia kontekstu teoretycznego. Dzięki niemu można uniknąć zakłóceń związanych z kanałem komunikacji lub deformacją wiedzy. Trzecia z funkcji odnosi się do natury komunikacji profesjonalnej. Jej zadaniem jest otwieranie coraz to nowych miejsc w tzw. konceptualnej strukturze jakiejś dziedziny.

1.5.3. Tekst medyczny a tekst naukowy, fachowy i techniczny

Jednym z wykładników fachowości *tekstu medycznego* jest jego terminologiczność. Jak już zostało napisane, każdy *tekst medyczny* (a także inny typ *tekstu specjalistycznego*) został stworzony przez specjalistę z wykorzystaniem jego specjalistycznego języka, zwanego idiolektem specjalistycznym, w celu wyrażenia wiedzy, której elementarnymi wykładnikami są składniki, fachowo nazywane terminami. W związku z tym jednym z podstawowych kryteriów fachowości *tekstów medycznych* jest stopień ich nasycenia terminologią. Terminom przyznaje się funkcję tekstotwórczą, ponieważ służą określeniu struktury konceptualnej *tekstu specjalistycznego*.

Terminologiczność jest jednak niejednoznaczną miarą fachowości tekstu, ponieważ „różne dziedziny specjalistyczne posługują się bardziej lub mniej ścisłymi językami specjalistycznymi i (...) różne terminy stanowiące składniki tego samego języka specjalistycznego są związane z mniej lub bardziej określonymi denotatami i/lub desygnatami” (Grucza 2013a: 87). Określenia *termin* powinno się używać w odniesieniu do tych leksykalnych elementów danego języka, których denotaty są jednoznacznie określone, tzn., że wszyscy użytkownicy, którzy się nimi posługują, znają je i używają w jednym z góry określonym znaczeniu. Jednak w praktyce używa się tego terminu w stosunku do wszystkich elementów leksykalnych, które zostały uznane za specyficzne w języku danej specjalności. Wobec tego można stwierdzić, że *teksty medyczne* analizowane w niniejszym *dyskursie medycznym* są *tekstami fachowymi*, ponieważ są w dużym stopniu nasycone terminologią.

Terminologiczność *tekstu medycznego* można mierzyć kwantytatywnie, czyli z punktu widzenia liczby terminów, które w nim występują lub jakościwnie, czyli z punktu widzenia jakości tych terminów. Badając stopień nasycenia określonego tekstu terminami, trzeba zdecydować, które z elementów leksykalnych można uznać za terminy, a które nie, które z nich są z pragmatycznego punktu widzenia terminami rzeczywistymi, a które ornamentalnymi czy pozornymi. Jest to istotne, ponieważ tak jak nie ma ostrej granicy między *tekstami specjalistycznymi* a niespecialistycznymi, tak nie ma jej między terminami a nieterminami. Wynika to z faktu, że języki specjalistyczne poszczególnych dziedzin rozwijają się w sposób permanentny, tzn. niektóre z terminów się dezaktualizują, inne wprowadzane są w związku z wzbogacaniem się specjalistycznej wiedzy, tzn. pogłębianiem, precyzowaniem rzeczywistości, którą ona się zajmuje. Poza tym nie wszystkim wyrażeniom leksykalnym, które uznaje się za rzeczywiste terminy, przypisuje się tę samą wartość. S. Gajda zwrócił uwagę na fakt, że: „językoznawstwo polskie prawie do końca lat 60. XX wieku w małym stopniu interesowało się terminami. Uważano, że nie stanowią one obiektu językoznawczego [...] Ten stan rzeczy zmienia się w miarę, jak coraz wyraźniejszy staje się szybki wzrost zasobu terminów i jego oddziaływania na słownictwo ogólne” (Gajda 1997: 9). Zagadnienie dotyczące fachowości pociąga za sobą kwestie związane z podobieństwami i różnicami między *tekstem specjalistycznym* a *tekstem naukowym*. Jedną z różnic jest wspomniana terminologiczność.

Poza fachowością i związaną z nią terminologicznością, tym, co odróżnia *teksty-dyskursy specjalistyczne* od innych *tekstów-dyskursów*, jest wyższy stopień implementacji pewnych współczynników tekstowości. Są nimi: struktura tematyczno-

rematyczna, dyscyplina tematyczna, zasady logiki czy jednoznaczność referencyjna. Zaś na poziomie tekst-kontekst, istotną różnicą jest to, że, jak pisał S. Grucza, „teksty specjalistyczne to teksty, które zostały sformułowane w taki sposób, że ich znaczeniowa interpretacja jest niezależna od kontekstu, zarówno wewnętrznego, jak i zewnętrznego, w którym się ona dokonuje” (Grucza 2013a: 88). Wobec tego *tekst medyczny* jest specjalistyczny wtedy, gdy jego zrozumienie nie jest zależne od takich współczynników wewnętrznych jak: stan emocjonalny odbiorcy czy mówcy, a także od miejsca, czasu interakcji komunikacyjnej czy od partnerów komunikacji. *Tekst medyczny* różni się od innych typów tekstów również tym, że poszczególne jednostki terminologiczne, które do niego należą są, tzw. wielkościami tekstotwórczymi.

Można również wysnuć wniosek, że wytworem *dyskursu medycznego* jest zarówno *tekst specjalistyczny*, jak *tekst techniczny*. *Tekst techniczny* bowiem w jednej ze swoich definicji, jawi się jako akt komunikacji, którego nadawcą są specjaliści, ale odbiorcami mogą być nie tylko naukowcy, ale również przeciętna grupa odbiorców (tak jest w przypadku czasopisma „Medical Tribune”). Jednak techniczny tekst tym będzie się różnił od *tekstu specjalistycznego*, że jest on przeznaczony dla wąskiego grona odbiorców:

proponemos definir el texto tecnico como un acto concreto de comunicación en el que los emisores son ingenieros, tecnicos o profesionales; los receptores son otros ingenieros, tecnicos, especialistas en formación o publico en general; la situación comunicativa esta relacionada con la industria, la explotación agrícola, la fabricación de productos o la oferta de servicios; el foco predominante es la exposición o la exhortación; el modo es generalmente escrito; el campo es de caracter exclusivamente tecnico (Gamero 2001: 38)⁹.

Nie ulega jednak wątpliwości, że *dyskurs medyczny* składa się z *tekstów technicznych*, przeznaczonych dla wąskiego grona odbiorców, bo takie teksty w dużej mierze tworzą czasopismo „Medical Tribune”.

Szczególnie istotne wydaje się jednak to, co odróżnia *teksty naukowe* od medycznych *tekstów specjalistycznych*, są one bowiem bardzo podobne pod względem struktury i pełnionych funkcji. Zwrócił na to uwagę m.in. W. Pytel, który o *tekstach*

⁹ Tłumaczenie: Proponujemy definiować *tekst techniczny* jako konkretny akt komunikacji, w którym nadawcami są inżynierowie, technicy lub profesjonalści; odbiorcami zaś są inni inżynierowie, technicy, ludzie będący w grupie specjalistów lub w środowisku publicznym. Sytuacja komunikacyjna prezentowana w takim tekście odnosi się do przemysłu, gospodarstwa rolnego, wytwarzania produktów lub do świadczenia usług. Dominującym celem jest nakłanianie do czegoś; styl jest głównie pisany; Tekst ma charakter wyłącznie techniczny – tłum. B. D.

naukowych i specjalistycznych pisze w kategorii podrzędności i nadrzędności. Zauważa, że *tekst naukowy* (TN) „to rodzaj (podtyp) tekstu specjalistycznego, tak więc relacja zachodząca między tymi dwoma typami tekstów to relacja nadrzędności i podrzędności, podobnie jak w przypadku stosunku: tekst specjalistyczny – tekst techniczny, czy tekst specjalistyczny – tekst ekonomiczny” (Pytel 2003: 59). *Tekst medyczny* jest więc wytworem języka specjalistycznego. Biorąc pod uwagę specjalistyczny temat, który staje się obiektem działalności językowej różnych specjalistów, można mówić o tzw. języku naukowym, tzn. o języku nauk ścisłych, języku nauk humanistycznych czy języku medycyny. S. Gajda przedstawia nieco inne podejście do tej kwestii. Proponuje on, by nie mówić o języku naukowym, ale o różnych podjęzykach naukowych związanych z poszczególnymi dyscyplinami, ponieważ każda z nich posiada swój własny wypracowany kod, gramatykę czy słownik (Gajda 1982).

Tekst naukowy jest teoretycznym, monograficznym opisem jakiegoś zagadnienia czy problemu. Podobnie jak *tekst specjalistyczny*, również jest nośnikiem wiedzy, która jest skierowana do pewnego grona odbiorców, którzy są specjalistami w dziedzinie, której ten tekst dotyczy. Można jednak zauważyć różnice związane z architekturą i organizacją *tekstu naukowego* w stosunku do innych *tekstów specjalistycznych*. Są one widoczne na wielu poziomach (Pytel 2003) począwszy od poziomu składniowego, słowotwórczego, poziomu związanego ze strukturą leksykonu terminologicznego czy z frekwencyjnym użyciem wyrazów. Często jest tak, że te rozbieżności są rozmyte, niewyraźne, wówczas nie jest łatwo odróżnić *tekst naukowy*. „Dzieje się tak dlatego, że pojęcia oznaczające różne rodzaje tekstów są w dużym stopniu uogólnione, a w ich obrębie można wydzielić znaczną ilość podtypów, w związku z czym w niektórych przypadkach przeciwstawienie: tekst naukowy – tekst innego typu traci wyrazistość” (Pytel 2003: 61).

Można więc stwierdzić, że tym, co wyróżnia specjalistyczne *teksty medyczne* jest stopień nasycenia terminologią i jej rodzaj. W zależności od typu tekstu mogą to być: quasi-terminy, hipoterminy czy terminy teoretyczne. *Teksty naukowe* cechuje m.in. występowanie wyrazów pochodzących z języka ogólnego, tzw. quasi-terminów. Obecność takich terminów wskazywałaby na to, że *teksty medyczne* są tekstami naukowymi, o czym pisze również Urszula Kokot (Kokot 1997). *Teksty naukowe* są ponadto bogate w obecność „preterminów – określeń używanych w stosunku do nowopowstałych nazw nomenklaturowych zanim zostaną one zalegalizowane przez odpowiednie służby terminologiczne; hipoterminów – wyrazów języka ogólnego

funkcjonujących w leksyce terminologicznej, np. czasowników egzystencjalnych i procesywnych, rzeczowników osobowych, niektórych przymiotników oraz terminów indywidualnych ukutych przez badacza okazjonalnie do potrzeb danego tekstu” (Pytel 2003: 61). Udział i rodzaj terminów jest tym, co pozwala odróżnić od siebie różne typy *tekstów specjalistycznych*: instruktażowy, popularyzatorski, informacyjny, dydaktyczny, teoretyczny itp.

Tekst naukowy wyróżnia się jednowymiarową strukturą związaną ze składnią logiczną. Ponadto nie ma w nim podtekstów czy wieloznaczności. Można również zauważyć szczególne środki więzy tzn. powtórzenia, takie jak: rozważmy, w tym ujęciu, a zatem. Niektórzy badacze stawiają znak równości między *tekstem naukowym* a *tekstem specjalistycznym*. Urszula Żydek-Bednarczuk, pisząc o tekście naukowym, stosuje zapis z dywizem, po którym pojawia się przymiotnik specjalistyczny: „Tekst naukowy-specjalistyczny powstaje w określonych sytuacjach, jest wytwarzany i odbierany przez nadawcę specjalistę” (Żydek-Bednarczuk 1997: 30). *Tekstowi naukowemu*, który ma charakter specjalistyczny, towarzyszą pewne ramy: pragmatyczne, komunikacyjne, a także odpowiedni dobór środków językowych. Do analizy takiego tekstu są potrzebne trzy warunki dotyczące komunikacji: kod, wiedza i cel. Komunikacja zaś zakłada odbiorcę, który w specjalistycznym tekście naukowym jest specjalistą. Brak więc odbiorcy indywidualnego. Ten typ tekstu cechuje obiektywność, pisany jest zaś językiem reprezentatywnym, deklaracyjnym i ezoterycznym.

Aby dobrze zrozumieć *tekst naukowy*, nie wystarczy znać jego ekwiwalenty, ale również rozumieć cel komunikacyjny przyświecający autorowi, kontekst, a także trzeba wykazać się znajomością pewnej określonej dziedziny (jest to związane głównie z merytorycznymi względami) (Dickel 2007). Autorzy podkreślają funkcję pragmatyczną takich tekstów, którą jest wywołanie konkretnego efektu u odbiorcy. Pisane są one językiem naukowym lub językiem fachowym. Bohuslav Havranek wyróżnił tzw. trzy języki: język literacki, język konwersacji i język specjalistyczny (podzielony na język naukowy i fachowy) (Havranek 1983). *Teksty naukowe* i fachowe przynależą więc do *tekstów specjalistycznych*, stąd określenie *tekst naukowy-specjalistyczny*. *Teksty medyczne* zaś, analizowane w niniejszej dysertacji, przynależą do *tekstów fachowych*. *Teksty fachowe* różnią się od *tekstów naukowych* nie tylko pod względem leksyki, ale również gramatyki (Dickel 2007). Aby odróżnić te typy tekstów, należy wziąć pod uwagę cztery kryteria: 1) stopień fachowości, 2) zakres komunikacyjny, 3) sposób przekazywania komunikowanej treści, 4) środek przekazu (Hoffman 1984).

Ważne jest to, co o tekście specjalistycznym pisze U. Kokot, która określa go mianem *tekstu wyspecjalizowanego*. Do takiego typu tekstu należy według niej *tekst medyczny*. Istnieje w nim baza wiadomości, które nie muszą być wyjaśniane od postaw, bo odbiorca nimi dysponuje. Autorka *tekst medyczny* klasyfikuje do *tekstu naukowego*, na co wskazuje jego płaszczyzna morfologiczna, leksykalna, a nawet składniowa. Jedną z cech naukowego *tekstu medycznego* jest występowanie rzeczowników abstrakcyjnych, co według Renaty Zawadzkiej jest charakterystyczną cechą fachowości tekstu (za Kokot 1997: 205). U. Kokot podkreśla z kolei, że w tekście medycznym występuje „wiele wyrażeń specjalistycznych tworzących grupy rzeczownikowe, typowe dla *tekstu naukowego* (np. *łososiowaty, odrowaty, wykwit*) (...) Często zamiast pełnego zdania używa się określenia przydawkowego. Zamiast zdania „zwiększa się niewydolność” („Die Unbeholfenheit nimmt zu”), występuje wyrażenie „zwiększająca się niedołożność” (Kokot 1997: 206). H. U. Müller zauważa z kolei, że jedną z charakterystycznych cech *tekstu wyspecjalizowanego* jest frekwencyjność (ok. 50 %) występowania rzeczowników w dopełniaczu (Müller 1976).

Według wspomnianej już U. Kokot tym, co łączy *teksty medyczne z tekstami naukowymi*, jest także struktura składniowa, tzn. pewna tendencja do tego, by nie używać orzeczeń. Zwraca na to uwagę S. Gajda podczas analizy *tekstów naukowych*. Uważa on, że przedmiotem komunikacji są takie treści, które nie są związane ani z kontekstem, ani z sytuacją (Gajda 1982, 1990).

Jednak R. Zawadzka, analizując *teksty medyczne i techniczne*, zauważa, że cechy *tekstu medycznego* wyraźnie wyróżniają go od innych *tekstów technicznych*. Taką różnicą jest, np. użycie czasu teraźniejszego. W *tekstach technicznych* jest to 98%, zaś w medycznych jedynie 38% (obie autorki, zarówno U. Kokot, jak R. Zawadzka, analizują niemieckie *teksty medyczne*, w związku z czym, w polskich tekstach mogą się pojawić pewne różnice). Według R. Zawadzkiej *tekst medyczny* wyróżnia się nie tylko wśród *tekstów technicznych*, ale również *naukowych*. Pisze ona, że w *tekście naukowym* charakterystyczne jest bardzo częste używanie strony biernej. Tej formy używa się tu do prezentowania jakiegoś zjawiska. Z kolei w *tekście medycznym* frekwencja występowania strony czynnej to 80%. To oznacza, że w stronie biernej czasowniki występują tylko w 20%. Jeszcze mniej w tekstach technicznych (10%) (za: Kokot 2007). Okazuje się jednak, że cechy *tekstu medycznego* zależą od jego gatunku. Teksty, które dotyczą zażywania czy dawkowania leków zawierają często zdania w stronie biernej (Berdychowska 1989).

Podsumowując, *teksty medyczne* posiadają zespół cech charakterystycznych dla *tekstu naukowego*, ale jednocześnie od niego obiegają, wyróżniają się też spośród *tekstów technicznych* (np. użyciem czasu teraźniejszego). *Teksty medyczne* mogą się dzielić na pisane i mówione, jednak te drugie nie są przedmiotem badań niniejszej dysertacji. W związku z tym miejsce *tekstu medycznego* w typologii *tekstów specjalistycznych* może wyglądać następująco¹⁰:



Rys. 1 Miejsce *tekstu medycznego* w typologii *tekstów specjalistycznych*

1.6. Dyskurs *medyczny* jako typ dyskursu specjalistycznego, profesjonalnego, naukowego i edukacyjnego

Dyskurs medyczny to taki typ *dyskursu specjalistycznego*, którego treść określa wiedza, a który ma również wiele wspólnych cech z *dyskursem naukowym*, profesjonalnym i edukacyjnym. Jest to szczególna forma realizacji języka specjalistycznego. Można zwrócić uwagę na kilka zasadniczych cech, które świadczą o tym, że przynależą do *dyskursu specjalistycznego*: terminowość (obecność mentalnych jednostek wiedzy, tzw. jednostek terminolog.); sugestywność (argumentacja

¹⁰ Na diagramie nie dokonano podziału tekstów mówionych, ponieważ nie stanowią one przedmiotu badań.

odpowiednich formuł związanych z wiedzą profesjonalną); modułowość (tzn. fakt istnienia podzielności *tekstów medycznych* na odrębne fragmenty), bezosobowość (nieujawnianie woli nadawcy komunikatu), cykliczność (powtarzalność układów terminologicznych, sposobu ich prezentacji; neutralność (brak oddziaływania emocjonalnego na odbiorcę tekstu), eksplicytność (cecha, która wyklucza możliwość różnych sprzecznych ze sobą interpretacji treści tekstów wchodzących w skład *dyskursu*) (Lukszyn 2009). Jednak *dyskurs medyczny* to szczególny typ *dyskursu specjalistycznego*, ponieważ nie zawsze można mówić o jego bezosobowości i neutralności. Bezosobowość w *dyskursie medycznym* przejawia się, np. w używaniu nieosobowych form czasownika, natomiast wola nadawcy, choć być może nie zawsze ujawniona *explicite* na poziomie tekstu, jest jednak zawsze widoczna dla odbiorcy. Wolą nadawcy *dyskursu medycznego* może być m.in.: 1) próba wpłynięcia na dobór określonych metod leczenia/ dobór odpowiednich leków w przypadku leczenia konkretnej choroby; 2) podzielenie się wiedzą na temat leczenia danej choroby; 3) pokazanie wielości metod, sposobów diagnostyki, które mogą być przełomem w leczeniu danej choroby; 4) przestroga przed podejmowaniem ryzykownych działań itp.

Neutralność obserwuje się w dystansie nadawcy do omawianych treści. Z punktu widzenia nadawcy *dyskursu medycznego* można mówić o unikaniu ujawniania własnych emocji (nawet, gdy pisze on o konkretnym przypadku klinicznym, który był na tyle trudny, że nadawca nie był pewny, co robić, co wiązało się z dużym stresem emocjonalnym). Jednak neutralność jest widoczna z punktu widzenia odbiorcy tekstu, na którego nadawca *dyskursu medycznego* jak najbardziej musi wpływać, bo celem tekstów medycznych jest oddziaływanie na odbiorcę, uświadomienie mu pewnych braków w jego wiedzy, ukazywanie, jak należy postępować.

W przypadku analizy *dyskursu medycznego* niezwykle ważne jest to, że badacze piszą o ewolucji w myśleniu o zmianie podejścia najpierw od lingwistyki związanej z systemem językowym do lingwistyki związanej z użyciem systemu, a później od języków przeznaczonych do konkretnych celów (celów związanych m.in. z jakąś działalnością zawodową) do *dyskursów profesjonalnych*, gdyż bez tego nie moglibyśmy obecnie mówić o *dyskursie medycznym*. Na ten temat pisze m.in. Carmen López-Ferrero:

Las reflexiones en torno a los textos que se producen en el ejercicio de actividades específicas han ido evolucionado a la par que los estudios sobre la lengua y su uso (...) El camino recorrido

desde el estudio de los lenguajes con fines específicos, las lenguas especiales o especializadas, los textos específicos, los discursos de especialidad y académicos hasta los discursos profesionales (López-Ferrero 2002: 196)¹¹.

Wspomniana López-Ferrero twierdzi, że w pracach dotyczących języka w konkretnym użyciu, a ściślej rzecz ujmując, w konkretnych kontekstach, badacze zaczęli używać nazwy *dyskurs profesjonalny*, zostawiając nazwę *języki specjalistyczne*. Ta zmiana nazwy wskazuje na nowe ujęcie, które wymaga odrębnego podejścia do analizy językowej *tekstów specjalistycznych*. Perspektywa języka jako systemu koncentrowała się na analizie aspektów stylistycznych, związanych z cechami leksykalnymi *dyskursów specjalistycznych*. Obecna zaś perspektywa, według badaczy zajmujących się *dyskursem specjalistycznym*, uobecnia się już od lat 80. i podąża w kierunku badań związanych ze strukturami ponadzdaniowymi i tekstowymi, w kierunku analizy funkcji *tekstów profesjonalnych*, z punktu widzenia zarówno społecznego, jak kognitywnego (Chierichetti, Mapelli 2015). W związku z powyższymi refleksjami, przyjęte przeze mnie pojęcie *dyskursu medycznego* zawiera w sobie szeroki wachlarz pojęciowy (dotyczy zarówno języka specjalistycznego, ponieważ język tworzy *dyskurs*, jak i *dyskursu specjalistycznego*, w którego skład wchodzi *dyskurs medyczny*, *dyskursu profesjonalnego*, ale również *dyskursu naukowego* i *edukacyjnego*, co przejawia się w stylu tekstów przynależących do *dyskursu medycznego*, o czym dalej).

Jak zostało wspomniane, analizowany w niniejszej dysertacji *dyskurs medyczny*, przynależy zarówno do *dyskursu profesjonalnego*, jak i *specjalistycznego*, o czym może świadczyć materiał, który został poddany analizie. Czasopismo „Medycyna po Dyplomie” można uznać za typ reprezentujący *dyskurs specjalistyczny*, zaś „Medical Tribune” byłoby reprezentantem *dyskursu profesjonalnego*. *Dyskurs profesjonalny* zawiera nie tylko analizę *dyskursów*, które są przeznaczone dla wiedzy specjalistycznej, ale również teksty tworzone przez ludzi należących do jakiejś działalności zawodowej, pozbawione jednak cech specjalistycznych (których *dyskursy specjalistyczne* nie mogą być pozbawione). Oznacza to, że o *dyskursie specjalistycznym* mówimy wówczas, gdy

¹¹ López-Ferrero C., 2002, Aproximación al análisis de los discursos profesionales: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09342002005100013 [dostęp z dnia 19.05.2021 r.]

Tłumaczenie: Refleksje na temat tekstów tworzonych przez ludzi w ich konkretnej działalności zawodowej spowodowały, że powstało wiele tekstów o języku i jego użyciu. Przebyto drogę od studiów dotyczących języków przeznaczonych do konkretnych celów, tzn. języków specjalistycznych, *tekstów specjalistycznych*, wreszcie *dyskursów specjalistycznych* i akademickich aż do *dyskursów profesjonalnych*. – tłum. B. D.

nadawcą komunikatu jest ekspert, profesjonalista, a jego wypowiedź jest bogata w różnorodne terminy, które dla laika mogą nie być w pełni zrozumiałe, zaś o *dyskursie* profesjonalnym, inaczej zawodowym mówimy wtedy, gdy komunikaty są kreowane przez specjalistów, jednak są one uboższe w specjalistyczną terminologię (w tym typie *dyskursu* nadawcą może być nie tylko reprezentant danej dziedziny zawodowej, ważna jest zaś tematyka tekstu, która musi już być związana z tą sferą działalności naukowej). Różnice są również widoczne na płaszczyźnie związanej z wiedzą naukową. W przypadku *dyskursu profesjonalnego* komunikacja traci swój specjalistyczny charakter i nie jest już bezpośrednio związana z transmisją wiedzy (każdy numer czasopisma „Medical Tribune” zawiera jedynie kilka *tekstów specjalistycznych*, które dotyczą dzielenia się wiedzą, pozostałe są tekstami, które można byłoby nazwać *dyskursem* o medycynie i nie mają nic wspólnego z przekazywaniem naukowej wiedzy). Na ten fakt zwraca uwagę również María Teresa Cabré:

Un simple analisis de la communication especializada que se produce en situaciones profesionales de distinto signo muestra una multiplicidad importante de registros, sin que ello suponga abandonar el caracter especializado del conocimiento y su transmisión, y pone de manifesto una serie de características coincidentes con las unidades utilizadas en otros tipos de situaciones comunicativas (cyt. za Chierichetti, Mappelli 2015: 129-130)¹².

W niniejszej dysertacji uważa się, że język specjalistyczny używany do komunikowania się w *dyskursie medycznym* jest znacznie bardziej pragmatyczny. To język naturalny rozumiany jako instrument służący do przekazywania wiedzy specjalistycznej i przede wszystkim język „en situación de empleo profesional, es decir una „lengua en especialidad” como dice la escuela de Praga. Es la lengua misma como sistema autonomo, pero al servicio de una función mas amplia: la transmisión de conocimientos” (Lerat 1997: 18)¹³.

¹² Tłumaczenie: Analiza komunikacji, która tworzy się w sytuacji zawodowej o różnym jej rozumieniu, pokazuje wielość ważnych rejestrów, przy czym jednocześnie wydaje się tracić swój charakter specjalistyczny związany z wiedzą i z jej przekazem, uwidacznia również szereg cech z jednostkami używanymi w różnych typach sytuacji komunikacyjnej.

¹³ Tłumaczenie: w sytuacji związanej z fachową działalnością zawodową, tzn. język w obszarze wiedzy specjalistycznej, jak to nazywa szkoła praska. To język jako system autonomiczny, ale w służbie związanej z szerszą jego rolą: z przekazywaniem wiedzy.

Pojęcie *dyskursu medycznego* tworzy się w relacji z badaniami, które są prowadzone aż do dziś, a których początki sięgają lat 20-30. ubiegłego wieku i są kojarzone ze szkołą praską. Badania te dotyczyły aspektów leksykalnych, morfosyntaktycznych i stylistycznych, które wyróżniają *teksty specjalistyczne* od tych, które są związane z językiem ogólnym i były bardzo ważne przede wszystkim dla translatologii, terminologii i leksykografii. Od lat 80. jesteśmy świadkami rosnącej roli reguł, które determinują budowę różnych gatunków *dyskursu specjalistycznego*, w tym również medycznego. Powiązanie *dyskursu medycznego* z *dyskursem specjalistycznym* jest również widoczne w definicji Swalesa, który *dyskurs specjalistyczny* definiuje jako: „eventos comunicativos creados dentro de una determinada comunidad discursiva para alcanzar cierto propósito comunicativo. En esta visión, existe una estrecha relación entre el texto especializado y su estructura que implica una serie de correlaciones entre las características conceptuales, retóricas y lingüísticas del texto mismo” (cyt. za: Chierichetti, Mapelli 2015: 10)¹⁴.

Dyskurs medyczny jest również ściśle związany z teorią dotyczącą gatunków. Gotti pisze, że gatunek z jednej strony przekazuje pewne modele instytucjonalne dla różnych aktywności społecznych czy zawodowych, a z drugiej strony determinuje charakter tekstu z punktu widzenia konceptualnego, pragmatycznego czy retorycznego, a także jego cechy leksykalne (Gotti 2011: 87). Ponadto gatunek jest szczególną kategorią pod względem kulturowym, dzięki której możliwe jest obserwowanie różnych językowych sposobów konceptualizacji rzeczywistości, w związku z tym wzorce stylistyczne, strukturalne czy lingwistyczne mogą się różnić w zależności od języka. Jednak kwestia związana z gatunkami w *dyskursie medycznym* nie zostanie w tym miejscu rozwinięta, ponieważ opis gatunków nie jest celem niniejszej dysertacji.¹⁵

Dyskurs medyczny to typ *dyskursu specjalistycznego*, ale, jak zostało wspomniane wcześniej, ma również wiele cech, które upodabniałyby go do *dyskursu edukacyjnego*. Jedną z takich cech (która jest również charakterystyczna dla *dyskursu specjalistycznego*) jest wiedza. T. van Dijk pisał, że rozpatrywanie jakiegokolwiek *dyskursu* w kategoriach wiedzy nie jest takie łatwe. Po pierwsze dlatego, że epistemiczna organizacja umysłu nie jest tym samym, co organizacja *dyskursu*, bo ona rządzi się własnymi regułami i spełnia

¹⁴ Tłumaczenie: zdarzenia komunikacyjne stworzone w określonej wspólnotce dyskursywnej, których zadaniem jest zrealizowanie celu komunikacyjnego. W tym punkcie widzenia istnieje wąska relacja między *tekstem specjalistycznym* i strukturą, która obejmuje szereg powiązań pomiędzy właściwościami konceptualnymi, retorycznymi i lingwistycznymi samego tekstu – tłum. B. D.

¹⁵ Do analizy gatunków konieczne jest inne podejście metodologiczne.

inne wymagania funkcjonalne w procesie komunikacji i interakcji¹⁶ (van Dijk 2001a). Różnice pomiędzy wiedzą i *dyskursem* wymagają bardzo różnych struktur. *Dyskurs*, zarówno mówiony, jak pisany, jest sekwencyjny, zaś struktury wiedzy są hierarchiczne i podobne do sieci. Oznacza to, że struktury poznawcze muszą być przekształcane, gdy używa się ich w *dyskursie*. Ponadto zarówno wiedza codzienna, jak i ta specjalistyczna, nie zawsze jest w *dyskursie* w bezpośredni sposób wyrażana, a często jest zastosowana w przedstawianiu konkretnych wydarzeń, przypadków, sytuacji. Taki model myślowy charakteryzuje się wyborem elementów wiedzy ogólnej oraz opisem sytuacji, zdarzeń odnoszących się do ich uczestników:

Specialized discourse may thus express both general knowledge as well as its specific application in concrete, particular 'cases' (situations, events, objects, persons, etc.). In the latter case, discourse often takes the form of stories (everyday conversational stories, or new stories), whereas specialized discourse in this case takes the form of case studies or specialized stories¹⁷ (van Dijk 2001b).

Wspomniana wiedza jest tym, co konstytuuje *dyskurs edukacyjny*. W tym typie *dyskursu* nie jest nawet ważny sam fakt istnienia wiedzy, ale przede wszystkim jej transmisja, przekazywanie i właśnie to jest głównym elementem łączącym *dyskurs edukacyjny* z *dyskursem medycznym*. Jest to szczególnie widoczne w jednej z definicji *dyskursu edukacyjnego*: „dyskurs edukacyjny może być widziany w szerokiej społecznej i kognitywnej perspektywie jako każda forma transmisji wiedzy z perspektywy eksperta do perspektywy nowicjusza w obrębie określonego horyzontu kognitywnego” (Skudrzyk, Warchała 2002: 279). Ta definicja jest istotna dla analizy *dyskursu medycznego*, który jest oparty na takich elementach jak: 1) interakcja nadawczo-odbiorcza, którą można określić jako: specjalista (lekarz będący specjalistą) -> adept (student medycyny) lub inny specjalista (lekarz będący specjalistą); 2) cel komunikacyjny, którym jest próba dążenia nadawcy-eksperta do wywołania pewnej zmiany u odbiorcy będącego partnerem

¹⁶T. van Dijk, 2001, *Specialized Discourse and Knowledge*:

<http://www.discursos.org/unpublished%20articles/SpecDis&Know.htm> [dostęp z dnia 9.11.2020 r.]

¹⁷T. van Dijk, 2001, *Specialized Discourse and Knowledge*:

<http://www.discursos.org/unpublished%20articles/SpecDis&Know.htm> [dostęp z dnia 9.11.2020 r.];

Tłumaczenie: *Dyskurs* specjalistyczny może więc wyrażać zarówno wiedzę ogólną, jak i jej specyficzne zastosowanie w konkretnych przypadkach (sytuacjach, wydarzeniach, przedmiotach, osobach itp.). *Dyskurs* przybiera postać opowieści, codziennych rozmów czy aktualnych informacji, podczas gdy *dyskurs* specjalistyczny dotyczy studiów przypadku lub wyspecjalizowanych opowieści – tłum. B.D.

interakcji (tą zmianą może być: nowy sposób patrzenia na znaną dotychczas chorobę lub na metody jej leczenia; uświadomienie bezcelowości dotychczasowego leczenia konkretnej choroby; uświadomienie, jakie leki lub metody leczenia przynoszą lepsze efekty; uświadomienie jakich błędów należy unikać; itp.). Sposób patrzenia na *dyskurs* medyczny z punktu widzenia komunikacji, w której partnerami interakcji są profesjonalista i adept, w której nadawca pragnie wywołać określoną zmianę u odbiorcy i z punktu widzenia komunikatu, który ma być dawką wiedzy dla odbiorcy, sytuowałby ten typ *dyskursu specjalistycznego* w obrębie *dyskursu edukacyjnego*. Dydaktyzm *dyskursu medycznego* jest widoczny również w funkcjach, które zostały wyodrębnione przez J. Lukszyńską jako takie, które konstytuują *tekst specjalistyczny*: edukacyjna (*tekst* jest katalizatorem procesów konceptualizacji wyodrębnionych w polu wiedzy odbiorcy) i kreatywna (*tekst* jest generatorem struktur, tzw. struktur konceptualnych, występujących w polu wiedzy zawodowej nadawcy). (Lukszyńska 2007).

Jednak to, co zostało napisane, nie pozwala na postawienie znaku równości pomiędzy tymi dwoma typami *dyskursów*. Argumentem byłoby istnienie istotnej różnicy, jaką jest fakt, że:

dyskurs edukacyjny osadza się na dysproporcji wiedzy między jego odbiorcą a podmiotem i związanym z nią zróżnicowaniem poziomów kompetencji językowo-komunikacyjnej – im niższy etap edukacji, tym te różnice większe. Dla tego typu dyskursu charakterystyczny jest więc dystans poznawczo-językowy dzielący jego uczestników, a to oznacza, że wybór środków językowostylowych przez podmiot-nauczyciela determinowany jest (powinien być) specyfiką odbiorcy, jego możliwościami intelektualno-językowymi (Nocoń 2011: 193).

W przypadku analizowanego w niniejszej dysertacji *dyskursu medycznego* owa dysproporcja wiedzy nie jest tak wielka. Odbiorcą komunikatu w *dyskursie medycznym* jest bowiem student medycyny (który już posiada dużą wiedzę na temat tej dziedziny) lub inny specjalista, który chce poznać kolejny punkt widzenia. Oczywiście, jeśli weźmie się pod uwagę, że *dyskurs medyczny* może dotyczyć również rozmowy lekarza z pacjentem, owa dysproporcja wówczas jest na podobnym poziomie, jednak w niniejszej dysertacji komunikacja ustna lekarz-pacjent nie jest opisywana, analizowany jest bowiem *dyskurs* w pisemnej, specjalistycznej odmianie języka. Ponadto, nadawca *dyskursu medycznego* najczęściej nie dostosowuje środków językowych do odbiorcy, nie wyjaśnia podstawowych pojęć, nie próbuje pisać prostszym, bardziej zrozumiałym językiem

(czasami pojawiają się jedynie wyjaśnienia trudniejszych zapożyczonych przymiotników, np. *działanie plejotropowe (pozakostne), dolegliwości stenokardialne (zamostkowe)*), zakłada bowiem, że odbiorca ma już pewną wiedzę na ten temat, inaczej niż w przypadku *dyskursu edukacyjnego*, w którym „nauczyciel powinien mówić tak, aby uczeń go rozumiał – decydując o jakościowym i ilościowym doborze terminów, sposobie ich przedstawienia, budowie jednostek składniowych, organizacji całego tekstu, musi brać pod uwagę możliwości percepcyjne ucznia” (Nocoń 2011: 193).

W tym miejscu warto również wspomnieć o podobieństwach między *dyskursem medycznym* a *dyskursem naukowym* (*dyskurs edukacyjny* jest przecież jednym z jego typów). Zestawienie *dyskursu medycznego* z *dyskursem naukowym* jest uzasadnione nie tylko dzięki naukowości *dyskursu medycznego*, tzn. na fakcie istnienia dziedziny medycznej jako dziedziny naukowej, ale w związku z tym, że *dyskurs edukacyjny* jest typem *dyskursu naukowego*. Wzajemna relacja *dyskurs medyczny - dyskurs naukowy* jest podobna do relacji *dyskurs medyczny - dyskurs edukacyjny*. Dla *dyskursu naukowego* ważne są takie pojęcia jak: zdobywanie wiedzy, wiedza naukowa, działalność naukowa (Wojtak 1999). Wspomniana już w przypadku mówienia o *dyskursie edukacyjnym* wiedza zostaje „zmagazynowana w określonym zasobie tekstów. Zasób ów narzuca zarówno wzory rozwiązywania problemów, jak i tworzenia tekstów. Powstaje bowiem określona wspólnota *dyskursu*, ukonstytuowana dzięki przyjęciu wspólnych celów działalności, form *dyskursu* oraz ustalenia gradualnej kompetencji dyskursywnej związanej z hierarchią członków” (Wojtak 1999: 139). Taką wspólnotę dyskursywną w *dyskursie medycznym* tworzą lekarze, celem ich działalności jest popularyzowanie wiedzy na temat leczenia różnych chorób, a hierarchia członków przejawia się w relacji specjalista – adept.

Jednak ważne jest przede wszystkim to, że większość cech utożsamianych z *dyskursem naukowym* znajduje swoje odzwierciedlenie w *dyskursie medycznym*. Tymi cechami są: ścisłość, obiektywizm, metodyczność, jasność, intertekstualność (Bajerowa 2008), a także precyzja, abstrakcyjność, bezosobowość i nie emocjonalność (Rejter 2018). Obiektywizm polega na stosowaniu form zasłaniających autora, np. form biernych. Z tą cechą wiąże się także brak okazywania emocji, które są zagrożeniem dla obiektywnego charakteru tego *dyskursu*. W *dyskursie medycznym* można zauważyć formuły, które wskazywałyby na istnienie obiektywizmu: por. *wykazano, że...* (MpD 9/2019/14), *jak wykazano w licznych badaniach klinicznych* (MT 3/2019/36). Jednak bardzo często można również dostrzec, że prezentowane treści są punktem widzenia

konkretnego specjalisty (autora *tekstu medycznego*), choć nie zawsze ujawnione w bezpośredni sposób na poziomie tekstu.

Z obiektywizmem ściśle wiąże się bezosobowość. *Dyskurs naukowy* charakteryzuje tzw. „maska bezosobowości”, którą tworzy się dzięki użyciu form bezosobowych czasownika lub specjalnych formuł transpozycyjnych, takich jak: „autorka (autor) niniejszej pracy, niniejszych uwag, niniejszego szkicu, opracowania itd., według obserwacji autorki (autora); autorka (autor) ma świadomość, zdaje sobie sprawę z” (Wojtak 1999: 141). *Dyskurs medyczny* na poziomie stylu tekstów wchodzących w jego skład wykazuje podobieństwo do *dyskursu naukowego*, o czym może świadczyć częsta obecność takich formuł jak: *uwagę powinny zwrócić...* (MpD 12/2018/67), *na uwagę zasługują...* (MpD 12/2018/14), *autorzy omawianego badania przeanalizowali...* (MT 3/2019/36), tzn. formuł, które mają ukrywać nadawcę, jednak nie jest to normą, bo często można również zaobserwować czasowniki w 1 osobie: *pragnę podkreślić, że (...)* *chciałabym mocno podkreślić... (...)* *Nie będzie przesadą, jeżeli powiemy, że...* (MpD 9/2019/86).

Ścisłość jest związana z zastosowaniem odpowiedniej terminologii, która stanowi sygnał przynależności tekstu do pewnej dziedziny nauki, a także z używaniem tzw. środków pewności. Są nimi wyrazy, które ukazują przekonania autora, co do prawdy podawanej dla odbiorcy informacji. Takie sygnały nadawcy są częste w czasopismach medycznych: *por. ważnym aspektem profilaktyki jest...* (MpD 9/2019/13), *jest szczególnie zalecane* (MpD 3/2019/15), *nie jest ani uzasadnione, ani wskazane...* (MpD 3/2019/16). Z kolei jasność dotyczy środków więzi, które mają odbiorcy ułatwić zrozumienie odbioru pewnych elementów, składających się na całości treściowe. Owe ułatwianie odbioru treści w *dyskursie medycznym* występuje rzadko, nadawca zakłada bowiem, że odbiorca już ma pewną wiedzę (o czym zostało już wspomniane w przypadku omawiania cech *dyskursu medycznego* w porównaniu do *dyskursu edukacyjnego*). Treści, które miałyby być pewnym wyjaśnieniem dla odbiorcy, pojawiają się w nawiasach, jednak nie jest to częsty zabieg.

Inna cecha, jaką jest metodyczność, ma zachęcić odbiorcę do studiowania treści. Realizuje się ona w zastosowaniu 1. os. 1. mn., gdyż taka forma angażuje czytelnika w *dyskurs*, ma go zachęcić do współdziałania z nadawcą (podobnie jest z formą 2. os. 1p.). Środkami metodycznymi są również wykresy czy ilustracje, które w *dyskursie medycznym* niekiedy dominują nad tekstem. Z kolei wspomniana intertekstualność w *dyskursie medycznym* uobecnia się w tym, że autor powołuje się na jakieś inne źródła,

cytując je, jednak rzadko są to wypowiedzi innych lekarzy, najczęściej nadawcy przywołują dane czy rekomendacje WHO: *Według danych WHO co roku zakażeniu ulega około miliarda ludzi...* (MpD 9/2019/85), *Zgodnie z rekomendacjami WHO...* (MpD 9/2019/85) itp.

Wobec powyższych rozważań, można stwierdzić, że z wszystkich cech *dyskursu naukowego*, *dyskurs medyczny* najmniej przejawia się w obiektywności i jasności. Konkretni specjaliści nie zawsze zasłaniają się formułami bezosobowymi, a w specyficie tekstów przez nich pisanych można wywnioskować subiektywne podejście do tematu. Z kolei jasność byłaby sprzeczna z tym, co różni badacze piszą o *tekstach specjalistycznych*, które są według nich bardziej nasycone terminologią niż *teksty naukowe*, w związku z czym nie będą w pełni zrozumiałe dla każdego odbiorcy.

Pojęcie *dyskursu medycznego* wymaga jednak czegoś więcej niż tylko mówienia o nim w kontekście wiedzy służącej do przedstawiania konkretnych przypadków czy sytuacji. Tym czymś jest kontekst. To oznacza, że *dyskurs medyczny*, przynależący do *dyskursu specjalistycznego*, zwanego inaczej eksperckim, podobnie jak *dyskurs ogólny*, wymaga wyjaśnienia pewnych sposobów kontekstualizacji: kto używa *dyskursu*, gdzie, kiedy, z kim i w jakim celu. W związku z tym teoria związana z *dyskursem* wymaga czegoś więcej niż tylko kognitywnej teorii wyrażen związanych z wiedzą specjalistyczną. Wymaga teorii poznawczej, dotyczącej modeli kontekstowych. W kontekście analizy *dyskursu medycznego*, ważne jest to, co o *dyskursach specjalistycznych* pisze T. van Dijk:

a theory of specialized discourse combines a theory of specialized texts with a theory of specialized contexts. And since (specialized) participants, or experts, are part of such a context, also their specialized knowledge is theoretically part of this account of specialized contexts. This 'contextualization' of the important knowledge component of specialized discourse has the considerable advantage that it only focuses on the *relevant* aspects of such knowledge¹⁸ (van Dijk 2001b).

¹⁸T. van Dijk, 2001, *Specialized Discourse and Knowledge*:

<http://www.discursos.org/unpublished%20articles/SpecDis&Know.htm> [dostęp z dnia 9.11.2020 r.];

Tłumaczenie: teoria *dyskursu specjalistycznego* łączy teorię *tekstów specjalistycznych* z teorią kontekstów specjalistycznych, a ponieważ (wyspecjalizowani) uczestnicy lub eksperci są częścią takiego kontekstu, również ich specjalistyczna wiedza jest teoretycznie częścią tego opisu specjalistycznych kontekstów. Ta kontekstualizacja ważnego składnika wiedzy w *dyskursie specjalistycznym* ma tę znaczną zaletę, że skupia się tylko na istotnych aspektach takiej wiedzy – tłum. B. D.

Punktem wyjścia do mówienia o *dyskursie medycznym* staje się więc język z jego realnymi kontekstami użycia. *Dyskurs medyczny* uznaje się za formę pewnego działania między osobami, zorientowaną w kierunku współzależnych od siebie celów z ich kontekstami lingwistycznymi, lokalnymi, kognitywnymi i socjokulturowymi (Chierichetti, Mapelli 2015: 9). Ponadto jest to forma praktyki społecznej wchodząca w skład obszaru związanego z *dyskursem specjalistycznym*. Parodi tak definiuje *dyskurs medyczny*: „conjunto de textos que desarrollan tópicos prototípicos de una área determinada del conocimiento científico y tecnológico y se ajustan a convenciones particulares de índole lingüística, funcional y situacional (...) conlleva la idea de un gradiente que permite visualizar una variedad de textos que circulan en los ámbitos de especialidad”¹⁹ (Parodi 2005: 66). Jest to owoc tradycji dyskursywnej związanej ze społecznością konkretnych specjalistów, wewnątrznie heterogeniczny, tzn., że zawiera różnorodne teksty, których nie można zaklasyfikować do jednego konkretnego typu, ponieważ reprezentują one warianty różnych od siebie cech stylistycznych i gatunkowych. Można w nim wyodrębnić teksty wysoko wyspecjalizowane, ale również takie, które są skoncentrowane na dotarciu do ogółu społeczeństwa. Piszą o tym również L. Chierichetti i G. Mapelli:

Desde una perspectiva de género, el discurso médico resulta heterogéneo puesto que existen géneros discursivos diferentes; algunos son propios del ámbito médico (prospecto de medicamento, nota clínica, consentimiento informado, hoja de anestesia, etc.), mientras que otros coinciden con los de otras disciplinas científicas (artículo de investigación, anuncio para pacientes, información para pacientes, manuales, etc.)²⁰ (Chierichetti, Mapelli 2015:11).

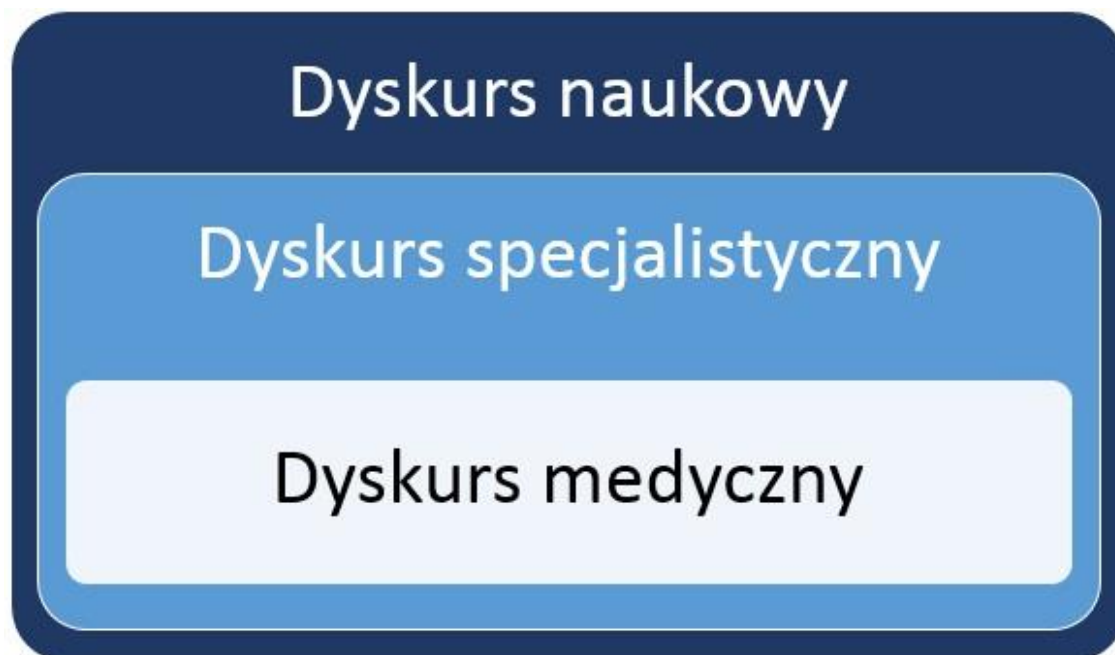
Wszystkie gatunkowe formy dyskursywne tworzą się w zależności od odbiorców, od nadawców czy stopnia specjalizacji tekstu. Będą więc miały różną organizację tekstu, różnorodny stopień zagęszczenia leksykalnego czy specyficzne właściwości

¹⁹ Tłumaczenie: zbiór tekstów, które służą rozwijaniu tematów będących paradygmatami obszaru badawczego wchodzącymi w skład *dyskursu specjalistycznego* ukierunkowanego na wiedzę naukową i techniczną. Są to teksty, które spełniają konkretne warunki o charakterze lingwistycznym, funkcjonalnym i sytuacyjnym. *Dyskurs medyczny* obejmuje koncepcję związaną ze stopniowaniem, która pozwala zobrazować wielość tekstów poruszających się wokół zakresu związanego z jakąś specjalnością. – tłum. B. D.

²⁰ Tłumaczenie: Z perspektywy gatunkowej, *dyskurs medyczny* okazuje się heterogeniczny, ponieważ istnieją różnorodne gatunki dyskursywne; jedne są typowe dla obszaru związanego z medycyną (ulotka dla pacjenta, obserwacja kliniczna, świadoma zgoda na udział w badaniu), podczas gdy inne pasują do innych dyscyplin naukowych (artykuł badawczy, ogłoszenie dla pacjentów, informacje dla pacjentów, podręczniki itp.) – tłum. B. D.

dyskursywne. Wspólnym mianownikiem gatunków medycznych jest leksyka i język specjalistyczny. Swoje wyjątkowe bogactwo terminologiczne medycyna zawdzięcza złożoności i różnorodności swojego obiektu badawczego (Chierichetti, Mapelli 2015: 11). W obszarze medycznym zbiegają się różne dyscypliny (onkologia, patologia, anatomia itp.), a także różne dziedziny naukowe wąsko związane z medycyną (tzn. psychologia, biochemia czy biologia). Stopień zagęszczenia leksykalnego różni się w zależności od gatunku. W komunikacji, której odbiorcami są eksperci przeważa bezosobowość, monosemia, pojawiają się liczne terminy bez poprzedniego ich wytłumaczenia, skróty, akronimy, anglicyzmy, latynizmy i tzw. „techniczmy” („*tecnicismi collaterati*”), które wydają się zbędne, ale są używane ze względu na stopień ich przyswojenia w socjolekcie medycznym. Środkiem, który zmniejsza stopień specjalizacji tekstu z perspektywy odbiorcy jest, np. wprowadzanie definicji do różnych terminów, przeformułowania treści, różne parafrazy czy wyjaśnienia. Jednak, jak już zostało wspomniane, takie zabiegi są w *dyskursie medycznym* rzadkie. Teksty o bardziej przystępnym stopniu odbioru są pozbawione dystansu i bezosobowości, pojawiają się zaś formy zorientowane na odbiorcę (np. bezpośrednie zwroty do niego). Jednak w wielu przypadkach zdarza się tak, że lingwistyczne cechy tekstu przeczą sugerowanemu odbiorcy. Dzieje się tak, np. w ulotce dla pacjenta (Chierichetti, Mapelli 2015: 12). Niektóre fragmenty przez swoją złożoność, wydają się nie być kierowane do przeciętnego odbiorcy, ale do lekarza.

W niniejszej dysertacji zostanie ukazane dość złożone pojęcie *dyskursu medycznego*, analizowane są bowiem *teksty specjalistyczne* o niskim stopniu czytelności (należące do czasopisma „Medycyna po Dyplomie”), ale również te o wyższym stopniu czytelności (które można odnaleźć w czasopiśmie „Medical Tribune”). W związku z tym, że *dyskurs medyczny* analizowany w niniejszej dysertacji przynależy do *dyskursu specjalistycznego*, można go zobrazować za pomocą diagramu w następujący sposób (Rys. 2):



Rys. 2 Usytuowanie *dyskursu medycznego* w typologii *dyskursów*

Reasumując, *dyskurs medyczny* to według mnie typ *dyskursu specjalistycznego* związany z medyczną sferą życia społecznego, zbiór konkretnych *dyskursów* występujących w tej sferze (także konkretnych *tekstów specjalistycznych*). Teksty te mają niejednorodny charakter pod względem stylistycznym. Zawierają w sobie bowiem cechy *tekstów naukowych* i *technicznych (zawodowych)*. *Dyskurs medyczny* jest pod wieloma względami heterogeniczny, tzn. że zawiera różne gatunki tekstów, które reprezentują różnorodne cechy leksykalne, strukturalne czy stylistyczne. Komunikat zawarty w tekście przynależącym do *dyskursu medycznego* ma nieoczywistego odbiorcę, którym jest (jak to bywa w *dyskursie specjalistycznym*) lekarz, specjalista, student medycyny, ale także (w niektórych gatunkach tekstowych) pacjent czy osoba zainteresowana tematami związanymi z medycyną czy służbą zdrowia. *Dyskurs medyczny* w aspekcie komunikacyjnym to wobec tego relacja między lekarzem a pacjentem, lekarzem a innymi specjalistami tej dziedziny czy między pacjentem a pacjentem, oscylująca wokół tematów związanych z medycyną.

Dyskurs medyczny jest ściśle wpisany w kontekst i rozumiany przeze mnie jako zdarzenie komunikacyjne, w którym istotne jest to kto mówi, do kogo, w jakim celu i za pomocą jakich środków. Tymi środkami są zaś m.in. elementy służące do przekazywania wiedzy (lub po prostu takie, dzięki którym wiedza ta jest lepiej

przyswajana przez odbiorcę): terminy medyczne (również te zapożyczone), definicje, akronimy czy skróty (a także ich wyjaśnienia), opisy chorób, sposobów leczenia itp. *Dyskurs medyczny* zawiera cechy *dyskursu naukowego*, jak i *dyskursu profesjonalnego*, ze względu na to, że, jak zostało wspomniane, w niniejszej dysertacji są analizowane teksty o różnym stopniu zagęszczenia leksykalnego, o mniejszym lub większym stopniu czytelności.

Na różnorodność *dyskursu medycznego* ma również wpływ to, że „spotykają się w nim” różne dziedziny medycyny (onkologia, psychiatria, geriatria itp., a każda z tych dziedzin charakteryzuje się swoistymi dla siebie cechami *tekstów specjalistycznych*), ale również inne dziedziny nauki (biologia, chemia, genetyka). To specyficzny typ *dyskursu specjalistycznego*, który łączy w sobie właściwie wszystkie jego gałęzie (dyskurs naukowy, profesjonalny (techniczny, zawodowy), *dyskurs fachowy*). To typ będący zbiorem tekstów o tematyce związanej z medycyną, środowiskiem lekarskim (zdrowiem, chorobami, poradami zdrowotnymi), ale także z problemami, które tej dziedziny dotyczą (prawa lekarzy, problemy służby zdrowia, problemy szpitali itp.). *Dyskurs medyczny* można podzielić na pisany i mówiony. Oba te typy będą reprezentowane przez inne gatunki i przynależć będą do odrębnych rodzajów *dyskursu specjalistycznego*. *Dyskurs medyczny* w odmianie ustnej przynależy bardziej do *dyskursu profesjonalnego* niż specjalistycznego, często dotyczy komunikacji między lekarzem a pacjentem, zaś rozmowy lekarzy między sobą mogą zawierać wiele elementów potocznych czy metafor swoistych dla środowiska lekarskiego, a mniej specjalistycznej terminologii niż w przypadku tekstu pisanego. Czasopisma medyczne analizowane w niniejszej rozprawie przynależą do typu pisanego, więc tego bardziej konkretnego, dokładnego i precyzyjnego.

Dyskurs medyczny jako typ *dyskursu specjalistycznego* reprezentuje jego cechy, choć wyróżnia się na tle innych *dyskursów specjalistycznych* swoją heterogenicznością. Z tego względu można go sytuować również w obrębie typów *dyskursu naukowego* (w tym edukacyjnego), gdyż uobecnia się on w szeregu jego cech. Różni się również w zależności, np. od pisanego i mówionego. *Dyskurs medyczny* jest niejednorodny (ze względu na typy tekstów reprezentowanych przez dwa odmienne czasopisma jest zarówno specjalistyczny, jak profesjonalny). Oznacza to, że prezentowane typy czasopism są kierowane do różnych typów odbiorców, niekoniecznie tych wyspecjalizowanych. To typ *dyskursu*, w którym ważna jest płaszczyzna związana ze słowem (terminem), bo termin jest istotnym narzędziem konstytuującym ten typ *dyskursu* i wpisuje się on w ujęcie dotyczące komunikacji i przekazywania wiedzy.

Rozdział 2

Analiza relacji nadawczo-odbiorczych w dyskursie medycznym

2.1. Ujęcie dyskursu jako zdarzenia komunikacyjnego

W niniejszej dysertacji przyjmuje się pojęcie *dyskursu* jako zdarzenia komunikacyjnego i z tej perspektywy jest on omawiany i opisywany, ponieważ *teksty medyczne* służą przekazywaniu specjalistycznej wiedzy, to jest ich główny cel, a nie może się to odbywać w oderwaniu od komunikacji. Taki punkt widzenia został zaprezentowany przez niektórych badaczy, którzy wiążą *dyskurs* z pojęciem *komunikacja*, które jest szersze niż *dyskurs* i szersze niż język. Jest to termin nadrzędny w stosunku do języka i *dyskursu*. Maciej Czerwiński pisze, że: „najwęższe znaczenie ma w układzie komunikacyjnym język – kod rozumiany jako rezerwuar znaków i zbiór reguł umożliwiających ich kombinowanie, a więc powstawanie komunikatów. *Dyskurs* zaś sytuuje się pomiędzy językiem a komunikacją” (Czerwiński 2015: 85). Jest konkretnym komunikatem. Uwzględnia się w nim poza płaszczyzną werbalną, wszystkie okoliczności jego powstania. Użyte w komunikacie elementy pozasystemowe, środki językowe czy szeroko rozumiany kontekst, to znaczenie każdego *dyskursu*. S. Gajda zauważa, że: „terminem tym zwraca się uwagę na funkcjonalne aspekty tekstu rozpatrywanego w kontekście (kto?, jak?, kiedy?, dlaczego? itd.), tj. na uczestników komunikacji i zarazem użytkowników języka, którzy komunikują swoje przekonania i emocje, zanurzeni w bardziej kompleksowe wydarzenia (sytuacje) społeczno-kulturowe, por. lekcja w szkole, zakupy w sklepie, nabożeństwo w kościele, audycja radiowa” (Gajda 1999 : 9). Jednak istnieje jeszcze inne ujęcie, w którym *dyskurs* to nie tylko konkretny komunikat, ale również kontekst i tekst razem wzięte, „suma informacji generowanych przez czynniki językowe i pozajęzykowe” (Gajda 1999 : 87).

Dyskurs powstały w pewnym kontekście jest sumą zjawisk, które pochodzą ze sfery pozajęzykowej, ale które są generowane przez dyspozycje językowe. W komunikacji jest tożsamy z kodem, jest jego realizacją. Mówiąc o tym samym zdarzeniu, stanie, tej samej rzeczy, możemy użyć różnych kodów, które urzeczywistniają się w *dyskursach*. *Dyskurs* jest terminem uwikłanym we wszystkie okoliczności, które są

uwzględniane w modelu komunikacyjnym R. Jakobsona. M. Czerwiński pisze, że: „dyskurs w sensie semantycznym to suma informacji przekazywana jednocześnie przez tekst i przez kontekst. Tekst/komunikat wysyła dyspozycje dotyczące odczytania znaczenia, więc przy każdej interpretacji uruchamiają się rozmaite wnioski/inferencje logiczne, które bada pragmatyka językowa” (Czerwiński 2015: 99). *Dyskurs* jest w tym ujęciu pewnym pomostem między *langue* a *parole*. Jest pełniejszą formułą Saussure’owskiej mowy. Powstaje w określonej społeczności nazywanej wspólnotą dyskursywną. Tworzą ją wszystkie podmioty, które są związane z działalnością w nauce, administracji, służbie zdrowia itp. Członkowie tej wspólnoty są ze sobą związani nie tyle znajomością języka, ale umiejętnością korzystania z niego w ramach konkretnego narzędzia komunikacji. Są nim gatunki odpowiednie dla danego *dyskursu*. H. Grzmil-Tylutki pisze, że: „dyskurs, choć związany z użyciem języka, nie jest jednostkową mową, *parole*. Nie należy bowiem do osoby; odwrotnie, to osoba należy do *dyskursu* w chwili, gdy przyjmuje określone role społeczne. W *dyskursie* podmiot przestaje być indywidualnością, stając się elementem miejsca podmiotowego wyznaczonego przez zinstytucjonalizowane relacje dyskursywne” (Grzmil-Tylutki 2010: 11). *Dyskurs* utożsamia z użyciem języka także Aleksander Kiklewicz, który pisze, że jest to każda jednostka mowy, która jest dłuższa od zdania, proces komunikacji, a także pragmatyczny wymiar tekstu (Kiklewicz 2015: 16).

Wcześniej, tj. na początku lat 70. XX wieku, rozwinęła się teoria filozofa niemieckiego Jurgena Habermasa pod nazwą *dyskursu* „wolnego od panowania”. Była ona rozumiana jako etyka komunikacji. *Dyskurs* rozpatruje się tutaj jako: „oznaczenie etycznie usankcjonowanych procesów rozstrzygania spornych kwestii, wymagających uzasadnienia i argumentacji, w ramach których kontrahenci są zobligowani do obrony swoich stanowisk (...) Dyskurs interpretuje się jako działanie komunikacyjne, odnoszące się do szczególnych reguł argumentacji, a mianowicie takich, które umożliwiają daleko idące równouprawnienie w interakcyjnym rozstrzygnięciu kwestii spornych” (cyt. za Konerding 2014: 467). Na konwersacyjną rolę *dyskursu* zwraca również uwagę włoski językoznawca Paolo Donati, który w taki sposób wypowiada się na temat analizy *dyskursu*:

Wszystkie założenia analizy dyskursu mają swoje korzenie w mniej lub bardziej przejrzystej perspektywie lingwistycznej, która ujmuje dyskursy jako „językowe wydarzenia”, jako działanie, poprzez które są aktualizowane i realizowane idealne i symboliczne konstrukty świata

społecznego. Pojęcie dyskursu zostało w metaforyczny sposób rozszerzone o swoje pierwotne znaczenie jako interpersonalna konwersacja. Dyskurs posiada więc wszystkie formy dialogu społecznego, w takiej formie, w jakiej ma miejsce w ramach i pomiędzy instytucjami, pomiędzy jednostkami i grupami społecznymi, a w szczególności pomiędzy organizacjami i instytucjami politycznymi (Donati 2006: 147).

Z tą tezą utożsamia się także A. Duszak, według której, *dyskurs* to wydarzenie komunikacyjne, tekst w kontekście:

Dyskurs obejmuje tu całość danego aktu komunikacji, a więc zarówno określoną werbalizację (tekst), jak i czynniki pozajęzykowe, które jej towarzyszą, tj. przede wszystkim określoną sytuację użycia oraz jej uczestników (...) Formy dyskursu (dyskursywne) są niewątpliwie elementem składowym interakcyjnej kompetencji komunikacyjnej użytkowników języka (...) Traktuję teksty pisane jako formy dyskursywne, stojąc na stanowisku, iż nie istnieją formy niedyskursywne. Cechą immanentną komunikacji językowej jest przekazywanie znaczeń interpersonalnych na linii nadawca – odbiorca. (Duszak 1998: 19-21).

Definicja A. Duszak wychodzi poza *tekst*. W *dyskursie* jest wyodrębniony nadawca i odbiorca, ale także ich wzajemne relacje wynikające z aktu komunikacji. *Dyskurs* rozpatruje się z perspektywy czynników językowych, jak i pozajęzykowych. To komunikat osadzony w kontekście sytuacyjnym.

W związku z tym, że przekazywanie wiedzy nie może odbywać się w oderwaniu od komunikacji, scharakteryzowanie komunikacji specjalistycznej i omówienie relacji nadawczo-odbiorczych w analizowanych czasopismach medycznych jest istotne dla niniejszej rozprawy doktorskiej.

2.2. Czynniki warunkujące przebieg komunikacji językowej

Już u samych źródeł komunikacji leży obowiązek dzielenia się z różnymi ludźmi swoimi doświadczeniami i refleksjami na temat wizji świata. Jednak sama komunikacja jest według Stanisława Mikołajczuka „procesem przekazywania spostrzeżeń, emocji, przejawów woli przez jednych uczestników komunikacji drugim, dokonywany przy użyciu czynnika językowego” (cyt. za Karpiński 2006: 69). Z kolei termin *komunikowanie* czy *komunikacja* według Joanny Nawackiej „posiada szerokie

zastosowanie i pozostaje przedmiotem zainteresowań wielu dyscyplin naukowych. Komunikacja jako przedmiot badań zawiera w sobie elementy przede wszystkim językoznawstwa, ale także kulturoznawstwa, socjologii, antropologii, filozofii, psychologii” (Nawacka 2015: 171). Z kolei Wojciech Gustowski w swojej definicji komunikowania się zwraca uwagę na interakcję między nadawcą a odbiorcą, pisząc, że: „samo komunikowanie definiuje się na ogół jako proces przekazywania informacji, myśli lub opinii z centrum (nazywanego źródłem bądź nadawcą) do odbiorcy posiadającego zdolność przyjęcia adresowanych treści” (Gustowski 2012: 21).

Nie ulega jednak wątpliwości, że komunikacja odbywa się przy pomocy lub za pośrednictwem języka i jego różnych środków. Język składa się z tzw. czynników wewnętrznych (ponieważ znajduje się w mózgach ludzi, w których według Karpińskiego (Karpiński 2006) istnieją pewne punkty odniesienia związane z konkretnymi operacjami językowymi) oraz z czynników zewnętrznych. Jest efektem rozwoju człowieka, ale również steruje jego rozwojem, a także uniwersalnym narzędziem służącym do wyrażania treści, które powstają w umysłach ludzi. Wypowiedzi mają postać „zarówno komunikatów wizualno-akustycznych jak i wizualno-graficznych. Może to być mowa – bodziec słuchowy, czy wszelkie odmiany tekstu-odbierane jako bodźce wzrokowe lub też inne formy percepowane pozostałymi zmysłami, pomagające w lepszym zrozumieniu danej informacji, np. dotykowe pismo dla niewidomych” (Karpiński 2006: 69). Język jest więc sposobem przekazywania wiedzy. W kodzie komunikacyjnym zostaje umieszczona myśl, którą chce się przekazać i wówczas tworzy się zjawisko, które składa się ze strony formalnej i znaczeniowej. Odbiorca określa typ kodu, po czym analizuje go od strony znaczeniowej. W procesie komunikacji wyróżnia się trzy składniki: nadawcę odbiorcę i informację. Dodatkowo całe to zdarzenie ma miejsce w szerszej rzeczywistości, która je otacza. Komunikat może również dotyczyć kontekstu sytuacyjnego, czyli różnego rodzaju czynników, które determinują wartość komunikacyjną określonej wypowiedzi. Zwróciła na to uwagę także J. Nawacka, która pisze, że:

istotą komunikacji jest postrzeganie jej jako sytuacji zmiennej, zależnej od wielu czynników. Liczba uczestników procesu komunikacji międzyludzkiej wpływa znacząco na postrzeganie sytuacji komunikacyjnej, znaczna liczba interlokutorów zwiększa możliwość różnorodnej interpretacji treści komunikatów. Także treść i rodzaj relacji między uczestnikami komunikacji modyfikuje znaczenie komunikacji, która jako proces jest zmienna, przebiega etapami i rozwija się w czasie (Nawacka 2015: 172).

Innymi czynnikami komunikacji są: uwarunkowania kulturowe, psychiczne, czasowe i przestrzenne. Mają one duży wpływ na zrozumienie komunikatu nadawcy i na reakcję odbiorcy. Zaistnienie pełnego aktu komunikacji uniemożliwia brak kontekstu, nawet jeśli nadawca i odbiorca używają tego samego kodu, a wzajemne porozumienie się uczestników komunikacji jest koniecznym warunkiem rozwoju etnolektu. Podczas wydarzenia komunikacyjnego ma miejsce przetwarzanie i pobieranie intelektualnych składników z otaczającej rzeczywistości, a także ich zapamiętywanie. Wtedy też wzbogaca się system kodowania-rozkodowywania części znaczeniowej z komunikatu. Jednak Karpiński pisze, że „komunikacja językowa w szczególności w dalszym odniesieniu do technolektów wymaga analizy ciągłego procesu przebiegu informacji, gdyż taka postać WKJ²¹ jest adekwatna do metod pozyskiwania i wymiany wiedzy w różnych dziedzinach naukowych” (Karpiński 2006: 72).

Akt komunikacji można uznać za kompletny, kiedy wypowiedź stworzona przez nadawcę jest odpowiednio zrozumiana i odebrana przez odbiorcę. Miejsce dekodowania komunikatu przez odbiorcę nazywa się sferą percepcyjną. Odbiorca odwołuje się do pojęć, tzn. pewnych cech, które znajdują się w jego własnej wiedzy konceptualnej. Wykorzystuje zdobyte przez siebie wcześniej doświadczenia za pomocą zmysłów i dzięki nabytemu zestawowi cech abstrakcyjnych pojęć odbiera dany komunikat. Miejsce odbioru informacji nazywane jest kanałem informacyjnym. Każdy człowiek ma tyle samo kanałów informacyjnych, co zmysłów. W związku z tym, ile zmysłów, tyle rodzajów przekazu. Im większe jest doświadczenie odbiorcy w komunikowaniu się, tym lepiej będzie mu zrozumieć informację. Analiza całego procesu interpretowania informacji pokazuje, że ludzie potrafią uczestniczyć w aktach komunikacji mownej, ponieważ posiadają zbiory reguł, które rządzą komunikacją w przypadku nadawania, tworzenia czy odbierania wypowiedzi (Kielar 2002). Najlepsze zrozumienie treści powstałych w komunikacie jest możliwe dzięki porównaniu elementów kodu językowego z zasobami konceptualnej wiedzy. Później następuje reakcja na otrzymaną treść. Jednak, jak pisała J. Nawacka: „bezpośredni sposób komunikowania się gwarantuje natychmiastowe sprzężenie zwrotne, tzw. dialogiczność, gdzie nadawca i odbiorca wymieniają się swoimi rolami podczas ciągłego kontaktu” (Nawacka 2015: 173). W przypadku komunikacji

²¹ WKJ (wydarzenie komunikacji językowej).

pisanej, kiedy nadawca jest twórcą tekstu, a odbiorca czytelnikiem, reakcja odbiorcy będąca sprzężeniem zwrotnym, nie jest znana nadawcy).

Właściwe zinterpretowanie komunikatu jest zależne od jego formy, a także od sytuacji, w jakiej odebrał go nadawca. O fortunności aktu komunikacji decyduje także: typ nadawcy, rola społeczna, jaką pełni, typ odbiorcy, doświadczenie uczestników aktu komunikacji (wiedza konceptualna), ich wiek, status społeczno-ekonomiczny, czas i miejsce, tematyka dialogu czy płeć. Komunikacja dokonuje się jednak nie tylko przy pomocy języka, poza kodem językowym można wyróżnić jeszcze trzy inne rodzaje kodów: kinetyczny, proksemiczny czy graficzny. Ten trzeci jest najbardziej istotny w niniejszej pracy, ponieważ analizie zostały podane czasopisma lekarskie, w przypadku których, podczas analizy komunikatu kreowanego przez nadawcę będą istotne także takie aspekty jak: wielkość czy krój liter. Czynniki okołojęzykowymi, które mogą wpływać na dekodowanie i kodowanie informacji według Karpińskiego są:

- stan fizyczny nadawcy i odbiorcy, który wpływa na stopień rozumienia poprzez czynniki nieintelektualne, związane z zewnętrznymi przejawami, takimi jak: stan zdrowia, poziom zmęczenia, czas i miejsce percepcji oraz otoczenie;
- stan psychiczny nadawcy i odbiorcy, odnoszący się do wewnętrznych czynników, takich jak: stres, przebieg dotychczasowej komunikacji, osobiste zaangażowanie, stopień koncentracji;
- wzajemny stosunek uczestników WKJ – negatywny lub pozytywny stosunek może znacząco wpływać na dekodowanie, gdyż w zależności od tego czynnika intelektualny wysiłek włożony w rozumienie może być zróżnicowany (...) Stosunek jest tutaj rozumiany jako dość szerokie pojęcie, które może zawierać w sobie nie tylko przesłanki na tle merytorycznym, lecz także ocenę sposobu budowania przez nadawcę komunikatu
- prędkość wysyłania-odbierania komunikatu – dotyczy głównie form niepisemnych (Karpiński 2008: 32).

Ponieważ przebieg komunikacji nie kończy się na jednostkowej wymianie informacji, w niniejszej rozprawie jest rozpatrywana dłuższa wymiana, tzn. nadawca rozpoczyna jako pierwszy, a odbiorca jest rozumiany jako czytelnik, rozmówca czy „inne gremium zainteresowane informacjami nadawcy” (Karpiński: 2006: 75). W analizowanym materiale mamy do czynienia z komunikacją specjalistyczną, w której jednostkowy system konceptualny zawiera rdzeń. Jest nim tzw. system kodowo-konceptualny (zestaw pojęć używanych w komunikacji zawodowej, tzw. technolekt, który bazuje na słownictwie specjalistycznym). W trakcie takiej komunikacji mogą

powstać pewne zakłócenia, tj. „brak odbioru informacji specjalistycznej w percepcji komunikatu poprzez zmianę zarówno parametrów rozumienia językowego, jak i czynników psychofizycznych” (Karpínski 2006: 78). Jednak nie jest możliwe, by odbiorca nie zarejestrował żadnej wiadomości. Percepcja zachodzi bowiem automatycznie, a konceptualna wiedza odbiorcy, która jest ukierunkowana na konkretny wycinek działalności zawodowej, zostaje autonomicznie powiększona o określoną ilość konceptów, zawierających pozytywne lub negatywne sygnały na temat określonego obszaru wiedzy. S. P. Morreale zwraca uwagę na dużą rolę, jaką odgrywa komunikacja w relacjach międzyludzkich: „komunikacja pomaga tworzyć związki, wspiera ludzi w sytuacjach kryzysowych, wzmacnia pozytywną samoocenę, wzmacnia zaangażowanie, sprzyja kształtowaniu się lojalności i spójności między ludźmi (...) Dzięki komunikacji powstają mity i opowieści, kształtują się rytuały i ceremonie, tworzą się zasady, normy i schematy, komunikacja nadaje znaczenie i wyzwala oczekiwania” (Morreale, Spitzberg, Barge 2007: 46-47). Takie oczekiwania będzie wyzwalać w odbiorcach *tekst specjalistyczny*, będący tworzywem komunikacji specjalistycznej.

2.3. Komunikacja specjalistyczna

Komunikacja specjalistyczna, tak jak języki specjalistyczne, jest związana z nieustannie postępującym specjalizowaniem się działalności ludzkiej oraz przyrostem i różnorodnością wiedzy. To właśnie ona, wiedza specjalistyczna, jest przedmiotem komunikacji. Wiedza, która odnosi się do konkretnego wyspecjalizowanego obszaru rzeczywistości, stanowi najistotniejszy wyróżnik komunikacji specjalistycznej. Jednak idealna wiedza powinna się wyróżniać określonymi czynnikami. Zauważył to S. Gajda, który pisał, że powinna ona być uporządkowana logicznie, a także wyróżniać się wysoką wartością informacyjną, a to z kolei pociąga za sobą takie jej cechy jak: racjonalność, ścisłość i abstrakcyjność (Gajda 1993). W odróżnieniu od wiedzy codziennej nabywanej przez doświadczenie, wiedza specjalistyczna jest „przyswajana i gromadzona w procesie derywowania jej z wiedzy ogólnej oraz świadomego uczenia się. Wiedza specjalistyczna, którą ludzie rozwijają indywidualnie przy pomocy kognicji, przechowywana jest w formie licznych reprezentacji mentalnych, stanowiących kognitywne modele obiektów i zdarzeń, do których się odnoszą” (Berdychowska 2010: 61).

W komunikacji ogólnej również mogą występować elementy wiedzy specjalistycznej, ale zwyczajna komunikacja staje się specjalistyczną wtedy, gdy jej

podmiotem są ludzie, którzy taką wiedzę mogą posiadać, tj. specjaliści w danej dziedzinie wiedzy. Aby wejść do wspólnoty komunikacyjnej tych, którzy posiadają specjalistyczną wiedzę, wystarczy znać i umieć stosować określony fragment rzeczywistości językowej, który reprezentuje wiedzę specjalistyczną. Celem takiej specjalistycznej komunikacji jest, tzw. transfer wiedzy, tzn. uzyskanie porozumienia z odbiorcą, co do treściowej zawartości komunikatu. Wyróżnia się różne rodzaje komunikacji w zależności od zróżnicowania zasobów wiedzy specjalistycznej: jeśli podmiotami komunikacji są osoby, które posiadają porównywalną do siebie, zorganizowaną wiedzę specjalistyczną, wówczas mówi się o komunikacji symetrycznej. Poza wiedzą, w komunikacji specjalistycznej ważne jest również słownictwo specjalistyczne i terminologia. To właśnie na tym jest skoncentrowana uwaga lingwistów, którzy zajmują się komunikacją specjalistyczną. M. Duś i R. Kołodziej pisali, że: „znajomość terminów specjalistycznych oraz adekwatne i jednolite ich stosowanie ułatwia komunikację specjalistyczną nie tylko pomiędzy laikiem a specjalistą, lecz również pomiędzy samymi specjalistami” (Duś, Kołodziej 2016: 93).

Jednak porozumienie w komunikacji specjalistycznej jest możliwe również w przypadku asymetrii. Berdychowska zauważa, że:

możliwe jest także osiągnięcie pewnego porozumienia w komunikacji specjalistycznej w szerokim rozumieniu, charakteryzującej się asymetrią wiedzy specjalistycznej partnerów komunikacji. Ze względu na asymetrię kontekstu specjalistycznego komunikacja taka jest satysfakcjonująca, ale na określonym poziomie oczekiwań. O jej powodzeniu decyduje trafność oceny posiadanej przez adresata wiedzy oraz zakładanych możliwości jej przetworzenia przez adresata” (Berdychowska 2010: 62).

Wspomniany wcześniej transfer wiedzy wiąże się z upowszechnieniem rezultatów myślenia, a także z ich wymianą pomiędzy uczestnikami określonej wspólnoty kulturowej. To działanie przejawia się w nadawaniu pewnemu wycinkowi wiedzy reprezentacji o charakterze, min. tekstowym, często w połączeniu ze znakami graficznymi czy obrazami. Jednak w wielu dziedzinach wiedza specjalistyczna ma także inną, „niejęzykową reprezentację znakową” (Berdychowska 2010: 63). Zdaniem S. Gruczy, kompetencja specjalistyczna niejako wymusza posiadanie czterech, według niego podstawowych rodzajów kompetencji specjalistycznej. Są nimi: specjalistyczna kompetencja kulturowa, specjalistyczna kompetencja interakcyjna i specjalistyczna

kompetencja językowa, a także specjalistyczna kompetencja dyskursywna (Grucza 2008: 154-170). Nie ogranicza się ona do umiejętności tworzenia *tekstów specjalistycznych*, ale dotyczy także umiejętności wytwarzania nowej, specjalistycznej wiedzy, z wiedzy już zgromadzonej, „tj. naukowego lub praktycznego rozwiązywania specjalistycznych problemów” (Berdychowska 2010: 65). W związku z tym komunikacja specjalistyczna przebiega podobnie, jak się to obserwuje w ogólnym modelu komunikacji międzyludzkiej, poza tym, że w tym przypadku nadawca i odbiorca to specjaliści w obszarze, w jakim się porozumiewają, zaś pomiędzy nimi znajduje się *tekst specjalistyczny*. Jak zauważył Richard Koch „tekst specjalistyczny to tekst sporządzony przez specjalistę, który wyraża swoją wiedzę poprzez język specjalistyczny. Rozumienie tekstu specjalistycznego to rekonstrukcja pewnej wiedzy przekazanej w tym tekście, dokonywana przez odbiorcę komunikatu, który musi być specjalistą, aby mógł tej rekonstrukcji dokonać” (Koch 1997: 142).

Istnieje także inny model komunikacji specjalistycznej, taki, w którym nadawca jest specjalistą, a odbiorca niespecjalistą. Można to zaobserwować w przypadku fachowej komunikacji prawniczej, a także medycznej. R. Koch, która analizował specjalistyczny język prawniczy, podkreśla, że specjaliści posługują się wówczas terminologią fachową, pochodzącą z języka prawnego, ale, by ją wyjaśniać i komentować, stosuje się ją w metajęzyku, czyli języku prawniczym (Koch 1997). Język specjalistyczny może więc być medium w komunikacji fachowej, ale jednocześnie łącznikiem między specjalistą a niespecjalistą, „nauczycielem” i „uczniem”. Beata Szpingier wyróżnia dwa poziomy komunikacji we włoskim języku medycyny: ten, który dotyczy pacjentów (*uso popolare*) i ten, który jest charakterystyczny dla lekarzy (*uso specialistico*). Odróżnia więc język, którym posługują się pacjenci, od języka, którym posługują się między sobą lekarze. Zaznacza także, że w dziedzinie medycyny mamy do czynienia z komunikacją wielopoziomową i podkreśla, że: „wynika ona (oprócz złożoności przedmiotu i podmiotu badań) z kompleksowej struktury pracowników tzn. służby zdrowia. Dotyczy ona zróżnicowanego kontekstu sytuacyjnego, ponieważ może odnosić się do sposobu porozumiewania się między innymi na poziomie: lekarz-lekarz, lekarz-pacjent, lekarz, zespół interdyscyplinarny (personel średniego stopnia, lekarze innych specjalności, naukowcy innych specjalności)” (Szpingier 2017: 13).

2.4. Relacje nadawczo-odbiorcze w dyskursie medycznym

W związku z tym, że dyskurs medyczny jest analizowany w tekstach prasowych, przychyliam się do tego, co o tekście pisała Magdalena Ślawska: „tekst w mediach jest działaniem interakcyjnym, tworzonym ze względu na wzajemne oddziaływanie jego nadawcy oraz odbiorcy. Tekst prasowy jest pewnego rodzaju dialogiem między dziennikarzem a czytelnikiem. Ten dialog pojawia się na wielu poziomach tekstu” (Ślawska 2016: 131). W czasopiśmie medycznych sporo jednak miejsca zajmują *teksty naukowe, specjalistyczne*. Danuta Ostaszewska, która opisywała relacje nadawczo-odbiorcze w tych typach tekstów zwraca uwagę na różne ważne kwestie, które mają wiele wspólnego również z *tekstem specjalistycznym*. Ostaszewska pisze, że: „relacje nadawczo-odbiorcze kształtują się różnie w różnych typach wypowiedzi. To oczywiste, że *tekst naukowy*, w tym także *tekst specjalistyczny* należy do tych typów wypowiedzi, w których nadawca, a zwłaszcza prognozowany przez niego odbiorca, jest mniej jawnie uobecniony (...) W tekście naukowym brak wyraźnych sygnałów dialogu nadawcy z odbiorcą” (Ostaszewska 2001: 192). Jednak, by akt komunikacji mógł być spełniony, tzn. żeby komunikat nadawcy został odpowiednio przyjęty, musi on zorientować przekaz na odbiorcę. Cel komunikacyjny może się spełnić jedynie wtedy, gdy między nadawcą a odbiorcą zostanie osiągnięte porozumienie. Ten aspekt jest znacznie łatwiejszy w *dyskursie* ustnym, „gdzie sytuacja komunikacyjna stwarza możliwość korekt ad hoc” (Ostaszewska 2001: 192). W tekście pisany nie ma takiej możliwości, dlatego konieczne jest, by twórca tekstu prognozował udział odbiorcy w tworzonym przez siebie komunikacie. To zagadnienie odnosi się zarówno do *tekstu naukowego*, jak *specjalistycznego*. D. Ostaszewska pisze także o tym, że w przypadku wąskiej specjalizacji nauki, nie wymaga się ujawnienia adresata i nie jest on zwykle sygnowany eksplicytnie, gdyż „autor naukowego przekazu ma pewność, iż jest to odbiorca wyspecjalizowany, którym się utożsamia i który winien się z nim utożsamiać. Naukowy kontakt opiera się tutaj na zasobie specjalistycznej wiedzy, która jest znana odbiorcy – oczywiście tę znajomość zakłada nadawca” (Ostaszewska 2001: 196). Naukowy dialog ma szansę na urzeczywistnienie, jeśli nadawca zakłada znajomość kodu językowego (terminów naukowych związanych ze specjalistyczną leksyką typową dla określonej dziedziny wiedzy).

Anna Jopek zwraca uwagę na to, że: „immanentną cechą komunikacji językowej jest komunikowanie znaczeń interpersonalnych na poziomie nadawca-odbiorca” (Jopek

2008: 85). Jednak znaczenie może być realizowane każdorazowo w tekście albo być w tekście przypisane. Tzn., że może być konstruowane przez odbiorcę albo przekazywane „na linii” nadawca-odbiorca. Wpływa na to wiele czynników. W *dyskursie* zaś, jak twierdzi wspomniana wyżej A. Jopek, „znaczenia i interpretacje różnią się w zależności od użytkownika/odbiorcy oraz kontekstu” (Jopek 2008: 85). O roli kontekstu pisze również James Martin, który zauważa, że: „tekst postrzegany jest jako dynamiczny proces komunikacyjny, zawierający wiele czynników mających znaczenie dla kontekstu (m.in. intencję nadawcy, tło kulturowe, cel komunikacji i reakcję adresata). Proces, w którym zarówno „piszący” (writer) jak i „czytający” (reader) wspólnie kreują dany tekst” (cyt. za Jopek 2008: 86). Tworzenie tekstu postrzega się jako konieczność wyborów nadawcy, który musi uwzględniać potrzeby odbiorców. W przypadku analizowanych przeze mnie czasopism medycznych tą potrzebą będzie między innymi poszerzenie wiedzy i zdobycie informacji na temat różnych chorób i sposobu ich leczenia).

Tekst pisany jest inną formą komunikacji niż tekst mówiony, istnieje wiele różnic między nimi, np. kontekst użycia (w przypadku tekstu mówionego jest to kontekst natychmiastowego użycia, a w przypadku tekstu pisanego kontekst ewentualnego użycia). Jednak w obu tych rodzajach tekstów znaczenie wyłania się, dzięki interakcji, która zachodzi między piszącym i czytającym. Nadawca tekstu dokonuje pewnych wyborów, które wpływają na kształt danego tekstu. Tymi wyborami są określone strategie pragmatyczne, które stanowią o relacji między piszącym i czytającym. Jak już zostało wspomniane, w tekście naukowym, a więc również w tekście specjalistycznym owe strategie będą mniej widoczne. Relacja, która łączy odbiorcę i nadawcę tekstu pisanego ma charakter interakcyjności, tzn. że sugeruje się istnienie w nim ukrytego dialogu. Anna Duszak pisze, że: „tekst staje się obszarem rozwiązywania problemów poprzez ustalanie pytań i szukanie na nie odpowiedzi” (Duszak 1998: 157). Piszący próbuje uprzedzić pytania, które nasuwają się czytelnikowi w kontekście hipotez czy faktów, które są mu przedstawiane. Przedstawia określony materiał dowodowy, by bronić sformułowanej tezy. Czytelnik decyduje o jej przyjęciu lub nie. Jedną z cech dialogowości jest bezpośrednio zwracanie się do czytelnika, m.in. za pośrednictwem zaimka „my”. Ważny jest także ton wypowiedzi, który emanuje z tekstu. Ukazuje on, w jaki sposób nadawca postrzega swoją więź z odbiorcą.

Różne role nadawcy w tekście artykułu wstępnego

Czasopisma medyczne kierowane są do różnego typu odbiorców, ale to grono zostaje zawężone ze względu na rodzaj treści, które możemy w nich odnaleźć. Odbiorca takiego miesięcznika jest specyficzny i nieprzypadkowy, a jego specyfika wyraża się w:

- posiadaniu podstawowej wiedzy medycznej
- byciu na bieżąco z aktualnymi problemami i tematami związanymi ze środowiskiem lekarskim, a także z prawem medycznym
- znajomości języka specjalistycznego
- byciu zainteresowanym tematami związanymi z medycyną, tzn. chorobami, leczeniem, służbą zdrowia itp.

Faktem jest, że główną osobą, do której jest kierowane czasopismo medyczne jest lekarz, absolwent medycyny lub praktykant odbywający staż w szpitalu. Sugeruje to podtytuł gazety „Medical Tribune”, który brzmi: *Prawo, finanse zarządzanie od lekarzy dla lekarzy*, a także tytuł drugiej: „Medycyna po Dyplomie” (co oznacza: po dyplomie ukończenia wyższych studiów medycznych). Świadczą o tym także niektóre zwroty kierowane bezpośrednio do lekarzy:

Tematem numeru „Medycyny po Dyplomie”, która właśnie trafia do **Państwa**, jest choroba refluksowa przełyku. Problem ten jest tak częsty w codziennej praktyce lekarskiej, że warto zaktualizować swoją wiedzę na ten temat (MpD 10/2018/2)

Masz problem związany z wykonywaniem zawodu lekarza? **Zadaj** pytanie! (tekst umieszczony u dołu strony w specjalnej ramce, w dziale pytań i odpowiedzi- dop. B.D.) (MT 12/2018/15)

Warto zwrócić uwagę na to, że słowa kierowane do odbiorców różnią się w zależności od czasopisma. W czasopiśmie „Medycyna po Dyplomie” jest więcej zwrotów grzecznościowych²²: por. *trafia do Państwa, Szanowni Państwo czy będą Państwo Doktorstwo* (czytać o tym w kolejnym numerze). Z kolei w „Medical Tribune” kontakt między nadawcą a odbiorcą zdaje się być bardziej bezpośredni, jednak w obu czasopismach przestrzega się etyki w komunikacji, o której pisała Ewa Malinowska, analizując *dyskurs instytucjonalny*: „Jednym z warunków powodzenia komunikacyjnego

²² Według Ewy Malinowskiej, świadczy to o: „wysokim szacunku do odbiorcy, o zwracaniu uwagi na etykietałne akty mowy” (Malinowska 2016: 34).

jest przestrzeganie etyki kontaktu językowego, a podstawą owej etyki jest podmiotowe, a nie instrumentalne traktowanie się uczestników dialogu” (Malinowska 2016: 34).

Grażyna Habrajska zwraca uwagę na to, że: „Każdy poziom języka znajduje odbicie w trzech blokach: intencji, realizacji i interpretacji. Wyjściowym blokiem w gramatyce komunikacyjnej jest blok intencji, w którym znajduje się prewerbalny schemat zamiaru komunikacyjnego. Zawiera on trzy typy planowanej informacji: na poziomie ideacyjnym – co mówię?, na poziomie interakcyjnym – po co mówię? i na poziomie dyskursu – jak mówię?” (Habrajska 2001: 48). Głównym celem rozdziału będzie próba odpowiedzi na pytanie: co mówi, po co mówi i jak mówi nadawca czasopisma medycznego.

Zdaniem Anny Starzec, komunikacja dzieli się na zewnątrztekstową, której przykładem jest kontakt bezpośredni (dialog czy kontakt oratorski) i wewnątrztekstową, która dotyczy tekstu pisanego. Taki podział jest dla niniejszej pracy istotny z tego powodu, że analizie zostały poddane głównie *teksty specjalistyczne*, należące do komunikacji wewnątrztekstowej, ale w czasopismach specjalistycznych można również zauważyć wywiady z lekarzami, które, choć utrwalone graficznie, będą przynależać do komunikacji zewnątrztekstowej²³. Wspomniana A. Starzec zauważa, że tekst pisany „stwarza zupełnie odmienne relacje komunikacyjne istotnie niekiedy różniące się od ról znanych z kontaktów ustnych. Ten typ komunikatu wymaga więc użycia innych środków językowych, takich, które pozwolą odbiorcy je aktualizować w dowolnej sytuacji i w dowolnym czasie” (Starzec 1999: 188). Do wewnętrznej struktury tekstowej należy osoba nadawcy, jego wirtualnego odbiorcy, relacje zachodzące między nimi, ich wiedza o świecie i doświadczenie (Labocha 1990: 56).

2.4.1. Różne role nadawcy w tekście artykułu wstępnego w czasopiśmie „Medical Tribune”

Rozważania na temat relacji nadawczo-odbiorczych w *dyskursie medycznym* warto rozpocząć od analizy artykułów wstępnych, ponieważ to właśnie w tym typie tekstu zostaje nakreślony cel czasopisma, ponadto jest w nim zawarta informacja na temat tego, do kogo czasopismo jest kierowane, tzn. kto jest jego odbiorcą. Porównane zostaną

²³ Mowa tu o dialogach dziennikarza z lekarzami, których w czasopismach medycznych jest bardzo dużo, a które, choć stanowią tekst pisany, należą do komunikacji zewnątrztekstowej. Wywiad z lekarzem i *tekst specjalistyczny* różni bowiem od siebie komunikatu.

artykuły wstępne pochodzące z czasopisma „Medical Tribune” i „Medycyna po Dyplomie”, ponieważ różnią się od siebie w sposobie kreowania komunikatu, co pozwala zobrazować heterogeniczność *dyskursu medycznego*.

Czasopismo „Medical Tribune” jest czasopismem ogólnym, tzn. że poruszane są w nim tematy dotyczące różnych dziedzin i gałęzi medycyny: psychologii, psychiatrii, onkologii itp., dlatego z reguły sięga po nie każdy lekarz czy absolwent medycyny, ponieważ może w nim znaleźć coś dla siebie. Cel czasopisma, wyraźnie podkreślony w jednym z artykułów wstępnych, gdzie nadawca sugeruje, że nie dotyczy ono jedynie informowania o chorobach i sposobach ich leczenia:

Jednak **nasz miesięcznik ma być** nie tylko opisem, analizą rzeczywistości, lecz również – a może przede wszystkim – **zapowiadaniem i ostrzeganiem** przed tym, co nadchodzi w ochronie zdrowia. **Ma tłumaczyć i pomagać** – i na etacie, i we własnym biznesie – podkreślać sukcesy polskiej medycyny, dostosowywać do codziennej praktyki najnowsze wytyczne towarzystw naukowych. (MT 02/2018/2).

W czasopiśmie można zaobserwować zawiłą sytuację komunikacyjną, na którą składa się układ wielu nadawców. Na taki fakt zwróciła uwagę Wioletta Kochmańska, która analizowała relację nadawczo-odbiorczą w tekstach internetowych o tematyce sportowej. Wyodrębnia ona, np. nadawcę instytucjonalnego, nadawcę-redaktora czy nadawcę-użytkownika i pisze, że: „nadawca odzwierciedla zawiłą i piętrowo ułożoną sytuację komunikacyjną i jawi się jako zhierarchizowany i wzajemnie powiązany układ wielu nadawców” (Kochmańska 2014: 215). Nadawcami w czasopiśmie „Medical Tribune” są nie tylko lekarze czy specjaliści w danej dziedzinie, ale również dziennikarze, którzy wchodzi lub nie w skład komitetu redakcyjnego. Wszyscy nadawcy zostaną scharakteryzowani z uwzględnieniem relacji, która łączy ich z odbiorcą. W skład komitetu redakcyjnego czasopisma wchodzi wiele nazwisk dziennikarzy, wśród nich są też ci, którzy tworzą teksty (choć nie wszyscy twórcy tekstów przynależą do tego komitetu).

Nadawcą artykułu wstępnego jest Iwona Konarska. Jej nazwisko wraz ze zdjęciem widnieje w lewym górnym rogu strony. Artykuł wstępny to komentarz od redaktora naczelnego, który odnosi się do treści, najważniejszego tekstu (według niego) lub kilku tekstów w numerze. Janina Fras pisała, że ma on zachęcić do lektury, sugeruje jego interpretację, treść lub przesłanie (Fras 1999: 84). Zwracano również uwagę na jego funkcję perswazyjną (Pachowicz 2009). Artykuł wstępny zawsze jest poprzedzony śródtytułem *Powitanie*, choć formuły inicjalne nie zawierają zwrotu adresatywnego,

a zastępowane są przez sentencję, zdanie pytające czy zdanie oznajmujące, będące wstępem do dalszych rozważań na jakiś temat, który zaintrygował nadawcę:

Czego najbardziej boi się polski pacjent? (MT 11/2018/2)

Historia akcji prozdrowotnych lub społecznie szlachetnych, które miały uszczęśliwić tysiące obywateli, jest długa. Równie długa jest opowieść o tych, którzy obrazili się, zamiast cieszyć się, że ktoś chciał ich nauczyć, jak żyć. (MT 2/2019/2)

Medycyna to z jednej strony konkret – życie albo śmierć. Wyleczenie albo kalectwo. Poprawa albo zgon. (to zdanie pokazuje specyfikę tej dziedziny, która jest zbudowana z przeplatających się ze sobą przeciwieństw: życie albo śmierć, wyleczenie albo kalectwo, poprawa albo zgon – dop. B. D.) (MT 3/2019/2)

Śródtytuł *Powitanie* może więc sugerować, że cały artykuł wstępny jest komunikatem kierowanym do odbiorcy, w którym nadawca chce podzielić się z odbiorcą swoimi przemyśleniami na jakiś temat, a w związku z tym, że w każdym numerze nadawca artykułu wstępnego nie ulega zmianie, traktuje on swój tekst jako ponowne powitanie z czytelnikiem. Nadawca, jak zostało napisane wyżej, jest znany odbiorcy dzięki zdjęciu umieszczonemu w górnym rogu strony i dzięki podpisowi na dole tekstu. Jest nim redaktor naczelna Iwona Konarska.

Anna Starzec pisała, że: „uwzględniając stosunek autora: 1) do własnej wypowiedzi, 2) do odbiorcy i 3) do wydawcy, ten sam nadawca może występować w różnych rolach, które [...] ściśle łączą się ze sobą, tworząc złożoną sieć ząbających się ról” (Starzec 1999: 189). Analiza artykułów wstępnych wykazała, że ich nadawca w zależności od tematu jaki analizuje, przyjmuje różne role. Kiedy porusza tematy osobiste, które bezpośrednio go dotyczą, pisze w imieniu samego siebie. Jeśli „dotyka” kwestii związanych z dobrem pacjenta, wypowiada się w jego imieniu, a jeśli jego celem jest, np. opowiedzenie o dylematach, z którymi muszą zmierzyć się lekarze, jego rola ponownie ulega zmianie.

Nadawca w roli pacjenta

Relacja nadawczo-odbiorcza jest wpisana w każdy tekst czy szerzej w każdą wypowiedź, bo jak pisała A. Okopień Sławińska każda wypowiedź „uczestnicząc w akcie językowego porozumiewania, rozgrywa się w pewnej sytuacji komunikacyjno-pragmatycznej, której ośrodek stanowi nadawczo-odbiorcza relacja ja-ty. Relacja ta, niezależnie od stopnia tekstowego uwidocznienia, jest fundamentem i warunkiem

wypowiedzi. Żadna bowiem sekwencja znaków językowych dopóki nie zostanie poddana tej relacji, dopóty nie staje się wypowiedzią” (Okopień-Sławińska 2001: 57). W taką relację z odbiorcą wchodzi również nadawca artykułu wstępnego, który utożsamia się ze środowiskiem pacjentów, na co wskazują użycia zaimka osobowego *nasz*: *nasi lekarze* czy *nasz onkolog*. Podkreśla on na budowanie wspólnoty między nadawcą a odbiorcą tekstu. Przemysław Wiatrowski pisał, że „nadawca jest członkiem zbiorowości implikowanej przez formy wskazanych części mowy” (Wiatrowski 2017: 19). Taka wypowiedź ma na celu przedstawienie jakiegoś zdarzenia z punktu widzenia pacjenta, czyli osoby bezpośrednio związanej z jakimiś schorzeniami, chorobami. Według A. Starzec „są to formy zdecydowanie preferowane w kontakcie z czytelnikiem tekstu popularnonaukowego. Zarówno nadawca, jak i odbiorca stają się współpartnerami, członkami tej samej zbiorowości, którzy razem uczestniczą w wydarzeniach, razem rozwiązują problemy i wyjaśniają wątpliwości” (Starzec 1999: 196):

Jak kompetentny nie byłby kolega „**naszego onkologa**”, wizyta jest stracona. Pacjenci mówią o swoim lekarzu po imieniu, są wyczuleni na jego humor, zmęczenie i każdą minę, która może kamuflować złą informację. (MT 12/2018/2)

Warto zwrócić uwagę na graficzne uwypuklenie tego zaimka, tzn. na jego zapis wielkimi literami. Pojawia się również charakterystyczne wtrącenie: *widziane/widziany oczami pacjenta*:

Tak jest skonstruowany system pomocy medycznej (**widziany oczami pacjenta**). Z kalendarza musi on wysuwać dni normalne, najlepiej graniczące z innymi, również czarnymi w kalendarzu. I wtedy się leczyć, oczywiście licząc na to, że **NASZ lekarz** nie będzie miał niespodziewanego dyżuru albo nie zachoruje i nie zastąpi go kolega, który choć pacjenta widzi pierwszy raz na oczy, podważa wszystko, co przez lata mówił kolega. (...) W wypadku **NASZYCH lekarzy** nie sprawdza się stwierdzenie, że nie ma ludzi niezastąpionych (**widziane oczami pacjenta**). (MT 11/2018/2)

Nadawca jest obserwatorem, który wnikliwie przysłuchuje się rozmowom pacjentów. W związku z tym, że jest dziennikarzem, zbiera materiał do artykułu również na podstawie wypowiedzi zasłyszanych od pacjentów, które pojawiają się później w tekście:

Ciężkie było to lato dla pacjentów. „Niekończący się upał”, „Sahara”, „burze”, „skoki ciśnienia”, „duszno”, „za mało piję, wiem o tym”, „nawet w nocy nie było czym oddychać” – to z poczekalni

mokotowskiej przychodni. – Teraz jakby chłodniej, ale gdzieś tam, w człowieku upał siedzi – wzdycha pacjentka z piętnastym numerkiem. (MT 9/2018/2)

Tego typu cytaty służą budowaniu więzi z odbiorcą, którym w tym wypadku jest każdy człowiek, stąd zdanie: *Nasze organizmy nie nadążają za zmianami klimatu. My sami również.* Widoczny w tym tekście zaimek *my*, to tzw. *my* inkluzywne (*ja+wy*), ponieważ nadawca wypowiada się w imieniu zbiorowości, która dotyczy zarówno jego, jak większej liczby odbiorców. Zaimek *my* w tym kontekście, świadczy o tym, że wszyscy jesteście do siebie podobni. To nie *my lekarze, my pacjenci czy my dziennikarze, ale my ludzie.*

Nadawca w roli lekarza

Jak wynika z analizy artykułu wstępnego, nadawca często wypowiada się na temat pacjentów w sposób krytyczny. Pacjentami, o których mowa są ci, którzy nie mówią całej prawdy, nie mają zaufania do lekarzy, próbują leczyć się sami czy nie chcą szczepić swoich dzieci. Agata Małyska pisała, że komunikowanie jest szczególnym wypadkiem ludzkiego porozumiewania się ludzi, procesem złożonym, składającym się z elementów zmiennych. Jest związany z obustronnym przepływem sygnałów. Dzięki nim są przekazywane treści znaczące. (Małyska 2014). W tym wypadku tą ważną treścią dla nadawcy jest przekazanie solidaryzacji z lekarzami w problemach dotyczących pacjentów. Wyraźnie zaznacza się zmiana roli nadawcy:

Jednak nawet najtrudniejszy **chory dorosły** nie sprawia tylu problemów, co matka, która nie zaszczepi swojego dziecka. Nie zaszczepi dla jego dobra (09/2017/2)

Im bardziej **pacjent** „sam sobie winien”, tym więcej pretensji ma do lekarzy. (MT 12/2017/2)

Ale **wypisana recepta** będzie leżeć w szufladzie na czarną godzinę, bo **pacjent** po studiach medycznych w Internecie lepiej wie, co go postawi na nogi. Za to **pacjent** nigdy nie odrzuci zwolnienia z pracy. (MT 11/2017/2)

W innych kontekstach zwraca również uwagę zaimek osobowy *my* czy *nas*, jednak dotyczy on zbiorowości złożonej z lekarzy. Charakterystyczne są również formy 1 osoby liczby mnogiej:

Pacjent, tak jak każdy człowiek, wywołuje **w nas** emocje. Jeśli wszedł na cienki lód, złości **nas** jego głupota, jeśli wmawia, że to on nie uderzał głową w szybę, tylko szyba w niego, denerwuje **nas** prymitywne kłamstwo. „Sam sobie winien” – **myślimy**. (MT 12/2017) (...) Szczególnie

w sytuacjach gwałtownych, zagmatwanych trudno dojść, co tak naprawdę się wydarzyło. SOR, pacjent przytomny – **pytamy** [my lekarze – dop. B. D]. SOR, rodzina pacjenta – **pytamy**. Płaczą się, kłamią, oszukują. Niestety, czasami z tego powodu, o czym pisze Radosław Drozd w „Sprowadził na siebie nieszczęście”, wszystko pójdzie źle i pacjent umiera. I wtedy lekarz może mieć prawie pewność, że rodzina będzie miała pretensje, które zaprowadzą wszystkich na salę sądową. (MT 12/2017/2)

Nasi pacjenci wiedzą coraz więcej, ale **musimy porządkować** ich wiedzę. **My wiemy** coraz więcej, bo w onkologii naprawdę sporo się dzieje. A z boku stoją i kuszą **naszych pacjentów** szarlatani. O tym wszystkim **piszemy** w lutowym numerze „Medical Tribune” m.in. w tekście „Rak się boi 12 przykazań”. (MT 02/2018/2)

Nadawca przekazuje pewną informację również na temat samego siebie, ponieważ zdradza, w jakim środowisku przebywa. Jest to środowisko lekarzy, z którym jest bardzo związany. Pomimo, że w tekście istnieją liczne nawiązania do pacjentów, które sugerują, że nadawca bardzo się z nimi utożsamia, inne teksty tego autora pokazują, że należy on jednak do środowiska lekarskiego i wypowiada się w imieniu lekarzy, nie w imieniu pacjentów. Dlatego często mówi o: *naszych pacjentach* czy *naszej onkologii*:

Z urlopów, z działki, z ławeczki pod domem wrócili pacjenci. Jaki wpływ na ich organizm miało to megagorące lato? Jak zdemontowało lub zdemolowało ten zadowolający stan zdrowia **naszych pacjentów**, który mozolnie **stworzyliśmy**? (...) **Nasza onkologia** ciągle przypomina wyspę z mieniącymi się światełkami. A nawet najdroższe (czytaj: skuteczne) leczenie bez pomocy o wiele tańszego wsparcia psychologa i rehabilitanta może dać efekt nieproporcjonalny do wydatku. (MT 09/2018/2)

Jednak nadawca jest osobą obiektywną i zdarza się, że wytyka lekarskie błędy, choć wypowiada się nie w imieniu oskarżyciela, lecz w imieniu osoby związanej ze środowiskiem lekarzy, nie mówi oni, lecz my, co może sugerować poczucie przynależności do tej grupy społecznej, będącej jednocześnie grupą odbiorców tego czasopisma:

Zapomnienie, brak uwagi albo rutyna – to wszystko powoduje, że coś **zaniedbujemy**. Źle wypełniona rubryka, przestawione fiołki, instrukcje przekazywane w biegu, aż zostaną przekreścone. Zmęczenie kolejnym pacjentem, że jego złe samopoczucie to alarm dla całego oddziału. **Bagatelizujemy** go, bo znamy roszczeniowych pacjentów, którym nie chce się zapisać do lekarza rodzinnego. I okazuje się, że niesłusznie **zakwalifikowaliśmy** go do grupy wykorzystujących np. SOR jako miejsce wypisywania recept. (MT 03/2017/2)

Nadawca – redaktor/dziennikarz (nadawca pierwszoosobowy)

Nadawca nie mówi o sobie w żaden sposób, nie określa siebie, choć często ujawnia się w tekście, m.in. za pomocą zaimków: *moich, moją, mnie* albo czasowników

w formie osobowej. Autor artykułu wstępnego występuje wówczas w podstawowej roli, czyli redaktora pisma i wypowiada się w imieniu swoim i całej redakcji, choć ta rola pojawia się w czasopiśmie najrzadziej. Urszula Gajewska pisała, że: „jednym ze sposobów budowania więzi komunikacyjnej z odbiorcą (...) jest używanie pierwszoosobowych singularnych form czasownika oraz zaimków *ja* i *mój*” (Gajewska 2014: 123):

W tym sezonie grzewczym **moją** uwagę zwrócili politycy mieszający się do szczepień przeciwko grypie, szczególnie tych dla seniorów. (MT 10/2018/2)

Moją „ulubioną” reklamą społeczną była ta z przeszłości, gdy widzieliśmy kobietę pakującą się na (?) wakacje. (MT 6/2018/2)

Jeden z **moich znajomych (chirurg!)** nadużył sportów ekstremalnych – tak go oszołomił czar tego lata, że deskę surfingową pomylił z paralotnią. (MT 3/2019/2)

Pierwszoosobowe formy czasownika w tych tekstach są świadectwem uczuć, emocji nadawcy, jego stosunku do różnych kwestii, a więc przekazują dodatkowe informacje, które służą nawiązaniu kontaktu z odbiorcą i zbudowaniu swojego wizerunku. A. Małyska pisze, że: „prymarną funkcją pierwszej osoby liczby pojedynczej jest wprowadzanie osobistej relacji i poświadczanie zaangażowania nadawcy (Małyska 2014: 188). Szerzej pisze o tym Łysakowski (Łysakowski 2005: 29), zaś Joanna Fabiszak dodaje, że: „podstawowymi wskaźnikami nadawcy, będącego jednocześnie podmiotem wypowiedzi, są konstrukcje z podmiotem domyślnym, zawierające formę predykatywną czasownika, wskazującą na 1. os. l.p.” (Fabiszak 2008: 133):

Dwie takie historie **zapamiętałam szczególnie. Sama czułam się niekomfortowo**, oglądając niektóre reklamy społeczne. **Pamiętam** kobietę, która pakuje walizkę, by wyjechać na wakacje. (...) Czy to zachęciło kogoś do badań przesiewowych, do odpowiedzi na zaproszenie na cytologię? **Nie sądzę**. Raczej do skorzystania z pilota. (...) Ja sama **nie mam problemów ze szczerością**, ale **ŻRYJ mnie odrzuca**. Dlaczego więc nie bulwersował **mnie** tak bardzo słynny plakat Andrzeja Pągowskiego, na którym „papierosy były do dupy”, a twarz palacza została odpowiednio uformowana? Różnica pewnie tkwi w klasie, talencie i stylu twórcy. (MT 2/2019)

Nie znalazłam tego epizodu, tej historii, z tym większym zafascynowaniem **przeczytałam** artykuł „Mogliśmy popaść w desperację, lecz zamiast tego zaczęliśmy studiować” dr. hab. Ryszarda W. Gryglewskiego w dziale Historia medycyny. (MT 4/2018/2)

Można więc zaobserwować również zwroty kierowane pośrednio do lekarzy, którzy wyjeżdżają za granicę i opuszczają polskie szpitale, by więcej zarabiać. Analiza tekstów pokazała, że nadawca nie identyfikuje się z tymi lekarzami. O pozostałych mówi *my*, o tych mówi *oni*. Tak jakby *oni* nie należeli do wspólnoty, w której przebywa

nadawca. A. Małyska zwróciła uwagę na to, że kategoria my „służy przede wszystkim manifestowaniu określonej wspólnoty. Poczucie takiej wspólnoty jest podstawą tworzenia grup społecznych, umożliwia kategoryzację świata na swoich i obcych” (Małyska 2014: 189). Renata Przybylska pisała, że budowanie poczucia wspólnoty lub wyznaczanie granic jej istnienia jest jednym z czynników interakcyjnych między nadawcą a odbiorcą, dodając, że:

Budowanie poczucia wspólnoty między N a O opiera się na dwóch przeciwstawnych strategiach. Pierwsza strategia, tzw. pozytywna, polega na tym, że mówca skupia się na tym, co łączy daną społeczność, podkreśla więzi (etniczne, pokoleniowe, światopoglądowe, ideowe...), integruje odbiorców wokół przywoływanych wspólnych wartości i celów. Druga strategia, tzw. negatywna, zmierza do ustanowienia wspólnoty przez negację w odróżnieniu do jakichś „innych”, którzy do danej wspólnoty nie należą (...) Odbiorcy mają poczuć się wspólnotą przez skonstruowanie własnej grupy z przywoływaną grupą przeciwstawną, opozycyjną pod względem określonych cech społecznych oraz wyznawanych wartości i celów (Przybylska 2014: 15).

W wypowiedzi autora artykułu wstępnego są widoczne krytyczne słowa na temat obcych:

Przyglądam się wielkim, ale i nie tak odległym, nie tak pomnikowym nazwiskom lekarzy. Zmieniają swoje miejsca na ziemi **wydawaloby się z ogromną łatwością**. Nowe kliniki, nowe wyzwania, nowe kontrakty. **Oni nie mają problemu** – za nimi pójda pacjenci, a jeśli nie, to pojawią się nowi, też niezwykle wierni. (MT 12/2018/2)

Z kolei o innych lekarzach redaktor naczelna wypowiada się najczęściej w sposób życzliwy i serdeczny, używając określeń mających na celu ich pozytywne wartościowanie. Wyraźnie staje po ich stronie w kwestiach w których pozostali ludzie ich oskarżają:

Ale przecież pozostało to wszystko, co od lat nawarstwia się wokół lekarzy. Tworzenie specjalnych wydziałów w prokuraturze ds. błędów medycznych to przecież nic innego jak pewność, że lekarz to taki szczególny, wyrafinowany przestępca, dla którego trzeba stworzyć jednostkę specjalną. **Nigdy też nie podsycano tak bardzo nieufności wobec lekarzy**. (MT 07/08/2019/2)

Wszystko zależy od lekarzy. Od ich empatii, zdecydowania i odwagi – **cech niezwykle potrzebnych, szkoda, że niewspieranych** działaniem odpowiedzialnych instytucji. (MT 06/2017/2)

Autorytet lekarza buduje dzisiaj nie tylko dyplom, wiedza i sukcesy z twarzami wyleczonych. Teraz musi on także umieć przekonać pacjenta do takiej, a nie innej terapii. Trudność polega

na tym, że nie może to być opinia narzucona – powinna być przegadana, wytłumaczona i zaakceptowana. **To wymaga od lekarza cierpliwości, umiejętności i pokładów argumentów.** (MT 09/2017/2)

Nadawca, który jak zostało wspomniane, jest blisko związany ze środowiskiem lekarzy (a nawet z nim zaprzyjaźniony), bardzo dobrze zna problemy pacjentów, może należy to ich grupy, więc wie, co może ludzi chorych przekonać do podjęcia pewnych działań. Można przypuszczać, że często współpracuje z lekarzami i pacjentami, bądź przygląda się tej współpracy:

Jak się zorientować, co podziela? Sądząc po aktualnej kampanii dotyczącej profilaktyki czerniaka, **najlepsza jest mieszanka kompetentnych oraz przystępnych informacji i jasne, bez żadnych metafor, mówienie o zagrożeniach. Pacjent nie lubi aluzji, gdy chodzi o zdrowie.** (MT 6/2018/2)

Autora artykułu wstępnego cechuje swobodny styl, często zbliżony do potocznego, co służy podtrzymywaniu kontaktu z odbiorcą. M. Półtorak pisał, że „lekkość narracji, żartobliwe metafory to kolejny element budowania relacji z odbiorcą oraz swego rodzaju popis stylistyczny autora” (Półtorak 2019: 245). Elementy humoru, dowcipu, żartobliwej ironii są obecne w artykule wstępnym:

Oczywiście te opowieści skumulowały się w okolicach nagle dodanego święta 12 listopada, choć pacjenci ledwo się pozbiali po długim weekendzie zaduszkowym. A tu grudzień zagląda w oczy i jego druga połowa, która prezentuje się jak jeden ostry dyżur, na którym wbrew logice nazwy tłoku w pokoju lekarskim nie ma. (MT 11/2018/2)

Niestety, dopóki w SOR-y, po audycie ich systemu organizacyjnego, nie wpompujemy tylu pieniędzy, ile chcemy przeznaczyć na onkologię, dopóty będą one przypominały labirynt, prowadzący nie wiadomo dokąd. (MT 4/2019/3)

A działania przeszczepionkowców są jak wyrób czekoladopodobny – grypopodobne. (MT 10/2018/3)

Podsumowując, nadawca czasopisma „Medical Tribune” przyjmuje różne role: lekarza, pacjenta, redaktora naczelnego lub całej redakcji. Owa wielość ról może świadczyć o różnorodności gatunku, jakim jest artykuł wstępny. Ma on inne cechy niż *tekst specjalistyczny*. Jego zadaniem jest między innymi: wartościowanie, interakcja, perswazja, reklama i ostatecznie: nawiązanie kontaktu z odbiorcą.

2.4.2. Odbiorca artykułu wstępnego w czasopiśmie „Medical Tribune”

Odbiorcą artykułu wstępnego jest lekarz. Jest on wyraźny i wpisany w tekst, za pomocą form adresatywnych (czasowników w 2 os. 1. poj. czy zwrotów grzecznościowych), czyli wypowiedzi kierowanych do niego w sposób bezpośredni. Dzięki nim odbiorca uobecnia się w tekście:

Gdziekolwiek jesteście zakotwiczeni po nowych, zawodowych decyzjach, **pamiętajcie**, że w okolicy Bożego Narodzenia w wielu domach **mówi się o was** jak o najważniejszych osobach. (MT 12/2018/2)

Na uwagę zasługuje również fakt, że odbiorca jest zachęcany przez nadawcę czasopisma do przeczytania tekstu, wzięcia udziału w dyskusji czy zadawania pytań :

Zapraszamy do dyskusji na stronie podyplomie.pl (MT 2/2019/2)

Zapraszamy do lektury tekstów w Dziale prawnym. Oto problemy, które analizujemy:

- Granica między prawidłową a nieprawidłową decyzją lekarską.
- Podatki: Karta podatkowa a umowa-zlecenie.
- Pytanie prawne: Kto może być asystentem lekarza podczas przyjmowania pacjentów? (MT 4/2019/12)

Masz problem prawny związany z wykonywaniem zawodu lekarza? **Zadaj pytanie!** Ekspert odpowie na wybrane pytania na łamach jednego z najbliższych numerów „Medical Tribune”. Gwarantujemy pełną anonimowość: prawo@medical-tribune.pl (MT 9/2019/17)

Zwroty do adresata w 2 os. 1. poj. są sygnałami służącymi do nawiązania kontaktu. Jednym z przykładów jest artykuł, w którym autor zwraca się do czytelników z prośbą, by pisali o swoich pomysłach i pomagali w tworzeniu czasopisma. Bezpośrednie rozmowy z czytelnikami są ważnym aspektem w pracy nad tekstem, musi on bowiem spełniać oczekiwania odbiorcy, który nie jest odbiorcą biernym, ale czynnym i aktywnym:

Oczywiście **wyznajemy** zasadę zmian ewolucyjnych, nie rewolucyjnych. Jest więc czas, aby **nasi czytelnicy** jeszcze aktywniej włączyli się w budowanie nowych działów, akcentowanie ważnej dla nich tematyki w „Medical Tribune”.

Piszcie, proszę: i.konarska@m-t.pl. (MT 02/2018/2)

O tym, że odbiorca może włączyć się do dyskusji świadczy również fakt, że w czasopiśmie „Medical Tribune” są zamieszczane teksty odbiorców o charakterze sporu

z konkretnymi artykułami, opatrzone nadtytułem: polemika. Tego typu teksty są publikowane w całości, a ich nadawcy nie pozostają anonimowi:

**POLEMIKA Z WYWIADEM Z PROF. KRZYSZTOFEM SKŁADOWSKIM
DYREKTOREM CENTRUM ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE-
ODDZIAŁ W GLIWICACH („JAK NA RINGU – MUSISZ MIEĆ SIŁĘ NA WSZYSTKIE
RUNDY”, MT NR 12/2018)**

Od 35 lat pracuję jako chirurg onkolog we Wrocławiu, w tym 18 lat w centrum onkologii. Dlatego z dużym zdziwieniem i niepokojem przeczytałem wywiad z prof. Krzysztofem Składowskim, dyrektorem Centrum Onkologii w Gliwicach. Choć zgadzam się w wielu punktach z treścią wywiadu, jednak nie mogę spokojnie przejść obok wypowiedzi na temat złego rozumienia onkologii przez specjalistów pracujących poza centrami onkologicznymi (...)

Z poważaniem

Marek Rząca,
jednak chirurg onkolog
Wrocław (MT 1/2019/52)

Warto również zwrócić uwagę na to, że w kolejnym numerze czasopisma jest publikowana „odpowiedź na polemikę”, w której nadawca odnosi się do przeczytanego tekstu i próbuje się wytłumaczyć:

Zdecydowanie pozostaję przy krytycznej opinii na temat niektórych ośrodków i lekarzy ignorujących nowoczesne metody diagnostyczne i opierających się na nieaktualnej wiedzy medycznej (...) Dlatego nie mogę zgodzić się z zarzutem, że dokonuję niesprawiedliwych podziałów w środowisku lekarzy, dla którego wspólnym celem powinno być zapewnienie najlepszej możliwej opieki chorym na nowotwory.

Z koleżeńskim pozdrowieniem

Prof. dr hab. med. Krzysztof Składowski ,
Kierownik I Klinii Radioterapii i Chemioterapii
I dyrektor Centrum Onkologii
-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddziału w Gliwicach,
-konsultant krajowy ds. radioterapii onkologicznej
(MT 2/2019/69)

Jednak zdecydowanie częściej można zauważyć, że o obecności odbiorcy nie świadczą sygnały kierowane wprost. Odbiorca nie jest widoczny w tekście, nie jest w żaden sposób nazywany, ale zabiegi stosowane przez nadawcę sugerują, że jego wypowiedź ma zostać odebrana. Odbywa się to za pomocą:

a) pytań, które pojawiają się w tekście

Pytania są istotne w relacji nadawczo-odbiorczej, ponieważ oddziałują na czytelnika. Jak pisała Barbara Boniecka: „Każde pytanie informuje, iż jego autor 1) coś wie, tzn. ma pewną wiedzę wspólną z wiedzą odbiorcy; 2) czegoś nie wie i 3) chce się

czegoś dowiedzieć. Można zatem powiedzieć, że każde pytanie, ze względu na ów trzeci składnik swojej struktury semantycznej, przekazuje określone intencje autora, a zatem jest wyposażone w moc oddziaływania na odbiorcę” (Boniecka 2000: 98). W tekście można dostrzec liczne prowokacje fatyczne w formie pytań. Beata Drabik pisała, że: „pytania fatyczne są najbezpieczniejszymi pytaniami w interakcji (...) Dzięki nim „zostaje nawiązana fatyczna więź” (Drabik 2010: 111). W tekście pisanym tego typu pytania mają skłonić odbiorcę do przemyśleń, a więc do podjęcia jakiegoś działania, kierowane są po to, by odbiorca sam sobie na nie odpowiedział, ponieważ nadawca nie oczekuje natychmiastowej odpowiedzi, a chce jedynie nawiązać kontakt z odbiorcą:

Co zmieni nowy system zgłaszania błędów medycznych?” – pytamy w redakcyjnej sondzie. Przeważa pesymizm, że niewiele. (MT 3/2017/2)

Monika Grzelka pisała, że: „pytania należą do wypowiedzi dyrektywnych, za pośrednictwem których nadawca wpływa na zachowanie odbiorcy (...) Nadawca chce się dowiedzieć, czy treść zawarta w pytaniu jest zgodna ze stanem faktycznym, chce, aby odniósł się do stanu rzeczy zaprezentowanego w pytaniu. Domaga się reakcji zwrotnej w postaci odpowiedzi, która uzupełnić ma wiedzę o świecie odbiorcy” (Grzelka 2008: 36). Niekiedy w tekście można zaobserwować nagromadzenie pytań w formie prezentacji różnych rozwiązań. W takiej sytuacji odbiorca sam może sobie wybrać rozwiązanie, które wydaje się mu najodpowiedniejsze. To forma gry, dialogu z odbiorcą. Domyślne pytanie „jak myślisz, czy tak to się zakończy?” Marcin Półtorak pisał, że nadawca „oczekuje od odbiorcy szeroko rozumianej riposty, udziału w dialogu, a nawet zachęca go do aktywnej reakcji na otrzymywane komunikaty. Kontakt między nadawcą i odbiorcą staje się więc nie tylko żywszy i dynamiczny, ale z pewnością bliższy” (Półtorak 2019: 238):

Ciekawa jestem, jak potoczy się nasz alarm smogowy. Czy przestanie istnieć, bo wiatr go rozwieje? Czy będzie wracał jak dotychczas, jako temat, ale tylko w stanach alarmowych? A może uchwalimy ustawę antysmogową? (MT 1/ 2017/2)

O tym, że dialog buduje więź z odbiorcą, pisała również Maria Wojtak: „Więź z czytelnikami budują także te składniki wypowiedzi, które sygnalizują jej dialogowe nastawienie. Najczęściej są to pytania formułowane w imieniu czytelników, a nawet z sugestią ich autentyczności, a więc rzeczywistego udziału odbiorców w akcie komunikacji” (Wojtak 2005: 117). Ponadto taki dialog w prasie, który nie jest typowym jego

odzwierciedleniem, a jedynie próbą zawiązania interakcji, określa się mianem trilogu. Magdalena Ślawska pisała, że:

trilog to wymiana komunikacyjna zachodząca w triadzie, czyli między trzema osobami (...) W trilogu osoba niemówiąca może mieć status odbiorcy bezpośredniego lub odbiorcy pośredniego (to właśnie przypadek prototypowy w komunikacji medialnej). Wszystkie formy dialogu wewnątrz tekstu prasowego będą realizowały model trilogu: będziemy mieli do czynienia z nadawcą i odbiorcą w tekście dialogowym i trzecim uczestnikiem komunikacji, czytelnikiem tekstu (Ślawska 2014: 47).

W artykule wstępnym pojawiają się również pytania wraz z odpowiedzią. Jest to także forma prowokacji i próba podjęcia dialogu, co jest charakterystyczne dla komunikacji internetowej. Zwrócił na to uwagę wspomniany wyżej M. Półtorak, który pisał, że: „Internet stał się tym samym środkiem przekazu, który imituje komunikowanie bezpośrednie (...) Nadawca wykorzystuje różne zabiegi językowe, które pozwalają przyciągnąć uwagę odbiorcy i sprowokować go do repliki. Są to na przykład dowcipy językowe, gry słowne, formy wykrzyknikowe, zapytania, formy modalne czasownika, zwroty bezpośrednie, formy kolokwialne itp” (Półtorak 2019: 239). Nadawca dzieli się w ten sposób swoimi przemyśleniami, a odbiorca może się z tym zgodzić lub nie:

Czy tak będzie u nas? Mocno wątpię. (MT 1/2017/2)

Sytuacja prawna dzieci długo, zbyt długo, pozostaje w zawieszeniu. I wtedy to lekarze podejmują decyzję o badaniach i terapii. A co jeśli konieczny jest inwazyjny zabieg? Decyzję powinien wydać sąd rodzinny, ale on nawet jeszcze nie wie, że istnieje obywatel NN. Urzędnicy z najróżniejszych instytucji są powiadomieni o pojawieniu się dziecka NN. I nic z tego nie wynika. (MT 6/2017/2)

b) perswazji

Nadawca bardzo często próbuje wpłynąć na odbiorcę, w sposób bezpośredni przekonać go do swoich racji i poglądów czy do podjęcia konkretnych działań. Jest to charakterystyczna cecha gatunku, jakim jest artykuł wstępny. Dominika Topa-Bryniarska pisała, że: „podstawową funkcją realizowaną przez nadawcę artykułu wstępnego jest (...) funkcja perswazyjna, pozwalająca na interpretację przedstawianych faktów, tzn. łączenie informowania z wartościowaniem” (Topa-Bryniarska 2013: 233).

Ponadto, M. Pachowicz pisała, że: „zarówno artykuł wstępny, jak i komentarz redakcyjny stanowią rodzaj komentarza i należą do gatunków publicystycznych. Mają swoiste właściwości, wśród których należy wymienić przede wszystkim perswazyjność, rozumianą jako oddziaływanie na czytelnika w taki sposób, aby zainteresować go zawartością pisma, zwrócić jego uwagę na kilka najważniejszych tekstów czy zaprezentować sylwetkę osoby ważnej i wyjątkowej, której poświęca się wiele uwagi w danym numerze czasopisma” (Pachowicz 2009: 265). Jednak mimo to stara się on nie stwarzać komunikacyjnej nadrzędności i niwelować komunikacyjny dystans. Dzięki wspomnianemu wyżej utożsamianiu się z odbiorcą, tworzy on z nim specyficzny rodzaj komunikacyjnej więzi. Mateusz Półtorak zauważył, że taki komunikat „daje poczucie pragmatycznej równorzędności obu stronom. Wiąże się to z możliwością / przyzwoleniem wkraczania na obszar prywatności partnerów komunikacji” (Półtorak 2019: 243). W tego typu wypowiedziach można zaobserwować takie określenia jak *niech to nie będzie, nie wierzę, sugerowałabym tylko* :

Co innego onkologia. Tu powiatowi, dopiero co zachęceni do rozwoju, mają się wycofać. Padają poważne argumenty (...) No cóż, porządki w systemie onkologii są potrzebne, ale **niech to nie będzie** dzielenie kawałka finansowego tortu bez myślenia, czy na pewno każdy pacjent dojedzie do wielkiego miasta. Naprawdę **nie wierzę, że** nie ma szpitali powiatowych, w których onkologia ma się dobrze. (MT 11/2019/2)

Ze swojej strony **sugerowałabym tylko, aby nie lekceważyć** przeciwnika. Przekonało się o tym wielu lekarzy rodzinnych, zakaźników i pediatrów. (MT 5/2018/2)

W związku z tym, że obserwuje się w tekście próby wpłynięcia na odbiorcę, można w tym miejscu mówić o tzw. komunikacji perswazyjnej, którą tak zdefiniowała Agata Małyska: „istotą komunikacji perswazyjnej o charakterze nakłaniającym jest takie oddziaływanie nadawcy na sposób postrzegania świata przez odbiorcę, które zmierza do wywołania zmiany w jego poglądach, przekonaniach i postawach, a w konsekwencji – zachowaniach, zgodnie z intencją nadawcy” (Małyska 2014: 186). Intencja nadawcy została wyrażona w zdaniach z konstrukcją modalną: *trzeba, należy, musimy*. Jednak w tym miejscu jest już widoczna większa dominacja nadawcy nad odbiorcą, nadawcy, który ma dużo do powiedzenia, wydaje się wiedzieć więcej, którego należy słuchać. Wkracza on w rolę mentora i przewodnika:

Niewiele mówiono o samych lekarzach, których wiedza była słuszna i na temat. Tyle że nie byli i do dzisiaj wielu z nich nie jest przygotowanych na najdziwniejsze pytania. Na agresję, podejrzenia i odmowę szczepień. I tę stronę komunikacji **trzeba koniecznie poprawić**. (...) **Trzeba** (...) **bronić** zaszczepionych, którzy ze zdumieniem rozglądają się wokół siebie. Nikt

o nich nie dba, nikt się nie zastanawia, co czuje matka, która wie z szatni, że w przedszkolu są niezaszczepione dzieci, a wszyscy tylko się zastanawiają, jak nie zdenerwować ich rodziców. (MT 05/2018/2)

W dniach rocznicy powstania w getcie, w dniach wręczania żonkili **warto przypomnieć** entuzjazm i pomysłowość studentów oraz nauczycieli, którzy uznali, że nauka pomoże im przetrwać. (...)I tak, w każdej sytuacji – **nie myślę o tej** ekstremalnej jak odcięcie od świata – **należy najpierw** zapytać siebie: jak chcę żyć? (MT 04/2018/2)

c) porady

Czasami relacja nadawczo – odbiorcza przybiera formę porady. Nadawca poprzez pytanie i odpowiedź, stara się pomóc i podpowiedzieć, co robić w trudnych sytuacjach. Autor tekstu pisze o problemach, które często się pojawiają podczas wykonywania zawodu lekarza i radzi, jak je rozwiązywać:

Zaczynamy rozmowę. Najtrudniejsza rafa, którą napotkamy (coraz częściej!), to informacja, że pielęgniarka lub lekarz ostrzegali przed skutkami szczepień. Najczęściej nie jest to rada wyrażona wprost, lecz jakaś sugestia, zawieszenie głosu, zdziwienie, że matka taka gorliwa. Co robić, gdy dociera do nas informacja o takiej kreciej robocie? Reagować zdecydowanie, telefonem do takiego kolegi. To na matkach robi wrażenie. (MT 9/2017/33)²⁴

Odbiorcy, czytelnicy mają wpływ na kształt czasopisma, na tematy, które będą w nim poruszane. Mogą pisać wiadomości do redaktorki i informować ją o tym, co myślą na temat tego, co już przeczytali czy proponować tematy, które byłyby dla nich interesujące. Nadawca ustosunkowuje się do wiadomości, które dostaje, o czym mogą świadczyć takie wypowiedzi redaktorki:

Już w lutym czytelnicy zauważą pewne zmiany w tematyce „Medical Tribune (...) Jednym z tematów ważnych dzisiaj szczególnie, a pojawiających się w rozmowach z naszymi czytelnikami, jest czujność onkologiczna (MT 02/2018/2).

Teksty w czasopiśmie medycznym świadczą o tym, że jego odbiorcą jest lekarz lub student medycyny. Jednak można zauważyć również takie przykłady, które sugerują, że odbiorca to także człowiek, który jest zainteresowany tematyką medyczną, choć nie jest lekarzem i nie należy do tego środowiska. Tego typu sygnały są obecne przede wszystkim w artykułach dotyczących medycyny sportowej. Sugeruje to już sam tytuł jednego z nich: „Jak w wieku 80 lat mieć układ odpornościowy 20 – latka?”. Oto inne przykłady:

²⁴ Mimo że materiał był zbierany głównie w latach 2018-2019, czasami pojawiają się ciekawsze cytaty również z lat wcześniejszych.

Osoby starsze o słabej mobilności powinny utrzymać aktywność fizyczną zmierzającą do poprawy równowagi i zapobiegania upadkom przez trzy lub więcej dni w tygodniu (MT 10/2018/75).

Warto w tym miejscu przypomnieć, że już w 400 r. p.n.e. Hipokrates powiedział, że ćwiczenie jest dla człowieka najlepszym (i najtańszym!) lekarstwem. Niestety jego przesłanie zostało z czasem zapomniane i stajemy się społeczeństwem coraz bardziej osiadłym (MT 10/2018/76).

Odbiorca czasopisma medycznego to wymagający czytelnik. Jest nim lekarz, który chce uzupełnić swoją wiedzę na tematy związane z jego praktyką lekarską, a także student, dla którego istotne jest zdobycie teoretycznej i praktycznej wiedzy. Niektóre przykłady świadczą o tym, że odbiorcą może być każdy człowiek interesujący się danym tematem medycznym (jednak jest ich niewiele). Odbiorca czasopisma medycznego jest:

- a) wpisany w tekst – tzn., że istnieją wyraźne sygnały o jego istnieniu w postaci m.in. zwrotów adresatywnych czy czasowników w formie 2 os. l. poj.
- b) sugerowany w tekście – tzn., że nie ma wyraźnych sygnałów o jego istnieniu, ale można się go domyślić poprzez zastosowanie różnych środków mających na celu: pouczenie go, próbę wpłynięcia na jego decyzje czy pytania, które są do niego kierowane (a dodatkowo także elementy związane z wiedzą, która jest mu przekazywana)

2.4.3. Relacje nadawczo- odbiorcze w artykule wstępnym czasopisma „Medycyna po Dyplomie”

Każda dziedzina medycyny ma swoje odrębne czasopismo i w związku z tym odrębnego odbiorcę. Można tu przywołać takie przykłady jak: *Kardiologia po Dyplomie*, *Neurologia po Dyplomie*, *Onkologia po Dyplomie* itp. Czasopismo „Medycyna po Dyplomie” jest skierowane do lekarzy specjalizujących się w chorobach wewnętrznych, więc dominują w nim treści, które dotyczą jedynie tych chorób. Odbiorca tego miesięcznika jest więc konkretny: to lekarz/ student medycyny, którego zainteresowania oscylują wokół jest chorób wewnętrznych. Typ odbiorcy został wyeksponowany w podtytule:

Pismo zalecane lekarzom specjalizującym się w chorobach wewnętrznych

Nadawca – redaktor naczelny i lekarz

W przypadku czasopisma „Medical Tribune”, redaktorem naczelnym tworzącym artykuły wstępne był dziennikarz, więc pisany przez niego tekst miał charakter popularnonaukowy, co jest wyraźnie widoczne w m.in. doborze leksyki, tzn. słownictwa typowego dla stylu potocznego (zostało to już wspomniane wcześniej). W czasopiśmie „Medycyna po Dyplomie” redaktorem naczelnym jest prof. dr hab. n. med., jest to więc lekarz, który aktywnie zajmuje się praktyką lekarską. Językowe ukształtowanie tego tekstu wskazuje na jego podobieństwo zarówno do *tekstu naukowego*, jak specjalistycznego, wskazuje na to występowanie terminów charakterystycznych dla obu typów. Nadawca charakteryzowany w tym podrozdziale to autor artykułu wstępnego. Pozostali nadawcy zostaną zanalizowani w kolejnych podrozdziałach.

Artykuł wstępny przypomina swoją formą list. Rozpoczyna się od zwrotu adresatywnego: *Szanowni Państwo*, ma trzy akapity i kończy się podpisem redaktora: prof. dr hab. Dariusz Moczulski, Redaktor Naczelny Medycyny po Dyplomie. Widoczne jest również zdjęcie nadawcy. Wszystkie te elementy są według Marii Wojtak zewnętrznym wykładnikiem gatunku: „Za zewnętrzny wykładnik gatunku uchodzić może także (jak w przypadku felietonów, a obecnie także komentarzy autonomicznych w wybranych tytułach z prasy codziennej) zdjęcie autora wypowiedzi oraz formuła zamykająca wypowiedź, która zawiera zwykle nazwę funkcji autora i/lub jego autograf” (Wojtak 2005: 114). Z kolei formuła listu jest przykładem adaptacji gatunkowej: „Wśród modeli strukturalnych znajdujemy ponadto przypadki adaptacji gatunkowych, gdyż niektórzy redaktorzy nadają swym wypowiedziom formę listu, rozpoczynając je od formuły Drodzy Czytelnicy (KS; KG); Szanowni Państwo (AS), Witam serdecznie (F)” (Wojtak 2005: 114). Oto przykład:



Rys. 3 Przykład artykułu wstępnego

Jak pisała D. Ostaszewska, wąska specjalizacja nauki (w analizowanym przypadku jest nią medycyna) nie wymaga konkretnego ujawnienia adresata, ponieważ autor takiego przekazu jest przekonany, że jego odbiorca jest specjalistą w tej dziedzinie i na pewno się z nim utożsamia (Ostaszewska 2001: 196). Taki kontakt między nadawcą a odbiorcą polega na istnieniu specjalistycznej wiedzy, którą przekazuje nadawca, zakładając, że jest ona znana odbiorcy:

Praktykując medycynę, nauczyłem się zasady, że chorobę, która rozwinęła się w krótkim czasie, można również wyleczyć w krótkim czasie, natomiast chorobę przewlekłą należy leczyć dłużej i delikatniej. Takim typowym przykładem tej zasady jest ostra i przewlekła hiponatremia. W ostrej hiponatremii **możemy szybko wyrównać stężenie sodu we krwi, natomiast w przewlekłej musimy robić to wolno**, bo inaczej doprowadzimy do obrzęku mózgu. Takiego obrzęku mózgu obawiam się już teraz przy próbach wyleczenia w przyszłości królowej nauk medycznych. Nawet po wypracowaniu najlepszej strategii jej leczenie będzie wymagało dłuższego czasu. (MpD 05/2018/2).

W powyższym przykładzie odbiorca musi posiadać wiedzę na temat choroby jaką jest hiponatremia, aby zrozumieć aluzję do problemów związanych z poprawą systemu ochrony zdrowia i poprawą działania interny.

Nadawca artykułu wstępnego jest lekarzem. Można się tego dowiedzieć dzięki podpisowi pod zdjęciem: prof. dr hab. n. med. Jednak sam autor tekstów mówi bardzo dużo o sobie i często ujawnia swoją profesję. Utożsamia się on ze środowiskiem lekarzy i sam nim jest (inaczej niż w czasopiśmie „Medical Tribune”, gdzie autor również utożsamiał się ze środowiskiem medyków poprzez m.in. zaimek *my*, ale był jedynie dziennikarzem. W przypadku redaktora naczelnego „Medycyny po Dyplomie”, można zaobserwować formy zarówno pierwszej osoby liczby pojedynczej, jak pierwszej osoby liczby mnogiej, istotne jest jednak to, że w tych wypowiedziach ujawnia się wykonywany przez nadawcę zawód:

Może wynika to z faktu, że w **nasz zawód** wpisane są pewne powinności, co opisuje deontologia lekarska. I rzeczywiście powinności te stanowią najistotniejszą część **naszej profesji**, ale jest to zawód wolny, który każdy z nas wykonuje przecież z własnej i nieprzymuszonej woli. (...) **Obawiam się**, że w najbliższym czasie może nasilić się antagonizowanie społeczeństwa i nastawianie go przeciwko lekarzom. Spodziewam się częstego przytaczania argumentu, że przecież **skończyliśmy studia** za darmo. Warto zastanowić się zatem, jak takie ataki odpierać. I tu pojawiają się w mojej głowie liczne wątpliwości. Czy na pewno **nasze studia** były za darmo? (01/2018/2)

Przejdźmy do AOS. **Prawie każdy z moich pacjentów** chodzi do co najmniej 5 różnych specjalistów. Mnoży się w ten sposób koszty diagnostyki i leczenia. (03/2018/2)

Z powyższych przykładów wyłania się również obraz odbiorcy. Jest nim osoba, która ukończyła wyższe studia medyczne, o czym świadczą stwierdzenia autora: *nasz zawód, naszej profesji skończyliśmy studia*. Wskazuje na to również tytuł miesięcznika: „Medycyna po Dyplomie”. Jednak analiza tekstów pozwala na stwierdzenie, że są one kierowane również do tych, którzy jeszcze studiują, w związku z czym nie znają tak dobrze zawodu lekarza:

Nie wyobrażam sobie, aby można było kogokolwiek zmusić do praktykowania tego bardzo złożonego pod każdym względem zawodu. (01/2018/2)

Ten fragment tekstu przypomina apel, by wybierać ten zawód świadomie, jest to więc apel zarówno do tych, którzy dopiero o tym myślą, jak i do tych, którzy już go wybrali, ale jeszcze nie ukończyli studiów. Takich przykładów jest w tekście więcej. Nadawca kreuje swoją wypowiedź w taki sposób, by zainteresować treściami, które ma

do przekazania zarówno lekarzy, jak studentów, próbując się utożsamić zarówno z jednymi, jak drugimi, dlatego często wraca do czasów studiów, przypominając tym samym odbiorcy, że też kiedyś był na tym etapie. Taki sposób tworzenia wypowiedzi zakłada komunikacyjną równorzędność między nadawcą a odbiorcą:

W 1987 r. rozpocząłem studia medyczne w Berlinie Wschodnim. Przez pierwsze 3 lata, aż do upadku muru berlińskiego, do każdego przedmiotu obowiązywał jeden podręcznik. Tuż za murem można było kupić co najmniej 5 różnych – każdy z innego wydawnictwa. Część z nich była lepsza niż ten wymagany po wschodniej stronie, lecz niestety przy realnym kursie marki zachodniej było to poza moim zasięgiem finansowym. W 1990 r. po zjednoczeniu Niemiec miałem już dostęp do wszystkich książek, co sprawiło mi dużo radości. Przy tak dużym wyborze czekaliśmy na informację, które z nich będą obowiązujące. Ku naszemu zdziwieniu nikt nigdy nam takowej nie podał. Pamiętam dobrze mój pierwszy wykład z okulistyki, na który przyszedł profesor z dużym kosztem wypełnionym wszystkimi dostępnymi na rynku publikacjami. Krótko omówił wady i zalety każdej z nich, informując nas również o tym, czym zajmują się poszczególni autorzy. Stwierdził, że nie może nam wskazać obowiązującego podręcznika, ponieważ powstałoby podejrzenie, że istnieje konflikt interesów pomiędzy nim a wydawnictwem, z którego dany tom pochodzi. (MpD 02/2018/2)

Zacznijmy od pierwszej linii, czyli od POZ. **Słyszałem kiedyś na wykładzie porównanie**, że GP (general practitioner) w Wielkiej Brytanii załatwia 80% problemów medycznych, natomiast w Polsce do lekarza POZ trafia jedynie 20% z nich, z czego połowa jest od razu odsyłana do AOS. Oznacza to, że lekarz POZ w Polsce rozwiązuje jedynie 10% problemów medycznych. (MpD 03/2018/2)

Gdy rozmawiam ze studentami i lekarzami zdającymi dowolny egzamin w Polsce, to okazuje się, że prawie każdy z nich ceni sobie jedno opracowanie. Pozwala to na zastosowanie starej i sprawdzonej metody – „zakucć, zdać, zapomnieć”. Jeżeli obowiązuje jedna książka, wystarczy nauczyć się z niej wszystkich najdrobniejszych szczegółów. W innym przypadku można by było zostać zaskoczonym pytaniami o drobiazgi z wielu podręczników. Ale czy poznawanie dowolnego zagadnienia polega na zapamiętaniu na krótki okres zupełnie nieużytecznych w codziennej praktyce fragmentów? Czy nie chodzi tu raczej o zrozumienie go na tyle, aby poradzić sobie z nim w praktyce klinicznej? (MpD 02/2018/2)

W tego typu wypowiedziach nadawca przekazuje dodatkowe informacje o sobie, zwierza się odbiorcy ze swojej przeszłości, podając prawdziwe daty i fakty. Jednak mają one charakter moralizatorski. Są kierowane do studentów również po to, by ich pouczyć, wskazać, co należy robić, a czego powinno się wystrzegać podczas studiów. Ten pozorny dialog, to dialog między specjalistą doświadczonym w praktyce zawodowej, a studentem, który może już na starcie popełnić wiele błędów, wynikających z niewiedzy lub lenistwa. Autor mówi również o tym, czym jest cały miesięcznik i w jakim celu jest tworzony. Kieruje uwagę odbiorcy (przede wszystkim lekarza) na fakt, że wiedza z zakresu studiów często ulega zapomnieniu i dlatego ważne jest, aby ją odświeżać i powtarzać. Czasopismo jest więc rodzajem podręcznika dla lekarzy i studentów, dzięki któremu będzie można uniknąć błędów lekarskich. Teksty czasopisma mają więc pouczać i dostarczać wiedzy,

zarówno tej nabytej (przypominać fakty, które powinny być oczywiste dla lekarzy), jak i wiedzy dotychczas nieznannej, a potrzebnej do odpowiedniej diagnozy chorób:

Niestety, to, czego nauczyłem się kiedyś **na studiach** o chorobach tropikalnych, już dawno wywietrzało mi z głowy, a brak kontaktu z tymi chorobami spowodował, że muszę się ich uczyć od nowa. Stajemy więc przed nowymi wyzwaniem (...) Jeżeli lekarz nie potrafi skojarzyć danych objawów z jedną z chorób tropikalnych, to dlaczego ma to umieć zrobić pacjent. Mamy więc do odrobienia kilka zaległych lekcji w tym zakresie. W tym wydaniu „Medycyny po Dyplomie” publikujemy artykuł na temat gorączki po powrocie z tropików. **Niech zapoznanie się z nim będzie właśnie odrobieniem pierwszej z tych zaległych lekcji.** Nie musimy od razu stać się ekspertami, ale nie powinniśmy pozostawać laikami. (MpD 04/2018/2)

Nadawca przekazuje odbiorcy bardzo wiele informacji na swój temat, często pisze o sobie, o swojej przeszłości i teraźniejszości. Edyta Bańkowska pisała, że jeśli „nadawca opowiada nam o tym, co przeczytał, czego się nauczył, co przeżył, co zobaczył, kogo spotkał (...), to bezpośrednie doświadczenie świata nie tylko buduje autorytet nadawcy, lecz także zbliża czytelnika – nadawca często odwołuje się do wiedzy potocznej, wiedzy wypływającej z codzienności, do wiedzy i doświadczenia, będących udziałem grupy – ułatwia tym samym odbiór tekstu” (Bańkowska, Jagodzińska, Kozłowska 2003: 181). Z tekstu dowiadujemy się m.in., że nadawca: obecnie pracuje w poradni nefrologicznej, w której raz w tygodniu przyjmuje pacjentów: *Ponieważ pracuję w poradni nefrologicznej, bardzo mnie to zainteresowało i zacząłem się zastanawiać, czy w ogóle można zrealizować taki zamiar bez zmiany całego systemu (...) Sam przyjmuję tam pacjentów raz w tygodniu i wygląda to w następujący sposób...* (MpD 04/2019/2); jest lub był nauczycielem akademickim: *Zadałem więc to pytanie jednemu ze studentów podczas egzaminu z etyki lekarskiej. Odpowiedział mi, że medycyna kończy się, a szarlataneria zaczyna tam, gdzie dobro pacjenta przestaje być na pierwszym miejscu. Odpowiedź tę uznałem za jedną z najlepszych, jakie kiedykolwiek usłyszałem od studenta przez całą moją karierę nauczyciela akademickiego* (MpD 11/2018/2); był kierownikiem kliniki: *gdy 12 lat temu zostałem kierownikiem kliniki, odwiedziłem wszystkich kierowników sąsiednich klinik, w większości zabiegowych* (MpD 02/2019/2); był świadkiem nowatorskich zmian w medycynie: *W trakcie mojej pracy zawodowej byłem już świadkiem kilku spektakularnych działań niezabiegowych, które spowodowały, że operacje chirurgiczne przestały być potrzebne. Do najistotniejszych zaliczam poprawę skuteczności leczenia choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy* (MpD 02/2019/2); studiował w Berlinie: *W 1987 r. rozpocząłem studia medyczne w Berlinie Wschodnim.*

Przez pierwsze 3 lata, aż do upadku muru berlińskiego, do każdego przedmiotu obowiązywał jeden podręcznik (MpD 02/2018/2); jakiś czas pracował w Stanach Zjednoczonych: Podam jako przykład moje obserwacje ze Stanów Zjednoczonych, gdzie pracowałem naukowo w przeszłości (MpD 09/2016/2).

Nadawca dużo pisze także na temat swoich pacjentów. Opisuje dolegliwości, z którymi się borykali. Wspomina o nich zwykle wtedy, gdy chce odpowiedzieć na ważne pytanie, a podając przykład z codziennej praktyki lekarskiej, staje się bardziej wiarygodny:

Spotykam coraz więcej osób, które wróciły z najrozmaitszych krajów (...) Zdarzali mi się pacjenci z wyczuwalnymi powiększonymi węzłami chłonnościami, z obrzękiem jednej ze stóp czy obrzękiem twarzy. Ponieważ objawy te nie są kojarzone z podróżą, większość chorych chodzi do różnych lekarzy, zanim ktoś zapyta podczas badania podmiotowego o podróże do krajów tropikalnych (MpD 04/2018/2).

Artykuł 57. Kodeksu etyki lekarskiej zawiera stwierdzenie: „Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezwyfikowanymi naukowo”. Sformułowanie to wydaje się dość stanowcze i jednoznaczne. Coraz częściej zastanawiam się, gdzie leży granica pomiędzy metodami zweryfikowanymi naukowo a metodami, które takiej weryfikacji nie mają. (...) Właśnie skończyłem przyjmować pacjentów w poradni i po dokładniejszym zebraniu od nich wywiadów okazuje się, że prawie wszyscy oni przyjmują przynajmniej jeden z preparatów o nieudowodnionej skuteczności, a znaczna część z nich została im zlecona przez lekarza. (MpD 07/08/2018)

Autor tekstu zakłada, że odbiorca ma dużą wiedzę na tematy, o których pisze. Czasami jest to widoczne na poziomie tekstu. Nie rozwija on bowiem do końca jakiejś myśli, nie mówi wprost, ponieważ wie, że odbiorca jest zaznajomiony z tematem. U. Gajewska pisała, że tak silnie zintelektualizowane teksty są tworzone dzięki zabiegom metatekstotwórczym, które sprawiają, że są one przejrzyste, zrozumiałe, dialogowe i komunikatywne (Gajewska 2017):

Poza tym najwięcej spraw dotyczących odpowiedzialności prawnej lekarzy, w których brałem udział jako biegły, dotyczyło właśnie SOR-u/ izby przyjęć. Dodatkowo lekarz na SOR-ze/ w izbie przyjęć często nie ma realnego wsparcia lekarzy z oddziałów szpitalnych, którzy chętnie stosują swoje sztuczki, żeby nie przyjąć chorego w trybie pilnym na swój oddział. **Każdy z lekarzy dobrze wie, o jakich sztuczkach tutaj piszę.** (MpD 01/2019/2)

Ponadto w tekście można zauważyć liczne nawiązania do przeprowadzanych zabiegów czy operacji. Taki tekst przypomina komunikację specjalistyczną, której cechy charakterystyczne zostały przywołane wcześniej. Specjalista przekazuje bowiem swoją wiedzę na dany temat, ale z wykorzystaniem specjalistycznego słownictwa, które musi być znane odbiorcy, aby akt komunikacji mógł osiągnąć powodzenie. Nadawca pisze

m.in. o: *inhibitorach pompy protonowej*, nie wyjaśniając, czym one są, zakładając, że nadawca słyszał już o nich wcześniej i wie, na czym polega leczenie przy ich użyciu:

Kiedyś w wielu przypadkach tej choroby wykonywano **resekcję** żołądka, co z czasem stało się rzadkością dzięki skutecznemu leczeniu inhibitorami pompy protonowej (MpD 02/2019/2)

Autor zwraca się także do tych lekarzy, którzy mają problemy z rozpoznaniem jakiejś choroby, wyjaśniając, na czym polega ich błąd. Dzięki temu, inni lekarze (także ci, którzy dopiero zaczynają praktykę lekarską), będą mogli uniknąć błędu lekarskiego, który mógłby mieć złe skutki:

Większość lekarzy nie ma problemu z rozpoznaniem przewlekłej choroby nerek w stadium od 3 do 5. **Zdarzają się jednak tacy, którzy nie zrozumieli, na czym polega rozpoznanie przewlekłej choroby nerek w stadium 1 czy 2.** Sam eGFR w przedziale 60-89 ml/min/1,73 m² nie wystarczy do rozpoznania przewlekłej choroby nerek w stadium 2. Podobnie jak sam eGFR ≥ 90 ml/min/1,73 m² to za mało, by rozpoznać przewlekłą chorobę nerek w stadium 1. Wymagane jest tutaj stwierdzenie co najmniej jednej dodatkowej cechy uszkodzenia nerek, takiej jak białkomocz czy krwinkomocz. Żeby jeszcze było trudniej, ta dodatkowa cecha uszkodzenia nerek musi utrzymywać się przez co najmniej 3 miesiące, co jest zwykle trudne do udowodnienia podczas pierwszej wizyty ambulatoryjnej czy pierwszego pobytu w szpitalu. (MpD 12/2018/2)

Redaktor pisze o ważnych i aktualnych problemach, które dotyczą interny, czyli tej dziedziny medycyny, która zajmuje się leczeniem chorób wewnętrznych. W tekście, a konkretniej w strukturze wypowiedzi, są widoczne językowe sygnały emocjonalności, ale ocena, która się dzięki nim wyłania, nie zawsze jest wyrażona wprost, ale często jest wbudowana w strukturę tekstu lub strukturę semantyczną wyrazu, np. *internistami zapycha się każdą dziurę w szpitalu* (nadawca nie stwierdza jawnie czy jest do dobre, czy złe, ale można się tego domyślić poprzez zastosowanie określonych środków wyrazu):

Szanowni Państwo,
coraz mniej jest internistów i coraz mniej absolwentów kierunku lekarskiego wybiera rezydenturę z chorób wewnętrznych. Widzą oni ciężką pracę swoich starszych kolegów oraz brak nadziei na poprawę obecnego stanu rzeczy. Są świadkami, jak **internistami zapycha się każdą dziurę w szpitalu**. Do tej pory przynajmniej rezydenci z chorób wewnętrznych byli chronieni przed tym procederem, aż tu nagle 13 listopada 2018 r. pojawiła się aktualizacja programu modułu podstawowego w zakresie chorób wewnętrznych. (...) **Wytracono w ten sposób z ręki rezydentów istotny argument** pod postacią dotychczasowego programu rezydentury/specjalizacji, który służył im do obrony przed oddelegowaniem do pracy na SOR-ze lub w izbie przyjęć. No i stało się jak w bajce Ignacego Krasickiego: „Wśród serdecznych przyjaciół psy zająca zjadły” (01/2019/2).

Językowe sposoby wyrażania relacji nadawczo-odbiorczej w artykule wstępnym

Relacje z odbiorcą można budować na różne sposoby, zostały one już wspomniane w poprzednim podrozdziale. Redaktor naczelny, będący nadawcą tekstu, wielokrotnie zwraca się do odbiorcy, choć rzadko robi to wprost. W tekście można zaobserwować pouczenia odbiorcy, które wyrażają się w określeniach *nie musimy* i *nie powinniśmy*. Sugerują one również utożsamianie się z odbiorcą w kwestiach, które wymagają poprawy. Pouczenia odbiorcy wskazują więc na to, że lekarz nie zawsze jest stuprocentowym profesjonalistą w danej dziedzinie, ciągle musi się uczyć i doksztalać, by właściwie wykonywać lekarską praktykę zawodową. Jednak ważne jest, że to pouczanie zawsze jest uzasadnione w tekście. Jeśli nadawca zwraca się do odbiorcy w celu poinformowania go, w jaki sposób powinien się zachować, co powinien zrobić (zwykle dotyczy to kwestii przypomnienia sobie jak należy diagnozować pacjentów, jak rozpoznać chorobę), od razu zaznacza, dlaczego jest to takie istotne. Podawanie przyczyny, zwiększa efektywność przekazu nadawcy i wpływa na budowanie zaufania w stosunku do treści, które prezentuje. Zwykle dzieje się to za pomocą operatorów metatekstowych: *warto przypomnieć sobie o tej chorobie*, *bo zdarza się że zapominamy o niej w naszej codziennej praktyce lekarskiej* (MpD 03/2019/2), *warto przypomnieć sobie, co można zrobić w takich przypadkach*, *bo jest to dość częsta przypadłość, szczególnie u starszych kobiet* (MpD 04/2019/2), *warto przypomnieć sobie, jak ją rozpoznać i leczyć*, *bo nie jest to częsta choroba, ale za to bardzo poważna* (MpD 01/2019/2), *warto zatem jeszcze raz poukładać sobie wiedzę na ten temat*, *bo zagadnienie to jest trudne i wymaga szczególnej uwagi, aby nie popełnić błędów przy rozpoznawaniu i leczeniu tego zaburzenia* (MpD 12/2018/2).

Nadawca tekstu / komunikatu zawsze przekazuje odbiorcy jakąś informację. Aleksy Awdiejew nazwał ją *informacją interakcyjną* i napisał, że dotyczy ona: „specyficznych relacji jakie zachodzą między interlokutorami w danym kontakcie face-to-face, a w graficznym tekście zobiektywizowanym, czyli wyjętym z warunków kontaktu bezpośredniego, taką informację zawierają operatory informujące o intencji pragmatycznej autora tekstu w stosunku do potencjalnego czytelnika” (Awdiejew, Habrajska 2004: 30). Wśród operatorów wyróżniamy również wspomniane wyżej operatory metatekstowe. Magdalena Żabowska pisała, że: „operatory metatekstowe, z punktu widzenia ich właściwości syntaktycznych są parataktami – nie są więc włączone w składnię zdania, ale należą do „składni” wypowiedzenia; z innymi

wyrażeniami nie tworzą związków opartych na zależności, lecz na konkurencji. Na wyrażenia, z którymi współwystępują, operatory metatekstowe nie nakładają żadnych wymagań: ani semantycznych, ani formalnych. Z punktu widzenia semantycznego działają więc w płaszczyźnie struktury tematyczno-rematycznej wypowiedzenia (Żabowska 2009: 180). Oznacza to m.in., że przekazują one jakąś dodatkową informację, np. o nadawcy czy jego stosunku do prezentowanych treści. W tekście artykułu wstępnego możemy znaleźć liczne operatory, które czynią go bardziej subiektywnym. Pojawiają się, np. operator kondensacji, będący operatorem aksjologicznym na poziomie interakcyjnym: *niestety*. Służy on do wyrażania woli nadawcy, który może „pośrednio zmierzać do analogicznego pobudzenia emocjonalnego odbiorcy, a także do wywołania w nim pewnych ogólniejszych sądów na swój temat, w ślad zaś za tym – określonego stosunku do siebie” (Bogusławski 1973: 135):

We wszystkich tych przypadkach pojawiały się oficjalne komunikaty, że pacjenci nie będą zagrożeni, bo ich potrzeby zostaną zaspokojone przez okoliczne szpitale. Brzmi to bardzo naiwnie, tak jakby oddziały chorób wewnętrznych w okolicznych szpitalach były w idealnym stanie. Wiadomo, że mają one takie same problemy. **Niestety nie widzę**, aby ktokolwiek wpadał w panikę. Orkiestra nadal gra spokojnie, aż ostatnia szalupa ratunkowa opuści statek. A co potem? (MpD 05/2016/2)

Kolejne nurtujące mnie pytanie – czy prywatna opieka medyczna może wesprzeć źle funkcjonujący społeczny system opieki zdrowotnej? Tajemnicą poliszynela jest fakt, że prywatna opieka medyczna działa tym lepiej, im gorzej sprawdza się system społeczny. Dla części społeczeństwa prywatna opieka jest pewnym wyjściem z trudnych sytuacji. Dla niektórych, szczególnie tych uboższych, nie stanowi rozwiązania problemu. Prywatna służba zdrowia powinna być dodatkową możliwością, podobnie jak bilet pierwszej klasy. **Niestety w obecnym systemie** pierwsza klasa to nie dodatkowa opcja, lecz konieczność wynikająca z braku wolnych miejsc w drugiej. (...) Na korytarzu panował straszny tłok. Postanowiłem więc przejść do wagonu pierwszej klasy, gdzie zagęszczenie na korytarzu wydawało się mniejsze. **Niestety**, mój studencki budżet nie przewidywał podróży pierwszą klasą (MpD 07/08/2016/2).

Ważne jest również to, że nadawca zadaje pytania, które mogą mieć charakter dialogu z odbiorcą. Mają one na celu skłonić go do przemyśleń (podobnie robiła to redaktor naczelna „Medical Tribune”). Jednak w tych artykułach wstępnych zwykle padają rzeczowe i konkretne odpowiedzi. Warto zwrócić uwagę na ich językowe ukształtowanie. Można stwierdzić, że praktyka akademicka autora i wieloletnie nauczanie studentów, przyczyniły się do tego, że jest mu łatwiej przekonywać innych do swojego zdania i w odpowiedni sposób przekazywać swoją wiedzę. Grażyna Habrajska nazywa tę intencję nadawcy motywacją kauzatywno-

pozareprezentatywną, która jest wyrażana poza predykatem i która „polega na wywoływaniu w odbiorcy określonych stanów lub postaw. Ta motywacja nie zależy od formy – stylu, ale stanowi informację interakcyjną, jest odczytywana przez odbiorcę jako intencja komunikacyjna nadawcy” (Awdziejew, Habrajska 2004: 51). Redaktor pisze: *należy pamiętać, pozostaje nam kierować się własnym sumieniem, wydaje mi się, że czy może wynika to z faktu* (nie kreuje się więc na autorytet, potrafi przyznać, że nie jest pewny odpowiedzi, chce jedynie podzielić się swoimi przemyśleniami), *trzeba w pierwszej kolejności...*,

Jak zatem ma postępować lekarz, który z jednej strony powinien odpowiadać na potrzeby swoich pacjentów, a z drugiej – stosować metody zweryfikowane naukowo? Wydaje mi się, że nie ma jednego prostego rozwiązania tego dylematu. Pozostaje nam jak zwykle kierowanie się własnym sumieniem i logiką. Należy jednak pamiętać, że granica między medycyną a szarlatanerią jest bardzo cienka i można ją łatwo przekroczyć. (MpD 07/08/2018/2)

Przedstawiony problem opieki internistycznej na oddziałach zabiegowych istnieje już od dłuższego czasu i należy oczekiwać, że będzie narastał. Jak więc go rozwiązać? - Trzeba więc w pierwszej kolejności uatrakcyjnić systemowo te specjalizacje, tak aby były chętnie wybierane przez absolwentów kierunku lekarskiego. Jeżeli by się to udało i specjalizacja z chorób wewnętrznych byłaby chętnie wybierana, to należy wtedy poważnie zastanowić się nad wprowadzeniem funkcji hospitalist w polskich szpitalach. (MpD 09/2018/2)

Nadawca porządkuje swoją odpowiedź, co przypomina pisemny styl naukowy: *po pierwsze, po drugie czy pierwsze rozwiązanie, drugie rozwiązanie, trzecie rozwiązanie:*

Pierwsze rozwiązanie – jeżeli pacjent przyjmował leki przewlekle, otrzymywał na nie stałe zlecenie. Znosił je do apteki i mógł na tej podstawie odebrać je raz w miesiącu. Nie zajmował więc niepotrzebnie czasu lekarzowi, przychodząc tylko po receptę. **Drugie rozwiązanie** polegało na możliwości pozostania kilku dni w roku w domu z powodu przeziębienia bez konieczności wizyty u lekarza. Zwalniało to go z obowiązku przyjmowania tłumy przeziębionych, którzy przyszli tak naprawdę jedynie po zwolnienie. **No i w końcu trzecie rozwiązanie** – mimo posiadanego ubezpieczenia zdrowotnego, każdy pacjent musiał z własnej kieszeni zapłacić 15 \$ za wizytę. (MpD 09/2016/2)

Czemu tak się dzieje? **Po pierwsze**, lekarz POZ wykonuje zbyt dużo czynności biurokratycznych, przez co nie starcza mu czasu ani siły do zajęcia się diagnostyką i leczeniem najczęstszych chorób. Poza tym nie ma do tego motywacji ekonomicznej. Warto więc odciążyć go od czynności biurokratycznych i zmotywować ekonomicznie do podjęcia się tych zadań. Może warto wprowadzić stałą receptę na leki przyjmowane przewlekle? Dlaczego nie przyznać każdemu pracownikowi kilku dni w roku wolnych od pracy z powodu choroby, bez konieczności pójścia do lekarza po L4? (MpD 3/2018/2)

Autor tekstu stosuje tryb rozkazujący, jednak nie w 2. os. liczby pojedynczej czy mnogiej: *zrób to, zróbcie to*, ale w 1 os. liczby mnogiej: *zróbmy to*. Tego typu zabieg

sprzyja utożsamieniu się odbiorcy z nadawcą i niweluje dystans, który mógłby się pojawić w przypadku pouczenia. W analizowanym materiale tryb rozkazujący wygląda następująco: *nie spieszmy się z..., powtórzmy badanie, upewnijmy się, pamiętajmy, że..., nie wysyłajmy więc...* itp.

Dlatego wiele laboratoriów podaje wynik eGFR jedynie jako „>60 ml/min/1,73 m²”. Jeżeli więc po raz pierwszy stwierdzimy eGFR w przedziale 45-59 ml/min/1,73 m², to **nie spieszmy się** z ustaleniem rozpoznania „przewlekła choroba nerek w stadium 3a”. **Powtórzmy badanie** stężenia kreatyniny w surowicy za kilka tygodni i **upewnijmy się**, czy rzeczywiście szacowany na jej podstawie eGFR mieści się za każdym razem w tym przedziale. Jeżeli już to potwierdzimy, to **pamiętajmy, że** co najmniej kilkanaście procent osób po 65 r.ż. ma przewlekłą chorobę nerek w stadium 3a. **Nie wysyłajmy więc** ich wszystkich do poradni nefrologicznej, ponieważ nie wymagają ani żadnej rozszerzonej diagnostyki, ani żadnego leczenia, chyba że stwierdzimy dodatkową istotną cechę uszkodzenia nerek (MpD 12/2018/2).

Poza trybem rozkazującym autor wykorzystuje również zabieg, którego cel jest podobny, do tego, o którym zostało napisane wyżej, a jest nim wprowadzanie zdania podrzędnego określającego warunek, od którego spełnienia zależy to, o czym jest mowa w zdaniu nadrzędnym. Takie zdanie podrzędne jest wprowadzane najczęściej przez spójnik: jeśli, jeżeli.

Do rozpoznania cukrzycy typu 2 wystarczy dwukrotne oznaczenie na czczo glikemii w osoczu krwi żyłnej, które wynosi ≥ 126 mg/dl. Jeżeli udokumentujemy te dwa nieprawidłowe wyniki, to nikt nie powinien nam zarzucić, że wypisaliśmy receptę na lek refundowany – metforminę – bez uzasadnienia. (MpD 07/08/2019/2)

Zastosowany zabieg ma podobny cel, do tego, o którym zostało napisane wyżej, ponieważ zacytowane zdanie: *Jeżeli udokumentujemy te dwa nieprawidłowe wyniki, to nikt nie powinien nam zarzucić, że wypisaliśmy receptę na lek refundowany – metforminę – bez uzasadnienia*, oznacza to samo co: Udokumentujemy te dwa nieprawidłowe wyniki, to nikt nam nie zarzuci, że wypisaliśmy receptę na lek refundowany.

Czasami nadawca pisze o jakimś przypadku medycznym z punktu widzenia swojej własnej praktyki lekarskiej, stąd pojawia się pierwsza osoba liczby pojedynczej. Taki komunikat również buduje poczucie więzi, wspólnoty między nadawcą a odbiorcą:

Czasami zdarza się, o zgrozo, rozpoznanie „inne nieokreślone choroby nerek”. Pacjent z reguły nie wie, po co został skierowany do poradni nefrologicznej. **Gdy proszę go** o pokazanie mi dotychczasowych wyników badań, zwykle słyszę, że nie dostał ich od lekarza kierującego. Na pytanie o przyjmowane leki zazwyczaj odpowiada, że nie pamięta ich nazw i nie wziął ze sobą kartki z nimi, bo nie wiedział, że to będzie potrzebne. **Zlecam więc** wykonanie badania stężenia kreatyniny w surowicy, badania ogólnego moczu oraz USG jamy brzusznej. Często w wynikach tych badań **nie stwierdzam** żadnych nieprawidłowości. Czasami zdarza się, że eGFR mieści się

w przedziale od 45 do 59 ml/min/1,73 m², ale wynik taki sam w sobie nie powinien stanowić wskazania do skierowania do poradni nefrologicznej, o czym kilkakrotnie pisałem na łamach „Medycyny po Dyplomie”. (MpD 04/2019/2)

Tego typu komunikat to nie tylko próba podzielenia się z odbiorcą swoimi doświadczeniami, ale próba przestrzeżenia odbiorcy przed niewłaściwym zdiagnozowaniem jakiejś choroby. Odbiorca uczy się, czytając ”opowieść” nadawcy ze swojego życia i swojej praktyki lekarskiej. Uczy się poprzez konkretny przykład przekazany przez specjalistę w tej dziedzinie.

Aleksy Awdiejew wyróżnił różne typy funkcji interakcyjnych, które wpływają na ogólny sens wypowiedzi i jej odbiór przez czytelników. Jedną z nich jest funkcja emotywno-oceniająca. Grażyna Habrajska pisała, że: „A. Awdiejew charakteryzując ten typ funkcji interakcyjnych, wprowadza pojęcie rozszerzonej zasady kooperacji, która zakłada dążenie do określonej solidarności uczuć między nadawcą a odbiorcą” (Awdiejew, Habrajska 2004: 53). Funkcja emotywno-oceniająca uobecnia się, gdy nadawca wypowiada się w imieniu czy może z punktu widzenia lekarza internisty i kieruje swoją wypowiedź do innego lekarza internisty. Taka wypowiedź ma służyć wywołaniu jakiegoś interakcyjnego efektu czy pewnej postawy emotywno-oceniającej u odbiorcy:

Podbudowany znalezieniem genialnej odpowiedzi na pytanie, gdzie kończy się medycyna, a zaczyna szarlataneria, poszedłem tym tropem rozmyślań i postanowiłem poszukać odpowiedzi na inne nurtujące mnie pytanie, a mianowicie: czy istnieje granica pomiędzy interną, medycyną rodzinną a geriatrią? Poszukiwanie odpowiedzi na to pytanie zostało sprowokowane przez pewne działania prowadzone w ostatnich latach w Polsce, które próbowały tę granicę bardzo mocno wyznaczyć. **Ich przykładem niech będzie utrudnianie internistom podjęcia pracy** w podstawowej opiece zdrowotnej. (...) **Nie wyobrażam sobie internisty**, któremu obojętne byłoby wiedza i doświadczenie płynące z geriatrii, tak jak nie wyobrażam sobie specjalisty medycyny rodzinnej, któremu obojętne byłoby wiedza i doświadczenie płynące z interny itd. (MpD 11/2018/2)

Jednak w dalszej części artykułu można dostrzec postawę dezaprobaty nadawcy, który negatywnie odnosi się do pracy na izbie przyjęć i któremu nie podoba się to, że rezydenci chorób wewnętrznych muszą zajmować brakujące miejsca lekarzy w SOR-ze. Warto zwrócić uwagę na ironiczny zwrot „*sprytnych*” *rozwiązań*, gdzie przymiotnik sprytny został ujęty w cudzysłów. Tym sprytnym rozwiązaniem jest zmuszanie rezydentów chorób wewnętrznych do pracy na izbie przyjęć. Ironia zastosowana w tekście służy wyrażeniu postawy emocjonalnej nadawcy, który wyraża przez nią

dezaprobatę i brak akceptacji obecnego stanu rzeczy. Nadawca pisze także o tym, jakie skutki może to przynieść w dalszej przyszłości:

Pracę na SOR-ze/w izbie przyjęć porównałbym do spaceru po polu minowym. Na SOR/izbę przyjęć spada cały ciężar złego systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz wszystkie braki w organizacji pomocy społecznej. (...)Do pracy na SOR-ze/w izbie przyjęć nie idzie się też po to, aby spotkać ciekawych ludzi, jedyną motywacją do podjęcia się tego trudnego zadania jest dobre wynagrodzenie. W obecnym systemie szpitali nie stać jednak na takie wynagrodzenie, **poszukują więc innych „sprytnych” rozwiązań**. Może i ta ostatnia aktualizacja programu specjalizacji z chorób wewnętrznych będzie pomocna w zapchaniu rezydentami braków lekarzy na SOR-ze/w izbie przyjęć. (MpD 01/2019/2)

W dłuższej jednak perspektywie zniechęci ona jeszcze bardziej naszych młodszych kolegów do ubiegania się o rezydenturę z chorób wewnętrznych. (MpD 01/2019/2)

Te zabiegi mają na celu osiągnięcie „określonej solidarności uczuć między nadawcą i odbiorcą” (Habrajska 2005: 100). Odbiorcą jest między innymi lekarz internista, którego problemy nakreślone przez nadawcę wyraźnie dotyczą. Habrajska taki typ wypowiedzi, a ściślej rzecz ujmując, typ kontaktów interakcyjnych nazywa instrumentalizacją, która według niej „leży u podstaw wyrażania emocji i woli nadawcy. Poprzez wyrażanie emocji nadawca może pośrednio zmierzać do analogicznego pobudzenia emocjonalnego odbiorcy, a także do wywołania w nim pewnych ogólniejszych sądów na swój temat, w ślad zaś za tym – określonego stosunku do siebie” (Awdiejew, Habrajska 2004: 51). Instrumentalizacją może być również wyrażanie smutku i obaw, a także radości i nadziei przez nadawcę. Redaktor naczelny czasopisma często pisze: *obawiam się, że, marnym pocieszeniem jest, informację tę przyjąłem z dużym zadowoleniem* (MpD 10/2018/2):

Jeżeli w najbliższym czasie rzeczywiście dojdzie do likwidacji ponad 30 specjalizacji, będzie to bolesne wydarzenie dla osób, które sumiennie je zdobyły, realizując cały ich program. **Marnym pocieszeniem jest** tu stwierdzenie, że to przecież nie jakiś papier jest ważny, tylko to, co potrafimy. Szukając jednak pozytywnych aspektów w likwidowaniu nadmiaru wąskich specjalizacji, muszę stwierdzić, że niewątpliwie przyczyni się to do wzrostu wartości szerokich specjalizacji, które były deprecjonowane przez ostatnie dekady. (MpD 3/2019/2)

Już w sesji jesiennej w 2018 r. w województwie łódzkim na 63 przyznane miejsca na rezydenturę z chorób wewnętrznych zgłosiło się jedynie 30 chętnych i **obawiam się, że** w następnych latach będzie ich jeszcze mniej. (MpD 1/2019/2)

6 września 2018 roku zostało wydane Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w ramach rezydentury. Z rozporządzenia tego wynika, że odbywanie specjalizacji z chorób wewnętrznych będzie wiązało się z dużo wyższym miesięcznym wynagrodzeniem. Zwiększono w sumie wynagrodzenie dla wszystkich specjalizacji, a dodatkowo uznano choroby

wewnętrzne za specjalizację priorytetową. **Informację tę przyjąłem z dużym zadowoleniem.** Może jest to jaskółka nadziei na odbudowę interny w Polsce. (MpD 10/2018/2)

Porównanie artykułów wstępnych z obu czasopism ujawniło podobieństwa i różnice w językowych sposobach wyrażania relacji nadawczo-odbiorczej. W czasopiśmie „Medical Tribune”, nadawcą artykułu wstępnego jest dziennikarz, który przyjmuje różne role: pacjenta, gdy używa formuł językowych, takich jak: *nasz onkolog, nasz lekarz*; lekarza: *nasi pacjenci*; dziennikarza, wówczas gdy używa form pierwszoosobowych: *moją ulubioną reklamą, mój znajomy, pamiętam*, a także rolę redaktora: *O tym piszemy w kolejnym numerze*. Zaimki są jednym z wyznaczników stylu artykułów wstępnych w czasopismach medycznych, są obecne również w czasopiśmie „Medycyna po Dyplomie” (*nasz zawód, moi pacjenci*), jednak istotną różnicą jest to, że nadawca artykułu wstępnego w tym czasopiśmie utożsamia się ze środowiskiem lekarzy i sam nim jest, inaczej niż w czasopiśmie „Medical Tribune”, w którym autor utożsamiał się z medykami poprzez różne zaimki, ale sam nimi nie był. Ponadto nadawca w czasopiśmie „Medical Tribune” stosuje w tekście różne środki perswazji: *nie wierzę, że... sugerowałbym...*, próbuje nakłonić odbiorców do przyjęcia tego samego punktu widzenia, podczas gdy w czasopiśmie „Medycyna po Dyplomie” perswazja nie występuje, a zamiast niej pojawiają się porady związane z leczeniem czy informacje, które służą wyjaśnianiu odbiorcy różnych treści: czym jest resekcja żołądka, jak rozpoznać przewlekłą chorobę nerek itp.

Kolejna różnica przejawia się w tematyce tych tekstów. Artykuły wstępne w czasopiśmie „Medical Tribune” nie dotyczą chorób, sposobów leczenia, informacji na temat diagnostyki, gdyż nadawcą nie jest lekarz. Teksty są związane ze środowiskiem medycznym, ale oscylują wokół służby zdrowia, problemów, które dotyczą środowisko lekarzy, problemów związanych ze szpitalami itp. Artykuły wstępne w czasopiśmie „Medycyna po Dyplomie” są związane z doświadczeniami lekarskimi nadawcy.

Tym, co łączy oba teksty jest używanie operatorów metatekstowych, np. *niestety* czy wyrażen o charakterze modalnym: *trzeba poprawić, warto przypomnieć*, pytań, które są elementem budującym kontakt z odbiorcą, a także formuł pierwszoosobowych, mających na celu przedstawienie swoich emocji, różnych wątpliwości czy obaw.

2.4.4. Relacje nadawczo-odbiorcze w pozostałych typach tekstów obu czasopism

Nadawca – lekarz specjalista – „Medical Tribune” i „Medycyna po Dyplomie”

W każdym numerze czasopisma „Medycyna po Dyplomie” uwagę zwraca strona, na której jest zamieszczony cały spis osób zaangażowanych w tworzenie czasopisma, stanowiących jego radę naukową. Warto podkreślić, że wśród nich są sami profesorowie czy doktorzy nauk medycznych. Rada naukowa jest czymś, co zastępuje komitet redakcyjny, którego w tym czasopiśmie nie ma (w odróżnieniu od czasopisma „Medical Tribune”).

Rada naukowa sprawuje kontrolę nad tekstami zamieszczanymi w czasopiśmie, dlatego odbiorca może pewność, że teksty te są rzeczowe i wiarygodne, tym bardziej, że pojawiają się w niej nazwiska profesorów. Warto podkreślenia jest także to, że każdy artykuł w czasopiśmie jest pisany przez specjalistę, co może wskazywać na to, że są tu zamieszczane jedynie *teksty specjalistyczne*. Nadawcą takiego tekstu jest bowiem zwykle:

dr n. med., lek.,
dr hab. n. med.,
prof. dr hab. n. med.,
dr hab. n. med. prof. nadzw.,
prof. zw. dr hab.n.med.

Poza tekstami doktorów czy profesorów nauk medycznych pojawiają się również teksty innych specjalistów, np. doktora nauk farmakologicznych, a także doktora nauk prawnych.

Warto zwrócić uwagę na to, że często teksty mają więcej niż jednego autora, co jest widoczne zarówno dzięki umieszczonym nazwiskom. Jak i zdjęciom:

dr hab. n. med. Ewa Kowalik
 prof. dr hab. n. med. Piotr Hoffman
 Klinika Wad Wrodzonych Serca Instytutu Kardiologii w Warszawie



Diagnostyka i leczenie prawokomorowej niewydolności serca

Upośledzenie czynności mięśnia prawej komory występuje w wielu stanach klinicznych i prowadzi do zwiększonej chorobowości i śmiertelności. W 2018 r. zostało opublikowane stanowisko naukowe American Heart Association (AHA) dotyczące diagnostyki i leczenia prawokomorowej niewydolności serca.¹ Autorzy dokumentu podsumowali istniejące dane naukowe i wskazali luki wymagające dalszych badań, korzystając z przeglądów systematycznych literatury, opublikowanych badań klinicznych i translacyjnych, wytycznych postępowania klinicznego oraz opinii ekspertów.

niania lewej komory. Postępujące przeciążenie ciśnieniowe i/lub objętościowe w przewlekłej niewydolności prawej komory początkowo kompensowane jest przerostem miocytów, w fazie zdekompensowanej kardiomiocyty zastępowane są tkanką włóknistą. W przeciwieństwie do dominującego przepływu rozkurczowego w tętnicach wieńcowych w lewej komorze prawidłowa perfuzja wieńcowa prawej komory odbywa się zarówno w skurczu, jak i w rozkurczu. Wzrost ciśnienia końcoworozkurczowego w prawej komorze prowadzi zatem do podwójnego niedokrwienia mięśnia.

Rys. 4 Przykładowi autorzy artykułu specjalistycznego

Taka informacja jest dla odbiorcy ważna, ponieważ fakt istnienia więcej niż jednego nadawcy zwiększa wiarygodność przekazu. Oznacza to, że informacje prezentowane w tekście zostały udostępnione po wcześniejszej konsultacji. W związku z tym, że *teksty specjalistyczne* są zawarte zarówno w czasopiśmie „Medical Tribune”, jak „Medycyna po Dyplomie”, relacje nadawczo-odbiorcze mogą przebiegać w podobny sposób i z tego względu zostały zestawione obok siebie. Różnice między czasopismami zostaną przeanalizowane niżej.

Tekst specjalistyczny jest moim zdaniem *tekstem naukowym*, wzbogaconym o specjalistyczne słownictwo z danej dziedziny, której ten test dotyczy, dlatego relacje nadawczo-odbiorcze w takim tekście przebiegają w podobny sposób, tzn.: nadawca w żaden sposób nie ujawnia się w tekście, przekazuje komunikat w formie bezosobowej, prezentuje informacje z dystansem, bez komentarza, oceny (choć nie jest to regułą). Biorąc pod uwagę nadawcę, teksty w czasopismach medycznych można podzielić na takie, w których: a) nadawca jest wyeksponowany wprost i poprzez użycie wyraźnych identyfikujących go środków językowych; b) nadawca jest przezroczysty, ukryty, nie uobecnia się w tekście. Takiego podziału dokonała R. Przybylska w wystąpieniach

publicznych (Przybylska 2014: 12). Choć wystąpienia należą do ustnej odmiany polszczyzny, podział ten wydaje się uzasadniony również w odmianie pisanej.

Tekstami, w których nadawca jest ukryty są w analizowanych czasopismach jedynie *teksty specjalistyczne*, gdyż w pozostałych typach tekstów, nienależących do podtypu *tekstów naukowych*, nadawca bezpośrednio się ujawnia. Na językowe wykładniki nieobecności nadawcy składają się bezosobowe formy czasownika (przedstawiono, rozpoznano), a także różne nominalizujące czasownik konstrukcje (imiesłowy przymiotnikowe, rzeczowniki odślowne itp.) (Przybylska 2014: 13) W tekście specjalistycznym pojawiają się typowe dla stylu naukowego czasowniki w formie nieosobowej: *uważa się, że..., wykonuje się..., szacuje się, że..., stwierdza się... obserwuje się..., notuje się..., chorobowość oceniono..., rozpoznaje się..., przedstawiono..., zaleca się..., działanie osiąga się..., wykazano..., opracowano...*

Podobny efekt nadawca uzyskuje poprzez zastosowanie orzeczenia imiennego: *uzyskiwany jest..., [choroba] jest rozpoznawana..., [lek] stosowany jest..., [kwasica mleczanowa] jest obserwowana, [produkcja mleczanu] jest przyspieszana*. Nie oznacza to, że osobowe formy czasownika się nie pojawiają. Można je zaobserwować w tekście, ale sporadycznie:

W objawowym leczeniu nudności i wymiotów, szczególnie pooperacyjnych i towarzyszących chemioterapii, **stosujemy** kilka grup leków przeciwwymiotnych. Są to: antagoniści receptora dopaminowego D2, antagoniści receptora histaminowego H1 i antagoniści receptora serotoninowego 5-HT3 (MpD 02/2019/55)²⁵

Nadawca przekazuje informacje w sposób ogólny, nie pokazuje swojego punktu widzenia, ale to, co jest powszechnie przyjęte przez większość specjalistów. Jednak w tekstach tego typu pojawia się wartościowanie, ale zwykle dotyczy ono: 1) wykorzystywanych narzędzi diagnostycznych, badań, metod leczenia, 2) chorób, 3) leków/dawek leków. Wartościowanie w tekście specjalistycznym nie jest głównym przedmiotem tego rozdziału, ale warto pokazać, że specjalista próbuje wpłynąć na swojego odbiorcę, przekonać go w ten sposób do przyjęcia jego punktu widzenia. Wartościowanie rozumiem w tym miejscu tak, jak o tym pisała Dominika Topa-Bryniarska: „Pojęcie ‘wartościowania’ (...) będzie więc przeze mnie rozumiane szeroko (...) przez pryzmat funkcji aktu wartościowania: po pierwsze, wartościowanie służy

²⁵ W Medycynie po Dyplomie jest to jedyna forma osobowa, którą zaobserwowałam.- dodać to, ale na końcu

prezentacji opinii i poglądów nadawcy oraz grupy (wspólnoty) społecznej, do której nadawca należy; po drugie, wartościowanie ma na celu stworzyć i utrzymać relację bliskości między nadawcą a odbiorcą; po trzecie, wartościowanie pomaga uporządkować dyskurs na poziomie strukturalnym” (Topa-Bryniarska 2013: 236). Wszystkie te elementy są istotne dla *dyskursu medycznego* oraz dla analizy relacji nadawczo-odbiorczych w czasopismach medycznych. Wartościowanie przejawia się w nich w ten sposób, że nadawca próbuje wskazać, które z metod są lepsze, a które gorsze w leczeniu określonej choroby. Wykorzystuje do tego takie przymiotniki jak: *preferowany, najistotniejszy, najodpowiedniejszy*, ale również o badaniu mówi się w kontekście jego *bardzo ograniczonej skuteczności* czy *niższym wskaźniku wyleczeń*:

Preferowana metoda oceny ryzyka to ta opracowana przez...; (MpD 10/2018/45)

Eksperci uznali, że najistotniejszą klinicznie metodą (...) jest określenie ryzyka nawrotu; (MpD 10/2018/50)

Badania wskazują jednak na bardzo ograniczoną skuteczność zabiegów endoskopowych i mogą myć one rozważane jedynie w przypadku wyselekcjonowanej grupie chorych. (MpD 10/2018/28)

W przypadku wartościowania chorób pojawiają się typowe znane z polszczyzny przymiotniki wartościujące, takie jak: *łagodna, mało zaawansowana*, ale również takie, które są typowe dla medycznej odmiany języka: *nadżerkowa²⁶, nienadżerkowa, dodatni margines, ujemny margines*:

Zaprzeczono powszechnej opinii, że odsetek nawrotów BCC z dodatnim marginesem jest niewielki. Aż u 26,8% chorych z BCC z dodatnimi marginesami wycięcia wykazano nawrót zmian w porównaniu z 5,9% u pacjentów z ujemnym marginesem. (MpD 10/2018/10)

Dotyczy to zwłaszcza pacjentów z nienadżerkową²⁷ postacią choroby refluksowej (...) która stanowi najczęstszą formę GERD. (MpD 10/2018/13)

Tego typu środki wartościujące mają na celu przekazać odbiorcy istotne informacje dotyczące danej choroby, np. czy jest ona groźna, czy zagraża życiu i zdrowiu pacjenta. W przypadku wartościowania metod, sposobów leczenia czy leków nadawca

²⁶ Nadżerkowa postać choroby jest groźniejsza, margines dodatni wskazuje na obecność komórek nowotworowych (wartościowanie negatywne), w marginesie ujemnym brak komórek nowotworowych (wartościowanie pozytywne).

²⁷ Nadżerkowa postać choroby to taka, której dodatkowo towarzyszy nadżerka, tzn. zmiana o charakterze ubytku.

informuje odbiorcę, które z nich są lepsze, skuteczniejsze w leczeniu choroby, a które dają niewielkie efekty.

W związku z tym, że nadawca musi posiadać gruntowną wiedzę o chorobach i ich leczeniu, w *tekstach specjalistycznych* jest nim lekarz, którego możemy ściślej określić jako specjalistę. Specjalista w danej dziedzinie jest typem nadawcy, który posiada nadrzędną pozycję wobec odbiorcy. S. Grucza pisał, że specjaliści nie są istotni dla dziedziny jaką jest lingwistyka *tekstu specjalistycznego* z uwagi na wiedzę jaką posiadają, ale dzięki ich językowym właściwościom nazywanym „specjalistycznymi właściwościami tekstowymi”, a właściwość tekstowa to według niego stan wiedzy i związana z nią sprawność posługiwania się nią. Oznacza to, że specjaliści wyróżniają się spośród innych ludzi (nawet innych lekarzy) tym, że są w stanie rozumieć i tworzyć teksty włączone do zbioru tekstów specjalistycznych (Grucza 2013a). Nie każdy lekarz może więc być specjalistą, a staje się nim wówczas, gdy potrafi tworzyć *teksty specjalistyczne*. A. Jopek, analizując relacje nadawczo-odbiorcze w polskim *dyskursie prawnym*, zauważyła, że:

tworzenie tekstu postrzegane jest jako proces wyborów nadawcy, uwzględniających potrzeby odbiorców, merytoryczną i lingwistyczną wiedzę nadawcy, ograniczenia wynikające z genu/rejestru, normy kulturowe i oczekiwania nadawcy. Sam tekst jest jednak nie tylko reprezentacją wyborów piszącego, ale również produktem interpretacji czytającego na podstawie różnych zmiennych. Znaczenie nie zawiera się w tekście (...) jest zaś funkcją dyskursu kreowaną z tekstu na podstawie procedur interakcyjnych” (Jopek 2008: 87).

Wynika z tego, że nadawca dostosowuje swój komunikat do potrzeb odbiorców, ale jeśli przekazuje swoją wiedzę, musi w pewnym sensie kreować się na mistrza w danej dziedzinie. Można się domyślać, że jego rolą jest instruowanie odbiorcy czy przekazywanie mu gruntownej wiedzy, której jeszcze nie posiada. Wskazują na to m.in. cele wypisane we wstępie niektórych artykułów w „Medycynie po Dyplomie”, które naświetlają, co odbiorca powinien wiedzieć po przeczytaniu artykułu:

Po przeczytaniu artykułu Czytelnik powinien:

- znać mechanizm działania inhibitorów 5 α – reduktazy (5ARi – 5 α – reductase inhibitors)
- znać wskazania do stosowania 5Ari
- mieć wiedzę o możliwościach terapii łagodnego rozrostu gruczołu krokowego w połączeniu z innymi lekami, głównie inhibitorami 5 α – reduktazy
- znać działania niepożądane 5Ari i ich częstotliwość

- umieć przedstawić pacjentowi plan terapeutyczny wykorzystujący 5Ari (MT 10/2018/27)

Nadawca jest więc autorytetem, mistrzem w swojej dziedzinie. O nadawcy autorytecie pisała E. Bańkowska, która zauważyła, że: nadawca, identyfikowany przez czytelnika eseju „już na początku lektury jest postrzegany jako autorytet moralny, intelektualny, naukowy (...) ze strony nadawcy – odczytanie, swoboda formułowania myśli w różnych dziedzinach, chęć weryfikacji wiedzy teoretycznej, książkowej powodują w nas uznanie autorytetu i przewagi” (Bańkowska, Jagodzińska, Kozłowska 2003: 175). Ta sama autorka dodaje również, że „bezpośrednim, zewnętrznym niejako przejawem „znawstwa” jest swobodne posługiwanie się przez nadawcę wiedzą z różnych dziedzin, słownictwem specjalistycznym, rzadkim, obcojęzycznym”²⁸ (Bańkowska, Jagodzińska, Kozłowska 2003: 178). Warto zwrócić uwagę na zwrot *Czytelnik powinien*. Nadawca generalizuje grono swoich odbiorców, nazywając ich czytelnikami, nie przyszłymi lekarzami. Jednak biorąc pod uwagę temat artykułu i fakt, że wiedza w nim zawarta jest potrzebna czytelnikowi, by m.in. *umieć przedstawić pacjentowi plan terapeutyczny*, można się domyślić, że jest nim lekarz lub przyszły lekarz. Wspomniana nadrzędność nadawcy przejawia się również wewnątrz tekstu. Można zauważyć fragmenty, które choć nie zaburzają spójności tekstu, ale są wyróżnione graficznie i wprowadzają coś nowego. Są nimi elementy quizu z czterema wariantami odpowiedzi. Taki quiz może przypominać egzamin z medycyny, a także być elementem dialogu z czytelnikiem. Jest to forma sprawdzania odbiorcy z wiedzy, którą posiada. W ten sposób nadawca może również uaktywnić biernego dotąd odbiorcę:

Obraz kliniczny (nadciśnienie, zaburzenia gospodarki węglowodanowej), występowanie hipokaliemii pomimo stosowania leków zwiększających stężenie potasu w surowicy (IKA i β -adrenolityk) oraz ubytku filtracji (stężenie kreatyniny wzrosło po zastosowaniu IKA do 1,7 mg/dl) nasunęły podejrzenie patologii w zakresie nadnerczy.

1. KTÓRE Z OBJAWÓW WYSTĘPUJĄCYCH U OPISYWANEGO PACJENTA SĄ CHRAKTERYSTYCZNE DLA GUZA NADNERCZA?

- Nadciśnienie
- Hipokaliemia
- Zaburzenia gospodarki węglowodanowej
- Wszystkie powyższe (MT 10/2018/49)

Relacja między nadawcą i odbiorcą ujawnia się wobec tego poprzez wiedzę, którą posiada nadawca, ale również poprzez pewną część wiedzy wspólnej. Barbara Boniecka

²⁸ W *tekstach specjalistycznych* używanie specjalistycznego słownictwa jest oczywiste.

pisala, że: „Wspólna wiedza rozmówców sprawia, że ich intencje odkrywają się, dzięki czemu potrafią się porozumieć. Odślania się przede wszystkim oczekiwanie nadawcy na reakcję odbiorcy (...) I jeśli nawet odbiorca myśli trochę inaczej niż nadawca o danej sprawie (...), to nie niszczy to ich wspólnoty interesów” (Boniecka 2000: 83).

Nadawca przekazuje swoją wiedzę poprzez rady, które mogą być przydatne podczas diagnostyki różnych chorób. Tego typu rady znajdują się zarówno w czasopiśmie „Medical Tribune”, jak „Medycyna po Dyplomie”. Odbiorca znajdzie w tekście sposoby postępowania w danych sytuacjach związanych z diagnozą, leczeniem pacjentów („Medcial Tribune” i „Medycyna po Dyplomie”), a także porady dotyczące samego zawodem lekarza, np. jak się zachować w przypadku, gdy pacjent... itp. (tego typu porady można odnaleźć jedynie w czasopiśmie „Medical Tribune”). Są one najczęściej wyeksponowane przez nadawcę poprzez czasowniki modalne, modalno-kauzatywne, które go „ukrywają”. Można więc zauważyć takie zwroty jak: *ważnym elementem, którego nie należy pomijać jest...* (MT 11/2018/74), *należy zawsze ocenić...* (MT 11/2018/75), *w trakcie diagnozy nie powinno też zabraknąć*. Są to rady, które nie są wyrażone wprost: „radzę Ci, żebyś tak postąpił”, ale komunikat ten jest ukryty poprzez sformułowanie: *powinno się tak robić, należy tak robić, jeśli.../ w przypadku, gdy...* Pojawiają się jednak rady jeszcze bardziej ukryte w tekście. Odbiorca musi się ich domyślić w językowym ukształtowaniu komunikatu:

Złotym środkiem diagnostycznym jest gruboigłowa biopsja wątroby. To **jedyna** metoda pozwalająca na definitywne odróżnienie NAFL od NASH. Zarówno wykładniki kliniczne, biochemiczne, jak i badania obrazowe nie wystarczą, by rozróżnić te dwie jednostki chorobowe (MpD 02/2019/23)

W powyższym przykładzie, rada jest ukryta w słowie *jedyna*, które można zrozumieć następująco: używaj tylko tej metody, ponieważ jedynie ona pozwoli na odróżnienie NAFL od NASH. Nadawca informuje o tym, jakiego wyboru, co do metod oceny choroby, dokonać, by postawić właściwą diagnozę. Wyraźnie różnicuje i wybiera spośród dostępnych metod, metody lepsze i gorsze:

Nieinwazyjne metody oceny zaawansowania włóknienia nie mogą zastąpić biopsji wątroby, ale pomagają w identyfikacji chorych (MpD 02/2019/40)

Postępowanie diagnostyczne powinno uwzględniać ocenę prawdopodobieństwa złośliwości nowotworu (rozmiar guza oraz cechy w tomografii komputerowej i rezonansie magnetycznym). Na podstawie samego badania histopatologicznego nie jest to możliwe. (MpD 10/2018/53)

Nie ma jednoznacznych korzystnych wyników profilaktyki wtórnej penicyliną benzatynową w badanej grupie dzieci z utajoną chorobą reumatyczną serca (MT10/2018/36)

Przekazanie swojej wiedzy i podzielenie się nią z innymi specjalistami jest najważniejszym celem wypowiedzi zawartej w tekście specjalistycznym. Świadczy o tym między innymi uporządkowany tok wypowiedzi. Komunikat jest przekazywany w sposób zhierarchizowany. W celu lepszego zrozumienia informacji przez odbiorcę i ich szybszego przyswojenia, ważne treści się wypunktowuje (**rys. 5**) albo prezentuje w tabelach (**rys. 6**):

DEFINICJA

Niealkoholowe stłuszczenie wątroby (NAFL – non-alcoholic fatty liver) to jednostka chorobowa, w której dochodzi do nadmiernej, patologicznej akumulacji tłuszczu, głównie w formie triglicerydów, w hepatocytach.

Indukcja zapalenia tkanki wątrobowej w tym stanie oznacza wystąpienie niealkoholowego stłuszczeniowego zapalenia wątroby (NASH – non-alcoholic steatohepatitis), które wiąże się z istotnym ryzykiem rozwoju marskości wątroby z wszelkimi jej powikłaniami, w tym m.in. z wystąpieniem raka wątrobowokomórkowego (HCC – hepatocellular carcinoma).^{1,3}

Według najnowszej nomenklatury niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby (NAFLD – non-alcoholic fatty liver disease) to szerokie ujęcie jednostki chorobowej z różnymi stadiami jej zaawansowania:

- niealkoholowe stłuszczenie wątroby (NAFL)
- stłuszczenie ze zwyrodnieniem balonowatym hepatocytów i łagodnym zapaleniem zrazikowym

- niealkoholowe stłuszczeniowe zapalenie wątroby (NASH)
- wczesne NASH (włóknienie F₀-F₁)
- NASH z zaawansowanym włóknieniem (F₂-F₃ lub przełamywanie blaszek granicznych)
- marskość NASH (F₄)
- rak wątrobowokomórkowy (HCC) związany z NASH.²

Rozpoznanie NAFLD wymaga wykluczenia konsumpcji alkoholu przekraczającej dobowo 30 g dla mężczyzn i 20 g dla kobiet.^{1,2}

Rozpoznanie innych patologii wątroby nie wyklucza zdiagnozowania NASH, zaś współistnienie kilku procesów chorobowych uszkadzających ten narząd znacząco nasila ryzyko dynamicznej progresji włóknienia.²

PATOGENEZA I EPIDEMIOLOGIA

Patomechanizm NAFLD jest złożony. Ogólnie uważa się, że nadmierne gromadzenie triglicerydów w hepatocytach wynika z insulinoopornością wisceralnej tkanki tłuszcz-

Rys.5 Wypunktowywanie treści w artykule medycznym

wady biopsji to jej nieważny charakter z możliwością wystąpienia zagrażających życiu powikłań i ograniczony rozmiar pobieranego biopatu, który może nie stanowić idealnego odwzorowania stanu mięszu całego narządu. Dodatkowym problemem jest mała dostępność badania (konieczność wykonania zabiegu w warunkach szpitalnych) i relatywnie wysoki koszt. Pomimo swoich ograniczeń biopsja wątroby pozostaje złotym standardem w diagnostyce NASH i wydaje się w tym względzie niezastąpiona.

Wskazania do wykonania biopsji wątroby w diagnostyce NASH to:

- wyjściowe pogorszenie stanu narządu stwierdzone w innych badaniach laborato-

Tabela 1. Sugerowane badania oceniające stopień wydolności wątroby

| |
|--------------------------------------------------------------|
| Morfologia krwi obwodowej |
| Aktywność aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej |
| Fosfataza alkaliczna, gamma-glutamylotranspeptydaza |
| Stężenie bilirubiny całkowitej |
| Aktywność protrombiny |
| Stężenie białka całkowitego i albumin |
| USG jamy brzusznej, do decyzji biopsja wątroby/ elastografia |

diagnostyki w kierunku chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy typu 2.¹

Dodatkowa diagnostyka

U każdego chorego ze stwierdzonymi NAFL/NASH konieczne jest wykonanie ba-

Tabela 2. Proponowana diagnostyka chorób towarzyszących NAFLD

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Obwód pasa i bioder (WHR – waist-hip ratio), wskaźnik masy ciała (BMI – body mass index)* |
| Insulinooporność w protokole HOMA-IR (homeostasis model assessment of insulin resistance) |
| Glikemia przygodna, glikemia na czczo, odsetek HbA _{1c} , opcjonalnie (preferencyjnie) test obciążenia 75 g glukozy (OGTT – oral glucose tolerance test) |
| Lipidogram |
| Stężenie kwasu moczowego |
| USG jamy brzusznej |
| Mocznik, kreatynina |
| Pomiar ciśnienia tętniczego |
| EKG, peptyd natriuretyczny typu B (BNP – B-type [brain] natriuretic peptide), echokardiografia, w uzasadnionych przypadkach koronarografia |
| USG tętnic dogłównych |

* Obwód pasa wykazuje silniejszą korelację z ryzykiem wystąpienia NAFLD niż BMI⁶

Rys. 6 Przykładowe tabele w artykule medycznym

Pojawiają się opisy chorób, wyjaśnienia, czego one dotyczą. Nadawca chce, by odbiorca nie tylko dowiedział się więcej o danej chorobie, ale również o wszystkim, co będzie mu potrzebne w praktyce lekarskiej (można przypuszczać, że akurat ten komunikat jest kierowany szczególnie do adeptów medycyny, gdyż specjalista dobrze wie, na czym dana choroba polega):

Nietrzymaniem moczu (NM) nazywamy każdy mimowolny wyciek moczu. Jest to poważny problem zdrowotny, który ma znaczenie psychospołeczne, ekonomiczne i prowadzi do obniżenia jakości życia pacjentek. [...] Wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM) to bezwiedna utrata moczu podczas uruchamiania tłoczni brzusznej, np. podczas kichania lub kaszlu. (MpD 7-8/2019/50)

Dialogu z czytelnikiem/odbiorcą można się dopatrywać we wtrąceniach, które są umieszczane w tekście w celu dopowiedzenia czegoś czy wyjaśnienia, które mogłyby przybierać postać: „chcę, żebyś wiedział więcej na ten temat”. M. Ślawska pisała, że

każdy tekst tworzy się z uwzględnieniem i myśleniem o odbiorcy. Ten odbiorca musi istnieć, w przeciwnym razie nie powstanie żaden tekst (Ślawska 2014). Przypomina również, że w jednej z definicji *dyskursu* zawiera się pogląd, że jest to kontakt interakcyjny pomiędzy nadawcą a odbiorcą. Ten pozorny dialog ma na celu przekazanie odbiorcy dodatkowych informacji, które najczęściej są podawane w nawiasie:

Patomechanizm NAFLD jest złożony. Ogólnie uważa się, że nadmierne gromadzenie triglicerydów w hepatocytach wynika z insulinooporności wisceralnej tkanki tłuszczowej (co sprzyja lipolizie i wątrobowemu wychwytwowi kwasów tłuszczowych). (MT 02/2019/40)

Aktywność transaminaz jest umiarkowanie podwyższona, a wysokie aktywności sugerują współistnienie autoimmunologicznego zapalenia wątroby (zespół nakładania). (MpD 11/2018/14)

Taką samą funkcję pełni podawanie przykładów. Przykład pozwala na lepsze zrozumienie danego problemu, określonej sytuacji czy konkretnej informacji przekazywanej przed nadawcą. Wobec tego nadawca stara się w sposób rzeczowy wytłumaczyć to, co chce zaprezentować odbiorcy i ma go na uwadze:

Za najistotniejszy czynnik ryzyka nZUM uważa się aktywność seksualną, a także stosowanie wybranych środków antykoncepcyjnych, **takich jak kapturki dopochwowe czy środki plemnikobójcze**. (MpD 6/2019/24)

Zoperowany pacjent, zanim opuści szpital, dostaje darmową aplikację na smartfona lub inne urządzenie, dzięki temu w domu ma stały dostęp do konsultanta, który zdalnie ocenia gojenie się rany. Gdy lekarz zauważy coś niepokojącego, w czym pomoże **np. przesłane zdjęcie**, zaordynuje nowe leki, bądź wyśle pielęgniarkę z opatrunkiem (MT 3/2019/68).

„Ukryty dialog” uobecnia się w pytaniach kierowanych do odbiorcy, zarówno tych, które zawierają późniejszą odpowiedź, jak i tych, których odpowiedź jest otwarta i niesprecyzowana w tekście. Zauważyła to A. Jopek, która pisała, że: „relacja łącząca nadawcę i odbiorcę tekstu pisanego nadaje tekstowi charakter interakcyjności oraz sugeruje istnienie w tekście pisanym „ukrytego dialogu”. Teza o ukrytej dialogowości tekstów pisanych zakłada wpisanie struktury dialogu w monologowy tekst pisany.

(Jopek 2008: 87). Z kolei A. Duszak zwróciła uwagę na to, że tekst staje się „obszarem rozwiązywania problemów poprzez ustalanie pytań i szukanie na nie odpowiedzi” (Duszak 1998: 157). Takich pytań jest w obu analizowanych czasopismach bardzo wiele (choć w „Medycynie po Dyplomie” zauważa się ich znacznie mniej). Oto pojedyncze przykłady:

Niewykluczone jednak, że przemawia przede mną zazdrość, ponieważ to samo pismo odmówiło kilka lat temu opublikowania wyników uzyskanych przez kierowaną przede mną grupę badaczy, motywując to, jeśli dobrze pamiętam tym, że „czytelników sprawy powonienia nie interesują”...
No to jak: interesują czy nie? (MT10/2018/37)

Jak sobie radzić w codziennej praktyce, zwłaszcza kiedy głównym czynnikiem ograniczającym możliwości krzewienia wśród chorych wiedzy jest mała ilość czasu? Przed włączeniem leczenia farmakologicznego hiperlipidemii należy opierać decyzje terapeutyczne na co najmniej dwóch oznaczeniach pełnego lipidogramu, wykonanych w odstępie 1-12 tygodni (MpD 6/2019/23).

W czasopiśmie „Medical Tribune” można jednak zauważyć istotne różnice w stosunku do czasopisma „Medycyna po Dyplomie”. Poza *tekstami specjalistycznymi*, występują różnego rodzaju gatunki tekstów²⁹. Owe różnice będą się uobecniać w zależności od gatunku analizowanego tekstu. Poza *tekstami specjalistycznymi* obecne są m.in. wywiady z lekarzami (które w czasopiśmie dominują). Pierwszą różnicą, która zostanie opisana jest ta, którą można określić jako najważniejszą w świetle badań nad relacjami nadawczo-odbiorczymi. W czasopiśmie „Medycyna po Dyplomie”, w tekstach pisanych przez specjalistę, właściwie nie zauważa się osobowych form czasownika. W „Medical Tribune” osobowe formy czasownika występują z taką samą częstotliwością, jak formy nieosobowe, a wśród nich:

- czasowniki w 1 osobie liczby pojedynczej (ja)

W czasopiśmie „Medical Tribune”, nadawca dużo częściej się ujawnia, bez względu na to, czy mamy do czynienia z *tekstem specjalistycznym* czy innym gatunkiem tekstu. R. Przybylska pisała, że: „najbardziej oczywiste sposoby ujawniania się nadawcy (...) to zaimek osobowy ja w różnych przypadkach gramatycznych, zaimek dzierżawczy mój oraz pierwsza osoba liczby pojedynczej czasownika. Oprócz tego nadawca może być wyznaczony także przez zaimki my, nasz oraz pierwszą osobę liczby mnogiej czasownika” (Przybylska 2014: 13):

Rozpoznanie depresji na podstawie wyniku w Skali Depresji Becka nie jest z pewnością optymalną diagnostyką, choć w przypadku dużej grupy badanych było to z pewnością najprostsze wyjście. **Niecierpliwie czekam** na dalsze badania w tym zakresie (MT 11/2018/38)

²⁹ Kwestia gatunków w czasopismach medycznych zostanie omówiona w osobnym rozdziale.

Mam wrażenie, że badanie, choć ciekawe, niewiele wyjaśniło w sprawie powiązań między regulacją emocji a powonieniem. Autorzy wybrali do porównania bardzo różniące się od siebie grupy – depresja nawracająca to prawdopodobnie zaburzenie o tle biologicznym, natomiast pojedynczy epizod depresji może być – szczerze mówiąc – wszystkim (MT 10/2018/37)

- w 1 osobie liczby mnogiej (my – ja + ty)

Warto zwrócić uwagę, że *my* występujące w tekście, to zarówno *my* inkluzywne (ja+ ty), jak *my* ekskluzywne. Kiedy nadawca mówi zamiast ja, *my*, zawsze pojawia się pewna wieloznaczność. Zaimek *my* może się odnosić zarówno do pewnej grupy, do której przynależy nadawca (ja + oni), jak również do tej, która zawiera ogół uczestników danej sytuacji komunikacyjnej (ja + ty lub wy). (Kochan 2012). Janusz Lalewicz nazywał to: „*My* inkluzywnym i *my* ekskluzywnym” (Lalewicz 1983: 269).

Najczęściej diagnostyka różnicowa astmy i POChP nie stwarza trudności, ale warto zwrócić uwagę, że w praktyce klinicznej **możemy** mieć do czynienia z trzema nietypowymi sytuacjami (MT11/2018/51)

60 – letni mężczyzna, z zawodu kierowca, jest pod opieką **naszej** poradni od 38 lat (MT11/2018/50)

- w 1 osobie liczby mnogiej (my – ja + inni lekarze):

W tekście pojawia się również „*my* ekskluzywne” wówczas, gdy nadawca pisze na temat praktyki lekarskiej. Wówczas w owym „*my*” kryje się on sam oraz inni lekarze, którzy z nim współpracują, a odbiorca znajduje się poza tą grupą:

Było tak zawsze, ale ani ja, ani 90 klinicystów, z którymi współpracuję, **nie pamiętamy**, żebyśmy kiedykolwiek wydawali aż tak wiele opinii w sprawach o błędy lekarskie? (MT/12/2018/27).

Nie można też przewidzieć rzadkich powikłań. W pewnej sprawie z dziedziny laryngologii przygotowuję opinię już po raz piąty. Dlaczego? **Napisaliśmy** jedną opinię, potem trzy uzupełniające, po czym sprawę przejęła prokuratura wyższego szczebla i od początku odpowiadamy na te same pytania (MT12/2018/28)

Jeśli taki pacjent trafi do **naszego** gabinetu w wieku ok. 50-60 lat, wówczas obraz kliniczny choroby będzie bardziej przypominał POChP (MT11/2018/51)

- w formie trybu rozkazującego

W tekstach widoczne jest również użycie trybu rozkazującego za pomocą 1 osoby liczby mnogiej lub 2 osoby liczby pojedynczej. Zawsze jednak ma to na celu wpłynięcie na

odbiorcę, przekonanie go do podjęcia określonych działań czy zachowania się w taki lub inny sposób:

Starajmy się zrozumieć emocje pacjentów. Jeśli podczas porodu umiera dziecko, rodzina zastanawia się, czy można było tego uniknąć, a wątpliwościami od razu dzieli się z prokuratorem (MT/12/2018/28)

Jeśli więc nie jesteś cudotwórcą, **nie obiecuj** cudów (MT/12/2018/29)

W czasopiśmie „Medical Tribune” obserwuje się zachętę do współpracy z czytelnikami poprzez kierowane do nich bezpośrednio zwroty i pytania. Nadawca z góry wyraża swoją wdzięczność za odpowiedzi:

Będę wdzięczny, jeżeli lepiej zorientowani czytelnicy „Medical Tribune” zechcą podzielić się odpowiedziami na poniższe pytania.

- ✓ Czy lekarze rodzinni w Polsce mają obowiązek zajmowania się aktywnością fizyczną swoich pacjentów?
- ✓ Czy lekarze rodzinni w Polsce mają ochotę zajmować się aktywnością fizyczną swoich pacjentów?
- ✓ Czy lekarze rodzinni w Polsce mają wystarczającą wiedzę na temat aktywności fizycznej? (MT/12/2018/76)

W czasopiśmie wyróżniają się również tzw. wprowadzenia do artykułów specjalistycznych, pisane prawdopodobnie przez dziennikarzy pracujących dla czasopisma. Jest to istotne, ponieważ teksty poprzedzone wprowadzeniem, nie są typowymi *tekstami specjalistycznymi*, które cechami przypominają *teksty naukowe* czy właściwie są ich odmianą. Są to teksty, w których specjalista odpowiada na ważne pytanie, dzieli się własnymi doświadczeniami. Dużo więc tu subiektywizmu i wprowadzania formy „ja”, „my”. Warto zwrócić uwagę na to, że cały taki tekst został opracowany przez dziennikarza i to jego nazwisko widnieje na końcu artykułu. Specjalista, o którym mowa w tym wypadku, nie pisze tekstu do czasopisma, a jedynie odpowiada na zadane pytanie dziennikarza, dlatego styl takiego tekstu może w przeważającej części przypominać styl mówiony. Oto przykład takiego wprowadzenia:

O problemach specjalizacji chirurgów plastycznych mówi prof. dr hab. Jerzy Strużyna, kierownik Wschodniego Centrum Leczenia Oparzeń i Chirurgii Rekonstrukcyjnej w Szpitalu Powiatowym w Łęcznej, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii plastycznej (MT 10/2018/31)

O tym, jak przeżyć i nadal leczyć w czasach lawinowych skarg pacjentów, mówi dr n. med. Krzysztof Kordel, wiceprezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, wykładowca Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (MT 12/2018/27)

Nadawca, jakim jest specjalista, to jeden z ważniejszych nadawców omawianych w niniejszym rozdziale, ponieważ to sposób wypowiedzenia się specjalisty pozwala na scharakteryzowanie *dyskursu medycznego*, który ściśle wiąże się z wspólnotą dyskursywną (w skład której wchodzi właśnie lekarze czy specjaliści). Charakterystyką tekstów o charakterze specjalistycznym są językowe wykładniki nieobecności nadawcy, np. nieosobowe formy czasownika (*uważa się, wykazano, przedstawiono, rozpoznaje się*) albo używanie orzeczenia imiennego (*jest zalecany, jest stosowany, jest uzyskiwany*). Tego typu formuły zbliżają *tekst specjalistyczny* do *tekstu naukowego*, którego jedną z cech jest właśnie bezosobowość. Jednak nadawca-specjalista często stosuje w tekście różne środki wartościujące, wtedy, gdy pisze o skuteczności jakiejś metody, badania czy sposobu leczenia: *dobrze narzędzie, niska czułość, bardzo ograniczona wartość diagnostyczna*. Duże nagromadzenie tego typu wartościujących przymiotników byłoby jedną z cech, która odróżnia *tekst naukowy* od *tekstu specjalistycznego*.

W tekście specjalistycznym charakterystyczne jest również przekazywanie przez nadawcę już we wstępie konkretnych celów, tzn. czego dowie się czytelnik, po jego przeczytaniu. Nadawca-specjalista jest autorytetem w swojej dziedzinie, dlatego można zauważyć różnego rodzaju porady (w obu czasopismach dotyczą one sposobów postępowania w sytuacjach związanych z diagnozą czy leczeniem, zaś w czasopiśmie „Medical Tribune” znajdują się dodatkowo porady na temat samego zawodu lekarza, np. jak się zachować w przypadku, gdy coś się wydarzy lub w przypadku, gdy pacjent zachowa się w określony, nieprzewidywalny sposób). W związku z tym, że nadawca jest ekspertem, dzieli się on z odbiorcą swoją wiedzą, ważne treści wypunktowuje lub przedstawia w tabelach. Takie zabiegi pomagają w wyeksponowaniu najważniejszych treści i w łatwiejszym ich przyswojeniu przez odbiorcę. Pojawiają się również opisy chorób, dokładne wyjaśnienia, czego one dotyczą i jakie metody leczenia wykorzystać w danym przypadku klinicznym.

Analiza czasopism medycznych pod względem charakterystyki nadawców w artykułach specjalistycznych po raz kolejny pozwoliła na wyodrębnienie istotnych różnic w stylu i języku tekstów obu czasopism. W czasopiśmie „Medycyna po Dyplomie” właściwie nie zauważa się osobowych form czasownika (występują one bardzo rzadko), natomiast w czasopiśmie „Medical Tribune” pojawiają się one z taką samą częstotliwością: por. *niecierpliwie czekam, moim zdaniem, możemy mieć do czynienia, napisaliśmy, wiemy, że*. W czasopiśmie „Medical Tribune” ponadto obserwuje się istotne

formuły, które nie są obecne w czasopiśmie „Medycyna po Dyplomie”: zachęta do współpracy poprzez kierowane do czytelników pytania, wprowadzenia do artykułów specjalistycznych: *O problemach specjalizacji chirurgów plastycznych mówi prof. dr hab. Jerzy Strużyna*. Ważny jest w tym miejscu również zwrot „mówi”, który świadczy o tym, że wypowiedź lekarza będzie przypominać w swojej formie wypowiedź ustną.

Nadawca dziennikarz

Ponieważ *dyskurs medyczny* jest reprezentowany przez dwie odmiany: specjalistyczną i profesjonalną (realizowaną w tekstach publicystycznych), pojawia się nadawca dziennikarz, który nie jest lekarzem, ale specjalizuje się w tematyce medycznej. Ten typ nadawcy występuje w całym czasopiśmie „Medical Tribune”, ale brak go w „Medycynie po dyplomie”. Jest to związane ze specyfiką obu czasopism, z ich celem i tematami, które są w nich poruszane, a także z realizowanymi w nich gatunkami. W „Medical Tribune”, dziennikarz uobecnia się w tekstach o różnej tematyce, jednak najczęściej pisze je na podstawie informacji uzyskanych od lekarzy lub po konsultacji z nimi. Teksty pisane przez dziennikarza reprezentują takie gatunki, których nie ma w czasopiśmie „Medycyna po Dyplomie”, np. reportaż, felieton czy sprawozdanie. Dotyczą one najczęściej tematów związanych z problemami medycyny i służbą zdrowia.

Teksty opracowywane przez dziennikarza można podzielić na kilka typów: a) teksty z mową niezależną, b) teksty z mową zależną, c) teksty z mową pozornie zależną, d) teksty z mową zależną i niezależną. Przytoczenie związane z mową niezależną jest najstarszym i najczęściej stosowanym elementem informacji dziennikarskiej. Dzięki cytatom można przedstawić fakty z różnych punktów widzenia. Monika Grzelka i Agnieszka Kula pisały, że cytaty „są sygnałem zdystansowania się autora wobec opisywanych wydarzeń i osób, zastosowania wielu źródeł informacji, dają wreszcie odbiorcy możliwość wyrobienia sobie własnych poglądów na daną kwestię (...) Przytoczenia dają dziennikarzowi możliwość wprowadzenia do informacji wypowiedzi wielu osób, które można opisać kategorialnie, wychodząc od funkcji pełnionych przez nie w tekstach” (Grzelka, Kula 2011: 11). W analizowanym czasopiśmie, źródłem cytowania są słowa osób związanych ze środowiskiem lekarskim: przede wszystkim są to ludzie piastujący wysokie stanowiska czy autorytety lekarskie w danej dziedzinie medycznej. Wspomniane wyżej M. Grzelka i A. Kula dokonały podziału osób, których wypowiedzi umieszczane są w cytowaniach na: świadków, uczestników, przeciętnych

obywateli, ekspertów i fachowców. Zgodnie z tym podziałem w „Medical Tribune” można wyróżnić głównie ekspertów i fachowców, choć występują również przeciętni obywatele, np. mieszkańcy miast, którzy doświadczyli problemu opisanego w tekście czy przebyli chorobę, o której mowa w tekście. Dzięki przykładowi takiej osoby tekst staje się bardziej wiarygodny dla odbiorcy, a biorąc pod uwagę fakt, że może być nim zarówno lekarz, jak również przeciętny obywatel, taka wypowiedź buduje poczucie więzi z nadawcą, w którym można dostrzec podobieństwo do samego siebie. Przykładem takiej wypowiadającej się osoby jest mieszkaniec dolnośląskiego miasta:

Wieloletnie doświadczenia obu par wskazują, jak wiele jest jeszcze do zrobienia w edukacji na temat transplantologii, a dotyczy to, niestety także środowiska medycznego. Jeden z dawców, mieszkaniec średniej wielkości dolnośląskiego miasta, zetknął się całą serią niekompetencji.

- Żona była dializowana przez 4,5 roku i nikt przez ten czas nam nie zasugerował możliwości przeszczepienia – mówi – Kiedy pytałem lekarza, czy mogę oddać nerkę żonie, usłyszałem, że nie jestem rodziną, a w Polsce możliwe są tylko przeszczepienia rodzinne. Gdy już wiedziałem o przeszczepieniach krzyżowych, to właśnie lekarz mi odradzał, mówiąc że zostanę kaleką do końca życia. Potem też mówiono nam, że przez obecność przeciwciał żona nie może mieć nowej nerki. Zmarnowaliśmy mnóstwo czasu (MT 4/2019/44).

Doświadczenie przeciętnego obywatela, może mieć dla odbiorcy różnorodny przekaz w zależności od tego, jaką kategorię osób reprezentuje. Jeśli jest pacjentem, będzie to dla niego przestroga, by nie spotkało go to samo, jeśli zaś lekarzem, będzie to przestroga, by nie popełnił błędu lekarskiego i w podobnym przypadku zastosował inne rozwiązania (np. od razu zrobił przeszczep krzyżowy).

Jednak w „Medical Tribune” można również zaobserwować wypowiedzi ekspertów i fachowców. Osoby te są przedstawiane szczegółowo przez imię i nazwisko, a także pełny opis funkcji, które pełnią, np. Agnieszka Pleti, prezes fundacji, Agnieszka Wnuk, pracownica krakowskiego ośrodka, sędzia Marian Krzysztof Zawala z Sądu Okręgowego w Katowicach, dr Paweł Łęgosz, ordynator Oddziału Endoprotezoplastyki Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu WUM, dr hab. Med. Paweł Matusik z Katedry i Kliniki Pediatrii i Endokrynologii Dziecięcej SUM w Katowicach. Warto zwrócić uwagę, że tymi ekspertami są nie tylko lekarze, ale także osoby reprezentujące inną dziedzinę wiedzy, np. sędzia czy doradca podatkowy. Niekiedy ekspertów przedstawia się w sposób szczegółowy i bardzo rozbudowany, wówczas poza imieniem, nazwiskiem i pełnioną funkcją pojawia się dodatkowa informacja dla odbiorcy, np.:

Aż 85 proc. Dużych amputacji u pacjentów ze zdiagnozowaną cukrzycą jest spowodowanych rozwojem stopy cukrzycowej. Ryzyko amputacji kończyny dolnej u chorych na cukrzycę jest od 10 do 16 razy większe niż u chorych, u których rozpoznano tylko miażdżycę tętnic – **wyjaśnia Sławomir Szczupacki, fizjoterapeuta, który też przeszedł amputację i od lat porusza się dzięki protezie** (MT 2/2019/14).

Dysplazja biodra to inaczej wrodzony niedorozwój stanu biodrowego (z okresu ciąży). Jest to najczęstsza wada wrodzona narządu ruchu – w Polsce dotyczy do 4 proc. nowo narodzonych dzieci – **mówi dr n. med. Jarosław Feluś, ortopeda z USD, dzięki któremu Kraków, jako drugi ośrodek w Polsce, po Otwocku, wykonuje rutynowo skomplikowane zabiegi osteotomii okolopanewkowej** (MT 2/2019/47).

Można również przywołać przykłady, w których dodatkową informacją dla odbiorcy jest nie tylko ta, która dotyczy nadawcy (dzięki której dowiadujemy się o nim czegoś więcej), ale również taka, która jest związana z jego miejscem pracy:

Z zaskoczeniem odkrywamy, że obecna onkologia to nauka ścisła, a metody terapeutyczne są zunifikowane w formie zaleceń i algorytmów postępowania na całym świecie. Wytyczne oparte na *evidence based medicine* są na bieżąco nowelizowane, a standardy upowszechniane – **mówi dr hab. med. Małgorzata Wierzbicka, kierownik Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej UM w Poznaniu, która bierze udział w światowej sesji poświęconej opracowaniu nowych standardów leczenia raka krtani w lutym 2019 roku** (MT 2/2019/62).

Należy również zauważyć, że w tekstach pojawiają się także wypowiedzi ekspertów z innych krajów (Kanady, Berlina, Izraela, Holandii itp.), których opinia jeszcze bardziej wzmacnia wiarygodność przekazu kierowanego do odbiorcy:

Wynika to z prohibicji, która obowiązywała na marihuanę. W związku z tym na rzetelne badania kliniczne nie można było zdobyć grantów – **tłumaczy dr Mohammad Rahim z Canadian Cannabis Clinics, jednek z klinik kannabinoidowych w Kanadzie, gdzie leczonych jest 450 tys. Pacjentów.** (MT 4/2019/56)

W Holandii głównym problemem jest ogólny brak wiedzy lekarzy na temat medycznych zastosowań kanabinoidów – **mówi dr psych. Mikael A. Kowal z Holandii, zajmujący się koordynacją badań klinicznych** (MT 4/2019/57)

Bardzo wyraźną i czytelną dla odbiorcy informacją są użyte w tekście czasowniki mówienia. Są one stosowane przez dziennikarza, by wprowadzić wypowiedź innej osoby. Przekazują wiedzę na temat intencji i postaw mówiącego. W czasopiśmie wyróżnia się czasowniki, które można nazwać neutralnymi, tzn. dotyczącymi czynności mówienia samej w sobie: *mówi, dodaje, opowiada, opisuje*.

Jednak występują również takie, które są: a) związane z aktami mowy (radą, ostrzeżeniem, przestroga, pouczeniem) i próbą wpłynięcia na odbiorcę: *ostrzega, radzi,*

przekonuje, *alarmuje, zastrzega*; b) takie, w których dzieli się z odbiorcą swoją wiedzę z odbiorcą: *tłumaczy, wyjaśnia, informuje, podkreśla, zaznacza*; c) takie, w których przekazuje swój punkt widzenia odbiorcy: *przyznaje, uważa, komentuje, twierdzi, stwierdza, zapewnia*; d) takie, w których próbuje uporządkować fakty i wiadomości: *wylicza, wymienia, podsumowuje* oraz e) takie, które przekazują dodatkową informację o nadawcy: *wspomina*.

Funkcje mowy zależnej

W tekstach czasopisma są również takie, które reprezentują mowę zależną, w których nadawca relacjonuje wypowiedź lekarza, używając własnych słów. Tekstów tego typu nie jest wiele w czasopiśmie, a dodatkowo, co warto podkreślić, mowa zależna przeplata się w nich z mową niezależną (mowa zależna nie jest więc głównym elementem informacji dziennikarskiej, jest zdominowana przez mowę niezależną):

Lekarz może zaliczyć koszty uzyskania przychodu z tytułu prowadzonej działalności zakup samochodów osobowych i przyczepy oraz comiesięczne faktury za benzynę – **stwierdził dyrektor KAS** w interpretacji indywidualnej z 4 grudnia 2018 roku. Zwrócił się o nią lekarz dentysta, który zamierza prowadzić działalność w zakresie usług stomatologicznych, usług kosmetycznych oraz wynajmu powierzchni reklamowych (...) Do dojazdów potrzebuje samochodów, **dlatego zwrócił się do fikusa z pytaniem, czy może zaliczyć w koszty uzyskania przychodu zakup dwóch samochodów osobowych z przyczepą i comiesięczne faktury na benzynę** (MT 1/2019/3).

Użycie w tym tekście mowy zależnej tłumaczy fakt, że jest to krótki tekst, opatrzony nadtytułem „flesz”. Zgodnie z definicją, flesz to pojęcie, które jest związane z telewizją, rzadziej z radiem. Dotyczy informacji przedstawionej w skrócie: „Flesz, (ang. *flash*) – skrót najważniejszych informacji poza programem informacyjnym, trwający zwykle kilkadziesiąt sekund. Program informacyjny typu flesz prezentuje zwykle lektor, rzadziej prenter. Flesze stanowią niekiedy zapowiedź głównego wydania programu informacyjnego (na przykład: Fakty TVN)³⁰”. Określenie to spotyka się najczęściej w odniesieniu do telewizji”. Tekst przypomina więc swoją formą krótką relację z danego wydarzenia czy sytuacji, która miała miejsce, być może dlatego nie zawsze istnieje potrzeba dosłownego cytowania słów wypowiadających się osób.

³⁰ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Flesz> [dostęp z dnia 2.02.2019 r.]

Mimo to można zaobserwować artykuły będące fleszem, ale których podpis zawiera dodatkową informację, np. „IKA na podstawie podyplomie.pl”. Odbiorca może się domyślać, że taki artykuł jest wycinkiem jakiegoś większego tekstu zamieszczonego na stronie internetowej. Uzasadniałby to również napis w lewym górnym rogu strony: *Newsletter*, który może czasem przybierać formę zbioru informacji, która tworzy „albo struktury odwołujące się do pełnych artykułów zamieszczonych na stronach WWW, albo też publikuje od razu w dostarczanym newsletterze całość tekstu”³¹. Ponadto tego typu teksty nie zawsze są krótkie, zdarza się, że mają one kilka stron. W każdym czasopiśmie „Medical Tribune” możemy dostrzec flesz opatrzony napisem newsletter. Czasem jest on krótkim tekstem, będącym relacją, a czasem jest on dłuższy i zawiera podpis, który sugerowałby, że istnieje on również na stronie internetowej. Jednak faktem jest, że w tego typu artykułach mowa zależna przeplata się z mową niezależną.

W „Medical Tribune” znajdują się również teksty, w których jest wykorzystywana jedynie mowa zależna. Przykładem mogą być artykuły, których nadtytuł brzmi: podatki. Teksty te są pisane przez osobę, która prawdopodobnie oprócz tego, że jest dziennikarzem, specjalizuje się również w kwestiach związanych z finansami.

Dziennikarz jest ostatnim analizowanym typem nadawcy, ponieważ dotyczy jedynie czasopisma „Medical Tribune”. Teksty dziennikarzy są obecne jedynie w tym czasopiśmie, ponieważ charakteryzuje się one występowaniem wielu gatunków (co odróżnia je tym samym od czasopisma „Medycyna po Dyplomie”). Jednak na uwagę zasługuje fakt, że dziennikarz w czasopiśmie medycznym to osoba, która jest związana ze środowiskiem lekarzy, zna problemy, które to środowisko dotyczą, znajduje się w samym centrum omawianych wydarzeń, które relacjonuje, zwykle po uprzedniej konsultacji z lekarzem (stąd takie wyrażenia na dole tekstu: oprac. Irena Fober, konsultacja medyczna dr n. med...). Teksty te zostały podzielone na cztery typy: z mową niezależną, z mową zależną, z mową pozornie zależną oraz mieszane, tzn., z mową zależną i niezależną. Źródłem cytowania w tekstach są przede wszystkim wypowiedzi lekarzy specjalistów, choć czasami zdarzają się również takie, których autorem jest pacjent. Dziennikarze używają w tekstach różnych czasowników mówienia: *dodaje, ostrzega, radzi, tłumaczy, wyjaśnia, przyznaje, zapewnia, wylicza*, które mogą świadczyć o autorytecie osoby, której wypowiedź została zacytowana.

³¹ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Newsletter> [2.02.2019 r.]

Analiza relacji nadawczo-odbiorczych w *dyskursie medycznym* pozwoliła na jego charakterystykę w ujęciu pragmatycznym. To ujęcie jest bowiem jednym z aspektów, dzięki którym można wyodrębnić i scharakteryzować wyznaczniki *dyskursu* medycznego. Analiza dwóch czasopism pozwoliła wyróżnić formy ekspresji językowych wykorzystywanych przez nadawców, a także cechy i wyznaczniki stylowe tekstów czasopism medycznych, które składają się na całokształt tego *dyskursu*. Omawiane czasopisma różnią się od siebie pod wieloma względami. Różnice te są widoczne już na płaszczyźnie dotyczącej charakterystyki nadawców. Czasopismo „Medical Tribune” charakteryzuje się zawiłą sytuacją komunikacyjną, na którą składają się różni nadawcy, reprezentujący różnorodne funkcje (redaktor, lekarz specjalista, dziennikarz, a nawet prawnik, który jest autorem tekstów dotyczących prawa medycznego). W czasopiśmie „Medycyna po Dyplomie” można zaobserwować nadawców, którymi są jedynie lekarze będący specjalistami w dziedzinie medycznej, tzn., jak zostało wcześniej napisane, są to osoby, które są w stanie tworzyć i rozumieć *teksty specjalistyczne*. Różna jest także płaszczyzna odbiorców tekstów obu czasopism. W czasopiśmie „Medical Tribune” odbiorcami mogą być: lekarze (niekoniecznie specjaliści), prawnicy, a nawet ludzie, którzy nie są związani z medycyną, ale są zainteresowani tą tematyką. Z kolei w czasopiśmie „Medycyna po Dyplomie” odbiorcami są inni specjaliści, lekarze lub adepci medycyny, ale tacy, którzy są w stanie rozumieć *teksty specjalistyczne* i występujące w nich terminy.

Przedstawione podobieństwa i różnice pomiędzy dwoma czasopismami medycznymi pozwalają na stwierdzenie, że *dyskurs medyczny* jest zróżnicowany pod względem tematyki tekstów w nich zawartej, pod względem nadawców, którzy w tych tekstach występują, a także pod względem stylu prezentowanych gatunków tekstowych. Występujące w czasopiśmie „Medical Tribune” elementy potoczne, a także różnorodne środki perswazji wskazują na to, że jest to czasopismo o charakterze popularnonaukowym, które jednak wpisuje się w *dyskurs medyczny*, bo jego tematyka dotyczy różnych problemów związanych z służbą zdrowia, szpitalami, prawami lekarzy itp. Ponadto w czasopiśmie tym można również dostrzec artykuły specjalistyczne, tzn. takie, których nadawcą jest specjalista, przez co można mówić o dwojakim charakterze czasopisma, które jest popularnonaukowe z elementami naukowymi i specjalistycznymi. Z kolei czasopismo „Medycyna po Dyplomie” reprezentuje gatunki, które można byłoby zakwalifikować do gatunków *dyskursu specjalistycznego* (dominują w nim bowiem artykuły specjalistyczne i opisy przypadków). Czasopismo to ma cechy naukowe,

dydaktyczne i specjalistyczne, a nadawcy znacznie częściej posługują się specjalistycznymi terminami. Ich zagęszczenie w tych tekstach również jest znacznie większe niż w tekstach reprezentowanych przez czasopismo „Medical Tribune”.

Rozdział 3

Termin a konstytuowanie medycznego dyskursu wiedzy – analiza formalna i semantyczna

3.1. Rozumienie terminu w komunikacyjnej teorii terminologii

Dla *dyskursu medycznego* rozumianego jako komunikacja między specjalistami, która opiera się na wiedzy, ważna będzie teoria nazwana *komunikacyjną teorią terminologii*. Jest ona najlepsza do pokazania roli terminu w konstytuowaniu medycznego *dyskursu wiedzy*, gdyż to właśnie ona służy temu, by uzasadnić, że terminy tworzą *dyskurs*. Ten nowy etap rozwoju teorii terminu, który jest związany z ujęciem nie tylko poznawczym, ale również komunikacyjnym został zapoczątkowany przez rosyjskich badaczy w ostatnich latach XX wieku i początkowych latach XXI wieku. W różnych publikacjach i artykułach terminy analizowano z punktu widzenia wiedzy i poznania, tzn. uważano je za rezultat aktywności psychicznej (mentalnej) danego specjalisty, a także za instrument komunikacji specjalistycznej oraz sposób aktualizacji wiedzy poprzez *dyskurs* specjalistyczny w procesie aktywności zawodowej. Oznacza to, że właśnie dzięki konkretnemu dyskursowi specjalistycznemu termin staje się instrumentem komunikacji, który aktualizuje wiedzę (Volodina 1997; Manerko 2000; Mishlanova 2002).

Badacze pracowali nad koncepcją teoretyczną na tyle szeroką, by mogła zawrzeć różne wnioski dotyczące natury terminu. W literaturze funkcjonuje termin Teoría Comunicativa de la Terminología – TCT (czyli komunikacyjna teoria terminologii), która jest opisywana jako teoria językowa jednostek terminologicznych bazująca na komponencie poznawczym i związana z celami komunikacyjnymi. Reprezentuje ona trzy różne aspekty opisane przez A. G. Seoane: „en tanto disciplina, se entiende como el conjunto de principios y bases conceptuales que rigen el estudio de los términos; como metodología, es el conjunto de directrices que se utilizan en el trabajo terminológico, y finalmente puede ser un conjunto de términos de una determinada área de especialidad”³² (Seoane 2015: 86-87). Według niej terminologia może prezentować dwa

³² Tłumaczenie: Jako dyscyplina jest rozumiana poprzez zbiór zasad i podstaw teoretycznych, które dotyczą badań nad terminami, jako metodologia jest zbiorem wytycznych, które są używane w pracy nad terminologią i wreszcie może być rozumiana jako zbiór terminów określonej dziedziny specjalistycznej – tłum. B. D.

różne wymiary rozumiane jako: wymiar językowy i wymiar komunikacyjny (będący narzędziem komunikacji).

Celem tej teorii jest ukazanie jednostek terminologicznych jako takich, które nie są autonomicznymi jednostkami leksykalnymi, samodzielными połączeniami słów, ale takimi, które tworzą język naturalny i które posiadają wartość specjalistyczną zawartą w leksykonie mówiącego. Te jednostki są wieloaspektowe, co oznacza, że mają różnorodny charakter i posiadają zbiór cech (morfosyntaktycznych, semantycznych i pragmatycznych). Cechy te uaktywniają się w odpowiednich kontekstach i sytuacjach. Jednostka leksykalna nie jest uważana ani za terminologiczną, ani za nieterminologiczną. Jest uważana za jednostkę ogólną, która może nabyć wartość specjalistyczną lub terminologiczną dzięki *dyskursowi*, w którym aktywuje swoje specjalistyczne znaczenie: „los factores de activación son las condiciones pragmáticas (marcos situacionales) en las que se inserta el discurso dentro del que las unidades terminológicas aparecen”³³ (Cabré 2009: 12)³⁴. Teoria jest również związana z opisywaniem jednostek terminologicznych poprzez teksty (mówione lub pisane), tworzone przez specjalistów w różnych sytuacjach komunikacyjnych. W tych tekstach jednostki terminologiczne są centralnym elementem służącym skutecznemu reprezentowaniu wiedzy specjalistycznej.

Termin reprezentuje pewien typ doświadczenia, które jest nabywane poprzez interakcję w konkretnej działalności zawodowej, „representa información conceptual verbalizada en el discurso profesional”³⁵ (Kostina 2009: 36). Doświadczenie zawodowe przejawiające się w wiedzy, przekazywanej informacji, nie może być odbierane nieświadomie, bo jest ono nabywane poprzez przemyślaną świadomość wynikającą z aktywności jednostki. Specyfika terminów, jako znaków, odzwierciedla się w tym, że są tworzone, by nazywać cele, zjawiska i relacje komunikatywnie znaczące, ale jedynie

³³ Tłumaczenie: Czynniki aktywowania terminów są warunki pragmatyczne (wyznaczniki sytuacyjne), w których uobecnia się *dyskurs* i w których te jednostki terminologiczne się pojawiają – tłum. B. D.

³⁴ Na ten sam aspekt autorka zwraca uwagę w innym artykule, w którym pisze, że: „una unidad léxica no es en sí terminológica o general, sino que por defecto es una unidad general que adquiere valor especializado o terminológico cuando por las características pragmáticas del discurso se activa su significado especializado. Este significado no es un conjunto predefinido y encapsulado de información, sino una colección específica de características semánticas que se construye según las condiciones de cada situación de uso. Toda unidad léxica sería pues potencialmente una unidad terminológica, aunque nunca hubiera activado este valor” (Cabré 1993: 13) – „jednostka leksykalna sama w sobie nie jest terminologiczna, ale jest jednostką ogólną, która nabiera wartości specjalistycznej, gdy jej specjalistyczne znaczenie jest aktywowane przez pragmatyczne cechy *dyskursu*. To znaczenie nie jest domyślnym, zamkniętym zbiorem informacji, ale określonym zbiorem cech semantycznych, które są konstruowane zgodnie z warunkami każdej sytuacji użycia. Każda jednostka leksykalna byłaby zatem potencjalną jednostką terminologiczną, nawet gdyby nigdy nie aktywowała tej wartości” – tłum. B. D.

³⁵Tłumaczenie: Reprezentuje informację poznawczą zwerbalizowaną w *dyskursie specjalistycznym* – tłum. B. D.

w konkretnej i specyficznej przestrzeni semiotycznej, tzn. przestrzeni determinowanej przez aktywność zawodową. Taką interpretację zawarł w swojej definicji Golovin:

El termino es una palabra o un sintagma... que tiene significado profesional, expresa y configura un concepto profesional y se usa en el proceso de cognición y apprehension de un grupo de objetos y de las relaciones entre ellos desde el punto de vista de una profesión³⁶ (Golovin 1979:264)

Znaczenie terminów w sytuacji komunikacyjnej jest bardzo istotne, ponieważ terminy jako jednostki poznawcze i komunikacyjne ukierunkowują cele działalności zawodowej i jej charakter pomiędzy uczestnikami komunikacji specjalistycznej. Dzięki terminom krystalizuje się naturalna relacja pomiędzy wiedzą i aktywnością zawodową w *dyskursie specjalistycznym*. Nie można analizować terminów z dala od konkretnej komunikacyjnej aktywności zawodowej (z dala od *dyskursu*), „porque estos son unidades de lenguajes de comunicación profesional, que se relacionan con sus unidades de conciencia correspondientes”³⁷ (Kostina 2009: 39). Każdy system terminologiczny reprezentuje model poznawczy pewnego obszaru wiedzy, doświadczenia poznawczego społeczeństwa. Przywołana Ana Gil Seoane zwróciła uwagę na to, że terminy zawierają zarówno formę, jak i znaczenie, ale różnica tkwi w tym, że forma jest stała (tzn. że nie wpływa na nią kontekst użycia), znaczenie zaś dopasowuje swoje cechy do każdego typu sytuacji komunikacyjnej (mającej charakter specjalistyczny), w której nadawca wybiera i aktywuje cechy adekwatne dla tej sytuacji i rezygnuje z tych, które nie są istotne (Seoane 2015: 87). Wobec tego znaczenie terminu może się zmieniać w zależności od różnych kontekstów użycia.

W takim ujęciu TCT znacząco się różni od tradycyjnej teorii terminologii (Cabré 1993: 21-29). Ta teoria bazuje na ujednoczeniu znaczenia terminu i jego odniesień, ustanawia relację między jednym a drugim. W związku z tym w TCT proponuje się, by zwrócono uwagę na funkcję reprezentacyjną, ale przede wszystkim komunikacyjną terminologii (Seoane 2015) na różnych poziomach dla dziedzin specjalistycznych. Ta perspektywa przypisuje wiarygodność terminom, tzn. ustanawia dopasowanie formy do konkretnego użycia w realnych sytuacjach komunikacyjnych. Badacze podkreślają, że jedynie teoria językowa wykraczająca poza analizę gramatyczną i formalną, tzn. biorąca

³⁶Tłumaczenie: Termin jest słowem lub wyrażeniem, które niesie profesjonalne znaczenie, wyraża pojęcie specjalistyczne (zawodowe) oraz jest używany w procesie poznawczym, w ujęciu grupy celów i relacji pomiędzy nimi z punktu widzenia zawodowego (specjalistycznego) – tłum. B. D.

³⁷Tłumaczenie: Ponieważ są to jednostki języka i komunikacji zawodowej, które łączą się z jednostkami świadomości – tłum. B. D.

pod uwagę aspekt poznawczy, semantyczny i pragmatyczny jest zdolna do opisanie jednostek terminologicznych i ich specyfiki. Trzeba również zwrócić uwagę na to, że jednostki terminologiczne wchodzą w korelacje i powiązania z jednostkami nieterminologicznymi i to właśnie pragmatyka jest niezbędna do wyjaśnienia, w jaki sposób w jednostkach leksykalnych aktywowany jest walor terminologiczny.

3.1.1. Terminologia – nauka o terminach

Każda nauka ma własny przedmiot badań, kategorie służące do konstruowania teorii z nią związanych, swoje metody analizy. Jednak według Macieja Grochowskiego nie istnieje nauka o terminach, ponieważ są one traktowane jako jednostki języków indywidualnych dziedzin wiedzy (Grochowski 2017). Na podobny aspekt zwraca uwagę S. Gajda, który pisze, że: „w tym sensie trudno mówić o nauce o terminach jako o ukonstytuowanej w pełni dyscyplinie, czego wyrazem jest brak prac uogólniających typu *ogólna teoria nauki o terminach czy wstęp do nauki o terminach*” (Gajda 1990b: 9). Mimo to, terminem interesuje się szereg dyscyplin wykazujących różne podejścia w badaniach: filozoficznonaukowe, terminoznawcze i językoznawcze. Pojęcie *terminoznawstwo* zawiera w sobie pewną część nauki o terminach w powiązaniu z różnymi jej orientacjami (Gajda 1990b: 9): normalizacyjną (związaną z porządkowaniem terminologii, przekładową, dydaktyczną, informatyczną i terminograficzną (dotyczącą układu) słowników terminologicznych). Na przynależność terminu do terminologii zwrócił również uwagę Wiesław Babik, który pisał, że: „termin ze wszystkimi jego właściwościami, wynikającymi z jego przynależności do języka naturalnego, jest przedmiotem badań terminologii jako dyscypliny naukowej i działalności praktycznej (Babik 1999: 3). Z kolei Wojciech Włoskowicz wskazał na fakt, że terminologia to nauka przede wszystkim o pojęciach, a terminy będące formami wyrażeniowymi, to dla niej sekundarny przedmiot zainteresowania (Włoskowicz 2018: 75).

Chociaż wielu językoznawców utożsamia się z podejściem, które znaczenie terminu wiąże z pojęciem i stawia między nimi znak równości³⁸, zdania na ten temat są

³⁸ Pisał o tym m.in. S. Gajda: „Opierając się na ustaleniach logiki formalnej, metodologia zajmuje się tworzeniem m.in. pojęć, definicji, twierdzeń i teorii oraz ich strukturą. Język nauki rozumie jako system jej wiedzy, na który składają się pojęcia i ich układy oraz teorie, a także sposoby dowodzenia. Termin utożsamia się z elementami wiedzy, czyli z pojęciem” (Gajda 1999 :14).

podzielone. Warto również zwrócić uwagę na to, że aparat badawczy nauki o terminach nie ugruntował się jeszcze w pełni, ponieważ nauka ta nie posiada długiej tradycji. Mimo to literatura naukowa dotycząca tego zagadnienia jest bogata i ciągle się powiększa. Domeną nauki o terminach jest leksyka specjalna (Waniakowa 2003: 14). Od pozostałych działów językoznawstwa różni ją to, że nie jest w stanie sama wypracować całej swojej teorii (teorii terminu) w oderwaniu od innych dziedzin, może jedynie stworzyć teorię cząstkową, będącą punktem wyjścia do teorii kompleksowej (Waniakowa 2003). Na ten temat pisał również S. Gajda, który zauważył, że:

Językoznawstwo, wychodząc od empirii, chce zbudować taką teorię, która wyjaśniałaby język – jego budowę, świadomość językową, teksty i ich rozumienie (...) Znajduje to wyraz w próbach konstruowania wielu cząstkowych teorii języka, por. teoria języka jako działania, gramatyka transformacyjno-generatywna, teoria tekstu. Jedną z takich cząstkowych teorii powinna stać się językoznawcza teoria terminu jako punkt wyjścia do stworzenia kompleksowej teorii terminu (Gajda 1999: 15).

Naukę o terminach cechuje więc brak stabilności aparatu badawczego, co przejawia się w tzw. chwiejności semantycznej terminów. Jednak mimo to nauka o terminach wypracowała zakres działań, którymi objęła obszar swoich zainteresowań. To między innymi:

- ustalenie zasad, dzięki którym jest możliwe porządkowanie pojęć w wielu różnych dziedzinach wiedzy;
- ustalenie zasad definiowania pojęć;
- porządkowanie wiedzy na temat związków między pojęciami;
- gromadzenie i wyszukiwanie informacji technicznych i naukowych;
- przekład tekstów specjalistycznych na inne języki;
- normalizacja słownictwa, która polega na nadawaniu statusu oficjalnego terminom, w przypadku, gdy odnoszą się one do jednego pojęcia (jednak jest to niemożliwe, gdy uprzednio nie usystematyzowało się podstawowych pojęć dotyczących danej dziedziny nauki) (Seretny, Stefańczyk 2017).

Terminologia wyznacza zbiór terminów, będący systemem pojęć danej dyscypliny, porządkuje go, ale również stanowi część systemu leksykalnego, funkcjonuje i rozwija się w zgodzie z jego regułami, dlatego różni badacze, pisząc o terminie, zwracali

uwagę na jego gramatyczne właściwości. Z tego też powodu zestawiali to pojęcie z gramatyką. Sugerowali, że istnieje tzw. gramatyka terminu: „jeśli mówi się o specyfice gramatyki języka naukowego, to należy oczekiwać, że także terminy mają w tym swój udział. Można więc chyba mówić o gramatyce terminu, podobnie jak się mówi o gramatyce nazwy własnej (gramatyce onomastycznej)” (Gajda 1990b: 85). Podobne ujęcie terminu przedstawiła również Danuta Buttlerowa, według której wzrasta autonomia leksyki specjalnej w stosunku do słownictwa ogólnego. Ten proces „przejawia się przede wszystkim w zróżnicowaniu mechanizmów słotwórczych, które służą tworzeniu nowych jednostek w obu warstwach słownikowych; inny jest w nich stopień produktywności tych samych formantów i modeli” (Buttler 1979: 58). Jednak nieco inna jest opinia M. Szymczaka, który nie dostrzega różnic między leksyką ogólną i terminologią: „nie ma ani jednego elementu fonetycznego czy słotwórczego, który występowałby w terminologii, a nie występowałby w języku ogólnonarodowym” (Szymczak 1979: 50-51).

Nieco inne spojrzenie na terminologię ukazuje María Teresa Cabré, która pisze, że nie można zapomnieć o tym, co jest celem terminologii. Według badaczy są nim jednostki terminologiczne, z natury interdyscyplinarne, definiowane przez obecność trzech komponentów:

- a. un componente cognitivo (la percepción y categorización de la realidad por parte de las especialidades: los términos vehiculan la representación de dicha categorización de la realidad),
- b. un componente lingüístico, por cuanto las unidades terminológicas son signos lingüísticos, pertenecen a las lenguas naturales, forman parte de sus gramáticas y se describen a través de las mismas propiedades, estructuras y condiciones que describen las unidades lingüísticas,
- c. un componente social (los términos sirven para comunicarse los expertos entre si, pero también para formar nuevos expertos y para divulgar el conocimiento especializado), y además identifican grupos socioprofesionales³⁹ (Cabré 2009:10).

³⁹ Tłumaczenie: a. komponent poznawczy (odbiór i kategoryzacja rzeczywistości z punktu widzenia specjalistów: terminy służą kategoryzacji rzeczywistości)

b. komponent językowy, w którym jednostki terminologiczne są znakami językowymi przynależącymi do języków naturalnych, które opisuje się pod względem tych samych struktur i własności, którymi opisuje się jednostki językowe

c. komponent społeczny (terminy służą do komunikacji między specjalistami, ale również do tego, by ujawniały i rozpowszechniały specjalistyczną wiedzę i, poza tym, służą identyfikacji grup zawodowych – tłum. B. D.

Autorka wiąże również dziedzinę, jaką jest terminologia, z *dyskursem*. Zwraca uwagę na to, że w *dyskursie specjalistycznym*, zarówno mówionym, jak i pisanym, terminologia stanowi zasób ekspresyjnych i komunikacyjnych środków, a w świetle tych dwóch zmiennych, „el discurso presenta redundancia, variación conceptual y variación sinonímica, y además permite constatar que no siempre se produce una perfecta equivalencia entre lenguas”⁴⁰ (Cabré 2009: 11).

3.1.2. Termin – wiedza – dyskurs

Powyższe rozważania pozwalają stwierdzić, że terminologia i leksyka to bardzo istotne elementy w kształtowaniu się *dyskursu* medycznego. *Dyskurs medyczny* i leksyka to jedność, ponieważ w pierwszej kolejności przejawia się on w słownictwie chociażby z tego względu, że jest to *dyskurs wiedzy*. Pojęcia *termin – wiedza – dyskurs*, to pojęcia nierozłączne, ponieważ terminy tworzą wiedzę, a wiedza jest istotnym elementem *dyskursu*. Termin rozumiem tak, jak o nim piszą twórcy komunikacyjnej teorii terminologii, którzy zauważyli, że terminy tworzą *dyskurs*, determinują *dyskurs*, a także warunkują stopień jego specjalizacji: „factores que se relacionan con el grado de especialización y (...) que (...) lo condicionan o modifican”⁴¹ (Rodríguez-Tapia 2020: 76). To specjalistyczne formy dyskursywne, których odpowiedni dobór służy tworzeniu *tekstu medycznego*⁴². Nagromadzenie terminów zwane zagęszczeniem terminologicznym jest głównym czynnikiem rozróżniającym stopień specjalizacji tekstowej, jest tym, co pozwala dokonać rozróżnienia między *tekstami specjalistycznymi, technicznymi i niespecialistycznymi*. W *dyskursie medycznym-naukowym*, który jest częścią *dyskursu specjalistycznego*, można dostrzec wiele terminów, ale w *dyskursie* medycznym popularnonaukowym tych terminów jest znacznie mniej i dodatkowa różnica polega na tym, że częściej są one wyjaśniane. Jednak w związku z tym to termin warunkuje stopień specjalizacji *dyskursu* (tzn. to, czy jest on bardziej czy mniej specjalistyczny), termin reprezentuje wiedzę, która jest z daną odmianą *dyskursu* związana.

⁴⁰ Tłumaczenie: *Dyskurs* prezentuje ponadwymiarowość, wariację pojęciową i wariację synonimiczną, a także pozwala zweryfikować, że nie zawsze istnieją idealne powiązania i zależności między językami – tłum. B. D.

⁴¹ Tłumaczenie: To czynniki, które są związane ze stopniem specjalizacji, warunkują ją i modyfikują – tłum. B. D.

⁴² „El texto especializado se caracteriza por seleccionar cierto tipo de formas discursivas especiales” (Rodríguez-Tapia 2020: 89)

Badacze analizują termin w paradygmacie poznawczo-dyskursywnym. Piszą oni m.in., że *dyskurs* wpływa na zmienność znaczenia terminów (termin *leczenie* jest wieloznaczny dopóki nie zostanie wpisany w konkretny kontekst komunikacyjny, w którym zestawia się go z różnymi przymiotnikami: *leczenie objawowe*, *leczenie farmakologiczne* itp.) Irina Kostina pisała, że: „el significado de los términos no se determina exclusivamente por su referencia y por su estructura conceptual en una red de relaciones asociativas de conceptos y sus características, sino por su desarrollo como proceso y resultado de la variación del mismo en el discurso”⁴³ (Kostina 2009: 17). Wszystkie jednostki leksykalne, więc również terminy, są wieloznaczne. Terminy posiadają zróżnicowane moduły cech specjalistycznych, ale nie uaktywniają się one jednocześnie. W *dyskursie* może się ujawnić jedynie podzbiór cech, który pozwala na identyfikowanie uaktywnionych sensów danej jednostki terminologicznej w określonej sytuacji komunikacyjnej. Terminy i ich znaczenie są również determinowane przez cel *dyskursu*. Zmienność terminów „esta determinada por los mecanismos cognitivos que utilizan los expertos en la conceptualización y la categorización de los objetos en el discurso especializado”⁴⁴ (Kostina 2009: 18). Służą one bowiem reprezentowaniu pojęć, które mają opisywać cele komunikacji specjalistycznej.

Niektórzy z badaczy, pisząc o randze, jaką terminy spełniają w konstytuowaniu się *dyskursu*, zwracają uwagę na to, że mają one wymiar nie tylko tekstowy, ale również dyskursywny: „dar cuenta de los términos como unidades singulares y a la vez similares a otras unidades de omunicación, dentro de un esquema global de representación de la realidad, admitiendo la variación conceptual (cognitiva y representativa) y denominativa y teniendo en cuenta la dimensión textual y discursiva de los terminos”⁴⁵ (Cabré, Felieu 2001: 22). Na tę perspektywę zwrócili już wcześniej uwagę rosyjscy badacze: Grigorij Osipowicz Vinokur i Aleksander Reformatsky, którzy zauważyli, że termin jest szczególną funkcją znaku językowego, który wiąże słowo z określoną dziedziną zastosowania naukowego, technicznego lub profesjonalnego (zawodowego) (Vinokur

⁴³Tłumaczenie: Znaczenia terminów nie określa się wyłącznie dzięki ich odniesieniom i dzięki ich strukturze konceptualnej w sieci asocjacyjnych relacji pojęć i ich cech, ale również przez ich rozwój rozumiany jako proces i rezultat ich zmienności w *dyskursie* – tłum. B. D.

⁴⁴Tłumaczenie: Jest determinowana przez mechanizmy poznawcze używane przez ekspertów w konceptualizacji i kategoryzacji celów *dyskursu specjalistycznego* – tłum. B. D.

⁴⁵ Tłumaczenie: Uznajemy terminy za unikalne jednostki, a jednocześnie podobne do innych jednostek komunikacyjnych do ogólnego schematu reprezentowania rzeczywistości, mając na uwadze ich różnorodność konceptualną (kognitywną i reprezentatywną), a także werbalną, wymiar tekstowy i dyskursywny terminów – tłum. B. D.

1939: 105, Reformatsky 1968: 69). Taka rola terminów w terminologii została również szczegółowo opisana przez M. T. Cabré. Pisze ona, że

Como unidades comunicativas, los términos:

- son unidades de discurso,
- aparecen normalmente en el discurso especializado (profesional, científico, técnico, etc.),
- presentan variación discursiva (denominativa y conceptual) según las condiciones de producción-transmisión-recepción de la información,
- la variación denominativa tiene frecuentemente consecuencias cognitivas,
- presentan variación conceptual por diferentes criterios: el punto de vista, la escuela de pensamiento, la posición ideológica, el interés económico, etc.,
- Comparten con unidades de otros sistemas la denominación de conceptos especializados,
- Comparten con otras unidades no lingüísticas la representación y transmisión del conocimiento especializado⁴⁶ (Cabré 2009: 11).

3.1.3. Definicje terminu w polskim językoznawstwie

Na gruncie polskiego językoznawstwa powstało wiele definicji terminu, jednak na szczególną uwagę zasługuje ta, która została zaproponowana przez S. Gajdę, gdyż można go określić jako prekursora w dziedzinie badań nad terminologią i terminami. Zwraca on uwagę na trzy cechy terminu: ścisłość (używa się go, by wskazać pojęcie), systemowość (wskazuje na funkcjonowanie terminu w strukturze pojęciowej) i ograniczoność (termin odnosi się do określonej sfery naukowo-technicznej) (Gajda 1993: 185-186). Ponadto pisze, że: „termin to jednostka leksykalna spełniająca funkcję znaku profesjonalnego pojęcia, a więc rodzaj użycia, a nie specjalny typ jednostki leksykalnej” (Gajda 1990b: 38). Ważne jest również to, co jeszcze wcześniej zauważył Marian Mazur. Według niego istnieje szereg zasad, którymi należy się kierować, tworząc nową nazwę. Są nimi: estetyczność (terminy nie powinny rodzić kontrowersji, w związku

⁴⁶ Tłumaczenie: Jako jednostki komunikacyjne, terminy:

- są jednostkami *dyskursu*
- pojawiają się zwykle w *dyskursie specjalistycznym (profesjonalnym, naukowym, technicznym* itd.)
- reprezentują różnorodność dyskursywną (nazewniczą i poznawczą) w powiązaniu z warunkami tworzenia – przekazu – odbioru informacji
- różnorodność nazewnicza ma często konsekwencje poznawcze
- reprezentują różnorodność poznawczą poprzez różne kryteria: punkt widzenia, szkołę myśli, pozycję ideologiczną, interes ekonomiczny itd.
- łączą się z jednostkami z innych systemów nazewniczych, poznawczych i specjalistycznych
- dzielą się z innymi jednostkami, nie językowymi, reprezentacją i przekazem wiedzy specjalistycznej – tłum. B. D.

z tym, muszą się podobać), powszechność (tworząc terminologię, nie powinno się zmieniać nazw, które się rozpowszechniły), poprawność (nazwa nie może naruszać norm poprawności językowej), rodzimość (nazwy powinny się opierać na słowach rodzimych), operatywność (termin nie powinien być długi, trudny do wymawiania czy sprawiający trudności w połączeniu z innymi wyrazami), międzynarodowość (nazwy specjalistyczne muszą być zgodne z tymi nazwami, które mają rozpowszechnienie międzynarodowe), jednolitość (termin powinien zawierać w sobie słowo, które jest wspólne całej grupie nazw składających się na pojęcia pokrewne), jednorodność (termin powinien powstawać w całości z wyrazów obcych lub w całości z rodzimych⁴⁷, reproduktywność (nazwa powinna opierać się na takim wyrazie, który umożliwi tworzenie od niej nazw pochodnych), logiczność (nazwy powinny być tworzone w taki sposób, by nasuwały swoim brzmieniem różne skojarzenia odnoszące się do ich definicji), jednomianowość (jedynie jedna nazwa może być oznaczeniem określonego pojęcia – brak synonimii), jednoznaczność (nazwa może oznaczać jedynie jedno pojęcie), zwięzłość (nazwa nie może zawierać zbyt wielu informacji, jedynie po jednej na każdą okoliczność) systematyczność (w przypadku kilku pojęć równorzędnych nazwa odpowiada nazwie pojęcia uznawanego za nadrzędne w stosunku do nich) (Mazur 1961).

Wiesław Babik, pisząc o terminie, wskazuje na miejsce, jakie zajmuje w systemie pojęć: „termin to nazwa pojęcia naukowego, określona jego definicją i miejscem w systemie pojęć (terminów, systemie terminologicznym) danej dziedziny wiedzy (nauki) lub techniki (...) Ponieważ są one elementami języka nauki i teorii naukowych stąd, aby je zrozumieć, trzeba określić ich miejsce w ramach tej teorii” (Babik 1999: 3). Specyfika terminu przejawia się w tym, że określa on w sposób konwencjonalny pojęcia naukowe i techniczne. Dotyczy to samej jego formy, ponieważ istniejącym już pojęciom technicznym i naukowym można nadać dowolną nazwę, a następnie przypisać definicje.

Nowsze definicje odnoszą termin do wiedzy specjalistycznej. Terminy są więc elementami, które ją reprezentują. Powoływane są, by obsługiwać pewien zakres rzeczywistości czy pewną dziedzinę twórczości poszczególnych dziedzin specjalistycznych (Ligara 2017: 30). Anna Seretny i Wiesław Stefańczyk zwrócili uwagę na to, że terminy będące nazwami o znaczeniu ustalonym umownie istniały od zawsze

⁴⁷ Analiza leksyki specjalistycznej pozwala jednak na wysnucie wniosku, że ta zasada nie zawsze jest respektowana, stąd obserwuje się hybrydy, czyli wyrazy, które powstały częściowo z wyrazów obcych, a częściowo z rodzimych lub takie, które łączą w sobie dwie różne nazwy z dwóch różnych języków obcych. Wspominam o tym w rozdziale 5.

(Seretny, Stefańczyk 2017: 171) i wskazali jego cechy: dąży do jednoznaczności, jest pozbawiony elementów uczuciowo-ekspresyjnych, pozbawiony treści konotowanych, jego znaczenie jest niezależne od kontekstu. W ostatnim czasie można zaobserwować gwałtowny przyrost terminów, który jest związany z rozwojem różnych dziedzin nauki i techniki (w tym także medycyny). Rozwój cywilizacyjny narzuca potrzebę precyzyjnego nazywania elementów, obiektów, które są komponentami nowych segmentów rzeczywistości. Jest to z jednej strony potrzeba natury poznawczej, zaś „z drugiej – pragmatyczno-komunikacyjnej, bo dyktuje ją konieczność wymiany informacji pomiędzy specjalistami, dotyczących dziedziny, w której pracują czy uprawiają działalność twórczą” (Ligara 2017: 30).

3.1.4. Termin a nietermin

W podejściach do elementów leksykalnych języka można zaobserwować dychotomię metodologiczną, która polega na przeciwstawianiu specjalistycznych terminów nieterminom (tzn. tym wszystkim jednostkom leksykalnym, które są używane w odmianie ogólnej języka), choć granica między nimi nie jest ostra. Tę granicę wyznaczają „wymogi terminologii (terminoznawstwa) jako dyscypliny naukowej, od których językoznawstwo nie może abstrahować, jako że samo dysponuje narzędziami opisu jedynie aspektu lingwistycznego terminów” (Ligara 2017). Owa rozbieżność wynika z innego rodzaju wiedzy, z którą są związane terminy i nieterminy i do której się odnoszą. Badacze mają tu na myśli semantykę, tzn. stronę treściową obu jednostek językowych. Terminy to elementy leksykalne reprezentujące wiedzę specjalistyczną. Są powoływane do obsługiwanego tego zakresu rzeczywistości, który należy do danej dziedziny specjalistycznej. Ta wiedza stanowi o znaczeniu terminu, ujmuje się ją w definicji terminologicznej. Z kolei nieterminy przynależą do wiedzy o rzeczywistości pozajęzykowej, tj. wiedzy o świecie, którą przyswajamy przez poznawanie kulturowe i którą dzielimy wspólnie z innymi przeciętnymi użytkownikami języka, tj. niespecjalistami (w odróżnieniu od wiedzy specjalistycznej, która jest dysponowana przez specjalistów).

Inną różnicą między terminem a nieterminem jest kształt terminu, który ustalają arbitralnie jego twórcy. Na jego postać nie nakłada się żadnych ograniczeń. Może być nim słowo, które nie istnieje w języku naturalnym, ale także słowo istniejące, któremu zostaje nadane nowe znaczenie (szerzej o tym w dalszej części rozdziału). Ponadto,

specjaliści, którzy zostali przez Grochowskiego nazwani „twórcami danego języka (innego niż naturalny)” (Grochowski 2017: 14), nadają terminom znaczenie i w ten sam sposób je zmieniają. Nieterminom przysługują znaczenia, które wynikają z konwencji, z zasad obowiązujących w języku. Użytkownik języka nie może zmienić znaczenia jednostki leksykalnej języka naturalnego. Nie ulega jednak wątpliwości, że między nieterminami a terminami istnieje sieć powiązań i relacji. Elementy leksykalne języka ogólnego mogą przenikać do specjalistycznego i na odwrót, tzn., że rozpowszechnione już terminy mogą się stać jednostkami języka ogólnego, zaś te bardzo często są podstawą do tworzenia terminów.

3.1.5. Kształtowanie się polskiej terminologii medycznej

Duży przyrost leksyki (szczególnie słownictwa specjalistycznego obserwuje się w wieku XIX (zwracają na to uwagę: Buttler 1972, Walczak 1995, Klemensiewicz 1985). W przypadku leksyki medycznej, wiązało się to z ujednoczeniem, a także porządkowaniem polskiej terminologii. Lucyna Agnieszka Jankowiak pisała, że ten proces został zapoczątkowany w XIX wieku przez lekarzy: Józefa Majera i Fryderyka Skobla, którzy rozpoczęli badania dawnego polskiego słownictwa medycznego, ponieważ przewidzieli, że za jakiś czas wykłady z medycyny zaczną być prowadzone po polsku (Jankowiak 2011). Owocem tych prac były artykuły, a następnie słownik anatomiczno-fizjologiczny (do tej pory jest jedynym słownikiem dotyczącym zarówno przekładu, jak historii i poprawności językowej, „składa się z haseł łacińskich, do których autorzy (dopisując lokalizację) dołączyli polskie odpowiedniki (z dzieł różnych okresów) wraz ze swymi komentarzami co do ich poprawności oraz przydatności w XIX – wiecznej polskiej terminologii lekarskiej” (Jankowiak 2011: 98). Jednak słownik ten zawierał słownictwo jedynie z dwóch działów medycyny, a autorom nie udało się zebrać słownictwa z innych jej działów.

Mimo to w 1842 roku powstał *Niemiecko-polski słownik wyrazów lekarskich*, a w roku 1868 *Słownik łacińsko-polski wyrazów lekarskich*. W 1880 r. rozpoczęto przygotowania do publikacji ogólnego słownika medycznego, który powstał w 1881 r. Wszystkie te działania dotyczyły ośrodka krakowskiego, jednak prace nad upowszechnianiem i porządkowaniem polskiej terminologii lekarskiej można zaobserwować również w środowisku warszawskim, gdzie zaczęto wydawać „Pamiętnik

Towarzystwa Lekarskiego” (było to w roku 1837), zaś w 1857 powołano komitet terminologiczny. Po okresie pierwszej wojny światowej, dzięki rozwojowi medycyny, pojawiło się wiele nowych terminów dotyczących słownictwa medycznego. Kolejnym słownikiem, który powstał dzięki porozumieniu ośrodka krakowskiego i warszawskiego był *Słownik lekarski polski*. W przedmowie do *Wielkiego słownika medycznego* można przeczytać, że *Słownik lekarski polski* był przygotowywany przez wielu ludzi, m.in. Stanisława Ciechanowskiego czy Tadeusza Borowicza. Mirosław Jan Mossakowski pisał, że:

W okresie międzywojennym jego pewnym uzupełnieniem i próbą modernizacji był opracowany przez Stanisława Konopkę dla innych zresztą celów, słownik haseł biblioteki Centrum Wyszkożenia Sanitarnego obejmujący ok. 70 tys. pozycji leksykograficznych. Na ten okres przypadają również pierwsze działania mające na celu opracowanie jednego, systematycznego i nowoczesnego polskiego słownika medycznego (Mossakowski 1996).

W 1948 r. został utworzony zespół redakcyjny kolejnego słownika medycznego. Miało to miejsce przy Wydziale Nauk Medycznych, jednak żaden nowy słownik nie powstał, pomimo że przez wiele lat pracowano nad hasłami. W 1969 r. ponownie podjęto prace nad słownikiem. Powołano do tego szeroki zespół specjalistów (recenzentów, konsultantów, autorów), wśród nich byli przedstawiciele różnych dyscyplin, zarówno dziedzin medycznych, jak pokrewnych. W 1981 r. ostatecznie wydano *Polski słownik medyczny*, który posiada 56 tysięcy haseł. W 1996 r. ukazała się uzupełniona i poprawiona wersja tego słownika, pt.: *Wielki słownik medyczny*. Jest on przeze mnie wielokrotnie cytowany i traktuję go jako podstawowe źródło wiedzy.

3.2. Analiza formalno-semantyczna leksyki medycznej

3.2.1. Terminy dwuwyrazowe

Wśród nazw występujących w *dyskursie medycznym* można zaobserwować te, które składają się z jednego członu, ale również terminy dwu- lub kilkuskładnikowe, dlatego należy się przyjrzeć specyfice tych kilkuwyrazowych terminów, które są obecne również w *dyskursach specjalistycznych* dotyczących innych terminologii. Katarzyna Siewert pisała, że w wyniku derywacji syntagmatycznej powstają w terminologiach

różnych dziedzin, tzw. skupienia terminologiczne, przez innych badaczy nazywane również *terminami wielowyrazowymi* (Siewert 2010: 84). Jest to „połączenie dwu- lub więcej- wyrazowe spełniające rolę jednostki nominacyjnej w ramach określonej dziedziny wiedzy, mające specjalne znaczenie i zajmujące określone miejsce w systemie terminologicznym, które jest uwarunkowane klasyfikacją w sferze pojęciowej” (Starzec 1984: 62). W języku niemieckim dominującą pozycję wśród modeli, które służą do tworzenia terminów zajmują złożenia, zaś w języku polskim mechanizmem najbardziej produktywnym jest derywacja syntagmatyczna. Ponadto S. Gajda podaje wyliczenia, że udział takich skupień terminologicznych w wielu terminologiach to 80 do 90% (Gajda 1990a). O tym, że medyczne nazwy anatomiczne często są kilkuczłonowe pisała Ewa Majewska:

Specjalistyczne słownictwo medyczne jest bardzo bogate i zróżnicowane. Obejmuje ono liczne terminy, które znajdują zastosowanie w poszczególnych dyscyplinach i działach medycyny. Inne leksemy specjalistyczne znajdziemy w dermatologii, inne w neurologii, urologii, ginekologii, kardiologii czy psychiatrii. Podstawę wszystkich dziedzin medycznych stanowi anatomia, obejmująca nazwy części ciała, organów i ich struktur. Większość terminów anatomicznych składa się z kilku członów (Majewska 2016: 57).

Preferowanie takich złożonych terminów (mimo że dąży się do ekonomii językowej), wynika z tendencji różnych języków specjalistycznych do intelektualizacji (Sitarski 1981), tzn. „nadania językowi takich cech, które uprawniają go szczególnie do funkcji języka nauki – przede wszystkim jest to jednoznaczność i precyzja” (Bajerowa 1972: 31). Warto podkreślić również to, co o terminach dwuwyrazowych pisała Felicja Wysocka, która zwróciła uwagę, że zestawienia są charakterystyczne dla różnych terminologii: „naukowej, np. gramatycznej: *rodzaj męski, liczba mnoga, czas teraźniejszy*; prawniczej: *ustawa zasadnicza, kodeks karny, tłumacz przysięgły*; geograficznej: *biegun północny, brzeg klifowy, koło podbiegunowe*; astronomicznej: *gwiazda niebieska, plama słoneczna, deszcz meteorów*; ornitologicznej: *jaskółka domowa, łabędź dziki, mewa białoskrzydłata*; botanicznej: *fiołek skalny, mak polny, konwalia majowa* i wielu innych, ale też powszechnie występują w języku ogólnonarodowym, jak np. kwaśne mleko, ogórki kiszane, list polecony itd., itd. – i tu w pewnym zakresie są zbieżne z terminologią naukową, choćby anatomiczną, jak np. *zęby mleczne, ślepa kiszka, woreczek żółciowy*” (Wysocka 2007: 10).

Jadwiga Woźniak pisała, że: „Terminy mogą występować jako formy proste lub złożenia. Człony tworzące termin złożony mogą być zespolone bez fleksyjnych wykładników relacji syntaktycznych (kompozycja) albo z eksplicytnie wyrażonymi relacjami syntagmatycznymi (termin wielowyrazowy)” (Woźniak 2018: 246) W *dyskursie medycznym* najczęściej spotyka się terminy dwuwyrazowe, które charakteryzują się dużą produktywnością. Pisał o tym już Mieczysław Stelmasiak, który zauważył, że w terminologii anatomicznej można odnaleźć nazwy dwuskładnikowe (w tym połączenia rzeczownika z rzeczownikiem lub rzeczownika z przymiotnikiem (Stelmasiak 1983). W *dyskursie medycznym* (nie tylko wówczas, gdy ma się na myśli terminy anatomiczne) połączenia rzeczownika z rzeczownikiem są rzadsze niż połączenia rzeczownika z przymiotnikiem, przymiotnik bowiem w bardziej wyrazisty sposób ukazuje cechę terminu, jego specyfikę i charakter. Przymiotniki odgrywają dużą rolę w kształtowaniu terminologii medycznej, o czym pisał M. Górnicz. Mogą informować odbiorcę o wielu istotnych aspektach związanych z omawianym w artykule specjalistycznym terminem, np. o „wyglądzie mikroskopowym zmiany – o tym, w jakim stopniu komórki guza przypominają prawidłowo ukształtowane komórki organizmu. Funkcjonowanie przymiotników jako znaczników złośliwości jest logiczną pochodną pierwotnego znaczenia tych form (...) służą one do subtelniejszego różnicowania stopnia złośliwości guza (...) informują o tym, że nowotwór ma cechy złośliwości” (Górnicz 1997: 41). Aleksandra Waszczuk, analizując leksykon terminologiczny ekonomii, nazywa takie połączenia zestawieniami i podaje następujące przykłady: *kwit sternika*, *kwit załadowniczy*, *kwit pocztowy* (Waszczuk 2003:102). Dodaje, że złożenia i zrosty nie są tak produktywne, jak zestawienia: „w kompozycjach złożenia oraz zrosty nie charakteryzują się wysokim stopniem produktywności, w odróżnieniu od zestawień” (Waszczuk 2003: 102).

Wśród terminów będących połączeniem rzeczownika z rzeczownikiem można wyróżnić jedynie takie, w których drugi człon terminu występuje w dopełniaczu (jest to rodzaj przydawki rzeczownej). Jednak w czasopismach medycznych w sposób szczególny wyróżniają się terminy będące połączeniem rzeczownika z przymiotnikiem. Warto podkreślić szyk wyrazów wchodzących w skład takich terminów, gdyż przydawka przymiotna występuje w nich zawsze po rzeczowniku. M. Stelmasiak zauważył, że podczas tworzenia polskiej terminologii anatomicznej przestrzegano określonego układu wyrazów, mimo różnorodnego szyku tych wyrazów w łacińskiej terminologii (mowa tu o kalkach z łaciny). Problemem było jednak umiejscowienie przymiotnika (przed czy po

rzeczowniku) (Stelmasiak 1983). U. Kokot zauważa, że: „w zasadzie przydawka przymiotna występuje w języku polskim przed rzeczownikiem określającym, wyjątek stanowią jedynie te przypadki, gdy przydawka wyraża cechę przedmiotu zasadniczą i ważną – jak ma to miejsce w mianownictwie anatomicznym – wtedy przymiotnik wystąpi po rzeczowniku, np. ‘część wzrokowa siatkówki’ (a nie ‘wzrokowa część siatkówki’)” (Kokot 2007: 170).

Podczas analizy terminów dwuwyrazowych w czasopismach medycznych ważne jest to, co napisała U. Kokot. Zwróciła ona bowiem uwagę na występowanie terminów dwuwyrazowych w przypadku nazw chorób i ich objawów (np. *nocne moczenie czy pryszczyk wędrujący*) (Kokot 2007: 215). Jednak w czasopismach medycznych tego typu nazwy są obecne rzadziej niż nazwy innego typu, tzn. takie, które oznaczają: nazwy dotyczące diagnostyki i leczenia, nazwy określające konkretne metody leczenia czy nazwy rodzajów leków. Wśród tych nazw charakterystyczne jest to, że rzeczownik, który je tworzy jest terminem ogólnym, który w *Słowniku języka polskiego* najczęściej nie będzie opatrzony kwalifikatorem med., co oznacza, że występuje on jako słowo przynależące do polszczyzny ogólnej, a dopiero z przymiotnikiem, który go określa, można mówić o nim w kategorii terminu. Przymiotniki budujące nazwy dwuwyrazowe służą więc przede wszystkim doprecyzowaniu i skonkretyzowaniu rzeczownika; Rzeczownik ogólny, dzięki przyłączonemu do niego przymiotnikowi, staje się konkretny, staje się terminem. Nazwy dwuwyrazowe w czasopismach medycznych można podzielić na: A. nazwy dotyczące diagnostyki i sposobów leczenia, B. dwuwyrazowe nazwy rodzajów leków oraz nazwy działań, C. nazwy chorób i ich objawów. Konkretnie definicje terminów pochodzą z *Wielkiego słownika medycznego* z 1996 r. lub z odpowiedzi udzielonych przez lekarzy (w przypadku terminów, które nie zostały znalezione w słowniku).

A. Nazwy dotyczące diagnostyki i sposobów leczenia

Wśród dwuwyrazowych nazw wykorzystywanych w *dyskursie medycznym*, częstymi są te, które dotyczą terminów związanych z leczeniem pacjenta, terapią, badaniem, diagnostyką, zabiegiem, strategią czy techniką. Dzieje się tak, ponieważ celem *tekstów medycznych* jest opis choroby, omówienie przyczyn, szukanie sposobów leczenia itp. Warto zauważyć, że podstawą tych terminów jest głównie rzeczownik

odczasownikowy przynależący do słownictwa medycznego (*badanie, leczenie*⁴⁸), rzeczownik odczasownikowy związany z żargonem medycznym, o czym dalej (*postępowanie*), ale w tym miejscu są również takie terminy, które nie odnoszą się bezpośrednio do medycyny, ale dotyczą np. wojskowości (*strategia*), a także terminy ogólne, które mogą się być związane również z innymi dziedzinami (*technika*), która wiąże się nie tylko z medycyną, ale również z przemysłem czy transportem: „1. Wiedza na temat praktycznego wykorzystania osiągnięć nauki w przemyśle, transporcie, medycynie itp.; też: praktyczne wykorzystanie tej wiedzy; 2. Metoda: T. gry na skrzypcach. T. aktorska” (SJP: 1032). Omawiane *teksty medyczne* dotyczą chorób, więc przedstawienie różnych sposobów ich wyleczenia jest przydatne dla odbiorcy, szczególnie wtedy, gdy nadawca wyraźnie pokazuje, które z nich są bardziej skuteczne, a które mniej. Rodzaje leczenia, badania, terapii, zabiegów itp., które zostały odnotowane w czasopiśmie medycznych, można podzielić na kilka grup, a podział ten jest związany z tym, jaką treść niesie dołączony do rzeczownika przymiotnik. Kolejność prezentowanych przykładów jest związana z relacjami pomiędzy terminami: na początku wymieniam nazwy związane z *badaniami* i *diagnostyką*, czyli to, od czego rozpoczyna się leczenie, następnie nazwy *strategii*, tzn. związane z obraniem konkretnego planu działania (jeszcze nie z leczeniem), zaś na końcu przedstawione zostały terminy ogólne (*postępowanie, leczenie*) oraz konkretne (*terapia, zabieg, operacja*) nazywające sposób leczenia prowadzący do wyleczenia pacjenta.

1. Nazwy, w których przymiotnik wskazuje na cel (leczenia, badania itp.)

W tym podziale przymiotnik, który jest powiązany z rzeczownikiem informuje o tym, co jest celem tego działania wyrażonego poprzez rzeczownik. Przykładem może być: *badanie prospektywne* i *badanie retrospektywne*. Oba typy terminów przekazują informację o podobnym, ale przeciwstawnym do siebie celu. Mogą być traktowane jako antonimy. *Badanie prospektywne* to takie, którego celem jest zaplanowanie przyszłych sposobów postępowania z chorym, odnosi się więc do przyszłych działań. Z kolei *badanie retrospektywne* to rodzaj badania, którego celem jest określenie związku przyczynowo-skutkowego, tzw. obserwacja wstecz (narażenie na określony czynnik

⁴⁸ Tego typu terminy zawierają wyrazy ogólne, mało konkretne, np. leczenie. Sam termin tak jest definiowany w *Wielkim słowniku medycznym*: „termin ogólny oznaczający stosowanie środków fiz., chem., biol. i psychicznych w celu przywrócenia zdrowia lub złagodzenia objawów choroby” (WSM: 658).

w przeszłości i jego wpływ na stan obecny). Przymiotnik, z którym związany jest rzeczownik oznaczający badanie, informuje o jego celu, a jego znaczenie pokrywa się ze znaczeniem, które znajduje się w *Słowniku języka polskiego: prospektywny* „robiony lub projektowany z myślą o przyszłości” (SJP: 830), *retrospektywny*: „zwrócony ku przeszłości, poświęcony rozpatrywaniu przeszłości; też: polegający na zastosowaniu retrospekcji” (SJP: 832). Kolejnym terminem wymienionym w tej grupie jest *diagnostyka eliminacyjna*, której celem, zgodnie z nazwą wyrażoną przymiotnikiem jest eliminacja innych chorób towarzyszących pacjentowi, a nie potwierdzenie jakiejś choroby.

Leczenie hipotensyjne to rodzaj leczenia, które polega na obniżeniu ciśnienia we krwi. Przymiotnik *hipotensyjny* odnosi się więc bezpośrednio do celu, którym jest obniżenie ciśnienia, ponieważ *hipotensyjny* pochodzi z łacińskiego słowa *hypotensio*, tzn. obniżone ciśnienie: „hypotensio arterialis – niskie ciśnienie tętnicze, hypotensio intrabulbaris – obniżone ciśnienie śródgałkowe (śródoczne)” (PSM: 239). Cel, którym jest obniżenie ciśnienia, jest więc zawarty w przymiotniku, który jest wyrazem zapożyczonym. Innym przykładem jest *leczenie doraźne*. Przymiotnik ten występuje również w terminologii prawniczej: „tryb doraźny (sądzenia), tryb postępowania doraźnego «postępowanie sądowe polegające na uproszczeniu procedury oraz natychmiastowym wydaniu i wykonaniu wyroku z wyłączeniem środków odwoławczych»; sąd doraźny «sąd powoływany w razie zagrożenia bezpieczeństwa państwa, rozpatrujący sprawy karne z zastosowaniem skróconej procedury»”⁴⁹ Przymiotnik *doraźny* sygnalizuje więc pewien przyspieszony proces. Podobnie w przypadku analizowanego terminu medycznego: *leczenie doraźne*. Jest to leczenie, które ma przynieść szybki, możliwie że chwilowy efekt, jego celem jest więc jak najszybsze uwolnienie pacjenta od objawów lub od bólu. Kolejny przykład to *leczenie antysekrecyjne*. Cel wyrażony przymiotnikiem staje się bardziej czytelny po sprawdzeniu pochodzenia słowa sekrecyjny. Jest to bowiem po raz kolejny zapożyczenie z łaciny (z jęz. łac. secretio „1) wydzielanie (MHC); 2) wydzielina; 3) rozdzielenie, oddzielenie; s. apocrina – wydzielanie apokrynowe (MHC)” (PSM: 446). *Leczenie antysekrecyjne* to w związku z tym takie, którego celem jest zmniejszenie wydzielania (stąd przedrostek *anty*; *antyskrecyjny* to taki, który działa przeciwko wydzielaniu).

Terminem, który często pojawia się w odniesieniu do leczenia jest *postępowanie*. Jednak jest on znacznie szerszy niż samo leczenie, ponieważ określa się nim cały proces

⁴⁹ <https://sjp.pwn.pl/slowniki/dora%C5%BAny.html> [dostęp z dnia 3.03.2021 r.]

diagnostyczno-leczniczy. Obejmuje on zarówno zlecenie badań, diagnostykę oraz samo leczenie. Mimo to, niektóre konteksty pozwalają stwierdzić, że postępowanie to synonim leczenia: por. *leczenie objawowe - postępowanie objawowe; leczenie farmakologiczne – postępowanie farmakologiczne*. W czasopiśmie medycznych termin *postępowanie* jest używany częściej niż *leczenie*, co może świadczyć o tym, że *postępowanie* jest elementem żargonu. W grupie, w której przymiotniki wskazują na cel, można wyodrębnić między innymi: *postępowanie różnicowe*, tzn. takie, którego celem jest zróżnicowanie danej jednostki chorobowej od innych (mogących podobnie się objawiać albo dawać podobne wyniki badań). Przymiotnik *różnicowy*⁵⁰ odnosi się w tym wypadku do różnicowania, czyli do celu omawianego rodzaju *postępowania*.

Innym terminem wchodzącym w skład tej grupy jest *terapia adiuwantowa*. Przymiotnik ten jest związany z *adiuwantem*, a *adiuwant* to według *Słownika języka polskiego* „substancja wzmagająca działanie antygenu”⁵¹. Definicja *terapii adiuwantowej* wiąże się właśnie ze wzmaganiem leczenia, jest ona stosowana po metodach podstawowych, która ma dodatkowe działanie (np. usunięcie komórek nowotworowych, których nie udało się wyciąć w podstawowej metodzie leczenia). *Terapia adiuwantowa* to wobec tego terapia dodatkowa, stosowana, np. w leczeniu nowotworów: najpierw wycinamy i dodatkowo po operacji stosujemy terapię dodatkową, tzn. *chemioterapię* lub *radioterapię*. W schematach leczenia są opisane metody podstawowe i właśnie *adiuwantowe*. Zestawienie to jest na tyle interesujące, że terminy związane z terapią mogą być tworzone w dwojaki sposób: za pomocą konstrukcji *terapia + przymiotnik* lub za pomocą złożenia (por. *laseroterapia, brachyterapia, radioterapia*).

2. nazwy wskazujące na sposób (leczenia, badania itp.)

Grupa ta dotyczy przymiotników, które informują o tym, w jaki sposób odbywa się leczenie, tzn. o tym, jakie czynności są wykonywane, by wyleczyć pacjenta. Definicja tych terminów wskazuje na pewną ich charakterystykę, opis postępowania. W związku z tym, że w tej grupie mogą się znaleźć również dwuwyrazowe nazwy badań, przymiotniki, które się z nimi łączą także mogą ukazywać sposób wykonywania tej czynności, np. *badanie obiektywne* to takie, którego wyniki można uzyskać bez udziału

⁵⁰ Można również wspomnieć o istnieniu terminu *diagnostyka różnicowa*, który w tym kontekście jest synonimem *postępowania różnicowego*.

⁵¹ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/adiuwant.html> [dostęp z dnia 8.05.2021 r.]

badanego pacjenta. Znaczenie słownikowe przymiotnika *obiektywny* łączy się z treścią, którą niesie termin. *Obiektywny* to: „1. odznaczający się obiektywizmem, wolny od uprzedzeń: O. Krytyk. O-a opinia. 2. Istniejący niezależnie od poznającego podmiotu: o-a rzeczywistość” (SJP: 534). *Badanie obiektywne* to wobec tego takie, które może być wykonywane niezależnie od obecności pacjenta. Innym badaniem, które przynależy do tej grupy jest *badanie radiologiczne*. Przymiotnik *radiologiczny*, zawierający komponent radio-, wskazuje na pewien związek z promieniowaniem (por. radio- „pierwszy człon wyrazów złożonych wskazujący na ich związek znaczeniowy z promieniowaniem”⁵²). *Badanie radiologiczne* to takie, które polega na robieniu zdjęć rentgenowskich: „wykonanie małoobrazkowych zdjęć rtg klatki piersiowej u wszystkich osób zamieszkujących dany obszar wg spisu ludności, w określonych odstępach czasu” (WSM: 555).

Terminem, który mógłby być uznany za synonimiczny do *leczenia inwazyjnego*, a który jest również wykorzystywany przez specjalistów w *dyskursie medycznym* to *strategia inwazyjna*, czyli taki plan działania, który zakłada *postępowanie* czy *leczenie inwazyjne*. Różnicą między *leczeniem inwazyjnym*, a *strategią inwazyjną* jest to, że leczenie to konkretne działanie, a *strategia* to jedynie jego plan (wszystkie terminy związane ze strategią są przez lekarzy wyjaśniane jako właśnie plan działania).

W tym miejscu można jeszcze wymienić konkretne działania podjęte w celu wyleczenia pacjenta: *postępowanie terapeutyczne*, tzn. takie, które jest związane z wyborem i wdrożeniem odpowiedniej terapii. *Terapeutyczny*, tzn. taki, który dotyczy terapii, a wybór terapii jest sposobem takiego postępowania; *leczenie alternatywne*, tzn. inne niż klasyczna, podstawowa ścieżka leczenia. Są to rodzaje praktyk, które uważane są za takie, które mają określone działanie lecznicze, ale nie są dokładnie sprawdzone. W *Słowniku języka polskiego* ten przymiotnik odnosi się do czegoś, co jest nietypowe, co przeciwstawia się ogólnym konwencjom: „1. «dający możliwość wyboru między dwiema możliwościami» 2. «inny, przeciwstawiający się temu, co tradycyjne i oficjalnie uznane»”⁵³. W związku z tym *alternatywny* to inaczej niekonwencjonalny, dlatego *leczenie alternatywne* odnosi się do takiego sposobu działania, które jest nietypowe, które odbiega od tradycyjnych metod i nie jest związane z żadną utrwaloną dotychczas konwencją. Takie leczenie nie jest więc w pełni akceptowane, bo nie jest do końca sprawdzone.

⁵² <https://sjp.pwn.pl/szukaj/radio-.html> [dostęp z dnia 8.05.2021 r.]

⁵³ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/alternatywny.html> [dostęp z dnia 8.05.2021 r.]

Innym terminem w tej grupie jest *leczenie zachowawcze*, jednak znaczenie przymiotnika w tym połączeniu wyrazowym różni się od znaczenia używanego w polszczyźnie ogólnej, co można wywnioskować z definicji zawartej w *Słowniku języka polskiego*: zachowawczy, tzn. „1. <<taki, który ma na celu zachowanie dotychczasowego stanu czegoś>>; med. Leczenie zachowawcze <<leczenie schorzeń nieoperacyjne>> 2. <<przywiązany do tradycji lub do istniejącego stanu rzeczy; też: świadczący o takiej postawie>>” (SJP: 1243). Taki rodzaj leczenia odnosi się więc do działania bez *metod zabiegowych, operacyjnych, inaczej leczenie nieoperacyjne, niechirurgiczne*. Innym terminem jest *leczenie zabiegowe*, które jest przeciwieństwem *leczenia zachowawczego*. To leczenie polegające na wykonywaniu zabiegów, operacji, czy różnego rodzaju interwencji chirurgicznych, ale w skład tego leczenia wchodzi również usuwanie woskowiny z uszu. Przymiotnik *zabiegowy* wnosi tu więc treść, która informuje o sposobie leczenia, ale ta informacja jest dość szczegółowa, bo jest związana nie tylko z wykonywaniem zabiegu, ale również operacji czy interwencji chirurgicznej. Wynika to z faktu, że, zgodnie z tym, co mówią lekarze, *leczenie zabiegowe* jest hiperonimem w stosunku do dwóch innych terminów dwuwyrazowych (*leczenia chirurgicznego* czy *leczenia operacyjnego*). *Leczenie chirurgiczne* obejmuje interwencje chirurgiczne (tzn. różnego rodzaju zabiegi chirurgiczne). *Leczenie operacyjne* jest synonimem *leczenia chirurgicznego* i dotyczy wykonywania operacji. *Leczenie zabiegowe* to zaś termin związany z wszystkimi trzema sposobami leczenia. Warto w tym miejscu wspomnieć również o terminie, którym jest *zabieg operacyjny*. Termin ten jest wykorzystywany przez lekarzy jako synonim do słowa operacja (podobnie jak *jednostka chorobowa*, zamiast *choroba*).

Innym tego typu terminem jest *leczenie inwazyjne*, które odbywa się poprzez ingerencję w ciało pacjenta; klasyczna operacja, *endoskopia* (por. *leczenie endoskopowe*, które będzie uznane za hiponim w stosunku do *leczenia inwazyjnego*, będzie jednym z jego typów). Po raz kolejny znaczenie przymiotnika używane w języku ogólnym różni się od tego, które jest wykorzystywane w tym połączeniu. W *Słowniku języka polskiego* *inwazyjny* to: „1. «dotyczący inwazji zbrojnej» 2. med. «łączący się z ingerencją w organizm»”⁵⁴. Termin ten może mieć więc charakter metaforyczny (o metaforze szerzej w rozdziale 4), ponieważ ingerencja w organizm może się kojarzyć z inwazją zbrojną, czyli wtargnięciem na dany obszar. Kolejnym omawianym w tej grupie terminem jest

⁵⁴ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/inwazyjny.html> [dostęp z dnia 8.05.2021 r.]

leczenie empiryczne. To typ leczenia „na ślepo”, np. *antybiotykoterapia empiryczna*, która polega na tym, że lekarz, podając antybiotyk, nie wie, jaka dokładnie bakteria wywołała chorobę, ale ma pewne podejrzenie co do tego. To leczenie opiera się więc na podejrzeniach, które nie mają potwierdzenia w badaniach. W tym przypadku, połączony z rzeczownikiem przymiotnik, ma coś wspólnego z jego definicją słownikową, *empiryczny* to „poznawalny w doświadczeniu: dowód e., badania e-e” (SJP: 193). *Leczenie empiryczne* to wobec tego takie, którego podstawą jest doświadczenie, pewne przekonanie czy podejrzenie.

W tym miejscu można również wymienić dwa rodzaje terapii, stosowane jako synonimy: *terapia skojarzona*, *terapia kombinowana*. *Terapia skojarzona* to taka, która zgodnie ze znaczeniem wywołanym przez przymiotnik odczasownikowy (*skojarzony - skojarzyć*), dotyczy łączenia ze sobą różnych leków. Taki sposób leczenia polega więc na stosowaniu kilku leków lub metod terapeutycznych jednocześnie. *Terapia kombinowana* ma dokładnie takie samo znaczenie.

3. Nazwy wskazujące na środek, który jest wykorzystywany w procesie leczenia

W tego typu nazwach przymiotnik zwraca uwagę na to, czym leczymy, za pomocą czego badamy, co wykorzystujemy przy zabiegu czy operacji, tzn. na środek, którym jest najczęściej jakieś narzędzie lub lek. Jednym z terminów, który przynależy do tej grupy jest *badanie obrazowe*, które jest przeprowadzane przy użyciu różnego rodzaju technik obrazowania: RTG, USG, *tomografii komputerowej* czy *rezonansu magnetycznego*. Przymiotnik *obrazowy* dotyczy więc rodzaju wykorzystywanych technik, dzięki którym można zobaczyć obraz choroby. *Badanie manometryczne*, to z kolei badanie, które służy do pomiaru ciśnienia w organizmie za pomocą *manometru*, który wprowadza się przez nos do żołądka. Inne podobne rodzaje badań to: *badanie uroflowmetryczne* służące do oceny wydalania moczu dzięki urządzeniu zwanemu *uroflowmetrem*; *badanie spirometryczne*, tzn. *badanie czynnościowe układu oddechowego* służące do oceny objętości i pojemności oddechowych za pomocą *spirometru*; *badanie bronchofiberoskopowe* będące rodzajem *badania endoskopowego*, służącego do obrazowania oskrzeli. Ma za zadanie ocenić budowę oskrzeli i zweryfikować patologie, np. guzy. Odbywa się za pomocą *bronchoskopu*.

Terminem często stosowanym w *dyskursie medycznym* jest *badanie laboratoryjne*, które również odnosi się do wykorzystywanych w nim przyrządów, choć nie w sposób bezpośredni, bowiem przymiotnik *laboratoryjny* wskazuje jedynie na pomieszczenie, w którym można przeprowadzać analizy lekarskie czy badania naukowe. Jednak w słowniku medycznym znajduje się jeszcze inny przymiotnik, używany w sposób zastępczy, gdy mówi się czy pisze o tym rodzaju badania, tzn. *instrumentalny*: „badanie laboratoryjne (diagnostyczne instrumentalne): „badanie lekarskie wykonywane za pomocą złożonych przyrządów, jak mikroskop, aparat rentgenowski, tomograf komputerowy, scyntygraf, ultrasonograf itp., oraz odpowiednich sposobów postępowania” (WSM: 88). Przymiotnik *instrumentalny*, przekazuje już w bezpośredni sposób informację, o wykorzystywanym środku. *Instrumentalny* to bowiem: „1. «wykonywany za pomocą instrumentów muzycznych» 2. «wykonywany za pomocą precyzyjnego przyrządu» 3. «stanowiący środek do celu lub traktowany w ten sposób»”. *Badanie laboratoryjne/instrumentalne* to wobec tego takie, które jest wykonywane dzięki precyzyjnym przyrządom, takim jak: *aparat rentgenowski, mikroskop* itp.

Terminem opisującym w tej grupie określony plan działania jest *strategia farmakologiczna*, tzn. plan zakładający zastosowanie leków. Przymiotnik *farmakologiczny* wnosi więc dodatkową treść, którą jest środek zastosowany w tej strategii, a tym środkiem są konkretne leki.

Innym terminem jest *leczenie farmakologiczne* i *leczenie endoskopowe*. *Leczenie farmakologiczne* to takie, które odbywa się za pomocą dawkowania leków, bo farmakologia to zgodnie ze *Słownikiem języka polskiego* „nauka o działaniu substancji leczniczych na organizm” (SJP: 203). Tym środkiem, który jest wywołany przez przymiotnik są w tym wypadku leki. Natomiast *leczenie endoskopowe*, to takie, które odbywa się za pomocą *endoskopu*. Jest to rodzaj wziernika medycznego, który wprowadza się przez naturalne otwory ciała, np. przez usta do żołądka, przez odbył do jelita itd. w celach leczniczych. W tym wypadku środkiem jest rodzaj narzędzia, jakim jest *endoskop*⁵⁵. W tym miejscu warto również wymienić *postępowanie farmakologiczne*, tzn. sposób leczenia za pomocą leków (por. *strategia farmakologiczna*).

⁵⁵ Jak zostało już wcześniej wspomniane, istnieje również termin *badanie endoskopowe*, tzn. badanie przeprowadzone za pomocą *endoskopu*.

4. Nazwy wskazujące na obiekt

Wśród tych dwuwyrazowych terminów występują takie, w których przymiotnik wskazuje bezpośrednio na to, co jest zwalczane w określonym typie leczenia czy wybranej metodzie lub na to, czemu się przeciwdziała. Taką informację niesie przymiotnik *czynnościowy*⁵⁶, który jest używany w czasopismach medycznych bardzo często i odnosi się do różnych obiektów. W *dyskursie medycznym czynnościowe* może być nie tylko badanie. Ten przymiotnik łączy się z wieloma innymi terminami, tworząc m.in. takie połączenia: *dyspepsja czynnościowa*, *czynnościowa funkcja trzustki*, *testy czynnościowe*, *choroby czynnościowe*, *zmiany czynnościowe*, *zgaga czynnościowa*, *czynnościowe zapalenie przełyku*, *czynnościowy stan trzustki*, a nawet *czynnościowy punkt widzenia*. Termin dwuwyrazowy *badanie czynnościowe* jest związany z diagnostyką chorób nerkami: „badania poszczególnych czynności nerek, jak np. przesączanie kłębkowe (klirens inuliny lub kreatyniny endogennej), przepływ krwi przez nerki (klirens PAH lub próba z fenolosulfoftaleiną, maksymalny transport kanalikowy, zdolność zagęszczania moczu, zdolność zakwaszania moczu itp.” (WSM: 87). Przymiotnik *czynnościowy*, to wobec tego taki, który jest związany z czynnościami, a obiektem tego badania są czynności różnych narządów, w tym wypadku nerek. Dwa kolejne typy, które można w tym miejscu wymienić, to: *badanie hormonalne* i *badanie polisomnograficzne*. W *badaniu hormonalnym* bada się poziom stężenia hormonów w organizmie, przymiotnik *hormonalny* w sposób bezpośredni niesie informacje o obiekcie, który się bada. *Badanie polisomnograficzne* to badanie jakości snu konieczne w celu stwierdzenia niektórych jednostek chorobowych, np. *obturacyjnego bezdechu sennego*. Sen, który się bada, wyłania się z nazwy, ponieważ *somnium* to po łacinie „sen, marzenie senne, mara” (PSM: 454). Przymiotnik będący zapożyczeniem odnosi się w definicji terminu do obiektu, którym jest sen.

Wśród nazw związanych z leczeniem można wymienić: *leczenie objawowe*: „leczenie polegające na przeciwdziałaniu objawom choroby” (WSM: 658). Termin *objawowy* wskazuje na obiekty, które ma podlegać leczeniu, a są nimi konkretne objawy. Podobny termin, który również można odnaleźć w czasopismach medycznych to *leczenie przyczynowe*, inaczej „etioterapia” tzn. „leczenie polegające na zwalczaniu przyczyny

choroby, np. zwalczanie czynnika zakaźającego, niedoborów witaminowych itp.” (WSM: 658). Ten typ leczenia odnosi się więc nie do zwalczania objawów, ale weryfikowania przyczyny choroby. Przymiotniki mogą wskazywać na obiekt również dzięki przedrostkom, takim jak przeciw- czy anty-: *Postępowanie przeciwkaszlowe* to takie, które ma za zadanie zahamować kaszel, *terapia przeciwpadaczkowa* to taka, która zapobiega występowaniu napadów padaczkowych, zaś *zabieg antyrefluksowy* hamuje *refluks* lub go zmniejsza. W tym wypadku obiektem konkretnego leczenia, terapii czy zabiegu, czyli tym, co się leczy jest: *kaszel*, *padaczka* lub *refluks*.

Innymi terminami, które można wymienić w tej grupie, są rodzaje *terapii*, *postępowania* i *zabiegów*. *Terapia miejscowa* to termin, w którym przymiotnik odnosi się do miejsca, w którym terapia ma działać, a to miejsce, to również obiekt. Zgodnie z definicją *terapia miejscowa* to taka, która ma za zadanie działać w ograniczonym obszarze, a nie w całym organizmie. Przymiotnik *miejscowy* zgodnie z definicją słownikową jest: „1. związany z daną miejscowością, terenem: Zwyczajem – e; Władze m – e; 2. Ograniczony do pewnego miejsca: Znieczulenie m – e” (SJP: 442). Znaczenie przymiotnika tworzącego termin odnosi się do drugiej części definicji, w której można dostrzec związek z konkretnym miejscem. Terminem antonimicznym w stosunku do terapii miejscowej jest *terapia ogólnoustrojowa*, tzn. taka, która wpływa na cały organizm, ma za zadanie działać w całym ustroju (organizmie).

5. Nazwy wskazujące na cechę terapii

W tej grupie można wskazać terminy, w których przymiotnik spełnia swoją podstawową funkcję, tzn. jest związany z przekazywaniem informacji na temat cechy jakiegoś zjawiska, tzn. w tym wypadku tego, jaka jest określona terapia. Przykłady takiego leczenia czy badania nie są używane w analizowanym *dyskursie medycznym*⁵⁷. W tym miejscu można wymienić m.in. *terapię alternatywną*. *Alternatywny* w *Słowniku języka polskiego* to taki, który daje „możliwość wyboru między dwiema możliwościami (...) inny, przeciwstawiający się temu, co tradycyjne i oficjalnie uznane”⁵⁸. Znaczenie tego przymiotnika w *dyskursie medycznym* nie ulega zmianie, ponieważ *terapia alternatywna* to: różna od ogólnie przyjętej i stosowanej najczęściej, np. gdy podstawowa jest nieskuteczna albo przeciwwskazana. To terapia, która cechuje się tym, że jest inna

⁵⁷ Z tego powodu, że jest to analiza pewnego wycinka tego *dyskursu*.

⁵⁸ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/alternatywny.html> [dostęp z dnia 3.03.2021 r.]

niż pozostałe. Innym jej rodzajem, który można wymienić w tej grupie jest *terapia spersonalizowana*, określana w czasopiśmie medycznym również w sposób metaforyczny jako „szyta na miarę”. To taka terapia, która jest dobierana indywidualnie do pacjenta.

6. Nazwy zabiegów motywowane nazwą działu medycyny

Ta grupa dotyczy terminów, w których przymiotnik odsyła do konkretnego działu medycyny, z którym jest związany określony rodzaj zabiegu. Z wszystkich terminów znalezionych w czasopismach medycznych, na szczególną uwagę zasługują dwa rodzaje zabiegów: *zabieg bariatryczny*, tzn. taki rodzaj zabiegu, który wykonuje się w obrębie dziedziny zwanej *bariatrią*. *Bariatria* to: „dział medycyny zajmujący się leczeniem otyłości”⁵⁹, w związku z tym *zabieg bariatryczny* to taki, który ma na celu leczenie otyłości. Drugim terminem jest *zabieg kardiochirurgiczny*. Jest to taki rodzaj zabiegu, który wykonuje się w obrębie dziedziny zwanej *kardiochirurgią*⁶⁰. *Zabieg kardiochirurgiczny* to *zabieg operacyjny* w obrębie serca.

B. dwuwyrazowe nazwy rodzajów leków oraz ich działań

W związku z tym, że leczenie odbywa się nie tylko za pomocą różnych metod i technik, ale także za pomocą leków, dwuwyrazowe terminy z nimi związane również są używane do komunikowania treści w *dyskursie*. W tej grupie poza nazwami leków występują również działania (leków) i dawki (leków), które funkcjonują jako terminy. W tym miejscu należy także wyodrębnić podział tych terminów ze względu na treść, którą niesie przyłączony do rzeczownika przymiotnik:

nazwy motywowane działaniem leku

Ta grupa dotyczy terminów, w których przymiotniki przekazują informację o tym, na co wpływa lek, co ma pobudzić i co ma usprawnić. Znajdują się tu terminy, które są nazwami leków lub nazwami związanymi z ich działaniem. *Leki neuromodulujące*, tzn.

⁵⁹ <https://sjp.pwn.pl/sjp/bariatria;2551731.html> [dostęp z dnia 3.03.2021 r.]

⁶⁰ Definicja kardiochirurgii została zamieszczona w rozdziale 5, przy analizie złożzeń z członem kardio- na stronie 306.

takie, które wspomagają czynność *komórek nerwowych*. Przymiotnik *neuromodulujący* wskazuje na obiekt, który podlega leczeniu, ponieważ *neuro-* to po łacinie „dotyczący układu nerwowego” (SPNiOM: 389), co zostało już wspomniane przy analizie terminów zapożyczonych. *Leki prokinetyczne*, to z kolei termin, w którym przymiotnik nie wnosi treści w sposób bezpośredni. *Leki prokinetyczne* to takie, które pobudzają motorykę przewodu pokarmowego. *Motoryka* to według *Słownika języka polskiego* „właściwa ludziom i zwierzętom zdolność wykonywania ruchów” (SJP: 461). Słowo to jest związane z ruchem, podobnie jak *kinetyka* czy przymiotnik *kinetyczny*. Zgodnie ze *Słownikiem wyrazów obcych* *kinetyka* to „dział dynamiki zajmujący się badaniem ruchu ciał pod wpływem działających na nie sił” (SWO: 626), a *kinetyczny* to „związany z kinetyką lub bezpośrednio z ruchem ciał” (SWO: 626). *Prokinetyczny* to wobec tego taki, który ma wpływać na ruch, tzn. na motorykę (w tym wypadku *przewodu pokarmowego*).

Innym terminem, w którym przymiotnik nie wyraża treści w sposób bezpośredni to *leki intropowe*. Przymiotnik *intropowy* może odnosić się do *tropizmu*. *Tropizm* to: „reakcja roślin lub osiadłych niższych organizmów zwierzęcych na bodziec działający kierunkowo polegająca na zwrocie lub wygięciu organów roślin lub części ciała organizmów zwierzęcych w kierunku bodźca lub przeciwnym” (SWO: 1284). Okazuje się, że te najbardziej znane *tropizmy* są związane z mięśniem sercowym. *Leki intropowe* to takie, które zgodnie z nazwą wyrażoną przez przymiotnik, mają zwiększać kurczliwość mięśnia sercowego.

Wśród nazw leków występują takie, które zawierają omawiany już przedrostek przeciw- lub *anty-*: *leki antyarytmiczne*, tzn. takie, które zwalczają arytmie, stosowane są więc w leczeniu chorób związanych z sercem: „leki hamujące zaburzenia rytmu serca, jedna z podstawowych grup leków stosowanych w kardiologii” (WSM: 660). Przymiotnik *antyarytmiczny* wskazuje w sposób bezpośredni to, co zwalczają tego typu leki. Podobnie w przypadku innych analizowanych tu terminów. *Leki przeciwhistaminowe/ leki antyhistaminowe* (obie nazwy są używane), tzn. takie, które blokują receptory histaminowe – hamują efekty ich aktywacji, np. *przeciwalergiczne* (blokada H1 receptorów), *antyrefluksowe* (blokada H2 receptorów). *Histamina*, przeciwko której działają te leki, to „hormon występujący w różnych tkankach organizmu, powodujący m.in. spadek ciśnienia krwi, skurcze mięśni gładkich i wzmożenie działalności gruczołów” (SWO: 504).

Inny rodzaj to *leki przeciwcholinergiczne*. Przymiotnik *cholinergiczny* jest związany z podukładem *układu nerwowego*, tzn. „dotyczący przekazywania impulsu nerwowego z neuronu na neuron lub na komórkę efektorą za pośrednictwem synapsy wydzielającej acetylocholinę” (SWO: 210). *Leiki przeciwcholinergiczne* to wobec tego takie, które hamują *układ przywspółczulny*. Blokują *receptory muskarynowe*. Mogą również działać na *płytki krwi*, stąd termin *leki przeciwplytkowe*, czyli takie, które hamują ich aktywność, dzięki czemu zmniejsza się prawdopodobieństwo powstawania różnego rodzaju zatorów. W *dyskursie medycznym* można często zauważyć terminy skrócone, niedopowiedziane. W przymiotniku *chirurgiczny* (por. *leczenie chirurgiczne*) zawarta jest myśl: przy użyciu *zabiegu chirurgicznego*. Podobnie w przypadku *leków przeciwplytkowych* (*przeciwplytkowy* tzn. dotyczący *platek krwi*, tj. *trombocytów*).

W tej grupie można również umieścić leki związane z rodzajami leczenia wspomnianymi wyżej (dlatego zostaną jedynie przywołane): *leki objawowe*, tj. objawowym oraz *leki antysekrecyjne*, tzn. hamujące wydzielanie i bezpośrednio związane z *leczeniem antysekrecyjnym*.

W przypadku nazw związanych z działaniem leków można wymienić: *działanie antyproliferacyjne*, *działanie antyaterogenne* i *działanie antyadrenergiczne*. Przymiotnik *proliferacyjny* jest zapożyczeniem z języka francuskiego. Cechą *dyskursu medycznego* jest obecność słownictwa zapożyczonego z języków starożytnych, tj. łacińskiego i greckiego, ale ten przymiotnik jest dowodem na to, że język francuski również miał wpływ na kształtowanie się tej terminologii. Proliferacja to: „1. <<rozpowszechnianie (się) czegoś, zwłaszcza broni jądrowej>> 2. biol. <<rozrastanie się tkanek lub rozmnażanie się komórek, np. przez podział>> 3. zool. <<rozmnażanie się organizmów za pomocą wytwarzania pączków w ściśle określonej części ich ciała; pączkowanie>> <fr. prolifération, od proliférer ‘rozmnażać (się)’, prolifère ‘płodny, wydający potomstwo’>” (SWO: 1024). *Działanie antyproliferacyjne* odnosi się do drugiej części definicji, dotyczącej rozrastania się tkanek i w związku z tym jest związane ze zmniejszaniem *prolifracji* (namnażania) tych komórek.

Dwa pozostałe rodzaje działań są związane z *miażdżycą* i *układem współczulnym*. *Działanie antyaterogenne* to inaczej *działanie przeciwmiażdżycowe*, ponieważ przymiotnik *aterogeny* jest zapożyczeniem z języka łacińskiego – *atheromatosis* (miażdżycza tętnic). Takie działanie leków ma na celu zapobieganie/leczenie *miażdżycy*. Z kolei *działanie antyadrenergiczne* to takie, które blokuje *układ współczulny* zwany inaczej *adrenergicznym*.

Wśród terminów związanych z działaniem leków można wyodrębnić również: *działanie prokalcemiczne*. Przymiotnik *prokalcemiczny* wskazuje na to, co jest efektem tego działania. Kalcy- to według *Słownika wyrazów obcych* „pierwszy człon wyrazów złożonych wskazujący na ich związek znaczeniowy z wapnem lub wapniem, np. kalcyfikacja, kalcyfil” (SWO: 585). *Działanie prokalcemiczne* to takie, które wpływa na zwiększenie wapnia we krwi. Innym rodzajem działania jest *działanie plejotropowe*. Przymiotnik *plejotropowy* po raz kolejny jest zapożyczeniem, tym razem z języka greckiego „pleion – 1. liczniejszy, większy, więcej, 2. nadto, więcej, 3. za dużo” (SPNiOM: 450). Co ważne używanie tego przymiotnika jest popularne w anglosaskim nazewnictwie medycznym, w którym „określenia polymorphic i pleomorphic są bliskoznaczne (np. polymorphic adenoma = pleomorphic adenoma – gruczolak wielopostaciowy, polymorphic/pleomorphic bacteria – bakterie wielopostaciowe)” (SPNiOM: 450). *Plejotropowy* to wobec tego taki, który ma wiele postaci, więc *działanie plejotropowe* to takie, które ma wpływ na więcej niż jedną rzecz.

C. Nazwy chorób i ich objawów (dolegliwości z nimi związanych)

Zestawienia w *dyskursie medycznym* są używane również w przypadku nazw chorób, w tym nowotworów, o czym pisał M. Górnicz (por. *białaczka kosmatokomórkowa, nerwiak osłonkowy*). Funkcją przymiotników w takich zestawieniach jest określanie typu nowotworu, informowanie o jego pochodzeniu, krótko mówiąc uściślenie jego nazwy (Górnicz 1997). Oczywiście nazwy związane z chorobami i ich objawami w czasopismach medycznych również występują, jednak ich częstotliwość jest dużo mniejsza niż terminów, które zostały przeanalizowane wyżej. Pojawiają się również nazwy anatomiczne, o których pisała U. Kokot (Kokot 2007), ale w tym miejscu zostaną przeanalizowane ogólne nazwy chorób, objawów czy dolegliwości. Pod pojęciem *nazwy ogólne* mam na myśli takie, które są określeniami grup chorobowych. Jak pisała L. A. Jankowiak, terminy ogólne występują bardzo często w terminologii medycznej (por. *niezdrowość, szkodliwość, niemoc*) (Jankowiak 2015), jednak wiele nazw, z tych, które wymienia, już nie funkcjonuje w *dyskursie medycznym*. Omawiane zestawienia można podzielić na kilka typów:

1. Terminy, w których przymiotnik wskazuje na to, czego dotyczy choroba/objaw/ból

W tej grupie zestawień przymiotnik pełni funkcję informacyjną, a informacja, której dotyczy wskazuje na to, co obejmuje określony typ choroby czy określony objaw. Niekiedy przymiotnik, który łączy się z rzeczownikiem przekazuje więcej niż jedną informację. Pierwszym typem chorób odnalezionych w czasopismach medycznych są *choroby dwunaczyniowe*. Przymiotnik *dwunaczyniowy* jest związany z dwoma naczyniami, których ten rodzaj choroby dotyczy, np. *choroba niedokrwienna serca* obejmująca dwa *naczynia wieńcowe*. Wobec tego przymiotnik ten przekazuje dwie informacje: po pierwsze te choroby dotyczą dwu naczyń, po drugie, skoro mowa o *naczyniach wieńcowych*, choroby te są związane z sercem. Drugim rodzajem chorób są *choroby cholestatyczne*. Przymiotnik *cholestatyczny* w tym wypadku zawiera zapożyczony człon *chole-*, a jest to: „pierwszy człon wyrazów złożonych wskazujący na ich związek znaczeniowy z żółcią” (SWO: 209). *Choroby cholestatyczne* to takie, które dotyczą zastoju *żółci w drogach żółciowych*. Kolejnym typem są *choroby nowotworowe*, które, zgodnie z treścią, którą niesie przymiotnik, są związane z wystąpieniem nowotworu, tzn. nieprawidłowej, patologicznej komórki.

Innym typem choroby jest *choroba ziarniniakowa*, tzn.: „choroba dziedziczna charakteryzująca się nawracającymi zapaleniami ropnymi węzłów chłonnych, naciekami w płucach, ropniami trzewi, niedokrwistością, leukocytozą i wzrostem immunoglobulin we krwi” (WSM: 191). Przymiotnik *ziarniniakowy*, który tworzy to zestawienie, jest związany z terminem medycznym *ziarniniak*, który ma w słowniku trzy znaczenia: „a) skupienie tkanki ziarninowej wokół korzenia zębnego; ziarniniak zęba; b) ograniczone skupienie komórek nabłonkowych i leukocytów, przypominające tkankę ziarninową; c) rzadkie schorzenie skóry, długotrwałe, kończące się rozpadającymi guzami i wyniszczeniem organizmu; ziarniniak grzybiasty” . *Choroby ziarniniakowe* to wobec tego takie, które są związane z powstawaniem *ziarniniaków* w różnych miejscach organizmu. Pojawiają się również *choroby przeziębieniowe*, które są powszechnie znane i dotyczą przeziębienia.

Wśród zestawień związanych z nazwami objawów na szczególną uwagę zasługują *dolegliwości stenokardialne*. Przymiotnik *stenokardialny* to zapożyczenie, ale w *tekstach*

medycznych funkcjonuje również synonimiczny, polski termin *dolegliwości zamostkowe* (można również spotkać *ból zamostkowy*). Termin *zamostkowy* pojawia się w słownikowej definicji *stenokardii*. *Stenokardia* to według *Słownika wyrazów obcych*: „choroba powstająca wskutek niedokrwienia mięśnia sercowego z powodu zwężenia naczyń wieńcowych, objawiająca się napadowymi bólami zamostkowymi i dusznością; dusznica bolesna” (SWO: 1178). *Dolegliwości stenokardialne* to takie, które są związane z patologią w obrębie serca, np. z *chorobą niedokrwienną* czy *zawałem*, a objawiają się *bólem stenokardialnym*, tzn. *zamostkowym*.

W tym miejscu mogą się również pojawić *objawy ogólnoustrojowe*, tzn. takie objawy, które dotyczą całego ustroju (tzn. całego organizmu), w którym mogą się one pojawiać (przeciwieństwo *objawów miejscowych*).

2. Terminy, w których przymiotnik wskazuje na cechę choroby/objawu/bólu

W tej grupie przymiotnik jest nośnikiem informacji na temat tego, jaki jest określony typ choroby, objawu czy bólu i czym szczególnie się charakteryzuje. *Choroby naciekowe* to inaczej naciekające (tzn. zajmujące) prawidłowe tkanki, np. w nowotworze *komórki nowotworowe* zajmują prawidłową tkankę, narząd. Byłby to więc pewien typ, rodzaj *chorób nowotworowych*. Można wysnuć wniosek, że przymiotnik *naciekowy*, powstał od rzeczownika *naciek*, który w *Słowniku języka polskiego* oznacza: „1. zgrubienie powstałe wskutek nacieknięcia jakiejś cieczy i jej stężenia; 2. Zwykle w lm, geol. soplewate formy skupień mineralnych; 3. med. Obrzmienie tkanek, powstające przez gromadzenie się w nich płynu” (SJP: 471). Jednak w tej definicji nie ma informacji na temat zajmowania tkanek czy narządów przez komórki nowotworowe. *Choroby naciekowe*, to takie, których cechą charakterystyczną jest naciekanie (w znaczeniu jako zajmowanie) czegoś (narządów, tkanek itp.). Innym typem są *choroby depozytowe*. *Depozyt* to zgodnie ze *Słownikiem języka polskiego*: „pieniądze lub przedmioty wartościowe oddane na przechowanie jakiejś osobie lub instytucji” (SJP: 132). Przymiotnik *depozytowy* w odniesieniu do chorób jest związany właśnie z odkładaniem się czegoś gdzieś i został on przejęty z terminologii ekonomicznej. *Choroby depozytowe*, tzn. takie, których cechą charakterystyczną jest odkładanie się czegoś, np. w żołądku.

W tej grupie pojawiają się również objawy, które w zestawieniu z przymiotnikiem informują o ich charakterystycznych cechach. Można tu wymienić *objawy alarmowe* i *objawy kliniczne*. *Objawy alarmowe* to takie, które powinny wzbudzić niepokój, często

zwiastujące jakąś poważną chorobę. Przymiotnik *alarmowy* to inaczej ostrzegawczy. Takie objawy cechuje to, że są dla lekarza sygnałem ostrzegawczym. Zaś *objawy kliniczne* to takie, które są widoczne gołym okiem, są one zgłaszane przez pacjenta. To pacjent informuje, co zauważył, pomija się wówczas zlecenie dodatkowych badań (np. *laboratoryjnych* czy *obrazowych*). Są przymiotniki, które w *dyskursie medycznym* są wykorzystywane przez lekarzy z większą częstotliwością. Jednym z nich jest przymiotnik *czynnościowy*, którego konotacje zostały przywołane wcześniej. Przymiotnik *kliniczny* również łączy się z wieloma rzeczownikami, spośród których można wymienić m.in.: *parametry kliniczne, obraz kliniczny, historię kliniczną, kryteria kliniczne, diagnostykę kliniczną, cechy kliniczne, test kliniczny, definicję kliniczną, materiał kliniczny, przebieg kliniczny, sytuację kliniczną, postępowanie kliniczne, stan kliniczny, badania kliniczne, próby kliniczne, jednostki kliniczne, zmiany kliniczne, oddział kliniczny, krwawienie kliniczne, podejrzenie kliniczne, znaczenie kliniczne* i wiele innych.

3. Terminy, w których przymiotnik wskazuje na przyczynę oraz na to, co jest uszkodzone przez chorobę

W tej grupie można wymienić dwa terminy, które określają rodzaje chorób: *choroba cywilizacyjna* oraz *choroba neurodegeneracyjna*. W przypadku *choroby cywilizacyjnej*, przymiotnik wskazuje na przyczynę „choroby spowodowane ujemnymi skutkami uprzemysłowienia, np. alergie”⁶¹, zaś w przypadku *choroby neurodegeneracyjnej* na obiekt, czyli na to, co zostało uszkodzone przez chorobę, *neurodegeneracyjny*, czyli taki, który niszczy *układ nerwowy* (w skład takich chorób wchodzi m.in. *choroba Parkinsona* lub *Alzheimera*).

Funkcjonowanie terminów dwuwyrzowych w kontekście⁶²

W *dyskursie medycznym* i komunikacji w tekście specjalistycznym przynależącym do tego typu *dyskursu*, ważne jest również to, w jaki sposób analizowane terminy funkcjonują w tekstach. Są one istotne, ponieważ nadawca przekazuje dzięki nim

⁶¹ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/choroba%20cywilizacyjna.html> [dostęp z dnia 3.03.2021 r.]

⁶² Pojawiają się w tym miejscu konteksty z różnymi terminami dwuwyrzowymi, również takimi, które nie zostały omówione.

konkretną wiedzę, np. na temat leczenia danej choroby, ponadto omawia, kiedy i w jakich okolicznościach rozważa się zastosowanie takiego rodzaju leczenia, kiedy określony rodzaj leczenia może przynieść najlepszą korzyść i najlepszy efekt:

Kolejnymi czynnikami rokowniczymi wpływającymi na powodzenie leczenia inwazyjnego są: typowe objawy refluksu (zgaga lub regurgitacja), dobra odpowiedź na leczenie antysekrecyjne i występowanie przepukliny rozworu przełykowego (MpD 10/2018/17)

Często termin ten występuje wtedy na pierwszym miejscu w zdaniu, a określone czynności, które trzeba wykonać w ramach konkretnego leczenia zostają wypunktowane:

Leczenie chirurgiczne GERD rozważa się w następujących sytuacjach klinicznych:

- zamiast terapii farmakologicznej, gdy konieczne jest przewlekłe leczenie GERD (np. uczulenie na leki lub ich uciążliwe działania niepożądane, wola pacjenta, brak współpracy z chorym)
- gdy utrzymują się objawy refluksu lub zapalenia błony śluzowej przełyku mimo maksymalnego leczenia farmakologicznego (w potwierdzonej GERD!)
- jeśli istnieje znaczące strukturalne uszkodzenie łącza żołądkowo-przełykowego (np. olbrzymia przepuklina rozworu przełykowego przepony) (MpD 10/2018/17)

Omawiane terminy dwuwyrazowe rzadko są wyjaśniane w tekście, np., czym jest *leczenie objawowe*, co specjaliści rozumieją poprzez zestawienie: *postępowanie różnicowe*, jednak czasem stosowane są komentarze, który wyjaśniają, co obejmuje, np. dany typ leczenia:

Leczenie chirurgiczne GERD obejmuje laparoskopową fundoplikację, zabiegi bariatryczne u osób otyłych oraz wszczępienie magnetycznego pierścienia w okolicę dolnego zwieracza przełyku (MpD 10/2018/16-17).

Terminy tego typu spełniają ważną rolę w opisach przypadków, wówczas ich funkcja jest trochę inna, bo związana z tworzeniem opowieści dotyczącej konkretnego pacjenta i efektów badania, które zostało mu wykonane. Opis tego badania jest włączony w narrację. Magdalena Zabielska i Magdalena Żelazowska pisały o tym, że „narracyjność to też sposób poznania w medycynie” (Zabielska, Żelazowska 2016: 127), a Jeffrey Borkan podkreślał, że „klinicyści spędzają życie wśród opowieści” (Borkan, Reis, Medalie 2001: 127):

W badaniu przedmiotowym lekarz nie stwierdził istotnych odchyień od normy. Skupił się na badaniu częstości tętna i wartości ciśnienia tętniczego, które były w normie. Zwraçała uwagę

szczupła budowa ciała, beczkowaty zarys klatki piersiowej oraz w osłuchiowaniu bardzo cichy szmer pęcherzykowy nad całym obszarem płuc. (MpD 10/2018/40)

Opis badania histopatologicznego w prezentowanym przypadku był następujący: nadnercze z guzem części rdzennej – phaeochromocytoma (barwiak). Tkanka tłuszczowa bez cech nowotworowych złośliwych (ryc. 3) (MpD 10/2018/53)

W analizowanych kontekstach można również zaobserwować, że terminy dwuwyrazowe, np. dotyczące konkretnej terapii są przywołane po to, by przekazać odbiorcy informacje na temat konkretnych pacjentów, u których można rozważyć zastosowanie takiej formy leczenia, a także wtedy, gdy inna terapia czy metoda nie może być wykorzystana w jakimś konkretnym przypadku (wówczas pojawia się w tekście wartościowanie):

Najczęstszą przyczyną nieskuteczności właściwie prowadzonego leczenia antysekrecyjnego jest nadwrażliwość przełyku na kwas lub zgaga czynnościowa. W tej grupie chorych można rozważyć zastosowanie leków neuromodulujących, terapie alternatywne, a u niektórych pacjentów z nadwrażliwością na kwas leczenie operacyjne. (MpD 10/2018/19).

Niemniej pacjenci, u których choroba jest na tyle zaawansowana, że metody te mogą nie być zastosowane lub też są już nieskuteczne, powinni być kierowani na wielodyscyplinarną konsultację w celu ewentualnej kwalifikacji do terapii ogólnoustrojowej drobnocząsteczkowymi inhibitorami szlaku sygnałowego Hedgehog (wismodegib, sonidegib) (MpD 10/2018/23)

Jeżeli w danym przypadku nie można zastosować metody chirurgicznej, należy rozważyć wykorzystanie takich metod jak: kriochirurgia, terapia miejscowa (imikwimod lub fluorouracyl), terapia fotodynamiczna czy też radioterapia. Należy jednak pamiętać, że metody te wykazują zdecydowanie niższy wskaźnik wyleczeń niż metody chirurgiczne, dlatego powinny być rozważane wyłącznie w przypadkach BCC o niskim ryzyku nawrotu, u chorych z niewielkimi guzami, których z różnych przyczyn nie można leczyć bardziej inwazyjnymi metodami (MpD 10/2018/22)

Warto podkreślić, dlaczego w *tekstach specjalistycznych* pojawia się wartościowanie. Jest ono ważne, ponieważ nadawca, jakim jest specjalista, wybiera pewne rodzaje zabiegów i uznaje je za skuteczniejsze niż inne, dzięki czemu przekazuje odbiorcy fachową dawkę wiedzy⁶³:

Inne badania wykazywały jednak, że nawet 60-80% pacjentów powracało do leczenia antysekrecyjnego w ciągu długoterminowej obserwacji, ale jakość życia po zabiegu chirurgicznym była znacząco wyższa niż po terapii farmakologicznej (MpD 10/2018/17)

Metaanaliza badań porównujących MSA z zabiegami antyrefluksowymi wskazuje na podobną skuteczność obu metod, ocenianą jako poprawa jakości życia, oraz procent chorych, u których możliwe było odstawienie leków antysekrecyjnych (MpD 10/2018/18)

⁶³ Jest to temat na tyle ważny, że o wartościowaniu wspominam również w rozdziale 2.

Ważne jest również to, co specjaliści mówią o dwuwyrzowych nazwach leków. W czasopismach medycznych można bowiem zauważyć charakterystykę różnych grup leków, wyniki ich zastosowania w konkretnych badaniach, a także przeciwwskazania do stosowania niektórych z nich:

Leki prokinetyczne (głównie dostępny jest metoklopramid) poprzez zwiększenie napięcia LES, intensywniejsze oczyszczanie przełyku z treści oraz przyspieszenie opróżniania żołądkowego mogą korzystnie działać na przebieg GERD. Jednak wyniki metaanalizy badań, w których zastosowano prokinetyki w leczeniu GERD, wykazały jedynie umiarkowane zmniejszenie objawów po dołączeniu prokinetyków do prowadzonej terapii PPI, bez wpływu na gojenie się zapalenia przełyku (MpD 10/2018/16)

W aktualnym dokumencie nie zaleca się stosowania leków z tej grupy. Stanowisko oparto na badaniach, w których oceniano leki przeciwhistaminowe w porównaniu z placebo u ponad 800 pacjentów – nie stwierdzono istotnej różnicy zarówno w czasie trwania choroby, jak i w nasileniu kaszlu poinfekcyjnego. Ponadto w 2008 roku amerykańska Food and Drug Administration poinformowała o przeciwwskazaniach do stosowania leków antyhistaminowych oraz α -sympatykomimetyków u dzieci poniżej 2 roku życia ze względu na możliwe powikłania (MpD 10/2018/25)

W związku z tym, że czasopisma medyczne są nastawione na przekazywanie konkretnej wiedzy, w *tekstach medycznych* nadawcy piszą również o działaniu różnego rodzaju leków czy witaminy i o efektach takiego działania:

W świetle jednak nowych danych o działaniu pozakostnym (plejotropowym) witaminy D i niekorzystnych ogólnoustrojowych następstwach jej niedoboru uznano, że zalecana dawka jest zbyt mała, aby zapewnić powstanie 25(OH)D w ilości niezbędnej do syntezy aktywnej formy 1,25-dihydroksywitaminy D (1,25(OH)2D) we wszystkich tkankach, gdzie widoczna jest szeroka aktywność biologiczna witaminy D (kostna i pozakostna). (MpD 10/2018/60)

Głównym działaniem prokalcemicznym kalcytriolu jest hamowanie wydzielania PTH przez przysadeczkę w sposób pośredni (podwyższenie stężenia jonów wapnia) i bezpośredni (hamowanie wydzielania PTH w drodze sprzężenia zwrotnego przez kalcytriol). W efekcie tego działania zwiększa się stężenie wapnia i fosforanów w surowicy (MpD 10/2018/63)

Wiedza przekazywana odbiorcy przejawia się również w dokładnych opisach niektórych chorób, wyjaśnieniach, na czym polegają, czym są spowodowane, pojawia się nawet informacja, które konkretne nazwy chorób przynależą do omówionej grupy:

Wyniki tych badań sugerują istnienie związku między niskim stężeniem 25(OH)D w surowicy a zwiększonym ryzykiem rozwoju: (...) zaburzeń psychiatrycznych (depresji, schizofrenii); chorób neurodegeneracyjnych (demencji, choroby Alzheimera, obniżenia funkcji poznawczych) (MpD 10/2018/65)

Choroba przeziębieniowa jest zespołem ostrych objawów ze strony układu oddechowego zazwyczaj spowodowanych zakażeniem wirusowym (w okresie wiosennym najczęstszym czynnikiem patogenetycznym są rynowirusy, w jesienno-zimowym wirusy RS, grypy i paragrypy). Szacuje się, że na chorobę przeziębieniową rocznie zapada 50-85% populacji. Mimo że jest to choroba łagodna i samoograniczająca się, ze względu na częstość występowania stanowi istotny problem społeczny (MpD 10/2018/24)

Trzeba również wspomnieć o stopniu zagęszczenia dwuwyrzowych terminów. W jednym zdaniu w miesięczniku „Medycyna po Dyplomie” może się pojawić nawet sześć z nich, podobnie w przypadku „Medical Tribune, choć zagęszczenie terminów obserwuje się w nim znacznie rzadziej:

Osoby z **epizodami refluksu** mieszczącymi się w granicach normy w **badaniach czynnościowych** częściej wymagają innego niż PPI **postępowania farmakologicznego** podczas gdy chorzy z udowodnionym zarzucaniem kwaśnej **treści żołądkowej** mogą zarówno skorzystać z **leczenia farmakologicznego**, jak i być kandydatami do **leczenia zabiegowego**. (MpD 10/2018/13)

Wiele przebadanych **markerów biochemicznych** i biofizycznych charakteryzuje się niską **wartością predykcyjną** zarówno u objawowych, jak i **bezobjawowych ciężarnych**⁶⁴, jednak **łożyskowa mikroglobulina** i proteina – 1 wiążąca fosforylowany insulinopodobny czynnik wzrostu w połączeniu z **ultrasonograficznym pomiarem** długości szyjki macicy okazały się specyficzne (MT 2/2019/40).

3.2.2. Terminy wielowyrzowe

Aleksandra Waszczuk nazwała takie terminy, tzw. łańcuchem terminologicznym, pisząc że jest to „pojęcie wyrażone określeniem wielowyrzowym np. rozczłonkowanie pionowe tekstu. Łańcuchy terminologiczne charakteryzują się stałym, odtwarzalnym szykiem wyrazów w odróżnieniu od definicji pojęć” (Waszczuk 2003: 99). Skoro autorka wspomina o stałym szyku, rozważania na temat terminów wielowyrzowych warto rozpocząć właśnie od tego. Terminy dwuwyrzowe analizowane wyżej również charakteryzowały się stałym szykiem (rzeczownik + przymiotnik; por. *postępowanie lecznicze*), odwrotnie niż w języku ogólnym, w którym najczęściej to przymiotnik poprzedza rzeczownik. Na podstawie analizy terminów dwuwyrzowych przeprowadzonej powyżej, można stwierdzić, że szyk tych wyrazów jest stały,

⁶⁴ Kontekst wskazuje na to, że w *dyskursie medycznym* objawowa i bezobjawowa może być nie tylko choroba, ale również człowiek, w tym wypadku ciężarna.

niezmienny, w czasopiśmie „Medycyna po Dyplomie” nie zaobserwowano dotąd zmiany szyku terminów. Inaczej wygląda to w czasopiśmie „Medical Tribune”, w którym, w niektórych kontekstach, można zaobserwować odwrotny szyk: por. *prospektywne badanie, neurochirurgiczne zabiegi* (zamiast *badanie prospektywne, zabiegi neurochirurgiczne*):

Autorzy w podsumowaniu wyliczają ograniczenia badania i są świadomi, że tylko prospektywne badanie, w którym zostanie poddana skrupulatnej analizie duża grupa osób, może rzeczywiście rozstrzygnąć spór o możliwych związkach między osteoporozą i miażdżycą. (MT 3/2019/41)

Neurochirurgiczne zabiegi u pacjentów z przyśrodkowym uszkodzeniem nerwów obwodowych nie dają zadowalających rezultatów. (MT 3/2019/42)

Jednak zdarzają się przykłady terminów, w których kolejność szyku jest odwrotna, choć jest ich znacznie mniej, a jednym z nich może być *jatrogena immunosupresja*. Z powyższych rozważań wynika, że terminy dwuwyrazowe mają najczęściej szyk rzeczownik + przymiotnik (choć jak się okazuje zdarzają się również użycia terminów w odwrotnym szyku). Można jednak zastanawiać się, czy terminy, które podstawowo mają szyk przymiotnik + rzeczownik nie są terminami potocznymi (por. *ślepa kiszka*: „ślepo zakończona początkowa część jelita grubego, położona na granicy jelita biodrowego i okrężnicy; u ssaków z reguły pojedyncze, duże u zwierząt roślinożernych, zwłaszcza u koni, u których stanowi ogromną (obj. ok. 30 l) komorę fermentacyjną — miejsce rozkładu celulozy przez florę bakteryjną; jelito ślepe człowieka jest dość krótkie (7–8 cm) i zakończone (także u nielicznych ssaków) wyrostkiem robaczkowym”⁶⁵. Z przeprowadzonych badań wynika, że *ślepa kiszka* to potoczny termin, którym błędnie określa się *wyrostek robaczkowy*.

Istotne jest w tym miejscu to, co o terminach wielowyrazowych pisała L. A. Jankowiak: „Trzeba wyjaśnić, że liczba składników w terminie odnosi się do liczby wyrazów samoznaczących (czyli autosemantycznych) w terminie. Do wyrazów autosemantycznych zaliczam: rzeczowniki, przymiotniki, przysłówki, czasowniki, zaimki, liczebniki i imiesłowy” (Jankowiak 2015: 141). Jeśli więc termin składa się z trzech składników, oznacza to, że każdy z nich jest samodzielną jednostką znaczącą, jednak we współczesnym *dyskursie medycznym* imiesłowy, liczebniki czy zaimki są już w terminach rzadko spotykane, co prowadzi do wniosku, że język specjalistyczny

⁶⁵ <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/slepe-jelito:3984020.html> [dostęp z dnia 17.05.2021 r.]

przeobraża się równie szybko, jak język ogólny. Terminy wielowyrazowe są tworzone najczęściej na podstawie terminów dwuwyrazowych poprzez dodawanie do nich kolejnych członów, które służą doprecyzowaniu informacji:

zapalenie trzustki (2)

przewlekłe zapalenie trzustki (3)

autoimmunologiczne przewlekłe zapalenie trzustki (4)

Dwuwyrazowy termin określający chorobę trzustki został rozbudowany o dwie nowe informacje wyrażone przez przymiotnik. Nie jest to zwykle *zapalenie trzustki*, które trwa przez jakiś czas i mija, jest ono *przewlekłe*, tzn. o długotrwałym przebiegu. (w ten sposób powstał termin trzywyrazowy). Kolejna dodana przez przymiotnik informacja dotyczy przyczyny choroby, która ma podłoże *autoimmunologiczne*, tzn. związane z zaburzeniami *układu odpornościowego*.

Podobnie: *zapalenie nerek: odmiedniczkowe zapalenie nerek, ostre odmiedniczkowe zapalenie nerek (odmiedniczkowe zapalenie nerek, to zapalenie związane z miedniczką nerkową, a więc z jednym z początkowych fragmentów związanych z drogami moczowymi; zaś dodany przymiotnik ostry, wprowadza wartościowanie, pokazuje, że choroba ta może mieć ciężki przebieg); zapalenie wątroby: wirusowe zapalenie wątroby, przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby (wirusowe zapalenie wątroby to zapalenie, które ma charakter wirusowy, tzn. jest związane z przedostaniem się wirusa, przymiotnik przewlekły pozwala zwrócić uwagę na przebieg choroby, która jest długotrwała). Terminy kilkuwyrazowe są więc bardziej konkretne i szczegółowe, a precyzja w przekazywaniu informacji to jedna z cech *dyskursu medycznego*. Można zauważyć, że doprecyzowujące przymiotniki dodawane są przed dwuwyrazowym terminem.*

Innym przykładem dotyczącym choroby jest termin *choroba stawów*, tzn. choroba, która jest związana ze stawami:

choroba stawów (2)

choroba zwyrodnieniowa stawów (3)

choroba zwyrodnieniowa stawów rąk (4)

Przymiotnik pozwala na doprecyzować, że choroba ma charakter zwyrodnieniowy, tzn., że jest związana ze zmianą patologiczną, która powstała w stawach i doprowadziła do ich uszkodzenia. Jednak w tym wypadku przymiotnik znalazł się pomiędzy dwoma członami terminu dwuwyrazowego. Termin *choroba zwyrodnieniowa stawów rąk* jest związany ze zwyrodnieniem konkretnych stawów, tzn. jedynie tych, które znajdują się w dłoni. W tym wypadku to rzeczownik doprecyzował termin.

Wśród takich terminów można również wyodrębnić te, które są związane z anatomią człowieka:

tętnica (1)

tętnica wieńcowa (2)

prawa tętnica wieńcowa (3)

W medycynie istnieją różne rodzaje nazw tętnic, dlatego termin dwuwyrazowy *tętnica wieńcowa* jest konieczny w celu rozróżnienia, o której tętnicy jest mowa, podobnie jak przymiotnik *prawa tętnica wieńcowa*, który pozwala na zlokalizowanie tej tętnicy w organizmie człowieka.

Warto w tym miejscu zauważyć, że dwuwyrazowe nazwy terminów, wchodząc w skład terminów kilkuwyrazowych, zmieniają swój szyk: *badania polisomnograficzne*, ale: *polisomnograficzne badania snu*; *choroby czynnościowe*, ale: *czynnościowe choroby przełyku*; *badania retrospektywne*, ale: *duże retrospektywne badanie kohortowe*; *badanie prospektywne*: ale: *prospektywne badanie kohortowe*; *badanie retrospektywne*, ale: *retrospektywne badanie francuskie* itp.:

W prospektywnym badaniu kohortowym opublikowanym w 2017 r., które obejmowało grupę 170 000 osób obserwowanych przez 32 lata, stwierdzono, że w porównaniu z osobami niechorującymi czas trwania cukrzycy typu 2 istotnie wpływa na ryzyko powstania HCC. (MpD 9/2019/48-49).

Stosowane leki neuromodulujące, wskazania i działania niepożądane oceniane w badaniach prowadzonych z randomizacją w czynnościowych i nieczynnościowych chorobach przełyku zostały podsumowane w tabeli 3 (MpD 10/2018/18).

Polisomnograficzne badania snu przeprowadzane u pacjentów z depresją pokazały, że niektóre leki przeciwdepresyjne nie tylko ułatwiają zasypianie, lecz także pogłębiają i konsolidują sen (MpD 5/2019/32).

Może to wynikać z tego, że, jak pisała Julia Mazurkiewicz-Sułkowska: „O ile wyjściowe jednostki dwuczłonowe mają bardzo wyraźną strukturę (pl. N Adj, ros. / bg. Adj N), to

w przypadku polskich jednostek 3-członowych dopuszczalna jest dowolność w miejscu członu Adj, który wyraża drugą cechę różnicującą, por.: koło ciągnowe bierne / bierne koło ciągnowe, przenośnik kubelkowy jednokierunkowy / jednokierunkowy przenośnik kubelkowy, filtr próżniowy bębnowy / bębnowy filtr próżniowy” (Mazurkiewicz-Sułkowska 2014: 58).

W związku z tym, podczas analizy terminów wielowyrazowych warto również zwrócić uwagę na ich budowę, w której można dostrzec różnorodny szyk. Pod tym względem terminy trzywyrazowe można podzielić na kilkanaście grup:

1. przymiotnik + rzeczownik + przymiotnik, np. *niefarmakologiczne metody terapeutyczne, ośrodkowy układ nerwowy, tętnicze powikłania zakrzepowe, ostra białaczka szpikowa, zapalenie ucha środkowego itp.*

Można zauważyć, że terminy występujące w tej grupie to rozwinięcia terminów dwuwyrazowych (reprezentowanych głównie przez szyk: rzeczownik + przymiotnik), poprzez poprzedzenie go przymiotnikiem, który ma przekazywać dodatkową informację. Jednocześnie na tym przykładzie widać dążenie do ekonomii w komunikacji specjalistycznej. Terminy nawet kilkuwyrazowe przekazują informację, którą trzeba byłoby opisać dłuższym zdaniem (*niefarmakologiczne metody terapeutyczne* to metody polegające na tym, że nie podaje się pacjentowi leków; *tętnicze powikłania zakrzepowe* to powikłania związane z tętnicami; *ostra białaczka szpikowa* to *białaczka*, która jest odmianą bardzo agresywną; *zapalenie ucha środkowego* to choroba związana z *uchem środkowym*, *szybki test molekularny* to test, dzięki któremu możemy szybko otrzymać wynik; *guz torbielowaty* to taki, który ma charakter nowotworu itp.).

2. przymiotnik + rzeczownik + rzeczownik, np. *domowe leczenie tlenem;*

W tej grupie można zaobserwować rozwinięcia terminów dwuwyrazowych, które nie zostały omówione wyżej, tzn. takich, które są zbudowane z dwóch rzeczowników, przy czym drugi jest rzeczownikiem w dopełniaczu, narzędniku (wiele takich terminów ma charakter metaforyczny, o czym można przeczytać w rozdziale 3. Terminy rzeczownik + rzeczownik nie zostały omówione podczas charakterystyki terminów dwuwyrazowych, ponieważ jest ich mniej, a celem podrozdziału było pokazanie funkcji przymiotników w terminach, terminy składające się z dwóch rzeczowników zostały

szczegółowo omówione w rozdziale dotyczącym metaforycznych przesunięć znaczeniowych (rozdział 4). Z tego też powodu ta grupa nie została rowinięta.

3. rzeczownik + przymiotnik + rzeczownik, np. *tętniak rozwarstwiający aorty, leczenie farmakologiczne bezsenności, zespół refluksowego kaszlu, zespół bólowego kręgosłupa, udar niedokrwienny mózgu* itp.

Ta grupa charakteryzuje się tym, że dwuwyrazowe jednostki terminologiczne (rzeczownik + rzeczownik) zostały rozwinięte o przymiotnik, który nie poprzedza tego terminu, ale jest używany w środku: *zespół refluksowego kaszlu*, to zespół kaszlu, który ma podłoże refluksowe, *udar niedokrwienny mózgu* to *udar mózgu*, który wynika z tego, że została zablokowana droga, którą krew płynie do mózgu (to jeden z typów udarów mózgu obok m.in. *udaru krwotocznego*), *rak anaplastyczny tarczycy*, to *rak tarczycy*, który jest bardzo złośliwy, *anaplastyczny* to inaczej zróżnicowany.

Jednak w tej grupie można również zauważyć terminy, które są rzeczownikowym rozwinięciem terminów dwuwyrazowych (rzeczownik + przymiotnik), a rzeczownik, który służy rozwinięciu terminu jest używany na końcu: *leczenie farmakologiczne bezsenności*, to leczenie przy użyciu leków choroby, jaką jest bezsenność, *tętniak rozwarstwiający aorty*, to *tętniak rozwarstwiający*, który jest zlokalizowany w *aorcie*, *diagnostyka różnicowa niedokrwistości*, to *diagnostyka różnicowa*, która jest stosowana przy leczeniu *niedokrwistości*. W tym wypadku rzeczownik, który jest rozwinięciem terminu dotyczy nazwy konkretnej choroby, która jest leczona za pomocą jakiegoś leku, jakiejś metody albo jest to nazwa anatomiczna, która lokalizuje jakiś objaw chorobowy (por. *aorta*).

4. rzeczownik + rzeczownik + przymiotnik, np. *kamica układu moczowego, zapalenie wyrostka robaczkowego, agoniści receptora benzodiazepinowego, czynnik ryzyka zakrzepowego, zapalenie ucha środkowego* itp.

W tej grupie dwuwyrazowy termin (rzeczownik + przymiotnik) został rozwinięty o rzeczownik, ale został on użyty w pozycji poprzedzającej termin, dzięki czemu powstała nazwa choroby, metody leczenia lub leku: *kamica układu moczowego* to choroba, która atakuje *układ moczowy*, *zapalenie wyrostka robaczkowego* to choroba związana z *wyrostkiem robaczkowym*, *agoniści receptora benzodiazepinowego* to leki,

które mają za zadanie połączyć się z *receptorem benzodiazepinowym* w celu spowodowania reakcji w komórce (odwrotnie niż antagonist, który blokuje receptor, by nie wywołać reakcji).

5. rzeczownik + rzeczownik + rzeczownik, np. czynnik martwicy nowotworów, stężenie wysycenia transferyny itp.

W *dyskursie medycznym* można również dostrzec terminy czterowyrazowe, pięciowyrazowe lub nawet sześciowyrazowe, jednak ze względu na ich niewielką liczebność nie można ich uznać za podstawowe typy terminologiczne. J. Mazurkiewicz-Sułkowska pisała, że: „w większości jednostki te stanowią rozwinięcie podstawowych typów terminów 2-, 3-członowych, a czasami nawet połączenie dwóch struktur” (Mazurkiewicz-Sułkowska 2014: 62).

Wobec tego warto jeszcze pokazać te rzadko występujące, dłuższe formy terminowe:

- a) terminy czterowyrazowe, np. *endogenne zaburzenia rytmu okołodobowego*
- b) terminy pięciowyrazowe, np. *wielogniskowy czerniak złośliwy przewodu pokarmowego*
- c) terminy sześciowyrazowe⁶⁶, np. *izolowany wzrost wartości ciśnienia tętniczego krwi*

Analiza formalno-semantyczna ukazała specyfikę współczesnych terminów medycznych, które, mimo że dąży się do ekonomii językowej w tym typie *dyskursu specjalistycznego*, mogą być nie tylko jednowyrazowe, ale również dwuwyrazowe, a nawet kilkuwyrazowe. Cechą szczególną *dyskursu medycznego* jest rola przymiotników w kształtowaniu terminów. W *dyskursie medycznym* na szczególną uwagę zwracają terminy ogólne (leczenie, postępowanie, terapia), które w konkretnym kontekście aktualizują się, a przez połączenie ich z różnymi przymiotnikami, rozwijają swoje znaczenie (ma to związek z tym, co pisali badacze analizujący komunikacyjną teorię terminologii, tzn., że termin dopiero w *dyskursie* może ujawnić wszystkie swoje cechy).

⁶⁶ Terminy mogą być również ośmiowyrazowe, czego przykładem jest rozwinięcie akronimu wyjaśnione na stronie 318.

Dwuwyrazowe terminy medyczne składają się najczęściej z członu: rzeczownik + przymiotnik i takie były w tym podrozdziale analizowane, gdyż terminy: rzeczownik+rzeczownik występują rzadziej, a ich specyfika jest ujęta w podrozdziale dotyczącym metaforycznych przesunięć znaczeniowych.

Do analizy zostały wybrane terminy, które występują najczęściej, charakteryzują się największą produktywnością w *tekstach medycznych* i które dzięki przymiotnikowi mogą aktualizować swój sens i znaczenie. Terminy wielowyrazowe to głównie terminy dwuwyrazowe, które, dzięki dodaniu kolejnych członów doprecyzowują swoje znaczenie, stają się bardziej konkretne i czytelne dla odbiorcy. Ukazanie terminów dwuwyrazowych w konkretnych kontekstach pokazało, że często są one wyjaśniane i charakteryzowane.

3.3. Analiza semantyczna leksyki medycznej

Pod względem semantycznym materiał zebrany w czasopismach medycznych „Medical Tribune” oraz „Medycyna po Dyplomie” można podzielić na piętnaście kategorii znaczeniowych⁶⁷: nazwy chorób i ich objawów⁶⁸, nazwy pacjentów, nazwy specjalistów, nazwy specjalizacji, nazwy metod, nazwy wskaźników, czynników lub parametrów, nazwy substancji/cząsteczek w organizmie człowieka, nazwy chemiczne (nazwy kwasów, reakcji chemicznych, związków chemicznych lub pierwiastków), nazwy leków, nazwy urządzeń, narzędzi, nazwy procesów zachodzących w organizmie, nazwy hormonów, nazwy receptorów i nazwy komórek, nazwy wirusów i bakterii. W skład wymienionych kategorii wchodzi również nazwy badań, terapii, ogólne nazwy chorób oraz ogólne nazwy leków, jednak nie zostaną zaprezentowane, ponieważ omówiłam je już w poprzednim podrozdziale. Należy w tym miejscu podkreślić, że celem analizy nie jest wyliczenie wszystkich terminów, które wchodzi w skład poszczególnych grup semantycznych, ale pokazanie ich wielości, różnorodności. Z tego względu w każdej grupie podaję ograniczoną liczbę przykładów ilustrujących grupę (ok. 10). Wybór konkretnych terminów był również podyktowany tym, by pokazać ich strukturę formalną

⁶⁷ W skład *dyskursu medycznego* wchodzi również akronimy, ale nie wprowadzam ich w tym miejscu, bo zostaną omówione w kolejnym rozdziale.

⁶⁸ Leksyka dotycząca nazw chorób została opisana przez A. Wyszomirską (Wyszomirska 2015), dokonuje jednak ona trochę innego podziału i bierze pod uwagę czasopismo popularnonaukowe „Twój Maluszek”, stąd terminy, które omawia należą nie tylko do leksyki specjalistycznej, ale również do leksyki potocznej.

(terminy jednowyrazowe, dwuwyrazowe, kilkuwyrazowe). Dla przejrzystości, przykłady zostały ułożone w kolejności alfabetycznej.

Zdaję sobie sprawę z tego, że trzonem terminologii medycznej są nazwy anatomiczne i to od nich powinno się rozpocząć analizę, jednak nie zostaną one szczegółowo omówione, ponieważ mimo że są istotne dla dziedziny jaką jest medycyna, są z kolei mniej ważne dla *dyskursu medycznego* (w porównaniu do nazw chorób, które do nazw anatomicznych bezpośrednio się odnoszą i są z nimi związane). *Teksty medyczne* dotyczą bowiem metod, sposobów leczenia, badania czy diagnostyki związanej z poszczególnymi omawianymi chorobami. Ponadto występują one również w innych nazwach omówionych niżej (por. m.in. nazwy chorób). *Teksty medyczne* nie służą opisowi nazw anatomicznych, ponieważ lekarze, którzy są odbiorcami czasopism medycznych mają już wiedzę na ten temat. Poza tym terminy anatomiczne zostały również szczegółowo omówione w czterech tomach Felicji Wysockiej (Wysocka 1980, Wysocka 1994, Wysocka 2007, Wysocka 2013). Autorka zauważa ponadto, że: „terminologia anatomiczna jest w pewnej mierze bliższa właśnie językowi tych „nieuczonych” niż „krasomówców”, czyli językowi ogólnonarodowemu niż naukowemu, a co zdają się potwierdzać tak liczne w niej neosemantyzmy, które jako przejęte z języka ogólnego, najłatwiej mogły być przyswajane i rozumiane” (Wysocka 1994: 208). Powyższe argumenty zadecydowały o tym, że nazwy anatomiczne nie zostaną w tym miejscu pokazane.

3.3.1. Nazwy chorób i ich objawów

Pierwszą analizowaną grupą jest ta, która dotyczy nazw chorób i ich objawów⁶⁹. Można ją podzielić na dwanaście kategorii znaczeniowych, z których każda odnosi się do anatomii człowieka (a konkretnie układów i narządów). Jest to najbardziej liczna grupa z wszystkich, które zostały wyodrębnione, ponieważ zdrowie i choroba to tematy najistotniejsze dla *dyskursu medycznego*. Grupa ta stanowi różnorodny terminy zarówno jednowyrazowe, jak i dwu- lub kilkuwyrazowe, zawiera terminy ogólne, jak również terminy konkretne. Można w niej wymienić następujące nazwy:

⁶⁹ Objawy i choroby zostały zestawione w jednym miejscu, ponieważ, jak pisała L. A. Jankowiak, w XVI wieku poziom wiedzy medycznej nie pozwalał ówczesnym lekarzom doszukiwać się związku między chorobą a jej objawem. Konsekwencją tego było traktowanie oznak dolegliwości jako samoistnych schorzeń” (Jankowiak 2001: 11).

1. Nazwy chorób i objawów związanych z układem oddechowym

astma oskrzelowa: „duszność napadowa lub stała o charakterze wydechowym w następstwie zwężenia oskrzeli wywołanego przez skurcz błony mięśniowej i obrzęk błony śluzowej, z zaleganiem gęstej, lepkiej wydzieliny; występuje zazwyczaj na tle alergicznym” (WSM: 300): *typ A – przebiega: (...) ze wzmożoną produkcją mleczanu(niewydolność krążenia, wstrząs kardiogeny, nagłe zatrzymanie krążenia, niewydolność oddechowa, ciężki napad astmy oskrzelowej, niedokrwistość, zatrucie tlenkiem węgla)* (MpD 1/2019/12);

duszność (wysiłkowa): „Duszność wysiłkowa zjawia się po wysiłku fizycznym” (WSM: 299); *Chorego wraz z rodziną zaniepokoiło utrzymujące się uczucie duszności wysiłkowej, a także pojawiające się niekiedy w spoczynku* (MpD 10/2018/40);

kaszel (poinfekcyjny): „obronny odruch oddechowy spowodowany podrażnieniem zakończeń nerwowych w oskrzelach, tchawicy, krtani, gardle lub opłucnej; polega na gwałtownym wyrzuceniu z płuc, przy zamkniętej głośni powietrza sprężonego przez mm. wydechowe” (WSM: 554); *Przeprowadzono analizę wpływu acetylocysteiny oraz karbocysteiny na redukcję czasu trwania kaszlu* (MpD 10/2018/24);

przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP): „zespół chorobowy charakteryzujący się postępującym i niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Ograniczenie to wynika z choroby małych dróg oddechowych i zniszczenia (rozedmy), o różnym nasileniu, miąższu płucnego, przy czym jest najczęściej związane z odpowiedzią zapalną układu oddechowego na szkodliwe pyły i substancje, z jakimi chory ma do czynienia w ciągu swojego życia”⁷⁰; *Obraz kliniczny choroby nie jest jednorodny. Obserwacje kliniczne wskazują na różne fenotypy POChP związane z przewagą zapalenia oskrzeli lub rozedmy* (MpD 10/2018/35);

rozedma (płuc): „stan płuc charakteryzujący się stałym nadmiernym poszerzeniem przestrzeni powietrznych leżących dystalnie w stosunku do oskrzelików końcowych przy równoczesnym uszkodzeniu ich ścian” (WSM: 1185): *przy rozpoznaniu wartość FEV*

⁷⁰ https://pl.wikipedia.org/wiki/Przewlek%C5%82a_obturacyjna_choroba_p%C5%82uc [dostęp z dnia 28.03.2021 r.]

wskazywała na ciężką obturację i nie poprawiła się (ale też nie pogorszyła) podczas obserwacji; chorzy, szczególnie z rozedmą (na taki fenotyp wskazuje charakterystyka pacjenta), dobrze adaptują się do obturacji i taki wynik pierwszej spirometrii jest typowy (MpD 10/2018/40)

szmer płęcherzykowy: „cichy, nieperiodyczny dźwięk – zjawisko głosowe składające się z dużej liczby rozmaitych drgań, których amplitudy, częstotliwość i czas trwania ulegają szybkim bezładnym zmianom” (WSM: 1299): *W badaniu przedmiotowym lekarz nie stwierdził istotnych odchyień od normy. Skupił się na badaniu częstości tętna i wartości ciśnienia tętniczego, które były w normie. Zwracała uwagę szczupła budowa ciała, beczkowaty zarys klatki piersiowej oraz w osłuchiwaniu bardzo cichy szmer płęcherzykowy* (MpD 10/2018/40);

zapalenie zatok obocznych nosa: „stan zapalny zatok przynosowych”⁷¹: *Niektórzy sugerują, że antybiotyki należy zastosować u osób z przeziębieniem, u których dochodzi często do zapalenia zatok obocznych nosa* (MpD 10/2019/26);

2. Nazwy chorób i objawów związanych z układem pokarmowym i jamą brzuszną

alkoholowe zapalenie wątroby: „przewlekła choroba wątroby, objawiająca się zmianami martwiczo-zapalnymi, wywołana przewlekłym nadużywaniem alkoholu etylowego.”⁷²; *Marskość i alkoholowe zapalenie wątroby są ważnymi przyczynami śmiertelności w Europie* (MT 5/2019/44);

biegunka: „zbyt częste (powyżej 3 na dobę) oddawanie stolca o zmniejszonej konsystencji, zależne od przyspieszonego pasażu jelitowego i zwiększonej zawartości wody w stolcu” (WSM: 108); *Biegunka występuje u 2-25% leczonych. Około 10% osób uważa, że ma alergię na penicyliny i pochodne, ale prawdopodobnie jest to liczba zawyżona* (MT 5/2019/28);

choroba refluksowa przełyku (GERD): „cofnięcie się płynnej zawartości przewodu lub narządu jamistego w kierunku przeciwnym do prawidłowego” (WSM: 889); *Typowe objawy GERD to zgaga i regurgitacja treści żołądkowej. Choroba refluksowa przełyku może się również objawiać bólem w klatce piersiowej i nadbrzuszu, chrypką suchym*

⁷¹ https://pl.wikipedia.org/wiki/Zapalenie_zatok_przynosowych [dostęp z dnia 28.03.2021 r.]

⁷² https://pl.wikipedia.org/wiki/Alkoholowe_zapalenie_w%C4%85troby [dostęp z dnia 28.03.2021 r.]

kaszlem czy zaburzeniami snu, prowadząc do istotnego upośledzenia jakości życia (MpD 10/2018/13).

encefalopatia wątrobowa: „śpiączka wątrobowa; występuje najczęściej w przypadkach z marskością wątroby, klinicznie charakteryzuje się zaburzeniami świadomości i objawami postępującego uszkodzenia układu piramidowego, pozapiramidowego i mózdzku” (WSM: 325); *Epizod encefalopatii wątrobowej u pacjenta z marskością wątroby może zostać wyzwolony przez krwawienie z przewodu pokarmowego, zaparcia, odwodnienie, infekcje czy spożycie posiłku bogatobiałkowego (MpD 9/2019/56);*

kamica żółciowa: „choroba polegająca na tworzeniu się w drogach żółciowych złożeń, których gł. składnikami są cholesterol, wapń i bilirubina w różnych proporcjach” (WSM: 543); *Przyczyny ostrego zapalenia trzustki zawarto w tabeli 1. W 80% przypadków jest to efekt kamicy żółciowej lub toksycznego działania alkoholu etylowego (MpD 5/2019/9);*

marskość wątroby: „ogólne określenie choroby wątroby o różnej etiologii; charakterystyczne zmiany morfologiczne: 1) dezorganizacja budowy wątroby na skutek rozrostu tkanki łącznej w odpowiedzi na uszkodzenie hepatocytów (...) 2. regeneracja komórek wątrobowych z formowaniem guzków miąższowych różnej wielkości (...) 3. reorganizacja układu naczyniowego z powstawaniem nienormalnych połączeń tętniczko-żylnych” (WSM: 1440); *Encefalopatia wątrobowa rozwija się u ponad 50% pacjentów z marskością wątroby. Objawy mogą być na tyle dyskretne, że ich stwierdzenie wymaga przeprowadzenia testów psychometrycznych (MpD 9/2019/56);*

niewydolność wątroby: „zaburzenia fizjologicznej czynności komórek wątroby spowodowane ich uszkodzeniem, z następowymi objawami” (WSM: 847); *W 1976 r. Robert Cohen i Hubert Woods w swojej pracy „Clinical and Biochemical Aspects of Latic Acidosis” opisali i wyróżnili dwie kategorie kwasicy mleczanowej (...) typ B1 – związany z chorobami wpływającymi na cały organizm, takimi jak: niewydolność nerek, wątroby, cukrzyca lub choroba nowotworowa (MpD 1/2019/11-12);*

pierwotne zapalenie dróg żółciowych: „stan zapalny dróg żółciowych wywołany zakażeniem bakteryjnym, rzadziej czynnikami toksycznymi, mech. lub alergicznymi” (WSM: 295); *Pierwotne zapalenie dróg żółciowych (PBC) dotyczy głównie kobiet powyżej 40. r.ż. (MT 5/2019/45);*

stłuszczeniowe zapalenie wątroby: „nadmierne nagromadzenie triglicerydów w komórkach w., najczęściej odwracalne, jednak w ciężkich rozlanych i długotrwałych

postaciach może być przyczyną śmierci komórek marskości” (WSM: 554); *U części chorych z NAFLD występuje agresywna postać choroby: stłuszczeniowe zapalenie wątroby (NASH), które może wykazywać charakter progresywny i prowadzić do marskości wątroby lub raka wątrobowokomórkowego* (MT 5/2019/44);

zaparcie: „stan patologiczny, w którym opróżnianie się jelit nie odbywa się przeciętnie co 24 godz., lecz znacznie rzadziej (jeden raz na 2, 4, 6 dni; wskutek zalegania mas kałowych w jelicie grubym stają się one zbite i twarde, a akt defekacji bolesny” (WSM: 1530); *Możliwymi działaniami niepożądanymi są suchość w jamie ustnej i spojówek oraz zaparcia, natomiast szczególnie u starszych pacjentów, głównie po oksybutyninie przechodzącej przez barierę krew-mózg, mogą pojawić się lub nasilić zaburzenia pamięci i splątanie* (MT 5/2019/13);

żółtaczka: „zażółcenie powłok skórnych, twardówki i błon śluzowych wskutek podwyższonego stężenia bilirubiny we krwi” (WSM: 1611); *Ostatnio w Polsce występują lokalne epidemie HAV. Chorobę tę należy brać pod uwagę u wszystkich pacjentów bez długiego wywiadu hepatologicznego, u których występuje żółtaczka i hipertransaminazemia i oznaczyć u nich przeciwciała anty-HAV w klasie IgM* (MT 5/2019/45);

3. Nazwy chorób i objawów związanych z układem szkieletowym i mięśniowym

artrogrypoza: „utrwalony przykurcz stawu występujący jako anomalia rozwojowa lub w wyniku urazów lub schorzeń” (WSM: 70); *Dotychczas testowano sprzęt na trojgu dzieci w różnym wieku ze zdiagnozowaną artrogrypozą.* (MT 11/2018/69);

choroba zwyrodnieniowa stawów: „przewlekły proces zwyrodnieniowy stawów” (WSM: 421); *Choroba zwyrodnieniowa stawów jest jedną z najczęstszych przyczyn dolegliwości bólowych w układzie ruchu, szczególnie u osób po 45 r.ż.* (MpD 10/2018/42);

krystalopatia: „choroby stawów zapalne wynikające z odkładania się w obrębie stawu kryształków, prowadzące do powstania stanu zapalnego”⁷³; *Jeżeli w stawie kolanowym występuje płyn, należy przeprowadzić jego aspirację, a następnie badanie mikroskopowe,*

⁷³ <https://omnis.miraheze.org/wiki/Krystalopatie> [dostęp z dnia 28.03.2021 r.]

które może potwierdzić bądź wykluczyć towarzyszącą krystalopatię lub zakażenie oraz posiew (MpD 10/2018/46)

miopatia: „nazwa używana dla określenia chorób „pierwotnie” mięśniowych, o różnorodnej etiologii i patogenezie, obejmująca wszystkie procesy chorobowe toczące się w mięśniach bez pierwotnego uszkodzenia neuronu obwodowego” (WSM: 762); *Nomenklatura i klasyfikacja objawów ze strony mięśni obejmuje: (...) miopatię – niewyjaśniony ból lub osłabienie mięśni z towarzyszącym wzrostem aktywności kinazy kreatynowej (CK – creatine kinease) >10 x górna granica normy (ggn).* (MpD 9/2019/17);

osteoporoza: „zrzeszotnienie kości; stan polegający na zmniejszeniu się masy prawidłowej tkanki kostnej, powodujący bóle i złamania kości” (WSM: 949); *Osteoporoza jest jednostką chorobową o korzeniach tkwiących w dzieciństwie – to stwierdzenie amerykańskiego badacza C. Denta sprzed prawie pół wieku trafnie wskazuje, co powinniśmy zrobić, by zmniejszyć ryzyko złamań w odległej przyszłości.* (MT 9/2019/38);

rabdomioliza: „zespół objawów chorobowych wywołanych masywnym rozpadem tkanki mięśniowej poprzecznie prążkowanej, co doprowadza do pojawienia się we krwi wolnej mioglobiny pochodzenia mięśniowego”⁷⁴; *W pozostałych przypadkach to aktywność statyn zmienia się pod wpływem leków – przy jej wzroście może dojść do zwiększenia ryzyka takich działań niepożądanych jak rabdomioliza.* (MpD 9/2019/20);

złamanie: „nagłe przerwanie ciągłości tkanki kostnej połączone z bolesnością i ograniczeniem czynności oraz ze zmianą kształtu kości” (WSM: 1590); *Najwięcej złamań osteoporotycznych dotyczy kręgow. Złamania kręgow są często nieme klinicznie, co istotnie utrudnia ich wykrywanie.* (MT 6/2019/37);

4. Nazwy chorób i objawów związanych z układem krwionośnym i układem krążenia

choroba wieńcowa/ ostre zespoły wieńcowe: „pojęcie ogólne dla zmian w m. sercowym powstałych wskutek niedokrwienia z powodu zmniejszonego światła tt. wieńcowych, gł. na tle miażdżycowym. Gł. postaciami ch.w. są dusznica bolesna i zawał mięśnia

⁷⁴ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Rabdomioliza> [dostęp z dnia 28.03.2021 r.]

sercowego” (WSM: 190); *Pacjenci z chorobą wieńcową z ostrymi zespołami bez uniesienia odcinka ST stanowią grupę, w której prowadzenie leczenia jest najtrudniejsze.* (MpD 4/2019/21);

eozynofilia: „nadmiar granulocytów kwasochłonnych w jedn. obj. krwi obwodowej. Występuje głównie w stanach alergicznych, chorobach pasożytniczych, w pęcherzycy, łuszczycy, wyprysku, w niektórych chorobach zakaźnych i układu krwiotwórczego, w kolagenozach, niektórych chorobach układu wewnątrzwydzielniczego” (WSM: 332); *Objawom tym mogą towarzyszyć: gorączka, złe samopoczucie i eozynofilia płucna (rzadko, głównie na terenach endemicznych).* (MpD 9/2019/41);

hiperemia (inaczej przekrwienie): „zwiększenie ilości krwi w narządzie wskutek zwiększonego dopływu krwi tętniczej (przekrwienie czynne) albo utrudnionego odpływu krwi żyłnej (przekrwienie bierne). Przekrwienie mieszane łączy w sobie obydwa mechanizmy”⁷⁵; *Brak konieczności indukowania hiperemii może jeszcze przyspieszyć wykonanie badania oraz zwiększyć częstość stosowania w codziennej praktyce klinicznej.* (MpD 4/2019/19);

martwica: „suma zmian morfologicznych charakteryzujących nagle obumarłą komórkę lub zespół komórek w organizmie żywym” (WSM: 706); *Zwykle badania te przeprowadza się po pierwszych 5 dobach ostrego zapalenia trzustki, kiedy to można ocenić martwicę w obrębie narządu.* (MpD 5/2019/9);

miażdżycyca: „zespół zmian chorobowych polegających na odkładaniu się w błonie wewn. tętnic substancji lipidowych przede wszystkim cholesterolu (wskutek zaburzeń gospodarki lipidowej) i włókniaka (wskutek zaburzeń układu krzepnięcia krwi) oraz na miejscowym rozroście tkanki łącznej i proliferacji komórek mięśni gładkich” (WSM: 1351); *Omawiane wyniki są interesującą próbą odpowiedzi na pytanie o powiązania między osteoporozą i miażdżycą.* (MT 3/2019/41);

migotanie przedsionków: „niemiarowość zupełna; szybkie, niesynchronizowane i nieskuteczne hemodynamicznie skurcze włókien mięśniowych przedsionków, najczęściej z niemiarową czynnością komór” (WSM: 758); *Najczęściej występującą arytmia u osób dorosłych jest migotanie przedsionków (AF – atrial fibrillation).* (MpD 4/2019/74).

⁷⁵ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Przekrwienie> [dostęp z dnia 29.03.2021 r.]

nadciśnienie tętnicze: „wzrost wartości ciśn. tętniczego skurczowego i rozkurczowego ponad normy dla wieku” (WSM: 797); *Nadciśnienie tętnicze jest najbardziej rozpowszechnionym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia.* (MT 4/2019/36);

niewydolność serca: „upośledzenie kurczliwości m. sercowego spowodowane jego uszkodzeniem, z całym zespołem zaburzeń hemodynamicznych (niewydolność krążenia)” (WSM: 845); *Do powikłań ogólnych zalicza się zaostrzenie współistniejących chorób przewlekłych, takich jak: niewydolność serca, przewlekła choroba wątroby bądź płuc.* (MpD 5/2019/10);

zakrzepica: „stan charakteryzujący się powstawaniem zakrzepów w naczyniach krwionośnych; zwiększona skłonność do zakrzepów” (WSM: 1523); *Postać łagodna ma najczęściej przebieg śródmiąższowy, nie powoduje powikłań narządowych ani miejscowych, do których zalicza się: występowanie zbiorników trzustkowych i okołotrzustkowych oraz zaburzeń opróżniania żołądka, zakrzepicę żyły śledzionowej i wrotnej oraz martwicę jelita grubego.* (MpD 5/2019/10);

zawał serca: „ogniskowa martwica powstała jako skutek ostrego niedokrwienia, zwykle z powodu niedrożności lub znacznego zwężenia tętnicy wieńcowej” (WSM: 1539); *Związek nadciśnienia tętniczego z powikłaniami sercowo-naczyniowymi w postaci udaru mózgu czy zawału serca jest niewątpliwy i prezentuje się jako zależność liniowa już od wartości ciśnienia mieszczących się w zakresie prawidłowych i wysokich prawidłowych.* (MT 4/2019/36);

5. Nazwy chorób skóry i ich objawów

atopowe zapalenie skóry: „wyprysk atopowy (...) nazwą atopii obejmuje się rozmaite, genetycznie uwarunkowane choroby alergiczne skóry, błon śluzowych” (WSM: 1234); *Atopowe zapalenie skóry (AZS), nazywane również wypryskiem dziecięcym lub skazą wysiękową, należy do częstych chorób zapalnych skóry.* (MpD 9/2019/95);

ogniska rumieniowe: „zaczerwienienie skóry zależne od przekrwienia, znikające przy ucisku, może powstawać w wyniku reakcji na różnorodne czynniki zewn., i wewn. (WSM: 1195); *Po raz pierwszy zmiany pojawiają się między 3 a 6 miesiącem życia i mają postać nacieczonych ognisk rumieniowych umiejscowionych na twarzy.* (MpD 9/2019/95);

pokrzywka: „choroba alergiczna skóry o mechanizmie alergicznym typu wczesnego; wykwitem pierwotnym jest grudka obrzękowa lub bąbel o dobrym odgraniczeniu, szybko powstający i ustępujący bez śladu” (WSM: 1036); *Pokrzywka jest relatywnie częstą dermatozą i szacuje się, że co najmniej jednokrotnie w życiu epizod choroby występuje u około 20% osób w populacji.* (MpD 9/2019/96);

świąd: „zjawisko będące prawdopodobnie następstwem podrażnienia receptorów bólowych bodźcem podprogowym (...) Ś. wywołuje odruch drapania prowadzącego do powstania przeczosów, zliszajcowacenia i brunatnego przebarwienia skóry” (WSM: 1315); *Świąd skóry należy do często zgłaszanych objawów. Może nie tylko towarzyszyć określonym chorobom skóry, lecz także dotyczyć skóry niezmienionej i współistnieć z niektórymi chorobami ogólnoustrojowymi.* (MpD 9/2019/95);

świerzbiczka guzkowa: „zmiany guzkowe w obrębie kończyn, silnie swędzące, związane gł. z drapaniem, których związek z atopią jest wątpliwy” (WSM: 1316); *Świerzbiczka guzkowa jest chorobą przewlekłą, charakteryzującą się występowaniem uogólnionego, długotrwałego i uporczywego świądu.* (MpD 9/2019/97);

trądzik: „nazwa ogólna dla różnych schorzeń zapalnych gruczołów łojowych” (WSM: 1378); *Lek moczopędny spironolakton ma właściwości antyandrogenne i jest wykorzystywany u kobiet w leczeniu łysienia androgenowego, coraz częściej podejmuje się również próby jego zastosowania w terapii trądziku u kobiet.* (MT 12/2018/37);

wykwity: „zmiany skórne stwierdzane wzrokiem lub dotykiem, będące reakcją skóry na działanie różnorodnych bodźców” (WSM: 1498); *W miarę upływającego czasu kolejne wykwity obserwowane są również w okolicy klatki piersiowej i kończyn.* (MpD 9/2019/95);

zespół Lyella: „martwica toksyczna rozplywna naskórka, charakteryzuje się 11SAwystępowaniem olbrzymich, wiotkich pęcherzy na plamach rumieniowych, zwłaszcza w miejscach narażonych na ucisk; pęcherze szybko pękają, po czym tworzą się rozległe nadżerki” (WSM: 813); *Zespół Lyella czyli toksyczna nekroliza naskórka, najczęściej (ale nie wyłącznie) rozwija się w wyniku niepożądanego reakcji na lek (sulfonamidy, niesteroidowe leki przeciwzapalne, leki przeciwpadaczkowe i antybiotyki).* (MpD 10/2018/31-32);

zespół Stevensa-Johnsona⁷⁶: „charakteryzuje się ciężkim i gorączkowym przebiegiem ze zmianami pęcherzowo-nadżerkowymi w jamie ustnej oraz wykwitami skórnymi typu *erythema multiforme* (WSM: 1573); *Zespół Stevensa-Johnsona (SJS – Stevens-Johnson syndrome), podobnie jak toksyczna nekroliza naskórka, należy do ostrych stanów w dermatologii i najczęściej jest spowodowany opóźnionym typem nadwrażliwości na leki.* (MpD 10/2018/34).

6. Nazwy chorób i objawów związanych z zaburzeniami psychicznymi

choroba afektywna dwubiegunowa: „postać c. afektywnej charakteryzująca się występowaniem faz depresyjnych i maniakałnych. Przebieg wykazuje duże różnice osobnicze” (WSM: 174); *Z pewnością nie kwalifikowano osób z chorobą afektywną dwubiegunową.* (MT 10/2018/37);

choroba afektywna jednobiegunowa: „postać ch. afektywnej charakteryzująca się występowaniem wyłącznie zespołów depresyjnych (syn. depresja fazowa). Różni się pod wieloma względami od ch. afektywnej dwubiegunowej” (WSM: 174); *Na przykład w badaniach polskich nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy pacjentami z chorobą afektywną dwubiegunową i jednobiegunową, a osobami zdrowymi ani pod względem zdolności odróżniania różnych zapachów, a ni pod względem czułości powonienia.* (MT 10/2018/37);

depresja (zespół depresyjny, melancholia): „stan chorobowy charakteryzujący się następującymi objawami: 1) obniżenie nastroju lub zubożenie z uczuciem niepokoju i lęku, 2) spowolnienie lub zahamowanie toku myślenia, 3) spowolnienie lub zahamowanie ruchowe, 4) objawy somatyczne, jak zaburzenia snu, utrata łaknienia” (WSM: 266); *Pierwsze obserwacje dotyczące powiązań między depresją a procesami zapalnymi pochodzą z lat 80. XX wieku, kiedy zaobserwowano wyraźny związek między kuracją interferonem a patologicznym obniżeniem nastroju.* (MT 3/2019/38);

objawy somatyczne (somatyzacja): „nawracające, często zmieniające się, różnorodne objawy (...) występujące w przebiegu funkcjonalnych zaburzeń psychicznych, którym nie towarzyszą organiczne schorzenia narządów, tkanek” (WSM: 1243); *U chorych na*

⁷⁶ Nazwa jest polskim odpowiednikiem łacińskiego terminu *efctodermosis erosiva pluriorificialis*, który, jak podają autorzy słownika, nie jest już obecnie używany (WSM: 1573).

depresję pochodzenia azjatyckiego, szczególnie w Chinach, objawy somatyczne są istotnie częstsze niż w świecie zachodnim. (MT 2/2019/39).

zaburzenia lękowe: „nawracające napady znacznie nasilonego lęku (paniki) z bogatą symptomatologią psychiczną i wegetatywną, nie związane z określoną sytuacją lub okolicznościami (niemożliwe do przewidzenia)” (WSM: 666); *Grupa amerykańskich naukowców wykryła unikalny profil immunobiologiczny charakterystyczny dla kobiet z depresją lub zaburzeniami lękowymi, u których występuje zwiększone ryzyko samobójstwa.* (MT 3/2019/38);

zaburzenia snu: „grupa zaburzeń snu, które mogą dotyczyć długości snu, jak i jego jakości. Niektóre zaburzenia snu są na tyle poważne, że zakłócają normalne fizyczne, umysłowe i emocjonalne funkcjonowanie” ⁷⁷. *W grupie badanej istotnie częściej stwierdzano obecność zaburzeń depresyjnych, lękowych i zaburzeń snu.* (MT 10/2018/38);

zespół stresu pourazowego: „zaburzenie psychiczne będące formą reakcji na skrajnie stresujące wydarzenie (traumę), które przekracza zdolności danej osoby do radzenia sobie i adaptacji. Pośród tego rodzaju wydarzeń wymienić można działania wojenne, katastrofy, kataklizmy żywiołowe, wypadki komunikacyjne, bycie ofiarą napaści, gwałtu, molestowania, uprowadzenia, tortur, uwięzienia w obozie koncentracyjnym, ciężkie, trudne doświadczenie po zażyciu substancji psychoaktywnej, otrzymanie diagnozy zagrażającej życiu choroby itp” ⁷⁸; *Zespół stresu pourazowego (PTSD, post-traumatic stress disorder) według klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10 jest jedną z reakcji występujących w następstwie traumatycznego wydarzenia.* (MT 6/2019/42);

7. Nazwy chorób i objawów związanych z układem nerwowym

(mono)radikulopatia: „ogólne określenie choroby dotyczącej korzeni nn. rdzeniowych, gdy nieznany jest charakter procesu patologicznego” (WSM: 1142); *W diagnostyce chorób obwodowego układu nerwowego w pierwszej kolejności należy ustalić wzorzec*

⁷⁷ https://pl.wikipedia.org/wiki/Zaburzenia_snu [dostęp z dnia 30.03.2021 r.]

⁷⁸ https://pl.wikipedia.org/wiki/Zesp%C3%B3l_stresu_pourazowego [dostęp z dnia 30.03.2021 r.]

anatomiczny danego uszkodzenia. Może to być: zajęcie pojedynczego korzenia nerwu rdzeniowego (monoradikulopatia). (MpD 9/2019/61);

amiotrofia cukrzycowa: „uszkodzenie wielu nerwów obwodowych występujące jako powikłanie nieleczonej wcześniej cukrzycy. Dotyczy zwykle kończyn dolnych” (WSM: 836); *Amiotrofia cukrzycowa jest przykładem poliradikulopatii lędźwiowo-krzyżowej ponieważ większość zmian patologicznych dotyczy najpewniej korzeni nerwowych.* (MpD 9/2019/62);

choroba Parkinsona: „przewlekłe schorzenie o.u.n., o niewyjaśnionej etiopatogenezie, charakteryzujące się klinicznie powoli rozwijającym się zespołem hipertoniczno-hipokinetycznym, ze wzrastającą sztywnością i drżeniem kończyn i głowy, zubożeniem mimiki, ogólnym spowolnieniem ruchowym” (WSM: 186); *Zaburzenia snu mogą sygnalizować obecność prodromalnych objawów parkinsonizmu, wliczając w to chorobę Parkinsona.* (MT 9/2019/37);

drżenie samoistne: „drżenie występujące rodzinnie, jako jedyny objaw patologiczny, regularne i drobnofaliste d., najczęściej kończyn górnych, głowy i żuchwy, rzadziej warg, języka i in.cz. ciała” (WSM: 296); *Ultradźwiękowa talamotomia wzgórza jest nową metodą skutecznej terapii drżenia samoistnego.* (MT 2/2019/37).

encefalopatia: „termin przyjęty w patologii dla określenia nieswoistych uszkodzeń o.u.n. spowodowanych działaniem określonego czynnika patogennego, np. e. tlenkowęglowa, e. wątrobowa, e. mocznicowa, e. nadciśnieniowa itp.” (WSM: 324); *Encefalopatie są uogólnionymi lub wieloogniskowymi zaburzeniami funkcji mózgu. Może do nich dochodzić w przebiegu chorób narządowych, ogólnoustrojowych i zaburzeń homeostazy.* (MpD 9/2019/56);

migrena: „napadowy, nawracający ból głowy, zwykle jednostronny (połowiczny), o różnym nasileniu, czasie trwania i częstości napadów, z towarzyszącymi nudnościami i wymiotami” (WSM: 758); *Migrena chroniczna jest z pewnością kłopotliwym, a nawet paraliżującym aktywność schorzeniem. Jest trudną do wyleczenia formą migreny.* (MT 6/2019/39);

neuropatia: „każde schorzenie układu nerwowego, najczęściej o charakterze zwyrodniającym. Termin używany w odniesieniu do zmian w układzie nerwowym obwodowym” (WSM: 836); *W neuropatii nerwu V występują parestezje (samoistne*

wrażenia czuciowe o charakterze mrowienia, pieczenia, palenia, klucia) i ból twarzy w obszarze unerwionym przez poszczególne gałęzie nerwu. (MpD 9/2019/60);

pląsawica: „ogólna nazwa zespołu objawów zaburzeń ruchowych pozapiramidowych z szybkimi, mimowolnymi skurczami mięśni lub grup mięśniowych powodującymi dziwaczne, нефизjologiczne ruchy w różnych okolicach ciała” (WSM: 1014); *Pląsawica występuje u 1-2% pacjentów z rozpoznaniem SLE i może wyprzedzać wystąpienie innych objawów tej choroby.* (MpD 9/2019/59);

polineuropatia: „kliniczny zespół objawów wynikający z uszkodzenia jednocześnie wielu nerwów obwodowych, spowodowanego różnymi czynnikami etiologicznymi” (WSM: 1039); *Badania na temat wpływu statyn na częstość występowania obwodowej polineuropatii są niespójne, ale w badaniach prowadzonych z randomizacją nie udowodniono tego typu szkodliwego działania statyn.* (MpD 9/2019/19);

stwardnienie rozsiane: „postępująca choroba mózgu i rdzenia polegająca na ogniskowym niszczeniu osłonki mielinowej włókien istoty białej mózgu na tle autoimmunizacji” (WSM: 1277); *Ponieważ otyłość w większości przypadków wydaje się schorzeniem modyfikowalnym, dalsze badania mogą wyjaśnić, czy ewentualne zmniejszenie wskaźnika BMI może wpłynąć na rokowanie kliniczne przebiegu stwardnienia rozsianego.* (MT 2/2019/36);

udar krwotoczny (mózgu): „nagle wystąpienie mniej lub bardziej rozległych objawów ogniskowego uszkodzenia mózgu, z utratą lub bez utraty świadomości, spowodowane krwotokiem mózgowym” (WSM: 1405); *Badania epidemiologiczne, w których u osób z niższymi wartościami cholesterolu częściej występował udar krwotoczny, wzbudziły wątpliwości dotyczące bezpieczeństwa stosowania leków z grupy statyn.* (MpD 9/2019/18);

zapalenie mózgu/ rdzenia (choroba islandzka): „łagodne zapalenie mialgiczne mózgu i rdzenia (...) choroba występująca epidemicznie o etiologii prawdopodobnie wirusowej i nieznaney patomorfologii” (WSM: 181); *Możliwe jest też wystąpienie poprzecznego zapalenia rdzenia, ostrego rozsianego zapalenia mózgu i rdzenia oraz zapalenia mózgu wywołanego reakcją związaną z receptorem N-metylo-D-asparginianu (NMDA).* (MpD 9/2019/40);

8. Nazwy chorób i objawów związanych z układem moczowym

bezmocz: „całkowite ustanie czynności wydalniczej nerek lub brak moczu w pęcherzu wskutek zatkania moczowodów (np. kamieniami). W praktyce klinicznej używa się tego terminu, gdy diureza dobową spada poniżej 100 ml” (WSM: 103);

kamica nerkowa (kamica moczowa): „tworzenie się i zaleganie kamieni w każdym odcinku układu moczowego. Może powodować ból, kolkę nerkową, wodonercze i odmiedniczkowe zapalenie nerki” (WSM: 543); *Na przebieg nietrzymania moczu mogą mieć też wpływ choroby współistniejące, np. astma, kamica nerkowa, cukrzyca oraz przebyte operacje, w szczególności obejmujące układ moczowo-płciowy i jelito grube.* (MpD 4/2019/11);

nietrzymanie moczu: „mimowolne wydalanie m. spowodowane zaburzeniami organicznymi lub psychicznymi” (WSM: 765); *Nietrzymaniem moczu (NM) nazywamy każdy mimowolny wyciek moczu. Jest to poważny problem zdrowotny, który ma znaczenie psychospołeczne, ekonomiczne i prowadzi do obniżenia jakości życia pacjentek.* (MpD 4/2019/9);

niewydolność nerek: „upośledzenie zewnątrz- i wewnątrzwydalniczej czynności nerki z następującą utratą zdolności wydalania końcowych produktów przemiany azotowej, regulacji równowagi elektrolitowo-wodnej i kwasowo-zasadowej” (WSM: 817); *Typ B podzielono na trzy podgrupy: - typ B1 – związany z chorobami wpływającymi na cały organizm, takimi jak: niewydolność nerek, wątroby, cukrzyca lub choroba nowotworowa...* (MpD 1/2019/12);

nokturia: „częste oddawanie moczu w nocy, przy czym porcja nocna jest na ogół większa od dziennej” (WSM: 766); *W celu zmniejszenia nokturii pacjentka powinna ograniczyć przyjmowanie płynów na 3-4 godziny przed snem.* (MpD 4/2019/12);

odmiedniczkowe zapalenie nerek: „postać śródmiąższowego zapalenia n. na tle zakażenia bakteryjnego. Zmiany dotyczą miedniczki, kielichów, a także zrębu n., w którym występują nacieki, drobne ropnie, włóknienie” (WSM: 818); *U mężczyzn zajęcie gruczołu krokowego jest częste i prowadzi do rozwoju ostrego lub przewlekłego zapalenia prostaty, a nawet ropnia lub kamicy dróg moczowych.* (MpD 4/2019/26).

ostre kłębuszkowe zapalenie nerek: „zakażenie poprzedzone zakażeniem paciorkowcami gr. β-hemolitycznymi grupy A, typów 12, 4 lub 1. Rozwija się po 2-3 tygodniu pod

wpływem kompleksów antygen-przeciwciała; objawia się zespołem nefrytycznym, ostrym” (WSM: 818); *Chorobę można podejrzewać u pacjenta, u którego objawy ostrego kłębuszkowego zapalenia nerek (KZN) poprzedziła infekcja wywołana najczęściej paciorkowcem β -hemolizującym grupy A.* (MpD 9/2019/79);

wysiłkowe nietrzymanie moczu: „nietrzymanie moczu przy wysiłku, kaszlu, śmiechu itp. w pozycji stojącej, najczęściej u kobiet po licznych porodach, na skutek osłabienia mm. zwieraczy pęcherza” (WSM: 765); *Wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM) to bezwiedna utrata moczu podczas uruchamiania tłoczni brzusznej, np. podczas kichania lub kaszlu. W tych sytuacjach dochodzi do wzrostu ciśnienia wewnątrz jamy brzusznej i wycieku moczu.* (MpD 4/2019/9);

zakażenie dolnych dróg moczowych: „obecność bakterii w układzie moczowym, powodująca odczyn zapalny (ropomocz)” (WSM: 1520); *Należy również wykluczyć schorzenia, które mogą powodować tak zwane przejściowe nietrzymanie moczu, np. zakażenie dolnych dróg moczowych.* (MpD 4/2019/11);

9. Nazwy chorób i objawów związanych z wydzieleniem wewnętrznym i przemianami metabolicznymi

cukrzyca: „przewlekłe zaburzenie metabolizmu węglowodanów, tłuszczów i białek z hiperglikemią na tle braku lub niedoboru insuliny” (WSM: 221); *Uznanie metforminy za podstawowy lek doustny w leczeniu cukrzycy typu 2 zwiększyło zainteresowanie możliwością wystąpienia w przebiegu terapii za jej pomocą kwasicy mleczanowej.* (MpD 1/2019/12);

hemochromatoza: „genetycznie uwarunkowana choroba metabolizmu żelaza, w której dochodzi do nadmiernego wchłaniania tego pierwiastka z pożywienia i nadmiernego gromadzenia w tkankach, co prowadzi do objawów chorobowych”⁷⁹; *Należy także pamiętać o innych rzadszych zaburzeniach metabolicznych sprzyjających rozwojowi HCC, takich jak hemochromatoza, niedobór α 1-antytrypsyny (α 1- antyproteazy), tyrozyna i niektóre porfirie.* (MpD 9/2019/47);

hipercholesterolemia: „umiarkowane podwyższone stężenie cholesterolu, będące wynikiem współdziałania kilku różnych genów i czynników środowiskowych (dieta

⁷⁹ https://pl.wikipedia.org/wiki/Hemochromatoza_dziedziczna [dostęp z dnia 30.03.2021 r.]

bogata w nasycone kwasy tłuszczowe i cholesterol); zaburzenie to stanowi ryzyko przedwczesnej miażdżycy” (WSM: 468); *W przypadku hipercholesterolemii należy włączyć statynę, ponieważ główną przyczyną przedwczesnej umieralności chorych z NAFLD są zaburzenia sercowo-naczyniowe.* (MT 5/2019/44);

hiperglikemia: „zwiększona ilość glukozy we krwi (ponad 6,05 mmol/l, czyli 119 ng/dl); występuje przejściowo po nadmiernym spożyciu potraw węglowodanowych, wskutek działania zimna, wysokości lub czynników emocjonalnych” (WSM: 469); *Mechanizmy łączące hiperinsulinemię, hiperglikemię i zwiększone ryzyko nowotworów są skomplikowane i wciąż nie do końca wyjaśnione.* (MpD 9/2019/47);

hiperinsulinizm: „nadmierne wydzielanie insuliny przez komórki β trzustki; spotykany w cukrzycy insulino niezależnej, dyslipidemii, otyłości wisceralnej i nadciśnieniu tętniczym” (WSM: 469); *Jako główne powody tego procesu wymienia się insulinooporność powodującą hiperinsulinizm i hiperglikemię.* (MpD 9/2019/47);

kwasicą ketonową: „kwasicą metaboliczną spowodowaną zwiększeniem stężenia ciał ketonowych (kwasu beta-hydroksymasłowego, kwasu acetooctowego i acetonu) we krwi” (WSM: 649); *Standardowe różnicowanie kwasicy ketonowej u większości chorych z ustalonym rozpoznaniem cukrzycy nie sprawia większych problemów diagnostycznych* (MpD 12/2018/14);

kwasicą mleczanową: „zwiększenie stężenia kwasu mlekowego we krwi (...) wrodzona k.m. występuje w przebiegu wielu genet. Chorób metabolicznych z hipoglikemią” (WSM: 649); *Kwasica mleczanowa jest stosunkowo rzadkim powikłaniem rozpoznawanym u osób z cukrzycą.* (MpD 1/2019/11);

niedoczynność (tarczycy): „zmniejszona poniżej normy czynność narządu lub układu. Termin stosowany gł. w odniesieniu do gruczołów wewnątrzwydzielniczych” (WSM: 839); *Czynnikami ryzyka zwiększającymi częstość występowania miopatii i rabdomiolizy są: niedoczynność tarczycy, wcześniejsza choroba mięśni oraz upośledzenie funkcji nerek.* (MpD 9/2019/17);

10. Nazwy chorób autoimmunologicznych i ich objawów

Hashimoto: „choroba Hashimoto (...) przewlekły stan zapalny tarczycy (*thyroiditis*) charakteryzujący się naciekami z limfocytów, komórek plazmatycznych i makrofagów. Uważana za chorobę o podłożu autoimmunologicznym (autoimmunizacja). Doprowadza

do wola i niedoczynności tarczycy” (WSM: 180); *AZS było skorelowane w szczególności z 18 spośród 32 chorób autoimmunologicznych analizowanych u dorosłych i 13 spośród 24 analizowanych u dzieci. Choroby te dotyczyły skóry (m.in. łysienie plackowate, bielactwo u dorosłych i dzieci, toczeń rumieniowaty układowy u dorosłych), narządów endokrynnych (m.in. choroba Hashimoto u dorosłych).* (MT 3/2019/39);

pemfigoid pęcherzowy: „choroba Levera (...) choroba autoimmunologiczna pęcherzowa związana ze swoistym przeciwciałem przeciw antygenom błony podstawnej naskórka” (WSM: 984); *Pemfigoid pęcherzowy jest chorobą należącą do grupy dermatoz pęcherzowych rozwijających się na podłożu zaburzeń autoimmunizacyjnych. Zwykle dotyczy osób starszych, po 60 r.ż.* (MpD 9/2019/97-98);

pęcherzyca liściasta: „odmiana powierzchniowa, w której pęcherze są powierzchniowe, pokrywa ich ulega łatwo przerwaniu, tworząc zmiany rumieniowo-nadżerkowe i złuszczone. Przeciwciała skierowane są przeciw antygenowi 160kD” (WSM: 992); *Pęcherzyca liściasta jest autoimmunizacyjną chorobą pęcherzową, w której dochodzi do wytwarzania autoprzeciwciał. W przeciwieństwie do pęcherzycy zwykłej reagują one wyłącznie z antygenami powierzchniowych komórek warstwy kolczystej naskórka.* (MpD 10/2018/31);

pierwotna marskość żółciowa wątroby: „przewlekłe schorzenie wątroby o etiologii immunologicznej przebiegające z niszczeniem drobnych wewnątrzwątrobowych przewodników żółciowych i następową cholestazą”⁸⁰; *Pierwotna marskość żółciowa wątroby to rzadkie schorzenie objawiające się m.in.: kserotomią, dysfagią, znaczną męczliwością i żółtaczką.* (MpD 9/2019/67);

reumatoidalne zapalenie stawów: „choroba reumatyczna o charakterze zapalnym i przewlekłym oraz podłożu autoimmunologicznym”⁸¹; *Reumatoidalne zapalenie stawów często współistnieje także z innymi chorobami autoimmunologicznymi. Pacjenci z tym schorzeniem i kserotomią mają obniżoną aktywność peroksydazy i stwierdza się u nich mniejszą produkcję śliny.* (MpD 9/2019/67);

toczeń rumieniowaty: „choroba z grupy kolagenoz, występująca w 2 zasadniczych odmianach; przewlekłej skórnej (toczeń rumieniowaty przewlekły) i układowej (toczeń rumieniowaty układowy). Obok różnic w przebiegu klinicznym i rokowaniu, obie

⁸⁰https://pl.wikipedia.org/wiki/Pierwotna_marsko%C5%9B%C4%87_%C5%BC%C3%B3%C5%82ciowa_w%C4%85troby [dostęp z dnia 30.03.2021 r.]

⁸¹https://pl.wikipedia.org/wiki/Reumatoidalne_zapalenie_staw%C3%B3w [dostęp z dnia 30.03.2021 r.]

postacie wykazują podobieństwa immunologiczne, a niekiedy przechodzenie jednej odmiany w drugą (WSM: 1365); *Toczeń rumieniowaty układowy należy do chorób tkanki łącznej. Ponad 75% pacjentów ze zdiagnozowanym toczniem skarży się na suchość w jamie ustnej.* (MpD 9/2019/67);

twardzina: „postępujące stwardnienie skóry, która jest wygładzona, nie daje się ująć w fałd, przebieg przewlekły (...) etiologia autoimmunologiczna” (WSM: 1395); *Twardzina charakteryzuje się postępującym włóknieniem także w obrębie przewodów wydzielniczych ślinianek czy gruczołów łzowych, co również prowadzi do suchości błon śluzowych.* (MpD 9/2019/67);

zespół Sjorgena: „zespół o podłożu autoimmunologicznym, występujący jako pierwotny lub wtórny, towarzyszy różnym kolagenozom. Markerem immunologicznym są przeciwciała Ro (SS-A) i La (SS-B); objawia się suchością błony śluzowej jamy ustnej” (WSM: 1572); *Wielu pacjentów z tak powszechnymi chorobami autoimmunologicznymi jak autoimmunologiczne zapalenie tarczycy cierpi także na zespół Sjorgena, który jest jednym z powodów niewystarczającego wydzielania śliny.* (MpD 9/2019/67);

11. Nazwy chorób zakaźnych, pasożytniczych i wirusowych

denga⁸²: „ostra choroba zakaźna wywoływana przez cztery serotypy denga wirusów z grupy *Flaviviridae*, przenoszona przez komara (*Aedes aegypti*) z człowieka na człowieka rozpowszechniona w strefie tropikalnej i subtropikalnej” (WSM: 264); *Denga jest najczęstszą gorączką krwotoczną występującą na świecie. Uważa się, że ok. 2,5 biliona ludzi mieszka w rejonach endemicznego występowania tej choroby.* (MpD 4/2019/66);

filarioza ostra: „inwazja i choroba inwazyjna wywoływana przez nicienie z rodziny *Filariidae*” (WSM: 359); *Dla filariozy ostrej charakterystyczne jest zapalenie węzłów chłonnych i naczyń limfatycznych, co może wiązać się z obrzękiem limfatycznym kończyn i moszny.* (MpD 9/2019/41);

gorączka reumatyczna: „ostra choroba zaliczana do kolagenoz, powstająca w następstwie zarażenia paciorkowcem beta-hemolizującym grupy A (*Streptococcus*

⁸² Choroba ta posiada w dyskursie medycznym dwa odpowiedniki: *denga* lub *gorączka krwotoczna*. *Denga* jest typem *gorączki krwotocznej*, a oba terminy stosowane są zamiennie.

pyogenes)” (WSM: 420); *Gorączka reumatyczna jest chorobą autoimmunologiczną wywołaną nadmierną odpowiedzią na zakażenie paciorkowcem β -hemolizującym grupy A.* (MT 10/2018/36);

gruźlica: „choroba zakaźna wywoływana przez prątek gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*), charakteryzująca się wytwarzaniem swoistej ziarniny w tkankach” (WSM: 435); *Gruźlica jest chorobą ziarniakową spowodowaną zakażeniem prątkami. U pacjentów dotkniętych gruźlicą może wystąpić tworzenie ziarniaków w gruczołach ślinowych powodujące ich obrzęk.* (MpD 9/2019/67);

grypa: „ostra choroba zakaźna wywołana przez wirusy grypy (*Myxovirus influenzae*), szerząca się drogą zakażenia kropelkowego” (WSM: 438); *Należy podkreślić, że w ograniczaniu ryzyka wystąpienia i szerzenia ognisk epidemicznych grypy i instytucjach opieki długoterminowej niewątpliwą rolę odgrywają: właściwe rozpoznanie, stosowanie izolacji i kohortacji chorych, szybkie leczenie przyczynowe i profilaktyka farmakologiczna.* (MpD 9/2019/70);

malaria (zimnica): „choroba wywoływana przez 4 gat. pierwotniaków z rodzaju *Plasmodium* (*vivax*, *ovale*, *malariae*, *falciparum*), przenoszona przez komary z rodzaju *Anopheles*” (WSM: 1588); *Czynnikiem etiologicznym malarii są zarodźce Plasmodiu spp.: P. Falciparum (ryc. 2A, B), P. vivax, P. ovale, P. malariae, P. knowlesi, a wektorem komary należące do Anopheles.* (MpD 9/2019/37);

promienica: „przewlekłe swoiste zapalenie tkanek miękkich charakteryzujące się twardym naciekiem objętym chorobą (najczęściej umiejscowionym na twarzy i szyi) oraz skłonnością do tworzenia się przetok; czynnikiem etiologicznym są Gram-dodatnie drobnoustroje z rodzaju *Actinomyces*” (WSM: 1072); *Promienica, choroba wywoływana przez Gram(+) bakterie beztlenowe, atakuje przewody wydzielnicze ślinianki przyusznej i podżuchwowej, prowadząc niekiedy do powstania ropnia.* (MpD 9/2019/67-68);

12. Nazwy chorób nowotworowych

chłoniak: „med. nowotwór złośliwy wywodzący się z elementów tkanki chłonnej”⁸³; *Chłoniaki są jedną z częściej występujących jednostek chorobowych w hematologii (MpD 12/2018/68);*

czerniak: „nowotwór złośliwy z komórek produkujących melaninę (melanocyty), pochodzących z grzebienia nerwowego; najczęściej rozwija się w skórze, rzadziej w błonach śluzowych (jama ustna, pochwa, odbyt)” (WSM: 236); *Należy ponadto wspomnieć, że ryzyko rozwoju kolejnych nowotworów skóry, w tym czerniaka, znacznie wzrasta w stosunku do populacji ogólnej w przypadku zdiagnozowania wcześniejszych postaci SCC. (MpD 1/2019/21);*

nowotwór endometrium: „najczęstszy nowotwór złośliwy trzonu macicy”⁸⁴; *Względne ryzyko zachorowania na raka u osób chorych na cukrzycę typu 2 (T2DM – type 2 diabetes mellitus) w przypadku kobiet jest największe dla nowotworów endometrium (ryzyko względne [RR – relative risk] wynosi 1,97), a w przypadku mężczyzn dla HCC (RR 2,43). (MpD 9/2019/47);*

rak drobnokomórkowy (płuc): „złośliwy nowotwór nabłonkowy, zbudowany z małych, nieco większych od limfocytu komórek; niedojrzała postać raka” (WSM: 1144); *Objawy te mogą dotyczyć ośrodkowego układu nerwowego (napady padaczkowe, ruchy mimowolne), nerwów obwodowych (neuropatie) lub obu jednocześnie (np. encefalopatia i neuropatia mocznicowa) i pojawiać się w zaawansowanych stadiach rozpoznanych już chorób (np. polineuropatyczne zaburzenia czucia w przebiegu cukrzycy) lub też być ich pierwszym symptomem (np. zespół miasteniczny Lamberta-Eatona w raku drobnokomórkowym płuc). (MpD 9/2019/56);*

rak jelita grubego: „pierwotny nowotwór złośliwy jelita grubego wywodzący się z nabłonka błony śluzowej jelita grubego. Do raka jelita grubego zaliczany jest rak okrężnicy, rak zgięcia esiczo-odbytniczego i rak odbytnicy. Klinicznie bywa dzielony na raka okrężnicy i odbytnicy”⁸⁵; *Zespół Lyncha (LS – Lynch syndrome) to najczęstsza dziedziczna przyczyna raka jelita grubego (CRC – colorectal cancer) i raka endometrium (EC – endometrial cancer). (MT 10/2018/40);*

⁸³ <https://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/ch%C5%82oniak.html> [dostęp z dnia 2.05.2021 r.]

⁸⁴ https://pl.wikipedia.org/wiki/Rak_trzonu_macicy [dostęp z dnia 30.03.2021 r.]

⁸⁵ https://pl.wikipedia.org/wiki/Rak_jelita_grubego [dostęp z dnia 30.03. 2021 r.]

rak kolczystokomórkowy skóry: „złośliwy nowotwór naskórkowy wywodzący się z komórek kolczystych, powstający często w obrębie stanów przedrakowych skóry” (WSM: 1144); *Rak kolczystokomórkowy częściej niż BCC daje przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych oraz narządów odległych (ryzyko tworzenia przerzutów szacuje się na ok. 4% przypadków SCC), przez co charakteryzuje się większą śmiertelnością.* (MpD 1/2019/21);

rak podstawnokomórkowy skóry: „guzki skórne, zwykle o wieloletnim okresie trwania, bardzo powoli wzrastające, z reguły nie dają przerzutów, ale miejscowo niszczą tkanki (...) Raki te zbudowane są z komórek podstawnych, często wywodzą się z przydatków skóry” (WSM: 1145); *Rak kolczystokomórkowy skóry jest zaraz po raku podstawnokomórkowym skóry (BCC- basal cell carcinoma) drugim, co do częstości występowania nowotworem skóry.* (MpD 1/2019/21);

rak prostaty (rak gruczołu krokowego): „pierwotny nowotwór złośliwy gruczołu krokowego pochodzenia nabłonkowego. Jest to jeden z najczęstszych nowotworów złośliwych u ludzi, pod względem zapadalności u mężczyzn ustępujący jedynie rakowi płuca”⁸⁶; *Wyniki radykalnego leczenia onkologicznego zaawansowanego miejscowo raka prostaty (PCa- prostate cancer) można przewidzieć z dużą dokładnością na podstawie stopnia zaawansowania klinicznego lub patologicznego nowotworu, stężenia antygenu specyficznego dla prostaty (PSA) przed leczeniem oraz wyników biopsji.* (MT 3/2019/40);

rak tarczycy: „grupa nowotworów wywodzących się z komórek gruczołu tarczowego. Zdecydowana większość (około 90%) nowotworów tarczycy to zmiany łagodne, gruczolaki. Raki tarczycy są nowotworami rzadkimi”⁸⁷; *Onkolodzy postulują związek pomiędzy otyłością, a występowaniem raka jelita grubego lub innych części przewodu pokarmowego i prostaty, jak też niezróżnicowanego raka tarczycy.* (MT 2/2019/36).

rak ustnej części gardła: „zadki nowotwór złośliwy (rak) lokalizujący się w nosowej części gardła (nasopharynx). Zaliczany do grupy nowotworów głowy i szyi”⁸⁸; *Zakażenie jamy ustnej i gardła wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV – human papilloma virus) jest silnie związane z rakami rejonu głowy i szyi (HNC – head&neck cancers), a zwłaszcza ze zwiększonym ryzykiem rozwoju raka ustnej części gardła (OPC – oropharyngeal cancer).* (MT 6/2019/40);

⁸⁶ https://pl.wikipedia.org/wiki/Rak_gruczo%C5%82u_krokowego [dostęp z dnia 30.03.2021 r.]

⁸⁷ https://pl.wikipedia.org/wiki/Nowotwory_tarczycy [dostęp z dnia 30.03.2021 r.]

⁸⁸ https://pl.wikipedia.org/wiki/Rak_jamy_nosowo-gard%C5%82owej [dostęp z dnia 30.03.2021 r.]

rak wątrobowokomórkowy: „zbudowany z komórek wielościennych, posiadających cytoplazmę kwasochłoną, które odpowiadają obrazowi nieprawidłowych hepatocytów, układających się wzdłuż włosowatych naczyń zatokowych, czasami występują także odmienne struktury, układy gruczołowe (...) daje przerzuty (płuco, węzły)” (WSM: 1146); *Rak wątroby jest piątym najczęściej występującym nowotworem i drugą przyczyną umieralności z powodu nowotworów na świecie.* (MpD 9/2019/47);

Wśród nazw chorób można wyodrębnić kilkanaście grup znaczeniowych, z których każda dotyczy innego układu związanego z anatomią człowieka (por. *choroby układu pokarmowego*) lub specyfiką organizmu ludzkiego (por. *choroby autoimmunologiczne, choroby związane z przemianami metabolicznymi*). Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że terminy te mogą być jednowyrazowe (wówczas są one rzeczownikowe, por. *żółtaczka, biegunka*), ale są również takie, które składają się z dwu wyrazów (por. *encefalopatia wątrobowa*) lub nawet trzech i więcej (por. *przewlekła obturacyjna choroba płuc*). W tym przypadku terminy składają się również z przymiotników, które je dookreślają.

Rzeczowniki, które tworzą nazwy chorób, są najczęściej związane z procesem chorobowym, który nastąpił (*zapalenie, złamanie, niewydolność, zaburzenie, nietrzymanie, zakażenie*), a przymiotniki zwracają uwagę na stopień jej zaawansowania (*ostra, przewlekła*). Wśród tych nazw można zauważyć również takie, które są związane z nazwiskiem osoby, która ją opisała (por. *Hashimoto*). Są również takie, które zawierają w swojej nazwie hiperonim choroba (najczęściej łączą się one z nawami anatomicznymi; por. *choroba płuc, choroba przełyku, choroba stawów*). Można wobec tego stwierdzić, że nazwy chorób oprócz tego, że stanowią liczną grupę, są również bardzo różnorodne.

3.3.2. Nazwy dotyczące pacjentów

Na szczególną uwagę zasługuje grupa, w której nazwy są związane z pacjentami, którzy są przecież w *dyskursie medycznym* ważni, ponieważ to właśnie ich dotyczy proces leczenia opisywany w *tekstach medycznych*. Wśród nazw pacjentów można wyodrębnić nazwy ogólne, nazwy związane z dziećmi, a także z kobietami w ciąży:

pacjent pediatryczny: pacjent, który przebywa na oddziale pediatrii; *W związku z powyższym eksperci u pacjentów pediatrycznych (pomiędzy 1 a 18 rokiem życia)*

zalecają stosowanie miodu w przypadkach kaszlu występującego w przebiegu choroby przeziębieniowej (MpD 10/2018/25);

pierworódka⁸⁹: „rodząca po raz pierwszy” (WSM: 1003); *Zagadnienia te badali autorzy siedmioletniej retrospektywnej pracy prowadzonej wśród 483 pierworódek w ciążach jedнопłodowych, które odbyły poród pochwowy; (MT 12/2018/41);*

pacjent neurologiczny: pacjent leżący na oddziale neurologii, pacjent, który ma problemy neurologiczne; *Drżenie jest dość powszechną przypadłością zwłaszcza wśród pacjentów neurologicznych w starszym wieku (MT 2/2019/37);*

pacjenci wysokiego ryzyka: pacjenci, którzy są bardzo narażeni na zachorowanie, ciężki przebieg lub śmiertelny skutek choroby; *u pacjentów wysokiego ryzyka <2,6 mmol/l (100 mg/dl) lub redukcja > 50%, jeśli wyjściowo LDL-C mieścił się w zakresie 2,6-5,2 mmol/l (100-200 mg/dl) (MpD 3/2019/34)*

pacjenci niskiego i umiarkowanego ryzyka: pacjenci, którzy są mniej narażeni na zachorowanie, ciężki przebieg lub śmiertelny skutek choroby; *U chorych z dobrze kontrolowanym ciśnieniem tętniczym osiągnięcie docelowych wartości cholesterolu LDL (LDL –C) jest zdefiniowane następująco (...) u pacjentów niskiego i umiarkowanego ryzyka <3,0 mmol/l (115 mg/dl) (MpD 3/2019/34)*

dzieci hypotroficzne⁹⁰: *dzieci dotknięte hipotrofią (hipotrofia: „stan przewlekłych zaburzeń w odżywianiu przebiegający ze zmniejszeniem masy ciała o 10-30%” (WSM: 476)); Korzystano z danych dotyczących 336 płodów z IUGR zgromadzonych w rejestrze Canadian Neonatal Network (CNN) i centrach Canadian Neonatal Follow-up Network (CNFUN), przyjmując zgon lub znaczące upośledzenie rozwoju neurologicznego dzieci hypotroficznych za pierwotny punkt końcowy oceniany między 18. a 36. m.ż. (MT 4/2019/41);*

pacjent geriatryczny: pacjent leżący na oddziale geriatry, pacjent, który ma problemy geriatryczne; *Mimo to warto, by klinicyści zajmujący się pacjentami geriatrycznymi przepisywali statyny rozważnie, biorąc pod uwagę korzyści i ryzyko związane ze stosowaniem tej grupy leków (MpD 9/2019/21);*

⁸⁹ Por. również termin *pierwiastka* „kobieta będąca po raz pierwszy w ciąży” (WSM: 1002).

⁹⁰ Istnieje także termin *płód hypotroficzny*.

pacjent atopowy: pacjent cierpiący na atopowe zapalenie skóry; *Odczulanie pacjenta atopowego* (MpD 4/2021⁹¹);

3.3.3. Nazwy specjalistów

W *dyskursie medycznym* istotną rolę zajmują również nazwy dotyczące konkretnych specjalistów, którzy zajmują się leczeniem różnych chorób, zgodnie z dziedziną medyczną, którą reprezentują. W materiale badawczym można wyróżnić wiele nazw, dlatego wyodrębniono jedynie kilka z nich, w celu zilustrowania specyfiki tej grupy. Wśród nazw specjalistów można wymienić takie jak, m.in.:

androlog: „lekarz, specjalista w dziedzinie andrologii⁹²” (SWO: 65); *Zabiegi wykonał dr n. med. Piotr Paweł Świniarski, specjalista urolog FEBU, androlog kliniczny EAA i lekarz medycyny seksualnej FECSM, a poddali się im daj pacjenci, obaj wcześniej chorzy onkologicznie* (MT 12/2018/62);

chirurg: „lekarz zajmujący się leczeniem za pomocą operacji” (WSM: 166); *Rozpoznanie i leczenie raka kolczystokomórkowego skóry stanowi istotny element praktyki klinicznej nie tylko dermatologów, lecz także chirurgów i lekarzy rodzinnych* (MpD 1/2019/20);

dermatolog: „lekarz, specjalista w dziedzinie dermatologii” (SWO: 264), zajmujący się chorobami skóry; *Oceny odpowiedzi na leczenie dokonywano na podstawie porównania przez dermatologów obrazów klinicznych przed leczeniem i po leczeniu* (MT 7-8/2019/37);

kardiolog: „lekarz, specjalista w dziedzinie kardiologii” (SWO: 605), zajmujący się chorobami serca; *Jednym z wyzwań dla kardiologów jest to, że wiele interwencji sercowo-naczyniowych – skutecznych u młodszych pacjentów – z większym prawdopodobieństwem może dawać działania niepożądane u osób z wielochorobowością* (MT 11/2018.63);

klinicysta: „lekarz mający praktykę w klinice, oddziale, w pracy szpitalnej”⁹³ *Praca dostarcza klinicytom ważnych danych pomocnych w podejmowaniu decyzji klinicznych w sprawie sposobu porodu u ciężarnych z CVD* (MT 9/2019/36).

⁹¹ Jest to tytuł zamieszczony na okładce czasopisma.

⁹² *Andrologia* „dział medycyny zajmujący się fizjologią i chorobami męskich narządów płciowych” (SWO: 65).

⁹³ <https://pl.wiktionary.org/wiki/klinicysta> [dostęp z dnia 30.03.2021 r.

okulista: „lekarz, specjalista w dziedzinie okulistyki; oftalmolog” (SWO: 897); *Wydaje się zatem, że mamy obecnie narzędzia (w postaci wytycznych) do prawidłowego postępowania z chorym na cukrzycę, u którego rozwija się retinopatia cukrzycowa. Pozostaje się do nich stosować i poprawić komunikację między lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, diabetologiem i okulistą* (MpD 12/2018/33);

onkolog: „lekarz, specjalista w dziedzinie onkologii” (SWO: 902), zajmujący się diagnostyką, profilaktyką i leczeniem nowotworów; *Alkohol szkodzi, to trywialne, ale czy szkodzi w każdej ilości? Opinie są w tej sprawie podzielone. Kardiologowie mówią – trochę można. Onkologowie – lepiej wcale* (MT 12/2018/36);

operator: „w chirurgii – lekarz wykonujący zabieg (operację)” (WSM: 930); *Trzeba jednak pamiętać, że według dostępnych danych literaturowych metoda ta jest skutecznym sposobem leczenia tylko w odpowiednio dobranych guzach, a wyniki są wysoce zależne od operatora* (MpD 1/2019/22);

patolog: „lekarz, specjalista w dziedzinie patologii” (SWO: 952), zajmujący się badaniem przyczyn powstawania chorób, a także ich skutków; *Bardzo istotne jest przekazanie patologowi wszystkich cennych informacji dotyczących kluczowych elementów demograficznych pacjenta (wiek, płeć), obrazu klinicznego (anatomiczne umiejscowienie guza, wielkość zmiany, wygląd makroskopowy) oraz dotychczasowego wywiadu (wcześniejsze zmiany w tej lokalizacji)* (MpD 1/2019/21);

3.3.4. Nazwy specjalizacji

Wyżej wymienieni specjaliści reprezentują nazwy dziedzin medycznych, dlatego nazwy specjalizacji są kolejną grupą, którą można w tym miejscu omówić, a która jest istotna dla *dyskursu medycznego*, choć nazwy do niej przynależące funkcjonują w *dyskursie* trochę inaczej. Rzadko występują bowiem w treści artykułów naukowych, częściej można je odnaleźć w tytułach lub nadtytułach, dlatego zilustrowane konteksty użycia są różnorodne:

angiologia: „nauka o naczyniach krwionośnych i chłonnych oraz ich chorobach” (WSM: 46); *Angiologia. Możliwości redukcji objawów związanych z niedokrwieniem kończyn dolnych* (MpD 7-8/2019/49);

chirurgia: „dział medycyny klinicznej, w którym zasadniczym sposobem leczenia jest operacja. Dzieli się na wiele specjalistycznych dziedzin” (WSM: 166); *Zalecenia stworzone przez AAD jasno określają, że chirurgia pozostaje niezmiennie standardem leczenia SCC, szczególnie w odniesieniu do postaci wysokiego ryzyka, ze względu na możliwość nawrotu i przerzutu* (MpD 1/2019/22);

dietetyka: „nauka o racjonalnym żywieniu zdrowego i chorego człowieka, ściśle związana z fizjologią, higieną, biochemią, medycyną kliniczną i technologią przygotowania pożywienia” (WSM: 275); *Co prawda pamiętamy o podaży wapnia, czasem zwraca się uwagę na rolę białka lub chlorku sodu, ale z pewnością przeciętny polski lekarz nie jest znawcą zagadnień z zakresu dietetyki* (MT 10/2018/39);

gastroenterologia: „dział medycyny zajmujący się schorzeniami żołądka i jelit” (SWO: 436); *Autorzy pragną przybliżyć znaczenie witaminy D w gastroenterologii, zwłaszcza w wybranych chorobach jelit oraz wątroby* (MpD 4/2019/44);

geriatria: „dział zajmujący się chorobami wieku starczego i ich leczeniem” (WSM: 402); *Podstawowe zasady geriatricznej. Część I: Odmiennosc chorowania, badania podmiotowego i przedmiotowego pacjenta geriatricznego* (MpD 11/2018/42);

hepatologia: „dział medycyny wewnętrznej, dotyczący diagnostyki, semiotyki i leczenia chorób wątroby” (WSM: 463); *W hepatologii dominują różne etiologiczne choroby związane z: 1. nadużywaniem alkoholu (alkoholowa choroba wątroby), 2. zaburzeniami metabolicznymi (niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby), 3. wirusowymi zapaleniami wątroby typu C (HCV), B (HBV), rzadziej A (HAV)* (MT 5/2019/44);

nefrologia: „dział medycyny zajmujący się budową i fizjologią nerek oraz rozpoznawaniem i leczeniem ich schorzeń” (SWO: 865); *Plazmafereza wdrożona w klinice nefrologii okazała się bardzo korzystna, jednak czynność nerek nie powróciła i pacjent wymaga przewlekłej dializoterapii* (MpD 4/2019/42);

onkologia: „dziedzina medycyny zajmująca się badaniem istoty nowotworów, przyczyn ich powstawania i rozwoju, rozpoznaniem, leczeniem oraz poszukiwaniem nowych metod leczniczych” (WSM: 916); *Onkologia. Dietoterapia w chorobach onkologicznych – standardy i nowe kierunki* (MpD 6/2019/39);

psychiatria: „dział medycyny klinicznej zajmujący się rozpoznawaniem zaburzeń psych., i ich leczeniem oraz rehabilitacją psych. chorych. Także dyscyplina teoretyczna” (WSM: 1130); *Psychiatria. Leczenie depresji przez lekarza POZ* (MpD 11/2018/35);

3.3.5. Nazwy związane z metodami diagnostyki i leczenia

Wśród nazw medycznych wyróżniają się te, które dotyczą sposobów leczenia. Nazwy te można podzielić na takie kategorie jak: nazwy metod i technik, nazwy testów (które służą głównie diagnostyce), nazwy badań, nazwy zabiegów i operacji oraz nazwy związane z terapią:

1. Nazwy metod i technik

angiografia: „radiologiczna metoda badania naczyń polegająca na podaniu środka cieniującego i wykonaniu seryjnych zdjęć rentgenowskich w celu uwidocznienia układu tętniczego” (WSM: 46); *Do szpitala powinni trafiać pacjenci: wymagający natychmiastowego specjalistycznego leczenia, ze współistniejącymi poważnymi chorobami wymagającymi hospitalizacji, z urazami związanymi z omdleniem, tacy, u których konieczna jest szybka diagnostyka uściślająca wstępne rozpoznanie (badania elektrofizjologiczne, angiografia lub naprawa dysfunkcji układu stymulującego)* (MpD 1/2019/18)

cholangiopankreatografia: „wypełnienie środkiem cieniującym przewodów żółciowych i trzustkowych przez cewnik polietylenowy umieszczony w brodawce dwunastniczej za pomocą fiberoendoskopu” (WSM: 171); *Wczesny zabieg endoskopowej cholangiopancreatografii wstecznej IECPW, ERCP – endoscopic retrograde cholangiopancreatography), wykonywany w ciągu pierwszych 48 godzin trwania ostrego zapalenia trzustki jest zalecany jedynie w przypadku współistnienia zapalenia dróg żółciowych lub przetrwałej upośledzonej drożności dróg żółciowych* (MpD 5/2019/12);

endosonografia: „to metoda badania przewodu pokarmowego łącząca ocenę endoskopową i ultrasonograficzną. Za pomocą specjalnego endoskopu wyposażonego w głowicę USG wykonuje się badanie wnętrza przewodu pokarmowego”⁹⁴; *W niejasnych przypadkach rekomendacje zalecają endosonografię (EUS – endoscopic ultrasound) lub badanie metodą rezonansu magnetycznego* (MpD 3/2019/26);

⁹⁴ https://www.mp.pl/pacjent/badania_zabiegi/137535,ultrasonografia-endoskopowa-eus [dostęp z dnia 20.08.2020 r.]

metody chirurgiczne: metody polegające na wykonywaniu zabiegów chirurgicznych; Stanowią one wskazanie do leczenia drenującego z zastosowaniem technik przezbrodawkowych pod kontrolą EUS lub metodami chirurgicznymi (MpD 3/2019/27);

metody endoskopowe: metody wykonywane za pomocą endoskopu (por. endosonografia); Istnieje zgoda, że drenaż lub nekrozektomia powinny być przeprowadzone możliwie najmniej inwazyjnymi metodami, w tym endoskopową lub przezskórną (MpD 3/2019/26);

rezonans magnetyczny: „nieinwazyjna metoda uzyskiwania obrazów wnętrza obiektów. Ma zastosowanie w medycynie, gdzie jest jedną z podstawowych technik diagnostyki obrazowej (tomografii) oraz w badaniach naukowych”⁹⁵;

tomografia: „rentgenowska metoda diagnostyczna umożliwiająca wykonanie zdjęcia wybranej warstwy o określonej grubości. (...) Zdjęcia warstwowe pozwalają na dokładniejsze określenie wielkości i charakteru zmian” (WSM: 1367); Kryteria rozpoznania ostrego zapalenia trzustki opierają się na stwierdzeniu 2 z 3 cech: charakterystycznego dla OZT obrazu tomografii komputerowej ze środkiem kontrastowym (MpD 5/2019/9);

ultrasonografia (badanie ultrasonograficzne): „badanie przekrojów poprzecznych ciała oparte na analizie echa powstającego wskutek odbicia wiązki ultradźwięków od struktur znajdujących się na ich przebiegu” (WSM: 1450); Analizowano przedporodowe zmienne charakteryzujące matki, u których nie wykryto poważnego urazu dna macicy ani w chwili porodu, ani w przekroczeniowym kontrolnym badaniu ultrasonograficznym 4D w trzy do sześciu miesięcy po porodzie (MT 12/2018/41);

2. Nazwy testów

naskórkowe testy płatkowe: „są one wykorzystywane w przypadku alergii kontaktowych, których objawem jest wyprysk na skórze po kontakcie z alergenem”⁹⁶; Wykonuje się także naskórkowe testy płatkowe, które umożliwiają identyfikację najczęściej występujących alergenów (MpD 12/2018/44);

⁹⁵ https://pl.wikipedia.org/wiki/Obrazowanie_metod%C4%85_rezonansu_magnetycznego [dostęp z dnia 5.04.2021 r.]

⁹⁶ <https://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego.testy-alergiczne---przebieg-i-koszt-wykonania,artykul,51363434.html> [dostęp z dnia 2.05.2021 r.]

test genetyczny „polega na analizie materiału genetycznego w celu odczytania zawartej w nim informacji genetycznej. Ten typ badań genetycznych umożliwia wykrycie zmian genetycznych (polimorfizmów, mutacji) - zmiany te wpływają na stan zdrowia człowieka”⁹⁷; *W przypadku pozytywnych wyników w tych grupach nie zalecano dalszych testów genetycznych* (MT 10/2018/40);

test hemaglutynacji: „służy do wykrywania w hodowli tkankowej, namnażania się hemaglutynującego wirusa, który nie wywołuje efektu cytopatycznego” (WSM: 1330); *Po 2 tygodniach od początku choroby można wykryć swoiste przeciwciała przeciwko Francisella tularensis metodą ELISA lub za pomocą testu hemaglutynacji* (MpD 9/2019/41);

testy koagulacyjne: „to badanie laboratoryjne, po wykonaniu którego uzyskuje się informację o stanie krwi. Przede wszystkim robi się je w celu określenia stopnia krzepnięcia krwi”⁹⁸; *Poza oceną andeksanetu w badaniu ANNEXA-4 u pacjentów z krwawieniami do czasu rejestracji przeprowadzono też badania ANNEXA-A i ANNEXA-R oceniające stopień odwracania efektu działania apiksabanu i rywaroksabanu przez andeksanet mierzony w testach koagulacyjnych oraz bezpieczeństwo leku w grupie zdrowych ochotników* (MT 10/2018/55);

testy paskowe: „med. paski papieru nasączone substancjami chem. (indykatorami) służące do wykrywania niektórych składników płynów ustrojowych (np. cukru w moczu lub we krwi) i oceny ich stężenia przez porównanie zmiany zabarwienia paska z wzorcem”⁹⁹; *Warto odnotować, że obecnie obydwie wymienione badania dostępne są w postaci testów paskowych, które pacjenci z łatwością mogą wykonywać indywidualnie w warunkach domowych* (MpD 12/2018/14);

test pochyleniowy: „to badanie stosowane w diagnostyce omdleń wazowagalnych. Test pochyleniowy pozwala na ocenę układu krążenia pacjenta w warunkach zbliżonych występujących podczas pionizacji ciała”¹⁰⁰; *W dziedzinie diagnostyki ograniczona została rola testu pochyleniowego. Jak dowodzą autorzy, najbardziej czuły i specyficzny*

⁹⁷ <https://zdrowegeny.pl/poradnik/test-dna> [dostęp z dnia 9.05.2021 r.]

⁹⁸ <https://portal.abczdrowie.pl/koagulologia-informacje-ogolne-wskazania-do-wykonania-badania-normy> [dostęp z dnia 9.05.2021 r.]

⁹⁹ <https://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/testy%20paskowe.html> [dostęp z dnia 2.05.2021 r.]

¹⁰⁰ https://pl.wikipedia.org/wiki/Test_pochyleniowy [dostęp z dnia 5.04.2021 r.]

jest on dla rozpoznanego zespołu wazowagalnego, natomiast nie sprawdza się w omdleniach arytmicznych (MpD 1/2019/17);

testy prowokacyjne: „badanie stosowane w diagnostyce zespołu rakowiaka. Po dożylnym podaniu 1 mg adrenaliny, wykonuje się pomiary ciśnienia tętniczego, obserwuje się zachowanie chorego oraz zabarwienie skóry na twarzy, szyi i klatce piersiowej” (WSM: 1332); *W ośrodku powinno być też możliwe wykonanie testów prowokacyjnych, jak test pionizacji, masaż zatoki szyjnej (nawiasem mówiąc, w omawianych zaleceniach do tej procedury nie ma żadnych przeciwwskazań), a także prowadzenie długotrwałego monitoringu pacjenta (MpD 1/2019/18)*

testy serologiczne: „umożliwiają diagnostykę niektórych chorób (boreliozy, kiły, włośnicy)”¹⁰¹; *Możliwe powikłania tularemii to: sepsa, posocznicowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i zapalenie płuc. Tularemię najczęściej rozpoznaje się na podstawie wywiadu, objawów klinicznych oraz testów serologicznych (MpD 9/2019/41);*

3. Nazwy zabiegów i operacji

biopsja: „przeżyciowe podanie fragmentu narządu lub tkanki do badania mikroskopowego lub chemicznego” (WSM: 113); *W przypadku podejrzenia SCC diagnostyka powinna opierać się nie tylko na standardowym wywiadzie i badaniu klinicznym (morfologii zmiany, lokalizacji anatomicznej, szybkości wzrostu guza), lecz także na wykonaniu biopsji (wycinającej, ścinającej lub też punktowej), która umożliwi przeprowadzenie dokładnej analizy histopatologicznej stanowiącej podstawę rozpoznania (MpD 1/2019/21);*

biopsja endomiokardialna: „badanie kilku (2-5) wycinków ściany komory prawej. Gł. celem jest ustalenie stanu m. Sercowego w kardiomiopatii rozstrzeniowej (stwierdzenie zapalenia i jakie jest jego nasilenie)” (WSM: 113); *Biopsja jest obecnie coraz rzadziej stosowana. Wykonuje się ją jedynie w uzasadnionych, ciężkich przypadkach, w których zawiodły wszystkie inne metody diagnostyczne. Wskazania do biopsji endomiokardialnej są ograniczone do... (MpD 3/2019/37)*

dializa otrzewnowa: „zabieg oczyszczania pozanerkowego z wykorzystaniem właściwości otrzewnej jako błony półprzepuszczalnej, przez wielokrotne przepłukiwanie

¹⁰¹ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Serologia> [dostęp z dnia 5.04.2021 r.]

jamy otrzewnej płynami o osmolarności wyższej od osocza. Ma zastosowanie w stanach ostrej i przewlekłej niewydolności nerek” (WSM: 272); *W badaniach klinicznych statyny okazały się bezpieczne u chorych z przewlekłą chorobą nerek, u pacjentów poddanych hemodializie, jak również dializie otrzewnowej* (MpD 9/2019/22);

hemodializa (dializa pozaustrojowa): „zabieg oczyszczania pozanerkowego przy użyciu błon półprzepuszczalnych w tzw. „sztucznej nerce”. Ma zastosowanie w ostrej i przewlekłej niewydolności nerek, w przebiegu wstrząsu, zatruciu oraz w przygotowaniu chorych do przeszczepu nerki” (WSM: 272); *Zastosowanie hemodializy należy rozważyć w przypadkach znacznego wzrostu stężenia mleczanu u osób z niewydolnością nerek lub zastoinową niewydolnością serca* (MpD 1/2019/15);

immunosupresja (zabieg immunosupresyjny): „to niszczenie limfocytów przez stosowanie promieniowania lub środków farmakologicznych. Stosowane jest przy transplantacji, aby zmniejszyć ryzyko odrzucenia przeszczepu. W ten sposób zwiększa się jednak ryzyko rozwoju infekcji, gdyż po zabiegu organizm jest praktycznie bezbronny wobec patogenów”¹⁰²; *Co więcej, pacjenci po przeszczepach będący w trakcie przewlekłej immunosupresji stanowią grupę szczególnie narażoną na rozwój nowotworów skóry, w tym głównie SCC* (MpD 1/2019/20);

laparotomia: „chirurgiczne nacięcie powłok brzucha, dające dostęp do narządów jamy brzusznej” (WSM: 523); *W badaniu przedmiotowym z nieprawidłowości stwierdzono cechy wodobrzusza (dodatni objaw chelbotania) (...) oraz bliznę po laparotomii i na skórze brzucha* (MpD 1/2019/25);

łyżeczowanie: „operacja polegająca na rozszerzeniu szyjki macicy i usunięciu zawartości macicy. Wymaga wykonania znieczulenia ogólnego”¹⁰³; *Mimo, że do tej pory nie przeprowadzono badań retrospektywnych ani prospektywnych badań kohortowych porównujących MMS z innymi metodami terapii stosowanymi w SCC, szacuje się, że dla pierwotnego SCC leczonego MMS ryzyko miejscowej wznowy w ciągu 5 lat po zakończeniu terapii wynosi 3,1%, natomiast dla elektrodeksykcji i łyżeczowania, standardowego wycięcia i radioterapii odpowiednio 3,7%, 8,1% i 10,0%* (MpD 1/2019/22);

¹⁰² <https://pl.wikipedia.org/wiki/Immunosupresja> [dostęp z dnia 5.04.2021 r.]

¹⁰³ https://pl.wikipedia.org/wiki/%C5%81y%C5%BCeczowanie_macicy [dostęp z dnia 5.04.2021 r.]

resekcja: „wycięcie; operacyjne usunięcie narządu lub jego części, tkanek, guza itp.” (WSM: 1169); *Druga forma wytwarzana przez bakterie może pojawić się u człowieka z zespołem krótkiego jelita po resekcji jelita cienkiego, po zespoleniu metodą Roux-en-Y* (MpD 1/2019/11);

zabieg chirurgiczny: „działanie lekarskie polegające na dokonaniu rękoczynu lub serii rękoczynów z użyciem lub bez użycia narzędzi chirurgicznych mające na celu leczenie choroby” (WSM: 918); *Najlepsze efekty zabiegu chirurgicznego uzyskuje się u chorych z nieprawidłowym, masywnym refluksem (w tym mieści się również nieprawidłowy, niekwaśny refluks podczas leczenia PPI) wykazującym wysoką korelację z objawami* (MpD 10/2018/17);

3.3.6. Nazwy wskaźników, czynników lub parametrów

W tej grupie znajdują się nazwy, które mają na celu ukazanie, ujawnianie czegoś, co jest związane z organizmem człowieka, nazwy te są również związane z wynikami badań, z przedziałami, które w tych wynikach się znajdują, a które świadczą o występowaniu lub nie jakiejś jednostki chorobowej. Wśród tych nazw można wymienić m.in.:

czynnik martwicy nowotworów: „cz. Nekrotyczne guzów; tumor necrosis factors (ang); TNF; cytokiny wytwarzane przez nowotwory i wywołujące ich rozpad, wytwarzane również przez monocyty, makrofagi, limfocyty T i komórki NK oraz astrocyty” (WSM: 247); *Zmniejsza się produkcja adiponektyny, która redukuje insulinooporność, a wzrasta produkcja czynnika martwicy nowotworów* (MpD 9/2019/47);

czynniki ryzyka miażdżycy tętnic: „to czynniki, które działając niezależnie od innych okoliczności, zwiększają istotnie prawdopodobieństwo wystąpienia choroby wieńcowej i jej powikłań¹⁰⁴; *Charakterystyczne jest występowanie SCAD u osób z nielicznymi klasycznymi czynnikami ryzyka miażdżycy tętnic lub w ogóle bez nich* (MpD 12/2018/18);

frakcja wyrzutowa: „wskaźnik objętości wyrzutowej; iloraz objętości wyrzutowej i późnorozkurczowej. Informuje, jaka część (% ułamek dziesiętny) objętości późnorozkurczowej krwi została przepompowana do tętnic w fazie wyrzutu” (WSM:

¹⁰⁴ <https://www.termedia.pl/Znajomosc-czynnikow-ryzyka-miazzdzycy-tetnic-wiencowych-ich-wystepowanie-oraz-styl-zycia-prowadzony-przez-studentow-pierwszego-roku-medicyny,99,32695,1,0.html> [dostęp z dnia 2.05.2021 r.]

375); *Decyzja o sposobie rozwiązania zależy także od skutków ACS na tle SCAD (ocena frakcji wyrzutowej)* (MpD 12/2018/25);

insulinopodobny czynnik wzrostu: „czynniki wzrostowe o budowie i właściwościach podobnych do insuliny . Wykazują silne działanie mitogenne wobec komórek z wielu narządów i tkanek, mogą być także czynnikami wzrostu nowotworów złośliwych” (WSM: 247); *Insulina ma zdolność wiązania się z receptorami dla insulinopodobnego czynnika wzrostu 1 (...) jak też z receptorami hybrydowymi, które pełnią funkcję mitogenną* (MpD 9/2019/47).

klirens: „szybkość zaniku (usuwania) określonej substancji z przedziału, w którym się ona znajduje; odpowiada objętości przedziału (np. osocza), z której jest całkowicie usuwana w jednostce czasu” (WSM: 568); *W metaanalizie obejmującej pacjentów przyjmujących statyny co najmniej 6 miesięcy, w tym rozuwastatynę, nie wykazano działań niepożądanych ze strony nerek u osób przyjmujących leki z tej grupy w porównaniu z ramieniem kontrolnym. Co więcej, stwierdzono niewielki, ale istotny statystycznie spadek białkomoczu oraz spowolnienie zmniejszania się klirensu kreatyniny u osób przyjmujących statyny* (MpD 9/2019/20);

patogen: „ciało obce, twór biologiczny lub mikroorganizm wywołujący chorobę u danego organizmu”¹⁰⁵; *Meszki mogą przenosić również patogeny będące źródłem chorób człowieka (nie w Polsce)* (MpD 9/2019/37);

wskaźnik hematokrytowy: „stosunek objętości erytrocytów do objętości pełnej krwi[2]. Wyrażany jest zwykle w procentach lub w postaci ułamka (tzw. frakcji objętości)”¹⁰⁶; *W przypadku uszkodzeń naczyńniowych pojawiają się: podwyższony hematokryt, wysięki do otrzewnej, krwawienie z błony śluzowej, ospałość* (MpD 9/2019/40);

wskaźnik INR: „INR (ang. International Normalized Ratio) jest międzynarodowym wskaźnikiem czasu protrombinowego, który pokazuje czas krzepnięcia krwi. To niezwykle istotne badanie u pacjentów przyjmujących leki przeciwzakrzepowe, poddawanych różnym zabiegom chirurgicznym, osobom po przeszczepach lub cierpiącym z powodu chorób krwi”¹⁰⁷; *Tylko w przypadku warfaryny statyny mogą zwiększyć jej aktywność, tym samym powodując wzrost wskaźnika INR* (MpD 9/2019/20);

¹⁰⁵ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Patogen> [dostęp z dnia 5.04.2021 r.]

¹⁰⁶ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Hematokryt> [dostęp z dnia 5.04.2021 r.]

¹⁰⁷ <https://www.medme.pl/artykuly/badanie-inr-jak-interpretowac-wskaznik-inr,67656.html> [dostęp z dnia 5.04.2021 r.]

wskazniki: glikemia: „występowanie glukozy we krwi. Prawidłowe stężenie w surowicy lub osoczu krwi wynosi 3,85-6,05 mmol/l (70-110 ng/dl)” (WSM: 407); *Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD) wyróżnia następujące laboratoryjne kryteria diagnostyczne: glikemia umiarkowanie podwyższona, ale może być prawidłowa* (MpD 1/2019/13);

3.3.7. Nazwy substancji/cząsteczek w organizmie człowieka

Grupa ta jest związana z tą, która została wymieniona wyżej. Dotyczy ona nie wyników badań czy przedziałów z nimi związanych, ale cząsteczek, substancji, które znajdują się w organizmie człowieka, których nadmiar lub niedobór może świadczyć o chorobie. Z tego powodu nazwy te są również istotne z punktu widzenia *dyskursu medycznego*. Wśród tych nazw dominują takie jak:

amylaza: „enzym katalizujący hydrolizę (...) w polisacharydach zawierających 3 lub więcej jednostek D-glukozy (...) jest wytwarzana przez trzustkę i gruczoły ślinowe” (WSM: 39); *Kryteria rozpoznania ostrego zapalenia trzustki opierają się na stwierdzeniu 2 z 3 cech: (...) co najmniej trzykrotnego zwiększenia aktywności lipazy lub amylazy w surowicy krwi obwodowej* (MpD 5/2019/9);

antytrypsyna: „białko osocza krwi (frakcji α 1-globulin), będące jednym z najsilniejszych krążących inhibitorów proteaz serynowych (serpin). α 1-antytrypsyna jest białkiem ostrej fazy, glikoproteina, na którą składa się 394 reszt aminokwasowych, mającą masę 52 kDa. Jest syntetyzowana przede wszystkim w wątrobie, ale też przez makrofagi”¹⁰⁸; *Należy także pamiętać o innych rzadszych zaburzeniach metabolicznych, takich jak: α 1-antytrypsyny* (MpD 9/2019/47);

białko wiążące (inhibujące): „wydzielane jest przez komórki podporowe jądra i powoduje duże stężenie testosteronu w jądrze i najądrzu” (WSM: 107); *Insulina wywiera działanie proliferacyjne bezpośrednio poprzez swój receptor i pośrednio przez zwiększenie poziomu IGF1 w krążeniu. Zwiększa ona także poziom krążącego IGF1, zmniejszając produkcję wątrobową białka wiążącego (inhibującego) IGF1, co podnosi poziom wolnego IGF1* (MpD 9/2019/51);

¹⁰⁸ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Alfa1-antytrypsyna> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

cytokiny: „grupa substancji regulujących aktywność oraz uruchomienie krwinek (makrofagi, granulocyty, limfocyty) i innych komórek podczas procesów zapalnych, immunologicznych i naprawy tkanek” (WSM: 231); *Nadmiar tkanki tłuszczowej, szczególnie wisceralnej, prowadzi do zaburzeń gospodarki hormonalnej i nadmiernej produkcji cytokin oraz adepokin* (MpD 9/2019/47);

erytrocyty: „beźjadrzaste komórki krwi, o średnicy 7,7-8,0 μm, kształtu dwuwklęsłej soczewki, pozbawione organelli komórkowych. Dzięki zawartej w nich hemoglobinie przenoszą tlen z płuc do tkanek oraz odgrywają rolę w transporcie dwutlenku węgla z tkanek do płuc” (WSM: 621); *Po ukłuciu przez komara sporozycy przedostają się do wątroby w ciągu 1-2 godzin. Okres inkubacji trwa od 12 do 30 dni w zależności od gatunku zarodźca (do momentu zajęcia erytrocytów)* (MpD 9/2019/37);

glukoza: „cukier gronowy; D-glukoheksosa; węglowodan najpowszechniej występujący w żywych organizmach (...) ulega wielorakim przemianom biochemicznym” (WSM: 413); *Ścieżka beztlenowa jest bardzo nieefektywna, a tylko 2 mole ATP są wytwarzane dla każdej cząsteczki glukozy przekształcanej w mleczan* (MpD 1/2019/11).

proteazy: „enzymy proteolityczne; enzymy degradujące białka w procesie hydrolizy wiązań peptydowych” (WSM: 1077); *Objawy tzw. choroby meszkowej wywołują proteazy (rozkładające białka) oraz histamina* (MpD 9/2019/37);

reduktaza hydroksy-metylo-glutarylokoenzym: „enzym katalizujący reakcję: mewalonian + CoA + 2 NADP = 3-hydroksy-3-metyloglutarylo-CoA + 2 zredukowany NADP; uczestniczy w biosyntezie cholesterolu” (WSM: 1160); *Oblicze współczesnej prewencji chorób układu krążenia zmieniło wprowadzenie do terapii w połowie lat 80. ubiegłego wieku inhibitorów reduktazy hydroksy-metylo-glutarylokoenzymu A hamujących syntezę wątrobową cholesterolu, czyli statyn* (MpD 9/2019/22);

transaminazy (aminotransferazy): „enzymy należące do transferaz, katalizujące przenoszenie grupy zawierającej azot. Koenzymem a. Jest fosforan. Szczególnie ważna dla diagnostyki medycznej jest a. alaninowa i a. asparaginowa” (WSM: 37); *A amerykańska Food and Drug Administration (FDA) zaleca kontrolę aktywności transaminaz jedynie przed rozpoczęciem terapii statynami oraz gdy jest to klinicznie wskazane* (MpD 9/2019/18);

trypsyna: „enzym należący do endopeptydaz, katalizujący reakcję hydrolizy wiązań peptydowych, amidowych estrowych utworzonych przez grupę karboksylową L-argininy

lub L-lizyny. Występuje w treści dwunastnicy” (WSM: 1388); *Wybór mleczanu Ringera opiera się na jego działaniu obniżającym kwasicę w obrębie trzustki i redukcji aktywności trypsyny* (MpD 5/2019/11);

3.3.8. Nazwy chemiczne

Każdy leksykon terminologiczny, który uobecnia się w *dyskursie* ma pewną strukturę, która jest dla niego charakterystyczna. Zdarza się, że w tej strukturze pojawiają się nazwy, które przynależą do innych *dyskursów specjalistycznych*. Michałowski pisał, że: „W związku z tym, że poszczególne dziedziny wiedzy specjalistycznej nie istnieją w oderwaniu od siebie nawzajem, lecz są ze sobą powiązane bliższymi i dalszymi związkami semantycznymi, bardzo trudno jest wyizolować konkretny rodzaj wiedzy (...) Leksykony wewnątrz jednej sfery terminologicznej są połączone ze sobą bezpośrednimi relacjami semantycznymi” (Michałowski 2017: 58). W związku z tym, w *dyskursie medycznym* są również wykorzystywane terminy, które przynależą do dyskursu chemicznego. Wśród nich można wymienić:

1. Nazwy kwasów:

kwias 5 – aminolewulinowy: „wydalany w zwiększonej ilości przez nerki u osób narażonych na stykanie się z ołowiem jest dowodem zaburzeń toksycznych organizmu” (WSM: 630); *Terapia fotodynamiczna (PDT) to dwuczęściowa terapia polegająca na miejscowym zastosowaniu fotouczulacza w postaci kwasu 5 –aminolewulinowego (ALA) lub aminolewulinianu metylu* (MpD 1/2019/23);

kwias acetylosalicylowy: „krystaliczny biały proszek o m.cz. 180,2 (...) Stosowany od 1899 jako lek o działaniu przeciwbólowym, przeciwgorączkowym i przeciwzapalnym” (WSM: 629); *Leczenie zakażenia jest objawowe. Zaleca się leczenie spoczynkowe, suplementację płynów oraz leki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe. Należy unikać stosowania kwasu acetylosalicylowego i innych niesteroidowych leków przeciwzapalnych* (MpD 9/2019/39);

kwias cytrynowy: „metabolit cyklu kwasu cytrynowego i cyklu glioksalowego. Odgrywa istotną rolę w biosyntezie kwasów tłuszczowych jako prekursor” (WSM: 633); *Glukoza*

jest rozkładana do pirogronianiu poprzez glikolizę, a następnie w warunkach tlenowych przechodzi poprzez acetylo-CoA do cyklu kwasu cytrynowego (MpD 1/2019/11);

kwasy mlekowe: „jest końcowym produktem beztlenowej przemiany glukozy oraz jednym z ważniejszych substratów glukoneogenezy” (WSM: 642); *Kwas mlekowy jest produktem beztlenowego metabolizmu glukozy (MpD 1/2019/23);*

kwasy pirogronowe: „ketokwas występujący powszechnie w organizmach żywych; jeden z węzłowych metabolitów, m.in. glikolizy” (WSM: 644); *Mleczan powstały na drodze beztlenowej glikolizy w mięśniach szkieletowych i erytrocytach jest transportowany przez krew do wątroby i nerek, gdzie jest utleniany z powrotem do pirogronianu i ostatecznie przekształcany w glukozę (MpD 1/2019/11);*

kwasy tłuszczowe: „biochem. kwasy monokarboksylowe (karboksylowe kwasy) o alifatycznym łańcuchu węglowodorowym nasyconym lub nienasyconym, o parzystej liczbie atomów węgla (4–30) w cząsteczce, wchodzące w skład lipidów”¹⁰⁹; *Bakterie jelitowe poprzez hamowanie inhibitorów lipazy lipoproteinowej przyczyniają się do wzrostu uwalniania kwasów tłuszczowych do krwiobiegu (MpD 12/2018/52);*

kwasy ursodezoksycholowe: „jest hydrofilnym kwasem żółciowym, naturalnie występującym w niewielkich ilościach w żółci. W porównaniu z innymi kwasami żółciowymi jest prawie nietoksyczny”¹¹⁰; *Aktywność ALP <1,5 x górna granica normy (GGN) oraz prawidłowe stężenie bilirubiny po roku leczenia kwasem ursodezoksycholowym (UDCA – ursodeoxycholic acid) jest wskaźnikiem dobrego rokowania (MpD 12/2018/29);*

kwasy walproinowe: „organiczny związek chemiczny z grupy kwasów karboksylowych, lek o właściwościach przeciwdrgawkowych. Jest związkiem, z którego wywodzi się szereg leków zwanych walproinianami, stosowanych w leczeniu padaczki i choroby afektywnej dwubiegunowej: amid kwasu walproinowego, walproinian sodu, walproinian wapnia, walproinian magnezu”¹¹¹; *Typ B podzielono na trzy podgrupy: (...) typ B2 wywoływany przez leki lub toksyny, takie jak: pochodne biguanidu (...) kwas walproinowy, preparaty żelaza, sorbitol, fruktoza, alkohol (etylowy, metylowy), cyjanek (MpD 1/2019/12);*

¹⁰⁹ <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/tluszczowe-kwasy:3987651.html> [dostęp z dnia 2.05.2021 r.]

¹¹⁰ <https://www.mp.pl/pacjent/leki/subst.html?id=493> [dostęp z dnia 2.05.2021 r.]

¹¹¹ https://pl.wikipedia.org/wiki/Kwas_walproinowy [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

2. Nazwy pierwiastków chemicznych

cynk: „pierwiastek chem. dodatkowej II grupy układu okresowego pierwiastków” (WSM: 227); *W przypadku zmian o niewielkim nasileniu wystarczające jest leczenie miejscowe preparatami o działaniu osuszającym i odkażającym (pasty z zawartością cynku, aerozole z antybiotykiem)* (MpD 3/2019/98);

magnez: „pierwiastek chemiczny, srebrzystobiały metal” (SJP: 321); *Jednak po uwzględnieniu tych zmiennych dobowa podaż magnezu nadal była czynnikiem istotnie związanym z występowaniem objawów depresji* (MT 4/2019/38);

potas: „K, kalium, pierwiastek chemiczny o liczbie atomowej 19”¹¹²; *Opisany transport wymienny jonów wodorowych i potasowych jest bezpośrednią przyczyną zjawiska często obserwowanego w momencie rozpoznania kwasicy w badaniach laboratoryjnych, tj. paradoksalnej normokaliemii lub nawet hiperkaliemii podczas gdy w rzeczywistości u pacjenta może występować istotny deficyt potasu na poziomie komórkowym* (MpD 12/2018/12);

sód: „pierwiastek chem. Głównej I grupy układu okresowego pierwiastków. Jako jon Na^+ występuje w płynach ustrojowych i w komórkach” (WSM: 1244); *Jednocześnie PTD stwierdza, że: nie zmienia się stężenie sodu w surowicy (u alkoholików może być obniżone)* (MpD 1/2019/13);

wapń: „Ca, calcium, pierwiastek chemiczny o liczbie atomowej 20”¹¹³; *U wszystkich pacjentów z cholestatyczną chorobą wątroby należy rozważyć profilaktyczną suplementację wapnia (przy braku kamicy nerkowej) i witaminy D_3 pod kontrolą jej surowiczego stężenia* (MpD 12/2018/28);

żelazo: „pierwiastek chem. Dodatkowej VIII grupy układu okresowego pierwiastków. Zdrowy organizm dorosłego człowieka zawiera ok. 4-5 g ż. Jego rola biol. jest związana z procesami oddychania; jest składnikiem hemoglobiny” (WSM: 1608); *Hemoglobina glikowana uwalnia żelazo, które jest silnym prooksydantem (utleniaczem) i generuje wytwarzanie ROS, przyczyniając się do rozwoju stresu oksydacyjnego* (MpD 9/2019/51);

¹¹² <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/potas;3960987.html> [dostęp z dnia 2.05.2021 r.]

¹¹³ <https://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/wap%C5%84.html> [dostęp z dnia 2.05.2021 r.]

3. Nazwy związków i reakcji chemicznych

adenozynotrifosforan: „główny związek w przenoszeniu energii w komórce i w przekształcaniu jej form, np. energii chemicznej w mechaniczną, świetlną, ciepłą, elektryczną” (WSM: 13); *Hiperglikemia jest charakterystyczną cechą cukrzycy. Komórki nowotworowe produkują adenozynotrifosforan (ATP) poprzez glikolizę beztlenową jest mniej wydajna niż synteza przez fosforylację oksydacyjną w mitochondriach* (MpD 9/2019/51);

cholesterol: „substrat w procesie tworzenia wit. D₃, kwasów żółciowych i hormonów steroidowych, składnik błon komórkowych i subkomórkowych oraz lipoprotein osocza krwi” (WSM: 172); *Badania epidemiologiczne, w których u osób z niższymi wartościami cholesterolu częściej występował udar krwotoczny, wzbudziły wątpliwości dotyczące bezpieczeństwa stosowania leków z grupy statyn* (MpD 9/2019/18);

glikozylacja: „reakcja łączenia węglowodanów z innymi związkami organicznymi z wytworzeniem wiązania glikozydowego. Produktem glikozylacji są glikozydy, często spotykane w organizmach żywych. Przykładowe związki tej grupy to glikoproteiny (produkty glikozylacji białek), glikolipidy (glikozylowane tłuszcze), nukleozydy (glikozylowane puryny lub pirymidyny) i glikozylowane flawonoidy (barwniki roślinne)”¹¹⁴; *Hiperglikemia może mieć również działanie prokarcynogenne poprzez zwiększoną glikozylację hemoglobiny* (MpD 9/2019/51);

histamina: „amina biogenna, silnie aktywny biologicznie związek zaliczany do hormonów tkankowych (autakoidów), wytwarzany m.in. w komórkach tucznych, mediator w ośrodkowym i obwodowym układzie nerwowym” (WSM: 477); *Objawy tak zwanej choroby mieszkowej wywołują m.in. zawarte w ślinie proteazy (rozkładające białka) oraz histamina* (MpD 9/2019/37);

N-metylo-D-asparginian: „organiczny związek chemiczny z grupy aminokwasów, metylowa pochodna kwasu asparaginowego. Jest aktywatorem neuronalnego receptora NMDA związanego z kanałem jonowym przepuszczalnym dla jonów wapnia (Ca²⁺), sodu (Na⁺) i potasu (K⁺), zlokalizowanym w synapsach. Działa jako agonista natywnego liganda receptora – glutaminianu”¹¹⁵; *Możliwe jest też wystąpienie przeciwnego*

¹¹⁴ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Glikozylacja> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

¹¹⁵ https://pl.wikipedia.org/wiki/Kwas_N-metylo-D-asparaginowy [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

zapalenia rdzenia, ostrego rozsianego zapalenia mózgu wywołanego reakcją związaną z receptorem *N*-metylo-*D*-asparagianu (NMDA); (MpD 9/2019/40);

trigliceryd: „tłuszcz prosty; tłuszcz obojętny; ester glicerolu z 3 kwasami tłuszczowymi (...) Zwiększenie stężenia t. w surowicy jest jednym z czynników ryzyka zawału” (WSM: 1380); *Zmniejszenie liczby tych bakterii jest wyraźnie widoczne u otyłych myszy i łączy się z takimi zaburzeniami, jak wzrost stężenia glukozy, triglicerydów oraz z narastaniem insulinooporności* (MpD 9/2019/52);

tyrozyna: „aminokwas endogeny aromatyczny; składnik białek zwierzęcych i roślinnych (...) Stężenie wolnej t. w osoczu krwi wynosi ok. 2,0 mg/100 ml” (WSM: 1400); *Należy także pamiętać o innych rzadszych zaburzeniach metabolicznych sprzyjających rozwojowi HCC, takich jak: hemochromatoza, niedobór α 1-antytrypsyny (α 1-antyproteazy), tyrozyna i niektóre porfirie* (MpD 9/2019/47);

warfaryna: „4-hydroksykumaryna; stosowana jako lek o działaniu przeciwzakrzepowym i jako środek do zwalczania gryzoni. Wywołuje zaburzenia w procesie krzepnięcia krwi” (WSM: 1434); *Tylko w przypadku warfaryny statyny mogą zwiększyć jej aktywność, tym samym powodując wzrost wskaźnika INR* (MpD 9/2019/20);

wodorowęglan: „grupa związków chemicznych, wodorosoli kwasu węglowego. Wodorowęglany dysocjują w wodzie na kationy metali (np. K^+) lub kation amonowy (NH_4^+ oraz na aniony wodorowęglanowe (HCO_3^-)”¹¹⁶; *Kwasica mleczanowa definiowana jest jako kwasica metaboliczna z dużą luką anionową, obniżonym pH krwi tętniczej, ze znacznym obniżeniem stężenia wodorowęglanów i wzrostem stężenia mleczanu* (MpD 1/2019/13).

3.3.9. Nazwy leków

Nazwy leków można podzielić na kilka grup. W *dyskursie medycznym* są używane zarówno ogólne nazwy leków, które informują o tym, co zwalcza lub co leczy wspomniany lek. Występują jednak również konkretne nazwy, które są związane ze statynami, inhibitorami, nazwami chemicznymi (leki na bazie związków chemicznych), a także leki będące antagonistami (tzw. *substancje blokujące*) lub *agonistami* („Antagonista (z gr. antagōnisma, czyli „opozycja”) – w farmakologii termin o dwóch

¹¹⁶ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Wodorow%C4%99glany> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

znaczeniach: substancja blokująca normalną pracę receptora, lek o działaniu przeciwnym do innego leku¹¹⁷; „Agonista – w farmakologii substancja łącząca się z receptorem i powodująca reakcję w komórce. Jest przeciwieństwem antagonisty, który łącząc się z receptorem, blokuje go bez wywoływania reakcji”¹¹⁸). Oto wyodrębnione grupy:

1. Statyny i inhibitory

Statyny i inhibitory zostały zestawione w tym samym miejscu, ponieważ *inhibitory* należą do grupy *statyn*. Oto przykłady:

atorwastatyna: „jest lekiem zaliczanym do grupy statyn, pomagających normalizować stężenie lipidów we krwi. Na skutek hamowania enzymu biorącego udział w syntezie cholesterolu (reduktazy 3-hydroksy-3-metylo-glutarylo-koenzymu A, czyli w skrócie HMG-CoA), powodują zmniejszenie stężenia „złego” cholesterolu (frakcji LDL) oraz triglicerydów we krwi oraz zwiększenie stężenia „dobrego” cholesterolu (frakcji HDL) we krwi”¹¹⁹;

fluwastatyna: „lek hipolipemizujący należący do grupy statyn, wybiórczy inhibitor reduktazy 3-hydroksy-3-metylo-glutarylo-koenzymu A (reduktazy HMG-CoA). Nazwy handlowe preparatów fluwastatyny to Lescol i Canef. Wykazano, że fluwastatyna wykazuje działanie przeciwwirusowe wobec HCV”¹²⁰; *Dla większości statyn częstość tych incydentów jest zależna od dawki. Wyjątkiem są atorwastatyna i fluwastatyna, w przypadku których wyższe dawki nie zwiększają ryzyka działań niepożądanych* (MpD 9/2019/17);

inhibitor oksydazy: „to każda substancja, która hamuje aktywność enzymatyczną oksydazy ksantynowej, enzymu zaangażowanego w metabolizm puryn. U ludzi zahamowanie aktywności oksydazy ksantynowej wywołuje zmniejszenie wytwarzania kwasu moczowego, w związku z tym kilka leków będących inhibitorami oksydazy ksantynowej jest stosowanym w leczeniu hiperurykemii i powiązanych z nią chorób,

¹¹⁷ [https://pl.wikipedia.org/wiki/Antagonista_\(farmakologia\)](https://pl.wikipedia.org/wiki/Antagonista_(farmakologia)) [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

¹¹⁸ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Agonista> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

¹¹⁹ <https://www.mp.pl/pacjent/leki/subst.html?id=105> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

¹²⁰ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Fluwastatyna> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

w tym dny moczanowej”¹²¹; *Zależność tę określa się zjawiskiem krzywej J. Obserwacja ta sugeruje, aby dążyć do bardzo niskich stężeń kwasu moczowego (MpD 9/2019/15);*

inhibitor PCSK 9: „to klasa leków, która obniża poziom LDL-C i tym samym może zmniejszać częstość ChNS”¹²²; *Jeśli jest to niemożliwe, to u pacjentów z grupy dużego lub bardzo dużego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych należy rozważyć leczenie największą tolerowaną dawką statyny, połączenie tej terapii z podawaniem inhibitora wchłaniania cholesterolu, a także zastosowanie inhibitora PCSK9, jeżeli jest dostępny (MpD 9/2019/24);*

inhibitor SGLT 2: „flozyny (gliflozyny), to najnowsza generacja leków przeciwcukrzycowych stosowanych w leczeniu cukrzycy typu 2., działających niezależnie od insuliny”¹²³ *U pacjentów z objawami kwasicy ketonowej i normoglikemią należy wdrożyć dalszą, typową diagnostykę DKA i w każdym przypadku potwierdzenia rozpoznania kwasicy natychmiast wyłączyć z farmakoterapii stosowany inhibitor SGLT 2 oraz rozpocząć leczenie na zasadach ogólnych (MpD 12/2018/14);*

inhibitor szlaku hedgehog: „to pierwszy lek zarejestrowany przez FDA do leczenia lokalnie zaawansowanego, nieoperacyjnego i przerzutowego BCC”¹²⁴; *obecne aktualnie lub w przeszłości dodatkowe czynniki ryzyka, takie jak: immunosupresja, radioterapia, leczenie np. inhibitorami kinaz lub szlaku hedgehog, które mogą wpływać na występowanie zmian o typie SCC) (MpD 1/2019/21)”;*

inhibitory ACE (konwertazy angiotensyny): „grupa leków stosowanych w terapii nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, choroby niedokrwiennej serca, cukrzycowej chorobie nerek i nefropatii nadciśnieniowej oraz cukrzycy i zespołu metabolicznego”¹²⁵; *Nie ma także zastrzeżeń dotyczących konieczności stosowania w terapii przez całe życie β -adrenolityków oraz inhibitorów ACE lub sartanów na zasadach obowiązujących w klasycznych przypadkach ACS (MpD 12/2018/24);*

inhibitory glikoproteiny: „grupa leków przeciwplatek, działających na receptory powierzchniowe płytek GP IIb/IIIa, odgrywające istotną rolę w procesie agregacji

¹²¹ https://pl.wikipedia.org/wiki/Inhibitory_oksydazy_ksantynowej [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

¹²² https://www.cochrane.org/pl/CD011748/VASC_inhibitory-pcsk9-w-profilaktyce-chorob-sercowo-naczyniowych [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

¹²³ <https://apteczka.pl/artykuly/inhibitory-sgl2-druga-linia-obrony-przed-cukrzyca-typu-2> [dostęp z dnia 2.05.2021 r.]

¹²⁴ https://www.mp.pl/okulistyka/przeglad-badan/przeglad_pismiennictwa/147876.inhibitory-szlaku-hedgehog-nowa-opcja-w-leczeniu-raka-podstawnokomorkowego [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

¹²⁵ https://pl.wikipedia.org/wiki/Inhibitory_konwertazy_angiotensyny [dostęp z dnia 2.05.2021 r.]

plytek”¹²⁶ *Niejasne są także wskazania do okołozabiegowego zastosowania inhibitorów glikoproteiny IIb/IIIa (MpD 12/2018/24);*

inhibitory pompy protonowej: „grupa leków stosowanych w terapii schorzeń górnego odcinka przewodu pokarmowego, głównie w zapobieganiu i leczeniu choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy. Działanie inhibitorów pompy protonowej polega na zahamowaniu wytwarzania kwasu solnego przez pompę protonową znajdującą się w komórkach okładzinowych błony śluzowej żołądka”¹²⁷; *Mimo nagminnego stosowania inhibitorów pompy protonowej w leczeniu ostrego zapalenia trzustki, należy podkreślić, że postępowanie takie ma uzasadnienie w świetle wyników dotychczasowych badań klinicznych (MpD 5/2019/12);*

prawastatyna: „wielofunkcyjny organiczny związek chemiczny z grupy statyn, pochodzenia naturalnego, produkt metabolizmu mewastatyny przez bakterie *Pseudocardia autotrophica*. Stosowana jest jako lek zmniejszający stężenie lipidów, ma także dodatkowe działanie plejotropowe na układ krążenia poprzez wpływ na czynność śródbłonna, stabilizację blaszek miażdżycowych, hamowanie układu krzepnięcia, stymulację układu fibrynolizy, hamowanie reakcji zapalnych oraz działanie immunomodulacyjne”¹²⁸; *Do takich wniosków doszli autorzy dwóch dużych badań – HPS i PROSPER, w których pacjentów przydzielano losowo odpowiednio do grup stosujących symwastynę w dawce 40 mg (vs placebo) i prawastatynę 40 mg (vs placebo) (MpD 9/2019/19).*

2. Agoniści/antagoniści

W tym miejscu warto zaznaczyć, że *agoniści* i *antagoniści* to formy liczby mnogiej od rzeczowników *agonista* i *antagonista*. Okazuje się, że nie są one używane poprawnie, ponieważ wzorcowa forma liczby mnogiej powinna brzmieć: *antagonisty*, *agonisty*. Na ten temat pisze również Wojciech Górnaś: „Formy uznane za poprawne to mianownik liczby mnogiej *antagonisty*, biernik liczby mnogiej *antagonisty*, a formy stosowane powszechnie to odpowiednio *antagoniści* i *antagonistów*” (Górnaś 2009: 273). Swoje stanowisko argumentuje tym, że: „Leksemy *AGONISTA* i *ANTAGONISTA* to

¹²⁶ https://pl.wikipedia.org/wiki/Inhibitory_receptora_glikoproteinowego_IIb/IIIa [dostęp z dnia 2.05.2021 r.]

¹²⁷ https://pl.wikipedia.org/wiki/Inhibitory_pompy_protonowej [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

¹²⁸ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Prawastatyna> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

rzeczowniki rodzaju męskiego nieoznaczające osób, nie mogą więc należeć do grupy rzeczowników męskoosobowych. Powinny się odmieniać identycznie jak leksem SATELITA” (Górnaś 2009: 276). Mimo to, w *dyskursie medycznym* występują wyłącznie formy liczby mnogiej *antagoniści* oraz *agoniści* i nie spotyka się innych, alternatywnych rozwiązań. *Antagonista* i *agonista* to terminy, które w *Słowniku wyrazów obcych* są uznawane za rzeczowniki męskorzeczowe, „co oznacza, że słownik radzi mówić, np. „Wymień jakiegokolwiek antagonisty”, a nie „Wymień jakichkolwiek antagonistów”¹²⁹. W *dyskursie medycznym* te dwie kwestie wzajemnie się mieszają, tzn. rzeczowniki te w liczbie mnogiej mają formę *antagoniści*, *agoniści* (nie mają więc rodzaju męskorzeczowego), ale łączy się je z czasownikiem *działały*, *leczyły* (tak, jakby miały one rodzaj męskorzeczowy¹³⁰). Oto przykłady:

agoniści receptora β_3 : leki, które łączą się z receptorem β_3 , który „odgrywa ważną rolę w procesach energetycznych oraz w utrzymywaniu prawidłowego poziomu glukozy we krwi człowieka. Występuje głównie w adipocytach i pobudzany jest m. in. przez adrenalinę i noradrenalinę, które aktywując receptor stymulują procesy lipolizy i termogenezy”¹³¹; *Lekami z wyboru są leki antymuskarynowe lub agonisci receptora β_3* (MpD 4/2019/13);

antagonista witaminy K: „Jest to bardzo niejednorodna grupa leków, ale zdefiniowana przez jedną wspólną cechę, mianowicie brak możliwości wpływania bezpośrednio na czynniki kaskady krzepnięcia”¹³²; *Warfaryna jest pochodną kumaryny (4-hydroksykumaryna), antagonistą witaminy K. Hamuje zależną od witaminy K syntezę czynników krzepnięcia zespołu protrombiny.* (MpD 12/2018/83);

antagoniści kanału wapniowego (blokery kanału wapniowego): „są lekami często przepisywanymi przez hipertensjologów bądź kardiologów, gdyż stosowane są m.in w przypadku nadciśnienia tętniczego, szczególnie u pacjentów w podeszłym wieku”¹³³;

¹²⁹ <https://sjp.pwn.pl/poradnia/haslo/antagonisty-i-agonisty:11771.html> [dostęp z dnia 9.05.2021 r.]

¹³⁰ Taką informację otrzymałam od lekarzy, z którymi przeprowadzałam rozmowę. W czasopismach medycznych unika się takich kontekstów.

¹³¹ https://www.researchgate.net/profile/Katarzyna-Babol-Pokora/publication/7556860_Beta3-adrenergic_receptor/links/56937d9008aed0aed8178f7a/Beta3-adrenergic-receptor.pdf [dostęp z dnia 2.05.2021 r.]

¹³² https://pl.wikipedia.org/wiki/Leki_przeciwwzkrzepowe [dostęp z dnia 2.05.2021 r.]

¹³³ <https://ktomalek.pl/blog/blokery-kanału-wapniowego-antagonisci-wapnia-jak-działają-i-kiedy-sie-je-stosuje/w-1741> [dostęp z dnia 2.05.2021 r.]

Preferowanymi lekami będą więc antagoniści kanału wapniowego i leki moczopędne (MpD 12/2018/60);

antagoniści receptora opioidowego: leki, które działają przeciwko receptorowi opioidowemu należącemu „do dużej grupy receptorów związanych z białkiem G (są więc receptorami metabotropowymi)”¹³⁴; *Leczeniem trzeciej linii są antagoniści receptora opioidowego – naltrekson lub nalmeten (MpD 12/2018/28);*

antagoniści receptora β – adrenergicznego: „zapobiegają pobudzeniu współczulnego układu nerwowego, a więc zapobiegają takim efektom, jak: przyspieszenie częstości serca, skurcz naczyń krwionośnych, zwiększenie ilości krwi, jaką podczas skurczu wyrzucają komory serca i zwiększenie wydzielania reniny”¹³⁵; *Leki z grupy długo działających antagonistów receptora β - adrenergicznego (LABA – long acting β_2 antagonists) poprawiają czynność płuc, zmniejszają duszność, zwiększają tolerancję wysiłku fizycznego oraz poprawiają jakość życia (MpD 12/2018/39);*

β -mimetyk: „grupa leków działających agonistycznie w stosunku do receptorów β_2 zlokalizowanych w ścianach dróg oddechowych. Są wykorzystywane w terapii astmy oskrzelowej, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc oraz innych chorób przebiegających z obturacją w drogach oddechowych”¹³⁶; *Zapowiedziano wprowadzenie w 2019 r. potrójnej terapii wziewnej: LAMA + LABA + ICS (cholinolityk długo działający + β -mimetyk długo działający + glikokortykosteroid wziewny) (MpD 9/2019/15);*

3. Leki na bazie związków chemicznych

allopuryinol: „organiczny związek chemiczny, izomer hipoksantyny. Stosowany jako lek (...)zmniejsza wytwarzanie ksantyn i kwasu moczowego¹³⁷; *Jak dotąd nie znaleziono przekonujących dowodów na to, że przewlekłe stosowanie allopuryinolu lub znacznie droższego febuksostatu zmniejsza ryzyko zgonu z powodów chorób sercowo-naczyniowych lub przewlekłej choroby nerek (MpD 9/2019/15);*

¹³⁴ https://pl.wikipedia.org/wiki/Receptory_opioidowe [dostęp z dnia 2.05.2021 r.]

¹³⁵ https://www.mp.pl/pacjent/nadcisnienie/badania_leczenie/59548,leki-blokujace-receptory-beta-adrenergiczne-beta-blokery [dostęp z dnia 2.05.2021 r.]

¹³⁶ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Beta2-mimetyki> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

¹³⁷ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Allopuryinol> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

analgetyki: „substancje chemiczne powodujące analgezję, czyli zniesienie czucia bólu. Należą do nich związki o różnej budowie oraz sile i mechanizmie działania. Zgodnie z drabiną analgetyczną dzielą się na leki opioidowe oraz nieopiodowe”¹³⁸; *Nie wskazano konkretnych analgetyków zalecanych w leczeniu bólu u chorych z ostrym zapaleniem trzustki, które miałyby przewagę nad innymi lekami* (MpD5/2019/11);

azytromycyna: „organiczny związek chemiczny, antybiotyk makrolidowy, należący do grupy tzw. azalidów, o działaniu bakteriostatycznym, hamującym syntezę białek bakteryjnych. Charakteryzuje się wysoką koncentracją w zakażonych tkankach i długim okresem półtrwania”¹³⁹; *Azytromycyna może być bezpieczną alternatywą w przedwczesnym pęknięciu błon płodowych (PROM) w sytuacji braku erytromycyny lub istnienia przeciwwskazań do jej stosowania* (MT 7-8/2019/38);

cyklosporyna: „lek immunosupresyjny działający gł. na limfocyty CD4” (WSM: 226); *Pacjenci z tej grupy są narażeni na interakcje leków immunosupresyjnych ze statynami. Jak wynika z tabeli 1, u pacjentów przyjmujących cyklosporynę, należy unikać niektórych statyn, a inne podawać w zmniejszonych dawkach* (MpD 9/2019/22);

cyprofleksacyna: „organiczny związek chemiczny, chemioterapeutyk z grupy chinolonów II generacji (fluorochinolonów), o działaniu bakteriobójczym, wykazujący swoje działanie poprzez hamowanie bakteryjnej topoizomerazy DNA i gyrazy DNA. Jest najsilniej działającym lekiem wśród fluorochinolonów”¹⁴⁰; *Innym lekiem stosowanym w tularemii jest cyprofloksacyna w dawce 800-1000 mg/24 h przez 10-14 dni* (MpD 9/2019/41);

deksycylina: „organiczny związek chemiczny, półsyntetyczny antybiotyk z grupy tetracyklin”¹⁴¹; *W łagodnych przypadkach tularemii możliwe jest użycie doksyliny w dawce 200 mg/24 h przez 15 dni* (MpD 9/2019/41).

metformina: „organiczny związek chemiczny, dimetylowa pochodna biguanidu. Jest lekiem z grupy biguanidów, stosowanym jako doustny lek przeciwcukrzycowy w leczeniu cukrzycy typu 2, szczególnie jeśli towarzyszy jej nadwaga lub otyłość”¹⁴²; *Kwasica mleczanowa jest stosunkowo rzadkim powikłaniem rozpoznawanym u osób*

¹³⁸ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Analgetyki> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

¹³⁹ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Azytromycyna> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

¹⁴⁰ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Cyprofloksacyna> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

¹⁴¹ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Doksycyklina> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

¹⁴² <https://pl.wikipedia.org/wiki/Metformina> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

z cukrzycą. Częstość jej występowania u osób z cukrzycą jest trudna do określenia ze względu na to, że badania epidemiologiczne koncentrują się jedynie na występowaniu kwasicy mleczanowej, w przebiegu leczenia metforminą (MpD 1/2019/11);

tiamina: „aneuryna, witamina B₁; 3-(4-amino-2-metylopirymidyl-5-metyleno)-4-metylo-5-hydroksymetylotiazol; zapotrzebowanie dobowe człowieka wynosi 0,7-2 mg dziennie w zależności od wieku” (WSM: 1358); *Istnieją teoretyczne przesłanki i pewne dowody kliniczne na skuteczność leczenia tiaminą w przypadku jej niedoboru (MpD 1/2019/15);*

3.3.10. Nazwy urządzeń, narzędzi

Nazwami, które również można często spotkać w *dyskursie medycznym* są nazwy urządzeń, narzędzi stosowanych (głównie przez lekarzy) do wyleczenia choroby lub do postawienia odpowiedniej diagnozy. Podobnie jak nazwy metod, są istotne z tego powodu, że dzięki nim można zahamować postęp chorób. Wśród tych terminów można wyodrębnić następujące:

autoanalizator: „aparat do mechanicznego wykonywania badań laboratoryjnych. Znane są a. jedno- i wielokanałowe, które umożliwiają jednoczesne wykonywanie różnych badań z tej samej próbki materiału” (WSM: 79); *Autoanalizatory biochemiczne lub gazometryczne mogą szybko i dokładnie dokonać pomiaru stężenia mleczanu we krwi, surowicy lub w osoczu (MpD 1/2019/14);*

implantowany rejestrator: „umieszczane pod skórą klatki piersiowej na okres maksymalnie 3 lat, niewielkie urządzenie analizujące w sposób ciągły pracę serca oraz zapisujące jego zaburzenia zarówno wykryte automatycznie jak i wskazane przez pacjenta przy użyciu ręcznego aktywatora, stosowany w diagnostyce omdleń występujących rzadziej niż raz w miesiącu”¹⁴³; *Nowością w rekomendacjach jest podniesienie znaczenia przedłużonego monitoringu EKG również w postaci implantowanych rejestratorów (MpD 1/2019/17);*

inhalator: „aparat do stosowania leków przez wdychanie pary wytwarzanej przy podgrzewaniu zbiornika z odpowiednimi środkami leczn.” (WSM:506); *W celu*

¹⁴³ https://pl.wikipedia.org/wiki/Wszczepialny_rejestrator_arytmii [dostęp z dnia 7.04.2021 r.]

optymalizacji terapii należy odpowiednio dostosować rodzaj inhalatora dla pacjenta i maksymalnie zmniejszyć różnorodność urządzeń (MpD 5/2019/15);

kardiowerter defibrylator: „przyrząd służący do defibrylacji elektr. serca” (WSM: 255);
W przypadku schorzeń kardiologicznych i omdleń o nieznaney etiologii stanowi on cenne narzędzie rozstrzygające np. o konieczności implantowania kardiowetera-defibrylatora, gdy dostępne przesłanki nie osiągają poziomu I zgodnie z rekomendacjami dotyczącymi zapobiegania nagłej śmierci sercowej (MpD 1/2019/17);

lampa szczelinowana: „lampa emitująca wąski i płaski strumień światła o wielkim natężeniu, padający skośnie na oświetlaną powierzchnię. Stosowana gł. do badania oka, zwłaszcza w połączeniu z mikroskopem rogówkowym dwuokularowym” (WSM: 655);
W przeszłości z uwagi na obawę indukowania zaćmy przez statyny pacjenci przed włączeniem u nich terapii tymi lekami byli poddawani badaniu z wykorzystaniem lampy szczelinowej (MpD 9/2019/19);

nebulizator: „urządzenie do wytwarzania zawiesiny (aerozolu) środków miejscowo znieczulających lub innych leków, stosowanych zwykle na powierzchnię błon śluzowych” (WSM: 1187); *Nie zmieniono zaleceń dotyczących używania spejserów, nebulizatorów, leków doustnych (MpD 5/2019/15);*

pen: „automatyczne urządzenie, które służy do samodzielnego wstrzykiwania insuliny pod skórę”¹⁴⁴; *Innym częstym powodem rozwoju kwasicy ketonowej obserwowanym u chorych na cukrzycę leczonych egzogenną insuliną w różnych schematach są błędy w terapii: pomijanie dawek insuliny, celowe zaprzestanie podaży, techniczne problemy (np. uszkodzenie pena czy awaria osobistej pompy insulinowej) (MpD 12/2018/13);*

pompa insulinowa: „to urządzenie, które umożliwia osobie chorej na cukrzycę stałe podawanie insuliny”¹⁴⁵; *U chorych stosujących osobiste pompy insulinowe w przypadku awarii urządzenia i zatrzymania podaży insuliny objawy mogą pojawić się już po 4-12 godzinach (MpD 12/2018/14);*

¹⁴⁴ <https://www.nn.pl/blog/posts/2020/jaki-pen-do-insuliny-wybrac-i-jak-podawac-nim-insuline.html>
[dostęp z dnia 2.05.2021 r.]

¹⁴⁵ <https://www.medme.pl/artykuly/pompa-insulinowa-kiedy-jest-potrzebna-jak-dziala.72183.html>
[dostęp z dnia 2.05.2021 r.]

3.3.11. Nazwy procesów zachodzących w organizmie

Wśród nazw można wymienić również takie, które są związane z człowiekiem i jego organizmem, a konkretnie z procesami, które w tym organizmie zachodzą. Są one istotne dla *dyskursu medycznego* (również da nadawców komunikatu zawartego w *tekście medycznym*) z tego względu, że zahamowanie lub spowolnienie tych procesów może świadczyć o chorobie lub jest czynnikiem, który pomaga w postawieniu odpowiedniej diagnozy:

angiogeneza: „zjawisko powstawania nowych naczyń krwionośnych przez pączkowanie śródbłonna naczyń istniejących. Odbywa się to pod wpływem czynników angiogenetycznych wydzielanych przez np. limfocyty T czy komórki nowotworowe” (WSM: 46); *Komórki nowotworowe (...) wszczepione myszom charakteryzowały się wolniejszym wzrostem, mniejszym potencjałem do tworzenia przerzutów oraz rozwoju angiogenezy* (MpD 9/2019/48);

defekacja: „wydalanie mas kałowych na zewnątrz w wyniku rozluźnienia mm. zwieraczy odbytu wewn. i zewn. zachodzącego pod wpływem impulsu nerwowego w chwili parcia na stolec” (WSM: 254); *Do tej grupy zalicza się również pacjentów z omdleniami wywołanymi kaszlem, defekacją oddawaniem moczu, przy nagłych zawrotach głowy, ucisku na szyję* (MpD 1/2019/18);

glikoliza beztlenowa (efekt Warburga): „ciąg przemian metabolicznych katalizowanych przez zespół rozpuszczalnych enzymów cytoplazmy, prowadzący od glukozy lub glikogenu do kwasu mlekowego” (WSM: 409); *W procesie glikolizy beztlenowej powstają znaczne ilości kwasu mlekowego, a ponieważ komórki nowotworowe tolerują środowisko kwaśne, to może to dodatkowo ułatwiać i przyspieszać ich rozwój* (MpD 9/2019/48);

glikoliza tlenowa: „wytwarzanie kwasu mlekowego pomimo warunków tlenowych” (WSM: 409); *Komórki nowotworowe są nastawione na szybki wzrost i namnażanie. Zużywają bardzo duże ilości glukozy zarówno w procesie glikolizy tlenowej, jak i beztlenowej* (MpD 9/2019/48);

glukoneogeneza: „biosynteza węglowodanów; proces biosyntezy cukrów (glukozy) ze związków niecukrowych, np. z aminokwasów, kwasu mlekowego, glicerolu, pobudzany przez glukagon, hormon wzrostu, glikokortykosteroidy i aminy katecholowe, hamowany

przez insulinę. G. Zachodzi gł. w wątrobie” (WSM: 412); *Typ A przebiega (...) ze zmniejszonym zużyciem mleczanu (choroby wątroby, zahamowanie glukoneogenezy, niedobór tiaminy, zahamowanie oksydacyjnej fosforylacji* (MpD 1/2019/12);

nowotworzenie: „zmiany zachodzące w komórce organizmu, prowadzące do powstania nowotworu. Jest to wieloetapowy proces zachodzący na poziomie DNA komórki”¹⁴⁶; *W związku z tym, że IGF1 jest jednym z najsilniej działających czynników (...) jego rola jako czynnika biorącego udział w karcynogenezie (nowotworzeniu) jest znana i badana od wielu lat* (MpD 9/2019/47).

perfuzja: „przepływ płynu ustrojowego (najczęściej krwi) przez tkankę lub narząd. Perfuzja krwi przez narząd zwykle określana jest jako procent pojemności minutowej serca i zależy m.in. od: zapotrzebowania narządu na tlen i składniki odżywcze, stanu naczyń krwionośnych zaopatrujących narząd, pojemności minutowej serca, ciśnienia tętniczego krwi, właściwości reologicznych krwi”¹⁴⁷; *W 1976 r. Robert Cohen i Hubert Woods w swojej pracy „Clinical and Biochemical Aspects of Lactic Acidosis” opisali i wyróżnili dwie kategorie kwasicy mleczanowej (...) z obniżeniem tkankowego ATP w wyniku obniżonej tkankowej perfuzji lub utlenowania* (MpD 1/2019/12);

peroksydacja: „powstawanie nadtlenu kwasów tłuszczowych; substratami są nienasycone kwasy tłuszczowe i tlen; produktami pośrednimi – nadtlenu kwasów tłuszczowych, a produktem końcowym jest dialdehyd malonowy” (WSM: 989); *Prowadzi ona do powstawania nadmiernej ilości wolnych rodników tlenowych (ROS-reactive oxygen species), które aktywują wiele niekorzystnych szlaków metabolicznych i proliferacyjnych. Między innymi mogą być one odpowiedzialne za uszkodzenie DNA. Dochodzi do tego wskutek peroksydacji lipidów przez ROS* (MpD 9/2019/48);

prolifracja/proliferać: „silne rozrastanie się czegoś, gwałtowny rozwój, rozmnażanie się, bujny rozrost, rozprzestrzenianie się, odradzanie się, możliwość odnawiania się; proliferacja – w biologii oznacza mnożenie się komórek”¹⁴⁸; *Za potwierdzeniem roli insuliny w nowotworzeniu przejawia fakt, że komórki nowotworowe ze zmniejszoną liczbą receptorów insulinowych wolniej proliferowały* (MpD 9/2019/48);

toksemia: „1. ogólne zatrucie wywołane wchłonięciem produktów pochodzenia bakteryjnego (toksyn); 2. Obecność toksyn we krwi” (WSM: 1366); *Silna toksemia lub*

¹⁴⁶ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Karcynogeneza> [dostęp z dnia 7.04.2021 r.]

¹⁴⁷ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Perfuzja> [dostęp z dnia 7.04.2021 r.]

¹⁴⁸ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Prolifracja> [dostęp z dnia 7.04.2021 r.]

wstrząs anafilaktyczny mogą doprowadzić do śmierci u niemowląt lub u człowieka pod wpływem upojenia alkoholowego (MpD 9/2019/37);

3.3.12. Nazwy hormonów

Nazwy hormonów nie występują tak często w *dyskursie medycznym*, jak inne nazwy, ale są nie mniej ważne, z tego samego względu, z którego są istotne nazwy substancji, cząsteczek czy parametrów. Niektóre choroby wpływają bowiem na niewłaściwy współczynnik hormonów albo odwrotnie: niewłaściwy współczynnik hormonu może świadczyć o chorobie. Wśród wyodrębnionych nazw hormonów można wskazać m.in.:

androgeny: „męskie hormony płciowe; działają anabolicznie i wywołują rozwój oraz utrzymywanie cech płciowych męskich. Najbardziej aktywnymi są testosteron i dihydrotestosteron, mniej androstendion i dehydroepiandrosteron” (WSM: 43); *Badania analizujące wpływ statyn na androgeny są niewielkie – największe z nich objęło 159 pacjentów* (MpD 9/2019/19);

estrogen: „steroidowe hormony płciowe żeńskie, wytwarzane przez jajniki, a także w niewielkich ilościach przez jądra i korę nadnerczy”¹⁴⁹; *Metodą leczenia są sztuczne łyżki, preparaty nawilżające jamę ustną, a w suchości błon śluzowych narządu rodności środki nawilżające oraz kremy zawierające estrogeny* (MpD 12/2018/28);

hormon adrenokortykotropowy: „jest hormonem peptydowym produkowanym przez komórki kortykotropowe przedniego płata przysadki”¹⁵⁰; *U pacjentki przeprowadzono konsultację hematologiczną (podejrzenie czerwienicy) i endokrynologiczną (zmiany w zakresie stężenia hormonu adrenokortykotropowego* (MpD 3/2019/88);

hormony steroidowe: „grupa hormonów o różnorodnych funkcjach biologicznych, których cechą wspólną jest szkielet steroidowy. Hormony steroidowe są małowczątkowymi związkami chemicznymi, które bez trudu przenikają przez błonę komórkową i dla których receptory znajdują się w jądrze komórek, na które

¹⁴⁹ <https://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/estrogen.html> [dostęp z dnia 2.05.2021 r.]

¹⁵⁰ <https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/hormony/kortykotropina-acth-hormon-adrenokortykotropowy-rola-normy-wzrost-i-spadek-aa-yNXb-SrsL-TfXs.html> [dostęp z dnia 9.05.2021 r.]

oddziałują”¹⁵¹; *Jak powszechnie wiadomo, cholesterol jest prekursorem hormonów steroidowych* (MpD 9/2019/19);

insulina: „hormon wytwarzany przez komórki β wysp trzustki, zbudowany z 2 łańcuchów polipeptydowych połączonych wiązaniami dwusiarczkowymi” (WSM: 509); *leczenie zmniejsza stężenie krążącej glukozy i insuliny u pacjentów z insulinoopornością i hiperinsulinemią* (MpD 9/2019/49).

progesteron: „steroidowy żeński hormon płciowy wytwarzany przez ciało żółte, łożysko i — w niewielkich ilościach — pęcherzyki Graafa”¹⁵²; *Poza tym ciemniej piegi, znamiona, młode blizny, co stanowi wynik działania melanotropiny, estrogenów i progesteronu, które ułatwiają produkcję melaniny* (MT 3/2019/56);

testosteron: „męski hormon płciowy; syntezowany i wydzielany przez komórki Leydiga gruczołu śródmiaższowego jądra, pod wpływem hormonu luteinizującego (LH) przysadki. Hormon ten reguluje wydzielanie hormonów gonadotropowych, przebieg spermatogenezy, różnicowanie się w rozwoju zarodkowym najądrza, nasieniowodu i pęcherzyków nasiennych” (WSM: 1335); *Stwierdzono możliwą redukcję stężenia testosteronu o 10% przy stosowaniu symwastatyny w maksymalnej dawce* (MpD 9/2019/19);

3.3.13. Nazwy receptorów i komórek

Kolejna grupa również bezpośrednio się wiąże z anatomią człowieka. Receptory i komórki to nazwy, które dotyczą tego, co znajduje się wewnątrz organizmu ludzkiego. Ponadto, komórki i receptory działają w określony sposób, ukazując tym samym specyfikę działania całego ciała ludzkiego:

komórka gwiaździsta: „typ morfologiczny neuronu charakteryzujący się radialnym ułożeniem dendrytów, nadającym mu kształt gwiazdy. Komórki gwiaździste pełnią rolę interneuronów, czyli przekazują impulsy nerwowe między neuronami (na niewielką odległość)”¹⁵³; *Hiperinsulinemia może również zwiększać sekrecję białek macierzy*

¹⁵¹ https://pl.wikipedia.org/wiki/Hormony_steroidowe [dostęp z dnia 7.04.2021 r.]

¹⁵² <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/progesteron:3962475.html> [dostęp z dnia 9.05.2021 r.]

¹⁵³ https://pl.wikipedia.org/wiki/Kom%C3%B3rka_gwia%C5%BAdzista [dostęp z dnia 7.04.2021 r.]

pozakomórkowej i innych prekursorów włóknienia wątroby przez komórki gwiaździste wątroby (MpD 9/2019/49);

komórki jelitowe (enterocyty): „komórki jelita cienkiego, budujące nabłonek błony śluzowej jelita razem z komórkami kubkowymi oraz komórkami endokrynowymi”¹⁵⁴; *Bakteria ta zużywa glikozylowane proteiny śluzu jelitowego do produkcji octanów i propionianów, które stanowią ważne źródło energii dla komórek jelitowych* (MpD 9/2019/52).

komórki Kupffera: „osiadłe makrofagi występujące między komórkami śródbłonka, w ścianie naczyń zatokowych wątroby. Są częścią układu siateczkowo-śródbłonkowego, stanowiąc około 15–20% jej komórek”¹⁵⁵; *Niemetylowane sekwencje DNA (...) oddziałują na komórki układu immunologicznego, przede wszystkim na makrofagi (komórki Kupffera), prowadząc do rozwoju procesu zapalnego w wątrobie* (MpD 9/2019/52);

komórki tłuszczowe: „adipocyty, anat. komórki tworzące tkankę tłuszczową”¹⁵⁶; *Zadaniem tkanki tłuszczowej żółtej, która przede wszystkim zbudowana jest z komórek tłuszczowych wypełnionych kroplami tłuszczu, jest pełnienie funkcji głównego magazynu ustrojowego lipidów oraz odpowiadanie za proces lipogenezy, czyli produkcji tłuszczów* (MpD 12/2018/47);

receptory komórkowe: „białka wiążące drobnocząsteczkowe ligandy i inicjujące odpowiedź komórki. R.P. dzieli się na r. Związane z błoną komórkową, tzw. r. Błonowe i cytoplazmatyczne” (WSM: 1158); *Kolejnymi lekami hipoglikemizującymi są pochodne sulfonylomocznika. Stymulują one komórki β wysp trzustkowych do uwalniania insuliny przez wiązanie się ze specyficznymi receptorami komórkowymi, co powoduje depolaryzację komórek β i uwalnianie zapasów insuliny* (MpD 9/2019 50);

receptory M (receptory muskarynowe): „grupa receptorów metabotropowych zlokalizowanych na błonach komórkowych, których pobudzenie w organizmie przez acetylocholinę wiąże się z aktywacją białka G i wymianą GDP na GTP”¹⁵⁷; *Ponieważ receptory M przeważają w centralnych drogach oddechowych, a β_2 adrenoreceptory*

¹⁵⁴ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Enterocyt> [dostęp z dnia 7.04.2021 r.]

¹⁵⁵ https://pl.wikipedia.org/wiki/Kom%C3%B3rki_Kupffera [dostęp z dnia 7.04.2021 r.]

¹⁵⁶ <https://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/kom%C3%B3rki%20t%C5%82uszczowe.html> [dostęp z dnia 2.05.2021 r.]

¹⁵⁷ https://pl.wikipedia.org/wiki/Receptory_muskarynowe [dostęp z dnia 9.05.2021 r.]

wykazują wyższy poziom ekspresji w obwodowych drogach oddechowych, kombinacja LABA i LAMA wpływa optymalnie na rozszerzenie oskrzeli we wszystkich obszarach układu oddechowego (MpD 12/2018/39);

receptory Toll-podobne: „rodzina białek odgrywająca kluczową rolę w odpowiedzi odpornościowej nieswoistej (wrodzonej). Nazwa tych receptorów pochodzi od nazwy (toll) wcześniej odkrytego genu muszki owocowej (*Drosophila melanogaster*)”¹⁵⁸; Wskutek tego dochodzi do aktywacji receptorów Toll-podobnych typu 4 (TLR 4 – Toll like receptor 4) i CD14, co stymuluje ekspresję czynnika jądrowego (MpD 9/2019/51);

receptory β_3 (receptory adrenergiczne): „Receptory te związane są z częścią współczulną autonomicznego układu nerwowego”¹⁵⁹; Receptory β_3 są przede wszystkim zlokalizowane w tkance tłuszczowej brunatnej (MpD 12/2018/47);

3.3.14. Nazwy wirusów i bakterii

bacteroides: „rodzaj bakterii, będących pałeczkami gram-ujemnymi, należącymi do bezwzględnych beztlenowców. Wchodzą one w skład fizjologicznej flory bakteryjnej przewodu pokarmowego człowieka”¹⁶⁰; Dotychczas jednak nie było wiadomo, czy ta różnica może ilustrować związek przyczynowo-skutkowy oraz czy i na ile szczepy *Bacteroides* mogą rzeczywiście chronić przed miażdżycą (MT 2/2019/38);

bakteria *Borrelia burgdorferi*: „mikroaerofilna bakteria Gram-ujemna o kształcie krętka średnicy 0,3-0,5 μm i długości 20-30 μm powodująca w Ameryce Północnej najczęściej spośród krętków *Borrelia* chorobę zakaźną – boreliozę. W Europie chorobę najczęściej wywołują krętki: *B. garinii* oraz *B. afzelii*”¹⁶¹; Zakażenie bakterią *Borrelia burgdorferi* można uniknąć nie tylko poprzez szybkie, ale przede wszystkim prawidłowe usunięcie kleszcza. Wprowadzanie bakterii *B. burgdorferi* do skóry następuje co najmniej po 24 godzinach żerowania. Zatem wczesne usunięcie zapobiega zakażeniu (MpD 9/2019/43).

bakteria *Prevotella*: „rodzaj beztlenowych bakterii Gram-ujemnych. Do rodzaju należą polimorficzne pałeczki, których wzrost jest hamowany w obecności 20% żółci. Wchodzą

¹⁵⁸ https://pl.wikipedia.org/wiki/Receptory_toll-podobne [dostęp z dnia 7.04.2021 r.]

¹⁵⁹ https://pl.wikipedia.org/wiki/Receptory_adrenergiczne [dostęp z dnia 9.05.2021 r.]

¹⁶⁰ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Bacteroides> [dostęp z dnia 9.05.2021 r.]

¹⁶¹ https://pl.wikipedia.org/wiki/Borrelia_burgdorferi [dostęp z dnia 7.04.2021 r.]

w skład mikroflory jamy ustnej. Są wykrywane w kale człowieka”¹⁶²; *Boursier i Mueller* przebadali 57 Europejczyków z potwierdzoną w biopsji wątroby NAFLD i zaobserwowali wzrost ilości *Bacteroides* (typ *Bacteroidetes*) u pacjentów z NASH i wzrost bakterii *Ruminococcus* (typ *Firmicutes*) u pacjentów z włóknieniem wątroby oraz obniżenie liczby bakterii *Prevotella* (typ *Bacteroidetes*) u pacjentów z NASH (MpD 9/2019/52);

bartonelle: „drobnoustrój z rodziny *Bartonellaceae*; wywołuje zakażenie znane pod nazwą gorączki Oroya lub brodawczakowatości peruwiańskiej” (WSM: 96); *Stwierdzono występowanie Bartonella henselae w kleszczach, jednak jak dotąd nie opisano przypadków zachorowań po pokłuciu przez te pajęczaki w Polsce* (MpD 9/2019/45);

wirus Dengi: „wirus (...) przenoszony przez komary, występujący w obu pasach podzwrotnikowych i pasie zwrotnikowym; w.d. (...) wywołują u człowieka zakażenie, zw. gorączką denga” (WSM: 1466); *Gorączka wywołana wirusem Dengi przebiega jako ostra choroba gorączkowa z 2 lub większą liczbą objawów niespełniających definicji gorączki krwotocznej* (MpD 9/2019/39);

wirus ebola: „wirus wyisobniony na terenie Sudanu i Zairu, należący do rodziny *Filoviridae*, zawierający RNA, wywołujący bardzo zaraźliwą, ciężką, o znacznej śmiertelności chorobę zakaźną, przebiegającą z wysypką plamistogrudkową i z objawami krwotocznymi” (WSM: 1466); *W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić: inne gorączki krwotoczne wywołane przez wirus ebola, lassa, marburg, żółtą gorączkę, gorączkę krymsko-kongijską, zakażenie wirusem hanta, malarię, dur brzuszny, sepsę, leptospirozę i inne* (MpD 9/2019/40);

wirus japońskiego zapalenia mózgu: „wirus występujący na terenie Azji i Australii, izolowany z komarów i niektórych kręgowców; wywołuje u człowieka zapalenie mózgu o różnym nasileniu klinicznym” (WSM: 1467); *Japońskie zapalenie mózgu jest najczęściej diagnozowanym epidemicznym zapaleniem mózgu na świecie. (...) wywołuje wirus japońskiego zapalenia mózgu* (MpD 9/2019/40);

wirus Zika: „flawiwirus izolowany od komarów na terenie Ugandy; wywołuje u człowieka gorączkę z bólami mięśni” (WSM: 1470); *Wirus Zika może być przenoszony na człowieka pokłuciem przez komara, transfuzją krwi, przeszczepieniem narządów,*

¹⁶² <https://pl.wikipedia.org/wiki/Prevotella> [dostęp z dnia 7.04.2021 r.]

wewnątrzłóżyskowo, poprzez kontakty seksualne i podczas pracy laboratoryjnej (MpD 9/2019/39);

Analiza polskich terminów pozwala zaobserwować, że w *dyskursie medycznym* można wyodrębnić wiele istotnych dla niego grup semantycznych. Można zauważyć, że wszystkie te grupy łączy to, że nazwy w nich zawarte pomagają w leczeniu, diagnozowaniu czy opisie różnych chorób (choroby są więc tym, co dla *dyskursu medycznego* jest najbardziej istotne). Nazwy metod, sposobów leczenia czy leków pozwalają na przekazanie odbiorcy informacji dotyczącej tego, w jaki sposób wyleczyć chorobę, nazwy specjalistów czy specjalizacji odnoszą się do dziedzin, które zajmują się leczeniem poszczególnych chorób, wskaźnik i parametry pomagają w zdiagnozowaniu choroby czy w jej rozpoznaniu. To, co znajduje się w organizmie człowieka (substancje, cząsteczki, hormony) może wskazywać na różne nieprawidłowości (jeśli ich współczynnik jest za niski lub za wysoki), podobnie różnorodne procesy, które można obserwować. Nazwy chemiczne są istotne, ponieważ na bazie związków chemicznych są tworzone leki, którymi można wyleczyć chorobę. Urządzenia i różne narzędzia pomagają w wykonywaniu operacji, zabiegów lub w przebiegu leczenia. Można więc wysnuć wniosek, że wszystkie te grupy są ważne dla *dyskursu medycznego* z tego powodu, że w mniejszym lub większym stopniu służą opisaniu chorób, sposobów ich diagnozy, a w ostateczności ich wyleczenia.

W *dyskursie medycznym* są używane terminy jednowyrazowe, w których dominują rzeczowniki, bo cechą przymiotników jest to, że wykazują łączliwość z rzeczownikami, wchodzą więc w skład terminów dwuwyrazowych, np. *postępowanie przeciwkaszłowe*. Wśród terminów jednowyrazowych występują również takie, które przekazują pewne ważne kwestie (jako że cechą terminu jest to, że musi być konkretny i precyzyjny): *zapalenie*, *niewydolność*, *zaburzenie* to istotne informacje, które dużo mówią o określonej chorobie. Przekazywanie wiedzy medycznej odbywa się również za pośrednictwem terminów dwu- lub kilkuwyrazowych (głównie wtedy, gdy nazwa wyrażona przez rzeczownik jest nieprecyzyjna i nie stanowi konkretnej dawki wiedzy dla odbiorcy. Terminy, które zwykle przynależą do polszczyzny ogólnej, zostają doprecyzowane poprzez użycie przymiotników (por. *leczenie przyczynowe*). Terminy te są najczęściej rzeczownikami odczasownikowymi i są w nich zawarte różne informacje dla odbiorcy: po pierwsze istnieje coś takiego jak *leczenie przyczynowe*, po drugie

wykorzystuje się je właśnie podczas leczenia tej choroby, po trzecie: *leczenie przyczynowe*, to leczenie, w którym są zwalczane przyczyny choroby). Terminy wielowyrzowe nie służą ekonomii językowej, ale dzięki nim można zauważyć dążność nadawcy do doprecyzowania, uściślenia informacji potrzebnych dla odbiorcy. Przymiotniki lub rzeczowniki niosą tu dodatkową treść (por. *choroba stawów – choroba zwyrodnieniowa stawów – choroba zwyrodnieniowa stawów rąk*).

Dyskurs medyczny jest typem *dyskursu*, dla którego ważne jest precyzyjne przekazanie informacji o chorobie, o sposobach jej wyleczenia, o narzędziach, które pomagają w leczeniu i wykonywaniu zabiegów. Celem *dyskursu* jest w pewnym sensie wyedukowanie odbiorcy, przekazanie mu istotnych treści na temat choroby, na temat problemów, które mogą się pojawić podczas jej leczenia czy na temat wyboru odpowiednich metod. W informowaniu odbiorcy dużą rolę spełniają terminy. Mogą one być ogólne (*leczenie, badanie, lek przeciwcukrzycowy*), mogą też być konkretne i precyzyjne (*leczenie objawowe, ultrasonografia, metformina*), są jednowyrzowe, ale również składają się z kilku członów doprecyzowujących treść, która jest dla *dyskursu* medycznego ważna.

Rozdział 4

Terminologia medyczna – mechanizmy zmian semantycznych

Mimo że Lothar Hoffmann pisał o tym, że derywacja morfologiczna, a konkretnie modele słowotwórcze są właściwie niewyczerpanym źródłem wzbogacającym leksykę specjalistyczną (Hoffmann 1988: 300), nie można zapomnieć o równie ważnej derywacji semantycznej, która wg Katarzyny Siewert „polega na przejęciu jednostki leksykalnej z języka ogólnego do języka specjalistycznego i nadaniu jej nowego znaczenia (...) Derywacja semantyczna powoduje przekształcenie struktury znaczeniowej, polegające na zmianie doboru i układu cech semantycznych, co prowadzi do powstania nowej jakości znaczeniowej, wskazującej zarówno podobieństwo, jak i różnice w stosunku do znaczenia wyjściowego” (Siewert 2010: 83). Na ten temat pisał również S. Gajda, który taką metodę tworzenia terminów nazwał nominacją sekundarną. Zauważył, że: „derywacja semantyczna w szerokim znaczeniu polega na użyciu istniejących już w języku środków nominacji w nowej funkcji nazywania (...) Może ona mieć charakter tekstowy, doraźny bądź systemowy, językowy” (Gajda 1990b: 106). Podczas tworzenia derywatów semantycznych ważne są znaczenia, których nazwy są wykorzystywane w zupełnie nowej funkcji nominacyjnej. W wyniku takiego zabiegu otrzymuje się takie terminy, które są motywowane semantycznie, ale bez wykładników formalnych. Oznacza to, że zmianie ulega znaczenie, a nie forma jednostki leksykalnej. Efektem derywacji semantycznej może być między innymi inna łączliwość terminów z jednostkami leksykalnymi języka ogólnego. Na podobną kwestię zwrócił wcześniej uwagę Ryszard Tokarski, który rozumie ten proces jako przekształcanie „struktury semantycznej znaczenia wyjściowego Z_w wyrazu L , w wyniku którego otrzymuje się pochodne znaczenia Z_p tej samej jednostki L , przy czym Z_w i Z_p mają wspólny jeden przynajmniej element znaczeniowy (węzeł semowy) [...] Innymi słowy, derywacja semantyczna jest to zmiana doboru i/lub hierarchii semów w znaczeniu Z_w jednostki L , w wyniku której otrzymuje się nową jakość Z_p , wykazującą podobieństwo i różnice względem Z_w ” (Tokarski 1981: 94).

Wyróżnia się trzy typy tworzenia nominacji: metaforyzację, metonimizację i specjalizację znaczenia. Wspomniany już S. Gajda pisał, że najczęściej terminy są motywowane znaczeniami słów z języka ogólnego, „co szczególnie widać

w terminologiach technicznych i przyrodniczych z określonych grup tematycznych (np. nazw części ciała, odzieży, roślin, zwierząt, zjawisk atmosferycznych)” (Gajda 1990b: 107). Jednak podstawą derywacji semantycznej mogą być również jednostki leksykalne pochodzące z terminów używanych w innych dziedzinach (tzw. polisemia międzyterminologiczna), a nawet z gwary. W przypadku terminologii medycznej, derywacja semantyczna sprowadza się do pięciu różnych typów, którymi są: 1) specjalizacja znaczenia (zmiana znaczenia jednostki leksykalnej lub użycie jednostki leksykalnej w nowych kontekstach), 2) metafora, 3) polisemia międzyterminologiczna i 4) obecność jednostek leksykalnych, które już wyszły z użycia (archaizmy).

4.1. Specjalizacja znaczenia

Specjalizacja znaczenia to proces, który następuje przez rozszerzenie lub zawężenie znaczenia wyjściowego. W *dyskursie medycznym* przejawia się on na dwa sposoby: 1. w zmianie znaczenia jednostek leksykalnych wykorzystywanych w języku ogólnym, 2. w przejmowaniu jednostek leksykalnych z języka ogólnego do tworzenia nowych, nietypowych kontekstów znaczeniowych, najczęściej bez zmiany znaczenia (w takiej sytuacji podstawowe znaczenie wyrazu wynika z kontekstu i jest powszechnie zrozumiałe dla każdego odbiorcy).

4.1.1. Zmiana znaczenia

Martyna Michaluk pisała, że „zmiana znaczenia w niektórych przypadkach następuje razem z procesami rozszerzenia lub zawężenia znaczenia. Poprzez metaforyzację lub analogię pojawiają się bowiem nowe słowa – homonimy. Zmiana znaczenia może być spowodowana nie tylko wewnętrznymi potrzebami języka, ale również dążeniem (np. dziennikarzy) do stworzenia modnego słowa możliwego do zastosowania w dowolnej sytuacji” (Michaluk 2014: 232). Zmiany znaczenia dotyczą nie tylko języka ogólnego, który w swojej naturze ulega przeobrażeniom, ale są również związane z terminologią. Język medyczny przeobraża się równie szybko, jak język ogólny, o czym mogą świadczyć dostrzeżone przez Dorotę Gonigroszek nazwy chorób, które nie są już używane w środowisku medycznym (np. *karbunkul* czy *petocie*) (Gonigroszek 2017). Zmiana znaczenia jest procesem, który jest wpisany w kształtowanie się różnych terminologii (Siewert 2010). Można również zaobserwować proces

odwrotny, tzn. taki, w którym terminy z języka medycznego w są wykorzystywane w języku ogólnym, np. (*gangrena, cholera*) (Pukalska 2013).

W dyskursie medycznym przeważają takie części mowy jak: rzeczowniki i przymiotniki, czasowniki występują znacznie rzadziej, ponieważ rzeczowniki odczasownikowe wypełniają te konteksty, w których mówimy o czynnościach, a ponieważ jest to styl naukowy, to jest to cecha konstytutywna tego stylu. Analizowane terminy zostały zaprezentowane w porządku alfabetycznym.

Ekspozycja¹⁶³

Jednym z terminów, (a ściślej rzecz ujmując jednym z derywatów semantycznych)¹⁶⁴, który powstał poprzez zmianę jego powszechnego znaczenia jest *ekspozycja*. Zgodnie ze *Słownikiem języka polskiego*, *ekspozycja* to: „1. «zbiór przedmiotów w muzeum, galerii lub na wystawie» 2. «zaprezentowanie czegoś» 3. «położenie czegoś w stosunku do stron świata» 4. «w taternictwie i alpinistyce: usytuowanie jakiegoś miejsca nad stromym spadkiem terenu» 5. «naświetlenie błony fotograficznej, kliszy lub filmu» 6. *lit.* «sytuacja wprowadzająca w akcję» 7. *muz.* «pierwsze przeprowadzenie tematu przez poszczególne głosy w fudze» 8. *muz.* «prezentacja tematów w sonacie»”¹⁶⁵. Warto podkreślić, że ten termin poza znaczeniem z języka ogólnego, jest wykorzystywany również w innych dziedzinach, między innymi w muzyce. W powszechnym rozumieniu dotyczy ekspozatów, które można obserwować w muzeum. *Ekspozycja* to cały zbiór takich przedmiotów, które zostały powszechnie udostępnione dla każdego w konkretnym miejscu. Znaczenie tego terminu w *Wielkim słowniku medycznym* wydaje się trochę anachroniczne. *Ekspozycja* to: „sumaryczny ładunek elektr. Jednego znaku wytworzony przez promieniowanie

¹⁶³ Nie podlega to moim badaniom, ale termin *ekspozycja* ma jeszcze inne ciekawe określenia, które pojawiają się w medycznych pismach urzędowych (*por. ekspozycja zawodowa, ekspozycja masywna, ekspozycja wątpliwa, ekspozycja prawdopodobna itp.*). Szczególną uwagę zwraca również termin *osoba ekspozowana*, tzn. „osoba, która została narażona, w wyniku kontaktu z krwią lub IPIM na ryzyko zakażenia WZW oraz HIV w czasie wykonywania obowiązków zawodowych”; <https://www.doipip.wroc.pl/download/pl/medycyna%20szkolna/postpowanie%20po%20ekspozycji%20zawodowej%203.pdf> [dostęp z dnia 23.04.2021 r.]; Okazuje się, że w czasopismach medycznych termin *ekspozycja zawodowa* również się pojawia, choć odnotowano jedynie jeden taki kontekst: *Drogi zarażenia się malarią są następujące: (...) przypadkowe zaktucia w trakcie pracy z zarażonym materiałem biologicznym w laboratorium lub ekspozycje zawodowe* (MpD 4/2019/64).

¹⁶⁴ bo, jak pisała Emilia Radtke „derywatami semantycznymi są neosemantyzmy i neofrazeologizmy, czyli wyrazy i wyrażenia, które zyskują w tekście inne, nowe, pozasłownikowe znaczenia”(Radtke 1990: 140).

¹⁶⁵ <https://sjp.pwn.pl/sjp/ekspozycja;2556274.html> [dostęp z dnia 23/04/2021 r.]

jonizujące w jednostce masy powietrza; Poddanie działaniu promieniowania jonizującego organizmów żywych w celach leczniczych. Ekspozycji poddaje się także substancje i błony rentgenowskie” (WSM: 318). Takie znaczenie analizowanego terminu jest bardzo ograniczone w stosunku do jego aktualnych użyc. W słowniku medycznym dotyczy jedynie działania promieniowania jonizującego, a ściślej rzecz ujmując, czynności wykonywanej na organizmach żywych.

Aktualne konteksty wybrane z czasopism medycznych „Medical Tribune” i „Medycyna po Dyplomie” wskazują na zupełnie inne znaczenie terminu *ekspozycja*. E. Radtke pisała o tym, jak ważny jest kontekst w interpretacji neosemantyzmów¹⁶⁶: „To właśnie kontekst, pełniąc funkcję potężnej dźwigni stymulująco-motywacyjnej znaczeń, przesądza o kierunku interpretacji wyrazu czy wyrażenia. Kontekst „bliższy”, inaczej: bezpośrednie otoczenie wyrazu, ustanawia wielorakie więzi między słowami, wpłatając je w liczne nowe relacje” (Radtke 1990: 142). Przeprowadzone analizy pokazały, że *ekspozycja* to: 1. narażenie się na coś, 2. zetknięcie się z czymś, 3. kontakt z czymś. Takie konteksty powstały prawdopodobnie poprzez skojarzenie z czasownikiem eksponować: „1. «wystawiać na pokaz» 2. «wysuwać kogoś lub coś na pierwszy plan»”¹⁶⁷. Kontakt ze źródłem zagrożenia, to nic innego jak „wystawienie się” na to zagrożenie. Świadczy o tym również jeden z kontekstów, w którym okres letni *eksponuje nas* na choroby, tzn. naraża nas na nie. W tym czasie jesteśmy wyeksponowani, a ściślej rzecz ujmując nasze ciało:

Okres letni wiąże się z dłuższym przebywaniem w lesie, w parkach i na terenach łąkowych oraz z wyjazdami wakacyjnymi do krajów strefy tropikalnej, subtropikalnej i śródziemnomorskiej, **co eksponuje nas** na choroby zakaźne, których wektorami są stawonogi, a w szczególności komary i kleszcze. (MpD 09/2019/ 37)

Ekspozycja dotyczy wielu różnych aspektów życia pacjenta i zawsze ma konotacje negatywne. Warto zwrócić uwagę na rzeczownik „narażenie”, którym można zastąpić analizowany termin. To rzeczownik pochodzący od czasownika narażić, tzn. „«wystawić

¹⁶⁶ Warto w tym miejscu zaznaczyć różnicę pomiędzy neosemantyzacją a specjalizacją znaczenia. Neosemantyzmy terminologiczne, powstałe w wyniku specjalizacji znaczenia, nie mają charakteru metaforycznego, ani metonimicznego. Zaś neosemantyzmy spotykane w języku ogólnym, jak pisała Malwina Jabczuga-Gębalska, „mają najczęściej metaforyczny lub metonimiczny rodowód, zmieniają bowiem swoją treść i zakres na podstawie mechanizmu metafory lub metonimii” (Jabczuga-Gębalska 2010: 93). Wobec tego neosemantyzmy terminologiczne należy traktować jako odrębny gatunek neosemantyzmów (podobnie jak neosemantyzmy środowiskowe).

¹⁶⁷ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/eksponowa%C4%87.html> [dostęp z dnia 11.08.2020 r.]

kogoś albo coś na niebezpieczeństwo, na działanie czegoś szkodliwego lub sprawić, że ktoś doznał nieprzyjemności»¹⁶⁸, a wystawić to inaczej wyeksponować. *Ekspozycja* może być bezprzymiowa, jeśli łączy się z tą częścią, której dotyczy (*ekspozycja płodu, ekspozycja ciała*), ale występuje również z przymiotnikiem „na”, wówczas gdy ma się na myśli obiekt, składnik, substancję, która jest szkodliwa, np.: *statyny ekspozycja na statyny, choroby ekspozycja na choroby, zakażenie ekspozycja na zakażenie, promieniowanie ekspozycja na promieniowanie, światło słoneczne ekspozycja na światło słoneczne, grypa ekspozycja na wirus grypy, alergen ekspozycja na alergen, szkodliwe cząsteczki ekspozycja na szkodliwe cząsteczki* itp. Z analizy kontekstów wynika, że termin ten łączy się z wszystkim, na co może być narażony pacjent, z czym miał kontakt, z czym się zetknął i właśnie to zetknięcie, kontakt czy narażenie sprawiło, że odczuwa objawy choroby:

Nasilenie suchości w jamie ustnej i gardle zależy od stopnia **ekspozycji na promieniowanie** gruczołów ślinowych. Ze wszystkich głównych gruczołów ślinowych ślinianka przyuszna jest najbardziej wrażliwa na promieniowanie. (MpD 09/2019/ 66)

Ten kontekst wskazuje na konkretne objawy, które wystąpiły po promieniowaniu, w tym wypadku są nimi: suchość w jamie ustnej i gardle.

Joanna Kuć pisała o tym, że wyrazy specjalistyczne mogą mieć różne znaczenie, w zależności od kontekstu użycia: „duża liczba przytoczonych wyrazów specjalistycznych może mieć jednak różne znaczenia (...) Interpretacja ich treści uzależniona jest więc od całego kontekstu użycia, bo tylko on dostatecznie wyraźnie wskazuje ich pełny sens” (Kuć 2011: 372). W leksyce medycznej terminy mają zwykle jedno nowe znaczenie, choć czasami konteksty ukazują je w nowym świetle i mówią o nich coś więcej. Inny kontekst związany z *ekspozycją* ukazuje opis choroby, której przyczyną jest *ekspozycja* na szkodliwe gazy czy cząsteczki. Warto zwrócić uwagę na przymiotnik „istotna”, który (zgodnie z jego podstawowym znaczeniem) mógłby sugerować, że *ekspozycja* jest czymś, na co powinno się zwracać uwagę, czego nie można bagatelizować:

Charakteryzuje się uporczywymi objawami ze strony układu oddechowego i ograniczeniem przepływu powietrza, które wiąże się z zaburzeniami dotyczącymi dróg oddechowych i/lub

¹⁶⁸ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/narazi%C4%87.html> [dostęp z dnia 11.08.2020 r.]

pęcherzyków płucnych i zazwyczaj jest spowodowane **istotną ekspozycją na szkodliwe cząsteczki** lub gazy. (MpD 12/2018/34)

Można również wyodrębnić konteksty, które wskazywałyby na to, że *ekspozycja* to zetknięcie się z czymś, kontakt z czymś (najczęściej z wirusem, z grypą, z zakażeniem). To sytuacja, w której człowiek jest narażony na ten kontakt czy na to zetknięcie:

Diagnostyka powinna zostać podjęta u osób, które przebywały na terenach występowania wirusa zika lub które miały możliwość ekspozycji na zakażenie. (MpD 09/2019/ 39)

Wśród osób narażonych na zachorowanie na grypę, a bez objawów chorobowych, farmakologiczną profilaktykę poekspozycyjną z użyciem inhibitora neuraminidazy można rozważyć u:

- dorosłych i dzieci w wieku > 3 miesięcy, u których występuje bardzo wysokie ryzyko powikłań po grypie (...) szczepienie przeciw grypie jest przeciwwskazane, niedostępne lub miałyby niską skuteczność **po ekspozycji na grypę** w gospodarstwie domowym. (MpD 09/2019/ 77)

Pojawia się również przymiotnik *eksponowany*, który posiada takie samo znaczenie, jak *ekspozycja*:

Ponadto wskaźniki rozwoju motorycznego były wyższe w grupie płodów eksponowanych na MgSO₄ w porównaniu z płodami, u których nie stosowano neuroprotekcji (MT 4/2019/41)

W badaniu stwierdzono, że częstość zgonów lub znaczącego upośledzenia rozwoju neurologicznego noworodków była znacząco mniejsza wśród płodów z IUGR śródporodowo eksponowanych na siarczan magnezu (MT 4/2019/41)

Powyższe przykłady dotyczą kontaktu ze źródłem niebezpieczeństwa dla zdrowia (z zakażeniem, z wirusem). Można narażać się na zachorowanie na grypę poprzez podejmowanie określonych działań, ale nie każde narażenie się jest ryzykiem zachorowania, zaś zetknięcie się z wirusem jest większym prawdopodobieństwem wystąpienia choroby. Należy podkreślić, że termin *ekspozycja* neutralny w języku ogólnym, nabiera w *dyskursie medycznym* pejoratywnego znaczenia

Można stwierdzić, że właściwie wszystkie przeanalizowane konteksty związane z *ekspozycją* są do siebie podobne i dają się sprowadzić do stwierdzenia, że *ekspozycja* to narażenie, kontakt, zetknięcie się z czymś, co może powodować negatywne skutki zdrowotne, stąd pojawia się również zwrot *ryzyko ekspozycji*:

Dodatkowo wszystkich rodziców i starsze dzieci należy przeszkolić w zakresie unikania spożywania alergenów (koniecznie sprawdzać etykiety – orzeszki ziemne!), sytuacji stwarzających ryzyko ekspozycji (fast foody, przygodne bary), wczesnego rozpoznawania objawów reakcji anafilaktycznej i ewentualnego jej leczenia (epinefryna!). (MpD 09/2019/103)

Ten kontekst pokazuje również, że jeżeli mówi się o alergii pokarmowej, to *ekspozycja* dotyczy spożywania pokarmów. Podobnie w innym przykładzie, gdzie *ekspozycja na alergen* dotyczy spożycia produktu, który wywołał reakcję alergiczną w organizmie:

Objawy i oznaki anafilaksji najczęściej pojawiają się w ciągu 2 godzin od ekspozycji na alergen. (MpD 09/2019/ 99)

Wśród kontekstów są również takie, w których po terminie *ekspozycja* występuje obiekt, który zostaje narażony, a dopiero później pojawia się przyimek *na*: *ekspozycja płodu na...*, *ekspozycja końcowego odcinka przełyku na...*, *ekspozycja błony śluzowej przełyku na...*, *ekspozycja przełyku na...*:

Obecnie akceptowana jest kombinacja erytromycyny z ampicyliną podawaną dożylnie przed dwa dni i następnie doustnie przez pięć dni, gdyż nie tylko wydłuża czas do wystąpienia porodu, ale również zmniejsza ekspozycję płodu na zakażenie wewnątrzmaciczne i proces zapalny. (MT 7-8/2019/38)

Niedawno zaobserwowaliśmy, że doświadczalnie wywołana ekspozycja błony śluzowej przełyku na słabo kwaśny roztwór zawierający kwasy żółciowe (prawdopodobnie analogiczne zjawisko ma miejsce u pacjentów z NERD stosujących inhibitory pompy protonowej) może zwiększać przepuszczalność nabłonka przełyku, a nawet indukować poszerzenie przestrzeni międzykomórkowych. (MpD 08/2019/39)

Kwaśna treść usuwana jest z przełyku dzięki jego perystaltyce. Zaburzenie perystaltyki końcowego odcinka przełyku wydłuża więc ekspozycję jego śluzówki na działanie kwasu solnego. Dzieje się tak w przypadku przepuklin rozworu przełykowego i nadżerkowego zapalenia przełyku (MpD 10/2010/39)

W związku z tym, że *dyskurs medyczny* charakteryzuje się skrótowością, można zaobserwować również takie konteksty, w których po terminie *ekspozycja* nie pojawia się przyimek *na*, a czytelnik już zaznajomiony ze specyfiką danej choroby, sam jest w stanie się domyślić brakującej części zdania:

Unikanie spożywania posiłków (...) nie wpływało na ograniczenie ekspozycji przełyku (MPD 10/2018/ 14)

Są jednak przykłady, w których ekspozycja nie łączy się z czymś, na co można się narazić, ale z czymś, co może pacjentowi pomóc, tzn. z lekiem. W tym ujęciu *ekspozycja* jako kontakt z czymś nie stanowi zagrożenia:

Należy również zauważyć, że decyzję o zastosowaniu neuroprotekcji podejmował lekarz prowadzący oraz że w bazie danych nie ma informacji o dawce i czasie trwania wlewu siarczanu magnezu, zatem oszacowanie ilości i czasu trwania ekspozycji na lek nie jest możliwe (MT 4/2019/41)

Epizod/ Incydent/ Zdarzenie

Kolejnym przykładem zmiany znaczenia są jednostki leksykalne: *epizod*, *incydent*, *zdarzenie*. Zostały one zestawione w jednym miejscu, ponieważ konteksty z tymi terminami wskazują na to, że można je traktować jak synonimy. *Epizod* to zgodnie ze *Słownikiem języka polskiego*: „1. krótkotrwałe zdarzenie niemające większego znaczenia 2. fragment utworu literackiego, sztuki lub filmu luźno związany z główną fabułą 3. fragment w utworze muzycznym oparty na własnym materiale tematycznym”¹⁶⁹. Znaczenie słownikowe pozwala na stwierdzenie, że *epizod* jest czymś, co nie trwa długo, jako zdarzenie nie jest istotny. Określenie fragment również sugeruje, że *epizod* jest pewnym wycinkiem, a więc w dziele literackim nie wpływa znacząco na całość utworu¹⁷⁰. Takie samo znaczenie w języku ogólnym posiada termin *incydent*: „nieprzyjemne wydarzenie, wydarzenie mało ważne”¹⁷¹. Definicja zarówno *incydentu*, jak *epizodu*, zawiera w sobie rzeczownik *zdarzenie*, który jest trzecim analizowanym w tym miejscu terminem. Można więc zauważyć, że również w języku ogólnym, słowa *epizod*, *incydent* i *zdarzenie* mają ze sobą wiele wspólnego.

W leksyce medycznej *epizod* to inaczej objaw chorobowy, który charakteryzuje się pewną powtarzalnością, ciągłością. Nie jest to zdarzenie, która ma niewielkie znaczenie, a świadczy o tym fakt, że może być czynnikiem ryzyka rozwoju choroby. Podobnie wyglądają konteksty związane z terminem *incydent*, jednak skojarzenie go z chorobą, może być uzasadnione pierwszą częścią jego słownikowej definicji, tzn. tego, że jest to nieprzyjemne zdarzenie, zaś określenie *ostry incydent* świadczy o tym, że jest to coś, co może mieć poważne skutki zdrowotne:

Chorzy po ostrym incydencie wieńcowym nie powinni do 6 miesięcy stosować NLPZ, natomiast ci, u których zlecony jest kwas acetylosalicylowy w dawkach kardiologicznych, powinni przyjmować NLPZ z zachowaniem 2-godzinnego odstępu, ibuprofen zaś jest przeciwwskazany. (MpD 5/2019/63)

Podstawowe czynniki ryzyka zakrzepowego dla chorych na czerwieńcę prawdziwą to wiek > 60 lat i przebycie epizodu zakrzepowo-zatorowego w przeszłości. (MpD 5/2019/44)

¹⁶⁹ <https://sjp.pwn.pl/sjp/epizod:2556927.html> [dostęp z dnia 11.08.2020 r.]

¹⁷⁰ Analizowany termin jest często używany w języku potocznym (por. *mieć epizod miłosny*).

¹⁷¹ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/incydent.html> [dostęp z dnia 11.08.2020 r.]

Wyniki najnowszych badań dotyczących inhibitorów PCSK9 wskazują, że osiągnięte bardzo istotne obniżenie LDL-C wiąże się z poprawą rokowania pacjentów, zmniejszeniem **ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych**. (MT 7-8/2019/57)

Rokowanie i ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych u osób z nadciśnieniem maskowanym jest porównywalne do osób z utrwalonym nadciśnieniem tętniczym (MT 6/2019/36)

Termin *zdarzenie* występuje w bardzo podobnych kontekstach, które również pozwalają stwierdzić, że jest to czynnik ryzyka, „być narażonym na zdarzenia sercowo-naczyniowe”:

Statyny obniżają ryzyko sercowo-naczyniowe, redukując częstość zawałów serca, udarów mózgu i innych **zdarzeń sercowo-naczyniowych**. (MpD 09/2019/17)

W dobie kombinowanej terapii antyretrowirusowej pacjenci zakażeni wirusem HIV żyją dłużej, tym samym są w większym stopniu narażeni na **zdarzenia sercowo-naczyniowe**. (MpD 09/2019/22)

Jednak warto podkreślić, że termin ten pojawia się również w takim połączeniu międzywyrazowym jak: *zdarzenie niepożądane*, co można definiować jako działanie niepożądane (np. leków):

NLPZ są powszechnie stosowane w leczeniu bólu, gorączki i chorób zapalnych, jednak od 3 do 5 razy zwiększają ryzyko wystąpienia poważnych zdarzeń niepożądanych w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego, takich jak krwawienie czy perforacje, co jest spowodowane hamowaniem enzymu cyklooksygenazy1. (MpD 5/2019/63)

Ponadto o *epizodzie* wspomina się lekarzowi w wywiadzie lekarskim, jest on więc istotnym faktem, mającym na celu pomoc w zdiagnozowaniu choroby, której może doświadczać pacjent:

Podstawę leczenia pacjentów z grupy niskiego ryzyka (<60 r. ż., bez **epizodów zakrzepowych w wywiadzie**) stanowią kwas acetylosalicylowy w małych dawkach (75-100 mg) i krwioupuści mające na celu utrzymanie Hct <45%. (MpD 5/2019/44)

U chorych z grupy wysokiego ryzyka (>60 lat i/lub **epizod zakrzepowo-zatorowy w wywiadzie**) dodatkowo włącza się leczenie cytoredukcyjne. (MpD 5/2019/45)

Termin *epizod* łączy się z objawami dotyczącymi różnych chorób lub bezpośrednio z nazwami chorób: *epizody pokrzywki*, *epizody sercowo-naczyniowe*, *epizody zakrzepowo-zatorowe*, *epizody depresji*, *epizody refluksu*, *epizody biegunki* czy *epizody wzrostu ciśnienia tętniczego*. Takie same związki wyrazowe są tworzone za

pośrednictwem terminów *incydent* czy *zdarzenie*: *incydenty sercowo-naczyniowe* czy *zdarzenia sercowo-naczyniowe*. Poza tym w przeanalizowanym materiale zostały wyodrębnione również związki wyrazowe: *incydenty naczyniowo-mózgowe*, *incydent okluzji tętnicy promieniowej*, *incydent wieńcowy*, *incydent zatorowy*, *zdarzenie krwotoczne*, które można byłoby również zastąpić słowem *epizod*, bez zmiany znaczenia tego terminu. W takich kontekstach *epizod*, *incydent* czy *zdarzenie* utożsamia się w sposób bezpośredni ze słowem objaw. Zasadność tego stwierdzenia potwierdza fakt, że pojawienie się **epizodu** może świadczyć o chorobie, ponieważ wcześniej pacjent czuł się bardzo dobrze:

Spontaniczna dyssekcja tętnicy wieńcowej jest ważną przyczyną ostrego zespołu wieńcowego u osób młodych i w wieku średnim, **żyjących do epizodu** w poczuciu pełnego zdrowia (MpD 12/2018/25)

Należy podkreślić, że w tekstach występuje forma rzeczownika w liczbie mnogiej: *epizody*, *incydenty*. Świadczy to o tym, że *epizod* czy *incydent* może się pojawiać częściej niż raz. W czasopiśmie medycznym można zaobserwować konteksty, w których *epizod* jako objaw chorobowy występuje często, cyklicznie się powtarza. Pacjent może się skarżyć na kilka *epizodów*, a dodatkowo termin ten jest zestawiany z rzeczownikiem „częstość”, który świadczy o stopniu nasilenia tego zjawiska. Ponadto *epizody/incydenty* mogą być krótsze lub dłuższe, mogą występować jednorazowo, ale też kilkakrotnie:

*Częstość poważnych (i mających obiektywną mierzalną skalę w postaci wzrostu CK) objawów mięśniowych w trakcie stosowania statyn jest stosunkowo rzadka. Miopatia występuje u około 0,1% pacjentów przyjmujących statyny, a rabdomioliza u 0,01%. Dla większości statyn **częstość tych incydentów** jest zależna od dawki.* (MpD 09/2019/17)

*Docelową wartość Hct <45% przyjęto na podstawie wyników badania CYTO-PV Collaborative Group porównującego **częstość epizodów sercowo-naczyniowych** u 365 pacjentów z czerwienicą prawdziwą leczonych upustami krwi i/lub hydroksykarbamidem.* (MpD 5/2019/45)

*28-letnia kobieta zgłosiła się do kliniki alergologii z powodu **kilku epizodów pokrzywki** (...) Pokrzywka zwykle trwała 12-24 godziny. W dwóch przypadkach w trakcie epizodów pokrzywki dołączyły się zawroty głowy, kołatanie serca oraz nudności i ból brzucha. Większość epizodów była poprzedzona wysiłkiem fizycznym (bieganie) po posiłku.* (MpD 09/2019/99)

*Podczas hospitalizacji mimo zmodyfikowania dotychczasowej farmakoterapii **kilkakrotnie stwierdzano epizody** wzrostu ciśnienia tętniczego do wartości 230/120 mmHg, które skutecznie obniżano za pomocą preparatów dożylnych.* (MpD 12/2018/63)

Warto również zauważyć, że przy terminie *epizod*, często występuje przymiotnik „krótki”, zaś przy terminie *incydent* „rzadki”, co wskazuje na to, że *epizody/incydenty* w kontekstach wyodrębnionych z *tekstów medycznych* w swojej naturze mają to, że są długie i częste, w przeciwnym razie wyrażenie „krótki epizod” czy „rzadko występujący incydent” można byłoby uważać za pleonazm:

Krótkie epizody fizjologiczne zarzucania żołądkowo-przełykowego, najczęściej związane z przejściowym rozkurczeniem dolnego zwieracza przełyku (DZP), **rzadko występują** podczas snu, natomiast stosunkowo **często w czasie dnia**, zwłaszcza po spożyciu posiłków. (...) **Po każdym takim** epizodzie, u zdrowej osoby, występuje szybka reakcja oczyszczania przełyku z kwaśnej treści, niezależnie od pozycji ciała. (MpD 5/2004/198)

W większości badań obejmujących pacjentów z OZW dodatkowo wskazano przy TRA mniejszy odsetek powikłań związanych z miejscem wkłucia, a **wystąpienie incydentu** objawowej okluzji tętnicy promieniowej (RAO – radial artery occlusion) po tych zabiegach wieńcowych **jest bardzo rzadkie** (0,2%). (MpD 09/2019/ 28)

O powtarzalności *epizodów/incydentów* świadczy także to, że są to objawy/ stany chorobowe, które mogą powtórzyć się w przyszłości, stąd określenia: *poprzedni epizod* (jeśli poprzedni, tzn., że teraz pojawił się ponownie), *kolejny epizod*, *ponowny nagły stan*. Występują również konteksty, które wskazują na to, że pacjenci w wywiadach lekarskich pytają o to, jakie działania podjąć, by uniknąć sytuacji wystąpienia następnego *epizodu*:

Poprzedni epizod wystąpił w trakcie wycieczki w górach po zjedzeniu kanapki z masłem i miodem. (MpD 09/2019/99)

Pacjentka, której przypadek opisano w poprzednim punkcie, zgłosiła się do swojego lekarza rodzinnego z pytaniem, jak powinna postępować, by podobne **epizody się nie powtórzyły**. (MpD 09/2019/99)

Konieczna jest zatem kompleksowa i wnikliwa ocena każdej osoby ze SCAD w celu wykrycia jej ewentualnej przyczyny oraz umożliwiająca podjęcie działań prewencyjnych zapobiegających wystąpieniu **kolejnego epizodu** lub groźnych powikłań w obrębie innych narządów. (MpD 12/2018/25)

Odpowiednio prowadzona terapia może bowiem przyczynić się do poprawy funkcji nerek czy mięśnia sercowego po **przebyłym incydencie** i zapobiec ponownym nagłym stanom nadciśnieniowym. (MpD 09/2019/34)

Dane statystyczne, którymi posługują się lekarze zawierają informację o 100 000 *epizodów*, które zostały przeanalizowane na podstawie 25 badań klinicznych:

Trzecią publikację powstałą na podstawie raportu SOS wydali w 2013 r. Varas-Lorenzo i wsp. Ich metaanaliza badań obserwacyjnych dotyczyła ryzyka świeżego zawału serca po stosowaniu

NLPZ. Na podstawie danych z 25 badań klinicznych wykazano, że na **100 000 epizodów** świeżego zawału sercowego najmniej działań niepożądanych występuje w kolejności po: naproksenie, celekoksybie, ibuprofenie, meloksykamie, rofekoksybie, diklofenaku, indometacynie, etodolaku i etorykoksybie. (MpD 5/2019/64)

Poza tym, że *epizody* mogą występować rzadziej, częściej lub jednorazowo, są konteksty, z których można się domyślić, że niektóre z nich są mniejsze (tzn. słabsze, mniej dokuczliwe), a inne większe, tzn., że nasilają się w zależności od choroby, której dotyczą lub konkretnego przypadku chorobowego:

W grupie chorych leczonych bardziej intensywnie (Hct <45%) obserwowano istotnie mniej zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych oraz rzadsze występowanie **większych epizodów** zakrzepowo-zatorowych w porównaniu z pacjentami, u których utrzymywano Hct na poziomie 45-50%. (MpD 5/2019/45)

Można jednak zaobserwować takie sformułowania, które wskazywałyby na to, że termin *epizod* pokrywa się ze znaczeniem słownikowym. Takie konteksty dotyczą specyfiki jakiejś choroby, wówczas stosuje się przymiotnik od rzeczownika *epizod* „epizodyczny”, np. *astma sporadyczna (epizodyczna)*, która charakteryzuje się tym, że objawy występują rzadko, sporadycznie. Taka sama definicja tego terminu znajduje się w słowniku pod tym pojęciem. *Epizodyczny*, tzn. „występujący rzadko i nieregularnie”¹⁷². *Astma epizodyczna* jest najłagodniejszą odmianą tej choroby. Podobnie *formy epizodycznej migreny*:

W przypadku astmy najłagodniejszej, którą kiedyś nazywaliśmy **astmą sporadyczną (epizodyczną)**, gdy objawy występują rzadko, do tej pory zalecenia mówiły, by w takich sytuacjach zalecać leki rozkurczające doraźnie i nie stosować leczenia przewlekłego. (MT 7-8/2019/60)

Nadużywanie leków jest głównym czynnikiem ryzyka transformacji migreny z **formy epizodycznej** obejmującej mniej niż 15 dni migrenowych na miesiąc w migrenę przewlekłą (MT 6/2019/39)

Inny przykład, kiedy znaczenie terminu *epizod* pokrywa się ze znaczeniem słownikowym pochodzi z tekstu, w którym autor pisze o *zgadze czynnościowej*. Definicja tej choroby wskazuje na to, że jeden z objawów charakterystyczny dla niej, występuje *epizodycznie*:

W Kryteriach Rzymskich II definiuje się ją jako występujące epizodycznie uczucie palenia za mostkiem, któremu nie towarzyszy patologiczny refluks żołądkowo-przełykowy, zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego ani jakakolwiek zmiana organiczna. Prawdopodobnie u tych

¹⁷² <https://sjp.pwn.pl/szukaj/epizodyczny.html> [dostęp z dnia 11.08.2020 r.]

pacjentów ekspozycja na kwaśną treść żołądkową nie jest główną przyczyną dolegliwości, zatem patofizjologia zgagi czynnościowej pozostaje niewyjaśniona¹⁷³.

Postępowanie

Postępowanie to rzeczownik, który powstał od czasownika postępować, tzn., „1. «zachować się w określony sposób» 2. «obejść się z kimś w pewien sposób» 3. «pójść w jakimś kierunku, za kimś lub za czymś» 4. «przejsć w kolejny etap, zrobić postępy w jakimś działaniu»¹⁷⁴. Wskazuje on na czynność, która jest związana z określonym sposobem zachowania w jakiejś sytuacji, podjęciem pewnych działań w stosunku do kogoś, czegoś. W *Wielkim słowniku medycznym* nie ma definicji terminu *postępowanie*, można się jednak dowiedzieć, czym jest postępowanie wyczekujące: „expectatio; odłożenie decyzji operacyjnej w oczekiwaniu na dalszy rozwój ostrej choroby, która może ulec remisji lub dalszemu zaostrzeniu” (WSM: 1050). *Postępowanie* jest tutaj podjęciem decyzji (w tym wypadku jest nią zaniechanie pewnego działania), która ma wpływ na leczenie jakiejś choroby. W analizowanym materiale rzeczownik ten występuje bardzo często i w różnych kontekstach, jednak jego rozumienie zależy od tego, kto wykonuje czynność. Jeśli pacjent, jest to sposób działania, który podejmuje się po to, by zapewnić sobie lepszą kontrolę choroby, tzn. by czuć się lepiej czy pozbyć się uciążliwych dolegliwości. W takim kontekście *postępowanie* byłoby pewnym zaleceniem od lekarza dla pacjenta, a tym zaleceniem jest, np. przyjmowanie leków lub *postępowanie objawowe*:

Wytyczne pozwalają na szybką intensyfikację terapii w przypadku słabszej kontroli i częstszych zaostrzeń albo na zmniejszenie dawek, gdy stan pacjenta staje się stabilny. Jednak nie oznacza to, że pacjent może całkowicie zrezygnować z przyjmowania leków. **Postępowanie ma być takie**, by kontrola astmy była pełna (MpD 09/2019/ 23).

Poza leczeniem przyczynowym warto pamiętać również o **zaleceniu pacjentom** możliwego **postępowania objawowego**, które pomoże im złagodzić takie dolegliwości, jak: uczucie podrażnienia błony śluzowej jamy ustnej lub gardła, drapania czy suchości. (MpD 09/2019/ 68)

Pozostałe konteksty wskazują na czynności wykonywane przez lekarzy, wówczas *postępowanie* to: standardy leczenia, które się opracowuje, to jak leczymy (czyli sposób leczenia), to coś, na czym leczenie się opiera:

¹⁷³ Ten fragment artykułu z czasoisma „Medycyna po Dyplomie” znajduje się na stronie internetowej: https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/011/106/original/Strony_od_MpD_2010_10_-6.pdf?1467978625 [dostęp z dnia 11.08.2020 r.]

¹⁷⁴ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/post%C4%99powa%C4%87.html> [dostęp z dnia 11.08.2020 r.]

Z kolei **leczenie** szpitalne **opiera się na** dobrze ugruntowanych **standardach postępowania**, w których niewątpliwie priorytetowym działaniem jest intensywne nawodnienie pacjenta, insulinoterapia i uzupełnienie niedoborów potasu. (MpD 12/2018/17)

W przypadku stwierdzenia tętniaka rozwarstwiającego typu A (wrota rozwarstwienia w aorcie wstępującej), terapię należy kontynuować do czasu pilnego leczenia operacyjnego, a w przypadku tętniaków typu B (wrota rozwarstwienia w aorcie zstępującej) **sposób postępowania** w dużej mierze zależy od objawów niedokrwienia narządów i szczególnych wskazań do leczenia inwazyjnego. (MpD 09/2019/33)

Postępowanie to, np. nadzór onkologiczny, monitorowanie choroby, czyli działania, które są podejmowane przez lekarzy, by ją wyleczyć.

Na szczególną uwagę zwracają przyimki, które łączą się z tym rzeczownikiem: *postępowanie u* (pacjentów), *postępowanie dla* (pacjentów), *postępowanie z* (pacjentami), *postępowanie w*¹⁷⁵ (chorobie). Przyimki *u*, *z* i *dla* łączą się z agensem. Używamy ich, gdy mówimy o osobie, którą w tym przypadku jest pacjent, czyli chory. Przyimek *w* z kolei występuje wówczas, gdy nie mówimy o chorym, ale o abstrakcie (nazwie choroby czy terapii):

Ostatecznie można rozważyć ten sposób **postępowania u** wybranych chorych, stosując zasadę przewagi korzyści nad ryzykiem w długotrwałym leczeniu. (MpD 5/2019/15)

Podobnie jak w wielu innych dziedzinach medycyny w odniesieniu do ZUM i OOZN nie opracowano dotąd odrębnych zasad **postępowania dla** chorych w podeszłym wieku. (MpD 5/2019/15)

Szczególnie istotnym zagadnieniem jest **postępowanie z** kobietami w wieku rozrodczym po przebyciu SCAD. (MpD 12/2018/24)

Istnieją ponadto wytyczne Polskiego Towarzystwa Okulistycznego z 2017 roku dotyczące **postępowania w terapii** cukrzycowej obrzęku płamki, czyli jednej z form retinopatii cukrzycowej. (MpD 12/2018/33)

Sekcja Hepatologiczna Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii (PTG-E) postanowiła wyjść naprzeciw tym potrzebom, tworząc wytyczne **postępowania w** chorobach cholestatycznych występujących u dorosłych z pominięciem chorób nowotworowych i nienowotworowych dotyczących wybiórczo dużych dróg żółciowych. (MpD 12/2018/27)

Przeanalizowane konteksty pozwalają na to, by wyciągnąć wnioski, że rzeczownik *postępowanie* w leksyce medycznej jest synonimem rzeczownika *leczenie* czy *terapia*, świadczą o tym przymiotniki, które mu towarzyszą, np. *postępowanie różnicowe* (*terapia*

¹⁷⁵ Zwrot *postępowanie w*, przypomina określenie wykorzystywane w leksyce prawniczej: *postępowanie w sprawie*.

różnicowa), *postępowanie objawowe (leczenie objawowe)*, *postępowanie eksperymentalne (leczenie eksperymentalne)*, *postępowanie profilaktyczne (postępowanie lecznicze)*:

W **postępowaniu różnicowym**¹⁷⁶ należy uwzględnić także inne pozasercowe przyczyny dolegliwości bólowych w klatce piersiowej. (MpD 12/2018/24)

Próby leczenia UDCA lub GKS traktuje się jako **postępowanie eksperymentalne**, nie ma bowiem dowodów na skuteczność takiego postępowania w kontrolowanych badaniach klinicznych. (MpD 12/2018/30)

Otyłość brzuszna u pacjenta powinna stanowić dla lekarza pierwszego kontaktu sygnał ostrzegawczy i znajdować odzwierciedlenie w dalszym **postępowaniu – profilaktycznym lub leczniczym**. (MpD 12/2018/52)

Transmisja

Transmisja to termin, który pojawia się w czasopismach medycznych w kontekstach związanych z wirusem i zakażeniem. W *Słowniku języka polskiego* ma on trzy podstawowe znaczenia: „1. «bezpośrednia relacja z jakichś wydarzeń, przekazywana przez telewizję lub radio; też: przekazywanie takiej relacji» 2. «przesyłanie na odległość dźwięków, obrazów lub innych sygnałów za pośrednictwem fal elektromagnetycznych» 3. «przekazywanie energii silnika innym urządzeniom»¹⁷⁷. W codziennej komunikacji często używamy sformułowania: transmisja danych (inaczej teledacja). Jest to „«system odbioru i przekazywania między komputerami danych w postaci cyfrowej»¹⁷⁸. Kluczowe dla rozumienia tego terminu w leksyce medycznej jest słowo przekazywanie i przesyłanie. W *Wielkim słowniku medycznym* termin ten nie występuje, co może oznaczać, że jest on częściej używany w *dyskursie* współczesnym, *dyskursie publicystycznym*. Informacje zawarte w słowniku wskazują na to, że wcześniej zamiast tego terminu używało się słowa przenoszenie: „w. argentyńskiej gorączki krwotocznej; w. Junin; wirus izolowany w Argentynie (prowincja Buenos Aires) od chorych i od gryzoni, przenoszony przez roztocze i kleszcze” (WSM: 1465), „w. boliwijskiej gorączki krwotocznej’ w. Machupo; arenawirus izolowany w 1963 r., przenoszony z myszowatych na człowieka przez kleszcze” (WSM: 1465).

¹⁷⁶ Na fakt istnienia różnych rodzajów postępowania zwróciłam już uwagę w rozdziale 3, na stronie 137.

¹⁷⁷ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/transmisja.html> [dostęp z dnia 11.08.2020 r.]

¹⁷⁸ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/teledacja.html> [dostęp z dnia 11.08.2020 r.]

Wszystkie powyższe informacje wskazują na to, że *Transmisja* jest terminem, który zaczął być używany stosunkowo niedawno. *Transmisja* to przede wszystkim przenoszenie wirusa:

JEV krąży wśród dzikich brodzących ptaków w Azji i jest przenoszony przez komary z rodzaju *Culex*. Opisywano również **transmisję wirusa** poprzez wydzieliny z dróg oddechowych. (MpD 09/2019/40)

Warunkiem wdrożenia prewencji wertykalnej **transmisji HIV** jest wiedza o zakażeniu HIV ciężarnej. (MpD 5/2019/35)

Inne konteksty wskazują na to, że *transmisja* to sposób zarażenia się, ryzyko zarażenia, dalsze (kolejne) zarażenia:

Tularemia jest wysoce zakaźną chorobą wywołaną przez Gram (-) bakterię o nazwie *Francisella tularensis*. Do zarażenia może dochodzić **w jeden z następujących sposobów**:
-**poprzez bezpośrednią transmisję** ze zwierzęcia, które jest rezerwuarem (MpD 09/2019/40)

Biorąc pod uwagę **ryzyko transmisji zakażeń** w tych społecznościach oraz wszechobecną współchorobowość, polifarmakoterapię, zespół kruchości oraz otępienie utrudniające właściwą ocenę i zgłaszanie objawów sugerujących ZUM, należy oczekiwać, że te właśnie zakażenia (i wynikająca z nich urosepsa) będą coraz istotniejszą przyczyną chorobowości i śmiertelności. (MpD 5/2019/26)

Ponieważ niejednokrotnie osoby po 65 r. ż. Opiekują się wnukami, wystąpienie u nich infekcji grypowej **może spowodować transmisję zakażenia** w bliskim otoczeniu, co przełoży się na przymusowe zwolnienia lekarskie rodziców. (MpD 09/2019/86)

Powyższe konteksty wskazują na to, że *transmisja* może przybierać różne formy. W czasopiśmie medycznym można odnaleźć: *transmisję wertykalną i transmisję bezpośrednią*. *Transmisja bezpośrednia* „może się dokonać poprzez dotykание zarażonych zwierząt (najczęściej zajęcy) lub ugryzienie przez nie, a także przez spożywanie zarażonego mięsa” (MpD 09/2019/41). *Transmisja wertykalna* z kolei to: „zarażenia dziecka wirusem HIV przez matkę”¹⁷⁹. Charakterystyczny jest także zwrot *transmisja do (kogoś lub czegoś)*:

Transmisja krętka *Borrelia burgdoferi* i wirusa kleszczowego zapalenia mózgu (KZM) **do atakowanego kręgowca** różni się ze względu na odmienną początkową ich lokalizację w kleszczu, inne sposoby poruszania się wirusa i bakterii oraz liczne mechanizmy wspierające zakażenie bakteryjne. (MpD 09/2019/42)

¹⁷⁹ <https://www.forumginekologiczne.pl/artukul/czy-hiv-moze-sie-przeniesc-na-dziecko-zjawisko-transmisji-wertykalnej/19484> [dostęp z dnia 11.08.2020 r.]

4.1.2. Znaczenie słownikowe w nowym kontekście

Drugim sposobem tworzenia terminów w tej grupie jest ten, w którym znaczenie jednostek leksykalnych nie ulega zmianie w stosunku do znaczenia słownikowego, jednak pojawiają się one w nowych kontekstach i w wyszukanych połączeniach międzywyrazowych. Można tu wyodrębnić różnorodne terminy, których jest w czasopismach medycznych bardzo wiele, jednak omówione zostaną te, które pojawiają się najczęściej. Tak, jak w grupie poprzedniej, zostały poukładane w kolejności alfabetycznej.

Antagonista / Antagonizowanie

Rzeczowniki *antagonista*¹⁸⁰ i *antagonizowanie* są związane z przeciwnikami, rywalami czy czynnościami, które mają prowadzić do przeciwstawiania się komuś lub czemuś: „antagonista: przeciwnik, rywal, współzawodnik (...) antagonistyczny: przeciwstawiający się czemuś, przeciwdziałający lub będący przeciwieństwem czegoś albo kogoś (...) antagonizować: „przeciwstawiać sobie osoby, grupy, doprowadzać je do wzajemnej wrogości” (SJP: 17). W *Wielkim słowniku medycznym* *antagonista* pojawia się w zestawieniu z mięśniem, drobnoustrojem czy receptorem, ale znaczenie tego terminu jest tożsame ze znaczeniem słownikowym: „antagonista mięśnia; mięsień wykonujący czynność przeciwną do danego mięśnia, np. prostownik względem zginacza, a. receptora; ligand wiążący się z receptorem, ale nie wywołujący jego aktywacji; działa kompetycyjnie w stosunku do agonisty” (WSM: 50). W *tekstach medycznych* *antagonizowanie* można zastąpić słowem hamowanie, zaś *antagonista* to lek, który hamuje czynność innego leku czy witaminy:

Tramadolu nie można także kojarzyć z setronami, np. ondansetronem, z uwagi na **antagonizowanie aktywowania** przez lek zstępujących szlaków antynoceptywnych. (MpD 012/2018/79)

Cyproheptadyna wykazuje silne działanie antyserotoninowe i w tym mechanizmie może **osłabiać lub nawet antagonizować (tramadol)** efekt przeciwbólowy analgetyków. Cyproheptadyny nie należy stosować u pacjentów leczonych z powodu bólu. (MpD 12/2018/79)

¹⁸⁰ O *antagonistach* i *agonistach* pisałam już w rozdziale 3, str. 204, ale tutaj sygnalizuję istotę terminu.

W czasopiśmie medycznym: „Medical Tribune” czy „Medycyna po Dyplomie” można odnaleźć różne nazwy antagonistów: *antagonista witaminy K*, *antagonista receptora histaminowego*, *antagonista wapnia*, *antagonista receptorów benzodiazepinowych*:

Warfaryna jest pochodną kumaryny (4-hydroksykumaryna), **antagonistą witaminy K**. Hamuje zależną od witaminy K syntezę czynników krzepnięcia zespołu protrombiny. (MpD 12/2018/83)

Antagoniści wapnia (CCB – calcium channel blockers) są jedną z klas leków zalecanych przez obowiązujące wytyczne do rozpoczynania terapii nadciśnienia tętniczego. Poza skutecznością hipotensyjną wskazuje się na ich neutralność metaboliczną oraz dogodne dla pacjenta dawkowanie raz na dobę. (MpD 10/2011/20)

Warto zwrócić uwagę na to, że termin *antagonista wapnia*, który pochodzi z języka angielskiego „calcium channel blocker”, tzn. w dosłownym tłumaczeniu „bloker kanału wapniowego”, bloker tzn. ten, który blokuje, to, co blokuje (por. „blocking factors -> czynniki blokujące” (WSM: 120).

Czułość

Czułość to rzeczownik abstrakcyjny, który w powszechnym użyciu dotyczy cech utożsamianych z człowiekiem (por. *czułe serce*, *czuły gest*, *czuły dotyk*). Takie ujęcie jest zawarte w *Słowniku języka polskiego* *czułość* to: „1. bycie czułym; 2. tylko w lm objawy tkliwości, serdeczności; 3. zdolność reagowania na bodźce zewnętrzne, wrażliwość na coś: *czułość ucha*, *czułość błony*, *czułość kliszy* <<zdolność reagowania błony, kliszy na światło>>” (SJP: 118), zaś *czuły* to „odnoszący się do kogo z tkliwą miłością; też: będący wyrazem takich uczuć: *czułe spojrzenie*; 2. wrażliwy, wyczulony na coś: Jest *czuły* na muzykę; 3. szybko reagujący na bodźce zewnętrzne; 4. o mechanizmach: precyzyjny.” (SJP:118). Zgodnie z przeanalizowanymi kontekstami można wysnuć wniosek, że termin *czuły/czułość* odnosi się do czwartej części definicji i w *dyskursie medycznym* znaczy: precyzyjny, wiarygodny, dokładny, a pojawia się zawsze w odniesieniu do testu, badania czy metody:

Tylko w rzadkich przypadkach GGT jest jedynym wykładnikiem tego procesu ze względu na wyższą od ALP **czułość diagnostyczną** (MpD 12/2018/27)

ALP i GGT mają **wysoką czułość**, lecz niską swoistość w rozpoznaniu cholestazy. (MpD 12/2018/27)

Czułość może być mierzona poprzez natężenie cechy: test może być bardzo *czuły*, *czułość* testu może być wyższa lub niższa albo umiarkowana, jedne testy mogą być *czulsze* od innych:

Inną równie skuteczną metodą diagnostyczną jest wykrycie krążących antygenów pasożyta za pomocą testów immunochromatograficznych. PCR jest również dobrą metodą cechującą się **wysoką czułością** i specyficznością. (MpD 09/2019/41)

W przypadku klinicznej oceny wskazującej na prawdopodobne występowanie zatorowości płucnej (> 3 lub >2 pkt odpowiednio w zmodyfikowanej skali genewskiej lub Wellsa) wartość ujemnego wyniku oznaczenia stężenia dimeru D (poniżej progu odcięcia dla danej metody) za pomocą testów zarówno **o dużej, jak i o umiarkowanej czułości** jest zbyt mała, aby na jej podstawie odstąpić od badań obrazowych. (MpD 12/2018/72)

Wartość AaDO₂ < 20 mmHg okazała się z kolei **bardzo czułym** (100%) negatywnym prognostycznie czynnikiem, pozwalającym wraz z oceną kliniczną na wykluczenie zatorowości płucnej u pacjentów onkologicznych. (MpD 05/2019/74)

Nowotwory krtani mają jednak tendencję do podśluzówkowego rozprzestrzeniania się, dlatego zajęcie głębiej położonych tkanek może być łatwo pominięte w badaniu endoskopowym. Stanowi to impuls do ciągłego rozwoju coraz to doskonalszych i **czulszych technik** wziernikowania. (MpD 05/2019/91)

Czułość może dotyczyć także oznaczenia białek, np. *troponin sercowych*, które „stanowią grupę trzech białek regulujących skurcze mięśni poprzecznie prążkowanych i mięśnia sercowego. Oznaczenie sercowych izoform troponin ma podstawowe znaczenie w diagnostyce zawału mięśnia sercowego”¹⁸¹, ale w *tekstach medycznych* pojawia się również w kontekście oznaczenia *dimerów D*, które: „powstają podczas rozkładu zakrzepów w organizmie. Ich oznaczanie ma największe znaczenie w przypadku podejrzenia u pacjenta zakrzepicy żył głębokich kończyn dolnych, zatorowości płucnej lub innych problemów zakrzepowo-zatorowych”¹⁸². Pojawia się w tym miejscu określenie, takie jak: *wysokoczule troponiny sercowe* (co może wskazywać na to, że termin ten może ulec stopniowaniu: *czuły*, *bardzo czuły*, *czulszy*, *wysokoczule*) oraz *czułość oznaczania dimeru*:

Oznaczenie stężenia biomarkerów uszkodzenia miokardium (preferencyjnie **wysokoczulych troponin sercowych**) oraz peptydów natriuretycznych (peptyd natriuretyczny typu B[BNP – B – type natriuretic peptide]). (MpD 05/2019/73)

¹⁸¹ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Troponina> [22.08.2020 r.]

¹⁸² <https://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/badania/d-dimery-norma-i-wyniki-co-oznacza-podwyższone-d-dimery-aa-Zdtv-9LtT-CvN3.html> [22.08.2020]

Jak wspomniano wcześniej, **czułość oznaczenia dimeru D** zmniejsza się wraz z wiekiem, stąd w wytycznych zaproponowano modyfikację górnej granicy normy według następującego wzoru. (MpD 05/2019/73)

Czułość metody jest w tekstach oznaczana również za pomocą procentów zapisanych w nawiasie, im *czulsza* metoda, im *czulszy* test (tzn. im bardziej precyzyjny), tym wyższy procent. Termin *swoistość* występuje w takich samych kontekstach, oba rzeczowniki można więc uznać za synonimy:

Największą **czułością i swoistością** cechuje się oznaczenie metoksykatecholamin w surowicy (czułość 99%, specyficzność 89%), a także w moczu. Stwierdzenie czterokrotnego przekraczania normy daje niemal 100% pewność rozpoznania phaeochromocytoma. (MpD 10/2018/50).

Kojarzyć/Skojarzyć

Kolejnym terminem wyodrębnionym w tej grupie jest czasownik *kojarzyć*, który pojawia się często w *dyskursie medycznym* w odniesieniu do leczenia. Zgodnie z definicją słownikową kojarzyć to: „powodować połączenie, związek kogoś lub czegoś: k. małżeństwa. 2. łączyć wrażenia, wyobrażenia w taki sposób, że pojawienie się jednych powoduje uświadamianie sobie innych: k. fakty” (SJP: 332), zaś czasownik zwrotny kojarzyć się oznacza: „1. łączyć się, 2. o wrażeniach, przedstawieniach itp.: być kojarzonym: To nazwisko nie kojarzy mi się z żadną twarzą” (SJP: 332). Podobna definicja jest zawarta w *Wielkim słowniku medycznym*, jednak dotyczy osobników jednopłciowych: „kojarzenie; mating (ang.); łączenie się w pary jednopłciowych osobników przeciwstawnych płci w celu rozmnażania płciowego; efektem końcowym jest powstanie zygoty” (WSM: 572). W analizowanym materiale czasownik *kojarzyć/skojarzyć* czy rzeczownik *skojarzenie* jest związane z lekami. Oznacza łączenie leków lub jednoczesne stosowanie leków w terapii różnych chorób:

Jednoczesne stosowanie więcej niż jednego NLPZ jest błędem. Wyjątek od tej zasady stanowi **skojarzenie NLPZ** stosowanych systemowo z NLPZ stosowanymi miejscowo, kiedy to możemy się spodziewać synergizmu działania przeciwbólowego oraz przeciwzapalnego. Kojarzenie NLPZ stosowanych systemowo zwiększa ryzyko uszkodzenia górnego odcinka przewodu pokarmowego, wątroby oraz nerek. (MpD 12/2018/77)

Jednak kojarzenie leków często jest czymś negatywnym, co może powodować skutki uboczne, dlatego w analizowanym materiale pojawiają się takie połączenia jak: *nie zaleca*

się kojarzenia, nie zaleca się jednoczesnego stosowania, nie należy kojarzyć, nie można kojarzyć:

Analgetyki opioidowe z drugiego stopnia drabiny analgetycznej charakteryzują się efektem pułapowym, stąd też **nie zaleca się kojarzenia** kodeiny, tramadolu i dihydroksykodeiny z opioidami z III stopnia drabiny, gdyż może to skutkować wręcz pogorszeniem skuteczności przeciwbólowej takiego połączenia. (...) Z powodu hamowania glukuronidacji morfiny przez diklofenak nie zaleca się jednoczesnego stosowania tych leków. (MpD 12/2018/77)

Nie należy **kojarzyć tramadolu z karbamazepiną**, ponieważ powstający w wyniku interakcji N-demetylotramadol nie działa analgetycznie, natomiast indukuje wystąpienie napadu padaczkowego. (MpD 12/2018/79)

Profil

W *Słowniku języka polskiego* ta jednostka leksykalna ma wiele znaczeń, to: „twarz widziana z boku; też: jej wizerunek; Z profilu ‘z boku’; 2. kontur, zarys, kształt czegoś widzianego z daleka; przen. charakter, zakres, kierunek czegoś; 3. ozdobna listwa wystająca nad powierzchnię muru, mebla itp.; 4. geol. przekrój pionowy odsłaniający budowę geologiczną danego odcinka skorupy ziemskiej; 5. techn. a) przekrój poprzeczny, kontur tego przekroju, p. gwintu. b) zwykle w lm wyroby walcowane lub prasowane o różnych kształtach przekrojów poprzecznych, p-e walcowane”¹⁸³. Szereg kontekstów wskazuje na tożsamość tego terminu ze znaczeniem przenośnym „charakter, zakres, kierunek”. Często jest on związany z lekami: *profil leku* (charakter, właściwość leku), *profil tolerancji leku* (zakres jego tolerancji), *profil farmakokinetyczny leku*:

Erytromycyna bywa zastępowana azytromycyną ze względu na na lepszy **profil tolerancji** i niższe koszty azytromycyny oraz ograniczoną dostępność erytromycyny. (Mt 7-9/2019/ 38)

W praktyce klinicznej w przypadku konieczności długotrwałego stosowania leku o działaniu nasennym alternatywą dla benzodiazepin i leków nasennych nowej generacji są leki przeciwdepresyjne o właściwościach uspokajająco-nasennych. Najczęściej stosowanymi lekami **o takim profilu są**: trazodon, mianseryna, mirtazapina, doksepina, opipramol. (MpD 5/2019/32)

W związku z **profilem farmakokinetycznym** fentanylu skutkiem tego może być depresja ośrodka oddechowego. Dotyczy to w szczególności pacjentów, u których fentanyl podawany jest drogą transdermalną; w tym przypadku skojarzenie takie jest bezwzględnie przeciwwskazane. (MpD 12/2018/78)

Z innych kontekstów wynika, że *profil* może być związany także z pacjentem: *profil kliniczny chorego*, z chorobą, na którą choruje lub może zachorować: *profil ryzyka sercowo-naczyniowego*, a także z organizmem człowieka: *profil lipidowy*. Jednak nie

¹⁸³ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/profil.html> [dostęp z dnia 11.08.2020 r.]

wszystkie wskazują na to, że *profil* to właściwość czy charakter czegoś: *profil kliniczny* to ściślej rzecz biorąc obraz kliniczny chorego: „Poniższy zestaw badań umożliwia utworzenie tzn. profilu klinicznego pacjenta, czyli zestawu danych, które szczegółowo definiują jego stan (...) oraz specyficzne problemy, jak i indywidualne wymagania. Profil kliniczny zawiera informacje, które są niezbędne dla precyzyjnej diagnostyki”¹⁸⁴, a *profil lipidowy*, to rodzaj badania, a konkretniej poziom lipidów we krwi: „Lipidogram (profil lipidowy) to badanie, dzięki któremu można określić poziom cholesterolu całkowitego i jego frakcji oraz trójglicerydów we krwi. Na jego podstawie określa się stopień zagrożenia miażdżycy - schorzenia prowadzącego do zawału serca czy niedokrwiennego udaru mózgu”¹⁸⁵. W tych dwóch przypadkach można więc mówić o zmianie znaczenia terminu:

Dlatego jeśli u pacjenta nie występują objawy, zalecana jest stopniowa redukcja ciśnienia tętniczego w ciągu kilku godzin do kilku dni, początkowo do poziomu <160/100 mmHg, za pomocą doustnej farmakoterapii. Optymalna szybkość, z jaką ciśnienie powinno być obniżane, w dużej mierze zależy od profilu klinicznego chorego. (MpD 09/3019/34)

Wskazane jest także wspomaganie się preparatami na bazie bergamoty (wyciąg polifenoli z bergamoty PBF), odmiany pomarańczy pochodzącej z Kalibrii, które korzystnie wpływają na profil lipidowy i gospodarkę węglowodanową. (Mt 7-9/2019/59)

Przewlekły/przewlekłe

Ten termin występuje najczęściej spośród wszystkich wyodrębnionych w tej grupie. Świadczy o tym liczba znalezionych kontekstów. Jest on powszechnie stosowany przez użytkowników języka, m.in. w kontekście bólu czy choroby: *przewlekły ból, choroba przewlekła*. W *Słowniku języka polskiego* można zauważyć taką definicję: „1. trwający zbyt długo: przewlekły proces. 2. med. o chorobie: mający długotrwały przebieg”¹⁸⁶. Wszystkie wyodrębnione i przeanalizowane konteksty wskazują na coś długotrwałego, jednak dotyczą różnych aspektów. *Przewlekły* to taki, który:

¹⁸⁴ http://www.hearcom.org/about/CreatingtheAuditoryProfile_pl.html dostęp z dnia 22.08.2020 r.

¹⁸⁵ <https://www.luxmed.pl/dla-pacjentow/o-zdrowiu/zdrowie-od-a-do-z/nieprawidlowy-lipidogram.html> [dostęp z dnia 11.08.2020 r.]

¹⁸⁶ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/przewlek%C5%82y.html> [dostęp z dnia 11.08.2020 r.]

a) jest związany z chorobą czy jej objawami

Jest to bardzo bogata grupa, która obejmuje zarówno przyczyny, sam proces choroby (stan chorobowy), jak również jej skutek. Należą do niej konteksty powszechnie znane i rozumiane związane z *przewlekłą chorobą czy przewlekłym bólem*:

Pacjenci z **przewlekłymi bólami** kręgosłupa, jeśli dołączą do treningu nordic walking specjalnie opracowany trening oporowy, odnoszą korzyść w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych i rzadszego nawracania bólu. (Mt 7-8/2019/100)

W tekstach medycznych pojawia się także dokładne wyjaśnienie, czym jest *ból przewlekły*. Musi on trwać długo, tzn. ponad trzy miesiące:

W leczeniu bólu przewlekłego, a także bólu, który jest konsekwencją choroby nowotworowej, ważną rolę odgrywa kryterium czasowe. Jeżeli ból dokucza pacjentowi ponad trzy miesiące, mówimy o **bólu przewlekłym**. (Mt 7-8/2019/105)

Przewlekły może być także przebieg choroby i związane z nim objawy: *wykwity zapalne, stany zapalne, zakażenia*. Są to przykłady wyodrębnione z kilku czasopism medycznych, jednak termin ten może łączyć się ze wszystkim, co jest związane z długotrwałym procesem. W tym miejscu warto również zaznaczyć, że często używany jest także przysłówek *przewlekłe: przewlekłe utrzymujące się wykwity zapalne* (tzn. utrzymujące się w sposób *przewlekły, długotrwały*), *przewlekłe toczące się zapalenie* (tzn. toczące się długo, przez długi czas):

Objawy astmy są wyrazem **przewlekłe toczącego się zapalenia** i w tej chwili należy włączać leczenie przeciwzapalne wraz z leczeniem interwencyjnym (niwelującym objawy obturacyjne). (Mt 7-8/2019/61)

Atopowe zapalenie skóry (AZS), nazywane również wypryskiem dziecięcym lub skazą wysiękową, należy do częstych chorób zapalnych skóry. Charakteryzuje się **przewlekłym i nawrotowym przebiegiem** oraz nasilonym świądem. (MpD 09/2019/95)

Przewlekłe utrzymujące się wykwity zapalne prowadzą do pogrubienia skóry, wzmożonego poletkowania i przebarwień, zwłaszcza w okolicy szyi. (MpD 09/2019/96)

Termin *przewlekły* stosuje się również w przypadku mówienia o pozbyciu się objawów choroby i jest to połączenie nietypowe, którego nie spotyka się w codziennych rozmowach:

Leki te nie zapewniają przewlekłego uwolnienia¹⁸⁷ od dokuczliwych objawów, nie leczą zapalenia przełyku i nie zabezpieczają przed rozwojem powikłań GERD. (MpD10/2018/30)

Niektóre konteksty wskazują bezpośrednio na przyczynę choroby. Może do niej prowadzić *przewlekłe* zapalenie, *przewlekłe* narażenie na coś, a także hormony, które są wydzielane w sposób *przewlekły*:

Hormony te są pobudzane do wydzielania, kiedy odczuwamy lęk, który popularnie kojarzony jest ze stresem. **Jeżeli są one wydzielane w sposób przewlekły**, powoduje to szereg chorób cywilizacyjnych – nowotwory, choroby kardiologiczne, alergie, otyłość. (Mt 7-9/2019/ 77)

Upośledzenie węchu może być spowodowane **przewlekłym narażeniem na lotne substancje toksyczne** (pestycydy, herbicydy, rozpuszczalniki) i metale ciężkie (kadm, chrom, nikiel, mangan). (MpD 09/2019/60)

Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że **przewlekłe zapalenie** oraz **nasilenie stresu** oksydacyjnego wpływają na istotną współchorobowość w przebiegu POChP. (MpD 12/2018/34)

Termin ten może się również odnosić do stanu chorobowego, kiedy mowa o pacjencie, który *przewlekłe* leży w szpitalu:

W przypadku **pacjentów przewlekłe leżących** nie należy zapominać o obrzękach okolicy łądźwiowo-krzyżowej oraz zgięciowych powierzchni kończyn dolnych, które mogą występować mimo braku obrzęków podudzi badanych standardowo na powierzchni wyprostnej. (MpD 10/2018/30)

b) jest związany z terapią i leczeniem

Konteksty wyodrębnione w poprzedniej grupie są najbardziej zbliżone do definicji słownikowej, w której jest podkreślone, że *przewlekła* może być choroba, a także do tego, jak o chorobach wypowiadają się przeciętni użytkownicy języka (o tym, że choroba może być *przewlekła* wie każdy, bez względu na to, gdzie mieszka i jakie ma wykształcenie). W tej grupie są omówione te konteksty, które wskazują na to, że termin *przewlekły* wykazuje łączliwość także z takimi rzeczownikami jak: *stosowanie*, *leczenie*, *terapia* czy nawet *podawanie* (jakiegoś leku):

Jeżeli uzyskaliśmy docelową wartość kwasu moczowego, to według międzynarodowego konsensusu, dotyczącego hiperurykemii u pacjenta z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym,

¹⁸⁷ Popularność, frekwencja słowa *przewlekły* spowodowała, że wykorzystywane jest ono również w tych kontekstach, które mają pozytywne zabarwienie. Wszystkie inne konteksty przy terminie *przewlekły* łączą się z czymś złym (ból, chorobą). W tym przypadku przymiotnik mający negatywne konotacje łączy się z pozytywnym kontekstem i być może to sformułowanie należy już do slangu medycznego.

powinniśmy ją oznaczać dwa razy w roku. I podkreślę jeszcze raz, że jest to **terapia przewlekła**, tak jak terapia hipotensyjna czy hipolipemizująca. (Mt 7-9/2019/ 66)

U chorych wysokiego i bardzo wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego leczenie farmakologiczne należy zastosować bez zwłoki, ale warto podkreślić, że nie chodzi o „zabicie cholesterolu” (zbyt wielu lekarzy i pacjentów odstawia leki po redukcji stężenia cholesterolu w pierwszym kontrolnym oznaczeniu), ale o **przewlekłe leczenie** zapobiegające progresji miażdżycy. (MpD 09/2019/23)

Dodatkowo **przewlekłe podawanie** małej, nietoksycznej dawki LPS doprowadziło do znacznego wzrostu liczby i wielkości guzów HCC. (MpD 09/2019/52)

Terapia UDCA zmniejsza sekrecję cholesterolu do żółci, prawdopodobnie przez redukcję jego absorpcji oraz zwiększenie jego przemiany do kwasów żółciowych . Jednocześnie nie ma doniesień o istotnych działaniach niepożądanych **przewlekłego stosowania UDCA**¹⁸⁸ w **NAFLD**. (MpD 05/2019/55)

Przewlekłe przyjmowanie witaminy D w dawkach znacznie przekraczających zapotrzebowanie dzienne lub w połączeniu z suplementacją doustną wapnia wywołuje zwiększenie wchłaniania wapnia z przewodu pokarmowego. (MpD 09/2019/92)

Ponadto termin ten może być związany z jedną z faz leczenia konkretnej choroby:

Około 30% chorych ze zgałą może być przewlekłe leczonych antagonistami receptora histaminowego H₂, zaś 15% po okresie leczenia PPI nie wymaga żadnej terapii, jednak nawet 40% **chorych musi powrócić do przewlekłego leczenia PPI**. (MpD 10/2018/15)

Relaksacja

Relaksacja to termin, który w *Słowniku języka polskiego* jest rozumiany jako: „1. «odprężenie fizyczne i psychiczne osiągnane za pomocą specjalnych metod i ćwiczeń» 2. «zwiotczenie tkanek spowodowane brakiem działania bodźca wywołującego w nich stan napięcia» 3. «powolne samoczynne ustępowanie naprężeń w materiale odkształconym»”¹⁸⁹. Definicje tego terminu można również odnaleźć w *Wielkim słowniku medycznym*, w którym relaksacja to: „zwiotczenie, zmniejszenie napięcia; 1. Odprężenie zarówno w sensie fiz., jaki psych. 2. Każda metoda mająca na celu zmniejszenie napięcia mięśniowego, naczynioruchowego, emocjonalnego i psychicznego (...) w rezonansie magnetycznym powrót układu do stanu równowagi po wzbudzeniu”(WSM: 1164). Obie definicje słownikowe są do siebie zbliżone i są związane z odprężeniem obniżeniem napięcia. W analizowanym materiale *relaksacja*

¹⁸⁸ UDCA jest to nazwa leku, zaś NAFLD to nazwa choroby – o akronimach więcej w rozdziale 5.

¹⁸⁹ <https://sjp.pwn.pl/sjp/relaksacja;2573841.html> [dostęp z dnia 11.08.2020 r.]

pojawia się w zestawieniu z dolnym zwieraczem przełyku („mięsień okrężny ułożony na drodze przewodu (np. cewka moczowa lub końcowy odcinek przewodu pokarmowego), który ulegając rozkurczowi powoduje udrożnienie tego przewodu”; WSM: 1602) i dotyczy czegoś negatywnego, *relaksacja dolnego zwieracza przełyku* może bowiem być przyczyną choroby refluksowej przełyku i objawów z nią związanych:

Z punktu widzenia czynnościowego przyczyną dolegliwości o typie GERD mogą być przejściowe spontaniczne **relaksacje dolnego zwieracza przełyku** (TLESRs – transient lower esophageal sphincter relaxations) występujące znacznie częściej u osób chorych (MpD 10/2018/15)

Prawdopodobnie pobudzenie mechanoreceptorów w żołądku zbierających bodźce związane z jego rozciąganiem powoduje krótkotrwałe **relaksacje dolnego zwieracza**, sprzyjając tym samym jego zwiększonej predyspozycji do cofania treści żołądka do przełyku. Na drodze pobudzenia odruchu wago-wagalnego i po stymulacji mechanoreceptorów wrażliwych na rozciąganie następuje relaksacja dolnego zwieracza przełyku oraz wygaszenie perystaltyki trzonu przełyku. (MpD 10/2018/16)

Mając na uwadze patomechanizm sprzyjający powstawaniu dolegliwości związanych z chorobą refluksową przełyku, dominują przede wszystkim zaburzenia motoryki przełyku w pełnym ich zakresie – począwszy od niewydolności wpustu, przemijających relaksacji dolnego zwieracza przełyku, poprzez dyskinezę trzonu przełyku o różnej morfologii, po zazwyczaj napięciowe zaburzenia czynności górnego zwieracza przełyku jako wtórne do stresu i napięć emocjonalnych. (MpD 10/2018/17).

Rokowniczy

Przymiotnik *rokowniczy* to taki, który jest związany z *rokowaniem*. Zgodnie ze *Słownikiem języka polskiego*, rokować to: „1. prowadzić rozmowy dyplomatyczne w celu osiągnięcia porozumienia między państwami; 2. przewidywać coś, przepowiadać coś komuś; 3. budzić nadzieję na coś: Interes rokuje zyski” (SJP: 840). Z kolei *rokowanie* to: „1. rzecz. od czasownika rokować; 2. zwykle w lm. negocjacje prowadzone między państwami; 3. med. ocena przypuszczalnego przebiegu choroby” (SJP: 840). W analizowanym materiale pojawiają się nowe użycia tego przymiotnika i jego łączliwość z takimi rzeczownikami jak: punkt widzenia, czynnik czy objawy. Jednak charakterystyczne jest także użycie przysłówka: *rokowniczo*, tzn. pod względem rokowania. Wszystkie konteksty, które można zauważyć, są związane z przewidywaniami dotyczącymi dalszego postępu choroby. Może on być korzystny dla pacjenta, ale również skończyć się dla niego śmiercią:

Na drugim miejscu SCAD dotyczy gałęzi okalającej (CX – circumflex) z jej gałęziami – 15 – 45%, a nieco rzadziej tętnic dorzecza prawej tętnicy wieńcowej (RCA – right coronary artery) Szczęśliwie z **rokowniczego punktu widzenia** najrzadziej, bo zaledwie w ok. 4% przypadków, SCAD występuje w pniu lewej (LM- left main) tętnicy wieńcowej. (MpD 12/2018/18)

W praktyce bardzo cenne jest zapamiętanie wymienionych w poważnych skalach czynników i analiza ich nie tylko przy pierwszym zetknięciu się z chorym, lecz także w toku dalszej obserwacji. I tak do najbardziej niepomysłnych rokowniczo objawów i zaburzeń wskazujących na ryzyko niekorzystnego przebiegu zapalenia, a nawet zgonu, należą...(MpD 12/2018/87)

Przysłówek *rokowniczo* jest neutralny, tzn. że sam w sobie nie wywołuje żadnych uczuć czy emocji, nie podlega wartościowaniu, dlatego dopiero połączenie go z odpowiednim przymiotnikiem może sugerować, jakie są szanse na wyzdrowienie pacjenta: *rokowniczo **groźne** schorzenie, czynnik rokowniczo **korzystny**, **niepomysłne** rokowniczo objawy, choroba o **poważnym** rokowaniu:*

Zastosowanie się do wytycznych na poziomie lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarek, rehabilitantów i pracowników socjalnych po specjalistów zbliża do najlepszego modelu objęcia opieką chorych na POChP, która jest chorobą przewlekłą, o **poważnym rokowaniu** w wyniku częstszych zaostrzeń i powikłań. (MpD 5/2019/18)

W zasadzie należy uznać, i takie jest również przesłanie wytycznych, że prawidłowe stężenia hs-Tn oraz BNP/NT-proBNP u stabilnych hemodynamicznie chorych z zatorowością płucną są **czynnikiem korzystnym rokowniczo**. (MpD 12/2018/74)

Analiza pozwoliła na wyodrębnienie dwóch grup terminów, wchodzących w skład specjalizacji znaczenia: 1) terminy, w których nastąpiła zmiana znaczenia, 2) terminy, w których nastąpiła zmiana kontekstu użycia słowa w stosunku do polszczyzny ogólnej). Zmiana znaczenia dotyczy głównie rzeczowników (*ekspozycja, epizod, zdarzenie, incydent, transmisja*), również takich, które są nazwami czynności, np. *postępowanie*. W analizowanym materiale można również wyodrębnić czasowniki, które podlegają procesowi zmiany znaczenia, np. *antagonizować, absorbować, penetrować*, jednak występują one z mniejszą częstotliwością, dlatego nie zostały szerzej omówione. Charakterystyczne dla procesu zmiany znaczenia jest to, że terminy w pewien sposób odnoszą się do znaczenia słownikowego (por. *postępowanie* to pewien sposób zachowania, tzn. leczenie w określony sposób – zawężenie znaczenia; *ekspozycja* – narażenie, wystawienie na działanie szkodliwych czynników – zawężenie znaczenia), ale zyskują nowe znaczenie między innymi dzięki konkretnym kontekstom ich użycia w różnych połączeniach międzywyrazowych: *ekspozycja płodu, postępowanie farmakologiczne*). Jednak tym, co pełni istotną rolę w modyfikacji i doprecyzowaniu

znaczenia są przyimki (*ekspozycja na* (coś), *postępowanie w* (chorobie), *postępowanie dla* (pacjenta), *postępowanie u* (pacjentów), *postępowanie z* (pacjentami). Te połączenia zwracają uwagę na nowe rozumienie terminu, dzięki nim możliwe jest skonkretyzowanie jego definicji.

Analiza terminów w kontekście pokazała, że w *dyskursie medycznym* można dostrzec rozwinięte zjawisko synonimii: *epizod i incydent*. W polszczyźnie ogólnej również można uznać za synonimy, ale pomiędzy rzeczownikiem *zdarzenie* a *epizod* nie można postawić znaku równości. Natomiast terminy *epizod, incydent i zdarzenie* wskazują na ten sam fakt pewnego zjawiska, którym jest występowanie konkretnego objawu chorobowego: *incydenty sercowo-naczyniowe, zdarzenia sercowo-naczyniowe, epizody sercowo-naczyniowe* – w tym miejscu użycie tych samych przymiotników pokazuje, że możemy rozpatrywać te terminy w kontekście synonimów. Podobnie w przypadku *leczenia i postępowania* (por. *leczenie farmakologiczne, postępowanie farmakologiczne*). Ponadto rzeczowniki, które w polszczyźnie ogólnej nie miały nacechowania emocjonalnego, w *dyskursie medycznym* zyskują je: por. *ekspozycja* w polszczyźnie ogólnej jest z *związana z wystawieniem czegoś na pokaz, wyeksponowaniem czegoś* – nie kojarzy się więc negatywnie, podczas gdy *ekspozycja* w *dyskursie medycznym* jest *związana z narażeniem się na szkodliwe czynniki, na czynniki chorobowe (ma więc nacechowanie negatywne)*.

W przypadku terminów, które są przez lekarzy używane w nowych kontekstach, można wyodrębnić nie tylko rzeczowniki czy czasowniki, ale również przymiotniki, a nawet przysłówki: *rokowniczy, rokowniczo, profil, przewlekły* itp. Charakterystyczne są również rzeczowniki abstrakcyjne zakończone na *-ość*, które funkcjonują jako nazwy cech: *czułość, swoistość*, które są związane z badaniem. Im wyższa *czułość badania*, tym bardziej prawdopodobna jest jego wiarygodność. Te rzeczowniki również służą wartościowaniu, same w sobie są pozytywną wartością tego, z czym się łączą (najczęściej z metodą czy sposobem leczenia).

Z konkretnych *tekstów medycznych* wynika, że terminy te nie zmieniają swojego znaczenia, ale wykazują łączliwość z wyrazami, z którymi tworzą nowe, niespotykane i nietypowe zwroty: *profil leku, lek o profilu, profil ryzyka sercowo-naczyniowego, rokowniczy punkt widzenia, rokowniczo groźne schorzenie, przewlekłe uwolnienie od objawów, przewlekła dawka* itp. Można również zaobserwować pary wyrazowe stosowane równie często: *rokowniczy-rokowniczo, antagonist-antagonizowanie, przewlekły-przewlekłe* itp.

4.2. Metaforyczne przesunięcia znaczeniowe

Okazuje się, że metafora nie jest obca *tekstom specjalistycznym*. Można ją dostrzec w *dyskursie medycznym*, a także w prawniczym. Andrzej Wróbel pisał, że:

rozpowszechnienie się metafory w języku prawnym i prawniczym jest faktem. Metafory pojawiają się bowiem regularnie w tekstach aktów prawnych, częściej – w orzecznictwie sądowym, a ostatnio – w rezultacie upowszechnienia się tzw. post-nowoczesnego dyskursu – szeroko w poglądach nauki prawa. Tytułem przykładu można wymienić następujące metafory prawne i prawnicze: „ciężar dowodu”, „łańcuch przyczynowy”, „mowa nienawiści”, „negatywny ustawodawca”, „równość broni”, „sędzia – Herkules”, „efekt mrożący”, „źródło prawa”, „dialog sędziowski” (Wróbel 2014: 130).

Rozważania na temat metafory warto jednak rozpocząć od jej klasyfikacji przybliżonej przez Alicję Kacprzak, która korzysta z podziału zaproponowanego przez Rostislava Kocourka, a który jest istotny dla niniejszej dysertacji. Podział ten odzwierciedla stopień jej leksykalizacji. Ten badacz w tekście dotyczącym metafor w terminologii, dokonuje jej klasyfikacji na trzy typy: metaforę stałą, etymologiczną i żyjącą. Wszystkie te rodzaje można zaobserwować w leksyce medycznej, o czym pisała również A. Kacprzak (Kacprzak 1997). W analizowanym materiale na szczególną uwagę zasługuje metafora stała, która jest reprezentowana przez najliczniejszą grupę przykładów i kontekstów, jednak krótko zostanie również zaprezentowana metafora żyjąca. Metafora etymologiczna nie zostanie omówiona, gdyż dotyczy ona terminów związanych z zapożyczeniami, a zapożyczenia zostały omówione w rozdziale 5. Specyfikę tego rodzaju metafor opisuje M. Górnicz, który zauważa, że w *dyskursie medycznym*, terminy mające charakter metaforyczny „nie są (...) z natury analityczne, ponieważ ich znaczenie leksykalne jest oparte na pojęciach z innej domeny niż dany wycinek wiedzy specjalistycznej, a zatem nie komunikują one istotnych cech pojęcia. W polskich *tekstach medycznych* terminy metaforyczne są przenoszone jako zapożyczenia formalnosemantyczne, a jeżeli są kalkowane, to pojawiają się w towarzystwie wyrażen podkreślających ich obcość” (Górnicz 2017: 239).

Metafory żyjące traktowane są jako coś, co nie zostało wprowadzone do słownika, są jedynie elementem żargonu, potocznego mówienia o czymś, zaś metafory stałe zostały wprowadzone do słownika i figurują jako element naukowości, który nie jest potoczny, tylko naukowy. Ma przybliżać pojęcia w bardziej konkretny, obrazowy sposób, ale nie jest to metafora potoczna, nie ma nic wspólnego z żargonem, znajduje się już w słowniku.

Metafora żyjąca nie dotyczy wobec tego terminów, ale sposobów mówienia lekarzy, wypowiadania się, pisania o chorobie, leczeniu itp.

4.2.1. Metafora żyjąca

Metafora żyjąca to ta, „której jednostkowe, doraźne użycie nie pociągnęło za sobą procesu leksykalizacji. Służy do wyrażania rzeczywistości za pomocą obrazu” (Kacprzak 1997: 153). W leksyce medycznej jest związana z językiem mówionym, z jego mniej profesjonalną odmianą, przypominającą język potoczny. Mimo że materiał, który został poddany analizie, pochodzi głównie z *tekstów specjalistycznych*, które reprezentują pisaną odmianę języka, to jednak nie brakuje w nich elementów potocznych, które można byłoby nazwać lekarskim żargonem. Fakt ten zauważył Piotr Müldner-Nieckowski, który w artykule, pt.: *Uwagi o odmianach języka lekarskiego*, tak opisuje ten proces:

Istotne jest to, że ludzie (tu: medycy) mówiący stale żargonem z biegiem czasu przestają dostrzegać skrótowość i głęboką metaforyzację swojej mowy. Zaczyna im się wydawać, że tak się mówi zawsze i we wszystkich placówkach służby zdrowia. Co więcej, są skłonni przenosić ten styl również do tekstów. Początkowo może to być dokumentacja (historie choroby), później także prace naukowe, oświata zdrowotna, wywiady dla mediów, rozmowy z pacjentami (Müldner-Nieckowski 2014: 404-405).

Z tego właśnie powodu, w analizowanych tekstach pochodzących z czasopism medycznych, nie brakuje metafor obrazowych, utożsamianych z potoczną odmianą języka. Ważne jest również to, że ten typ metafory nie jest związany z takim jej użyciem, które można znaleźć w podręczniku medycznym lub w słowniku. W odróżnieniu od metafor stałych, są to przykłady, które zaczęły być używane w języku potocznym i które „zadomowiły się” w języku medycznym na tyle, że są często wykorzystywane przez lekarzy piszących *teksty specjalistyczne*.

W tej grupie można wyodrębnić najczęściej spotykany typ, który dotyczy procesu leczenia. Charakterystyczny jest tu czasownik *włączać/wyłączać*, który w *Słowniku języka polskiego* jest związany ze światłem, z utworami poetyckimi czy osiedlami: „1. połączyć coś z jakąś większą całością: do miasta zostały włączone osiedla podmiejskie. Autor włączył do zbioru wierszy ostatnie swoje utwory; przen. W. kogoś do akcji; 2. spowodować funkcjonowanie czegoś przez połączenie ze źródłem energii: w. światło”(SJP: 1154). Z kolei włączyć się to: „1. wziąć udział w czymś, co się odbywa, co już jest zorganizowane: w. się do dyskusji; 2. o urządzeniach: rozpocząć działanie” (SJP: 1154). Czasownik *wyłączać* jest również związany ze światłem czy urządzeniami,

ale dotyczy zatrzymania ich pracy: „1. wstrzymać pracę jakiegoś urządzenia, przerywając dopływ poruszającej go energii: w. silnik, radio, telefon; 2. przerwać dopływ gazu, prądu itp.; 3. usunąć kogoś, coś z jakiejś całości (...) wyłączyć się: 1. o urządzeniach: przerwać działanie; 2. odsunąć się, nie brać nie brać w czymś udziału; 3. pot. przerwać rozmowę telefoniczną” (SJP: 1202). W leksyce medycznej ten czasownik jest łączony z: lekiem, terapią lub leczeniem: *włączać lek, włączać terapię, włączać leczenie*, co oznacza: zacząć stosować dany lek, zacząć stosować leczenie (np. *objawowe* w jakiejś chorobie), zacząć stosować taką, a nie inną terapię:

Jeżeli aktywność CK powraca do wartości prawidłowych lub utrzymuje się na poziomie 2-4 x ggn z niewielkimi objawami, można ponownie **włączyć statynę do leczenia**. przypadku wystąpienia objawów ze strony mięśni warto odstawić statynę na 1-2 tygodnie, a po ich ustąpieniu **włączyć inny lek z tej grupy** lub ten sam w innej dawce. (MpD 09/2019/17)

W przeszłości z uwagi na obawę indukowania zaćmy przez statyny pacjenci przed **włączeniem u nich terapii** tymi lekami byli poddawani badaniu z wykorzystaniem lampy szczelinowej. (MpD 09/2019/19)

U kobiet w ciąży zakażonych HIV konieczne jest jak najszybsze **włączenie leczenia** antyretrowirusowego (ARV – antiretroviral), którego celem jest zahamowanie replikacji HIV do poziomu niewykrywalnego w surowicy. (MpD 12/2018/17)

Sytuacja wygląda podobnie w przypadku czasownika *wyłączać*, który również analogicznie do *włączać* jest związany z lekami i oznacza zaprzestanie stosowania jakiegoś leku, podobnie jak w definicji słownikowej, zaprzestanie działania jakiegoś urządzenia:

U pacjentów z objawami kwasicy ketonowej i normoglikemią należy wdrożyć dalszą, typową diagnostykę DKA i w każdym przypadku potwierdzenia rozpoznania kwasicy natychmiast **wyłączyć z farmakoterapii stosowany inhibitor SGLT2** oraz rozpocząć leczenie na zasadach ogólnych. (MpD 12/2018/14)

Z przeanalizowanych kontekstów wynika, że *wyłączyć* można również pacjentów. Taki zwrot pojawia się w *tekście medycznym* w przypadku mówienia o edukacji pacjentów, która jest kluczowa dla profilaktyki *kwasicy ketonowej*. Wyłączyć pacjentów oznacza w tym kontekście: nie brać pod uwagę danej grupy pacjentów:

Prawidłowa edukacja pacjentów chorych na cukrzycę i dostęp do diagnostycznych testów paskowych umożliwiających pomiar glikemii we krwi i ketonów w moczu są kluczowymi elementami w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu kwasicy ketonowej.

Z reguły tej należy w sposób naturalny wyłączyć pacjentów bez rozpoznanej dotychczas cukrzycy, u których kwasica ketonowa jest pierwszym objawem choroby. (MpD 12/2018/17)

Innym przykładem tego typu metafory jest metafora drogi, która dotyczy procesu leczenia. Ściśle związana jest z pacjentem i wówczas jest rozumiana, jako droga do diagnozy, droga do wyleczenia. Może jednak być uosobieniem zmian, które zachodzą w medycynie (a konkretnie w jednej z jej dziedzin):

Nasz chory traci szansę na wyleczenie, bo jego **droga do prawidłowej diagnozy** jest znacznie wydłużona w czasie i najeżona licznymi utrudnieniami, a podobnie bywa w trakcie leczenia. (MT 11/2018/14)

Tymczasem pakiet onkologiczny oraz inne rozwiązania skomplikowały **ścieżki chorego**. (MT 11/2018/10)

W którą stronę **powinna zmierzać** współczesna onkologia? (MT 11/2018/20)

W innych przykładach za pomocą metafory drogi opisuje się sposób postępowania czy pewien tok rozumowania:

Diagnostyka jest prowadzona miesiącami, a przecież powinna trwać maksymalnie 2-3 tygodnie. **Ta ścieżka** powinna być czytelna. (MT 11/2018/25)

Te przykłady pokazują, że w *tekstach medycznych* metafora żyjąca jest obecna, a fakt, że analizowane konstrukcje nie są zamieszczone w słownikach medycznych, świadczy o tym, że funkcjonuje ona jak metafora w języku potocznym i znacząco różni się od metafory stałej, która dominuje nie tylko w *dyskursie medycznym*, ale również w terminologiach dotyczących innych dziedzin. Aleksandra Waszczuk pisała, że: „Metafora technolektalna cechuje się swoistymi cechami, które odróżniają ją od innych typów metafor, np. metafory potocznej, która jest silnie zleksykalizowana, metafory poetyckiej, która jest wyrazem indywidualnej ekspresji czy metafory publicystycznej (politycznej), której główną funkcją jest przedstawienie i przekonanie do swoich racji poprzez uwypuklenie pewnych cech i ukrycie innych” (Waszczuk 2005: 122). Różnice te przejawiają się nie tylko w stopniu zleksykalizowania metafory, ale także w udziale czasowników. Wspomniana A. Kacprzak w odniesieniu do metafor stałych pisała, że: „w polszczyźnie medycznej właściwie nie istnieją metaforyczne użycia czasowników, co zdarza się, choć rzadko, w języku francuskim, np. wyrażenie należące do medycznego języka potocznego *fumer la pipe* ‘pykać fajkę’ ma polski odpowiednik *objawy pykania fajki*, gdzie czasownik został zastąpiony przez rzeczownik odsłowny” (Kacprzak 1997: 154). Z tego powodu wyrażenie *włączać/wyłączać leczenie, włączać/wyłączać lek,*

przynależy do innego typu metafory, która nie ma nic wspólnego z przesunięciem znaczeniowym w terminach medycznych.

4.2.2. Metafora stała

Ten rodzaj metafory zajmuje znaczące miejsce w *dyskursie*, nie tylko medycznym, ze względu na swoją różnorodność, jak i liczebność. Ponadto „analiza formalna wykazuje, że wyrażenia metaforyczne stałe to przede wszystkim rzeczowniki i przymiotniki – oraz, incydentalnie, rzeczowniki odczasownikowe” (Kacprzak 1997: 153). Metafora żyjąca występuje w języku ogólnym, zaś metafora stała jest czymś przypisanym głównie do terminologii i różni się od tej występującej ogólnej odmianie języka. Tą różnicą jest jej precyzyjność, a także funkcja i cel użycia. Metafory terminologiczne mają być łatwe do zapamiętania, do nauczenia się, ich obrazowość pomaga więc studentom medycyny w przyswajaniu terminów. Pisał o tym także K. Nycz, który zauważył, że: „Metafory w komunikacji giełdowej pozwalają zatem konceptualizować niefizyczne, wirtualne, abstrakcyjne, dlatego trudne do pojęcia aspekty procesów ekonomicznych za pośrednictwem innych pojęć, to znaczy w terminach dziedzin, które łatwiej nam zrozumieć” (Nycz 2013: 107). Różnicą jest również transfer tej metafory, który prowadzi tu do znaczenia konkretnego, nie abstrakcyjnego, jak w przypadku metafor w języku ogólnym. Metafora terminologiczna nie może być abstrakcyjna, ponieważ dotyczy terminu, a termin w swojej naturze musi być precyzyjny i konkretny. Metafory stałe są nazywane również metaforami technolektalnymi i według Mariusza Mela są one szczególnym typem, ponieważ przejawiają się w terminach z wyraźną motywacją semantyczną (Mela 2009). Jerzy Lukszyn i Wanda Zmarzer również zauważają, że „terminy – metafory nie stanowią nośników znaczenia emocjonalnego, a ich kolejną różnicą w stosunku do tekstów literackich jest to, że nie podlegają przedłużeniu semantycznemu” (Lukszyn, Zmarzer 2001: 60-61).

1. Grupa dotycząca choroby i jej objawów

Choroba jest ukazana w *tekstach medycznych* za pomocą, ogniska, a więc w związku z tym, żywiołu ognia. Obecność żywiołów w metaforach technolektalnych jest częsta. Przykładem może być język giełdowy i wykorzystywana w nim metafora wody: *fala kryzysu, przepływ kapitałów* (Stawikowska-Marcinkowska 2016). Ognisko

w *Słowniku języka polskiego* ma kilka znaczeń, a jedno z nich jest opatrzone kwalifikatorem *med.*: „1. stos drzewa zapalony pod gołym niebem; 2. impreza rozrywkowa urządzana przy takim stosie; 3. przestarz. miejsce, na którym rozpala się ogień; też ogień palący się w tym miejscu; fraz. O. Domowe, rodzinne, dom rodzina (...) 6. med. miejsce, w którym występują zmiany chorobowe” (SJP: 573).

Analizowane metafory składają się z konstrukcji rzeczownik + rzeczownik w dopełniaczu lub rzeczownik + przymiotnik. W konstrukcjach metaforycznych rzeczownik + przymiotnik, znaczenie nośnika metafory wywoływane jest przez przymiotnik określający rzeczownik, którym jest m.in. *ognisko*. W badaniach Ewy Baruk-Dzięcioł dotyczących obrazu ognia, ognisko pojawia się „w dwóch wariantach znaczeniowych. W pierwszym z nich jest stosem drewna lub chrustu zapalonym pod gołym niebem, a rozpalonym w konkretnym miejscu. W innym znaczeniu wiąże się ze spotkaniem towarzyskim, odbywającym się przeważnie w wieczornej scenerii, przy tym palącym się stosie” (Baruk-Dzięcioł 2018: 328-329). W *Wielkim słowniku medycznym* termin ten ma dwa znaczenia: „1. punkt na gł. osi opt. soczewki, w którym przecinają się promienie świetlne padające na soczewkę równoległe do tej osi. 2. Główny ośrodek procesu chorobowego” (WSM: 900). W słowniku można zauważyć kilka rodzajów ognisk: *epidemiczne (epizootyczne), hiperaktywności, hiperdensyjne, hipoaktywności, hipodensyjne, izodensyjne, krwotoczne, lampy rentgenowskiej, padaczkorodne, padaczkowe, przyrodnicze czy w kostniaku kostninowym. Ognisko epidemiczne* to: „chory człowiek lub zwierzę wraz z jego otoczeniem, w którym istnieją warunki przenoszenia czynnika chorobowego na osobników wrażliwych” (WSM: 900). W analizowanych kontekstach poza *ogniskiem epidemicznym* występują także: *ogniska martwicze i ognisko rumieniowe*:

Po raz pierwszy zmiany pojawiają się między 3 a 6 miesiącem życia i mają postać nacieczonych **ognisk rumieniowych** umiejscowionych na twarzy (MpD 09/2019/95).

W pierwszej fazie dominują objawy niewydolności narządowej oraz objawy zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS – systemic inflammatory response syndrome), podczas gdy w fazie późnej występują powikłania miejscowe, w tym organizacja **ognisk martwiczych** i komplikacje septyczne. (MpD 5/2019/10)

W tej grupie można zaobserwować także metafory chorób wywoływane przez przymiotnik *zapalny* pochodzący od rzeczownika zapalenie lub *ogniskowy* (który tworzy metafory związane z chorobą lub objawami chorobowymi). W *Wielkim słowniku medycznym* zapalenie to: zespół miejscowych zjawisk patologicznych w ustroju,

pojawiający się w następstwie zadziałania bodźca szkodliwego (...), cechujący się miejscowo oznakami zaburzeń w krążeniu, zmian wstecznych i postępowych” (WSM: 1526). W *dyskursie medycznym* można wyróżnić m.in.: *stan zapalny, zmiany zapalne/ogniskowe, objawy ogniskowe*. *Stan zapalny* to stan chorobowy, zaś *zmiana zapalna*, podobnie jak *wykwit zapalny*, to coś, co świadczy o chorobie, tzn., mówiąc metaforycznie, o tym, że coś się w organizmie zapaliło: „ogniska hiper- i hipoaktywności; w obrazie scyntygraficznym wyraźnie odgraniczone miejsca różniące się stopniem gromadzenia znacznika od pozostałej tkanki badanego narządu, obrazujące miejsca o nieprawidłowej czynności, np. zimne ognisko w angioscyntygramie to miejsce słabo ukrwione (...) gorące ognisko w kośćcu jest miejscem wzmożonej przemiany kostnej” (WSM: 900). Violetta Jaros zwróciła uwagę na to, że żywioł ognia jest utożsamiany z siłą niszczącą, a także ze śmiercią¹⁹⁰: „Żywioł ten kojarzony jest przede wszystkim z niebezpieczeństwem i niszczycielską siłą trawiącą wszystko, co stanie na jej drodze, konotuje śmierć, unicestwienie” (Jaros 2017: 111). Z kolei *objawy ogniskowe* to objawy dotyczące ogniska chorobowego, które powstało w organizmie. Oto przykłady z czasopism medycznych:

Rozpoznanie histopatologiczne z pobranych wycinków z krtaniowej części nagłośni po stronie lewej wykazało naciek raka płaskonabłonkowego niskozróżnicowanego w stopniu G-3, a ze ścian zachyłka gruszkowatego **zmiany zapalne** (MpD 12/2018/93)

Te czynniki prowadzą do przewlekłego utrzymywania się **stanu zapalnego** i zwiększonej przepuszczalności naskórka dla alergenów, co może być przyczyną świądu (MpD 09/2019/96)

Ogniskowe objawy neurologiczne są zmienne i mogą odzwierciedlać anatomiczne miejsca uszkodzenia. (MpD 09/2019/40)

Motywacja tych metafor może być różna. A. Kacprzak wyróżniła jej trzy rodzaje (Kacprzak 1997). Wszystkie są związane z różnymi zmysłami człowieka: przeniesienie znaczenia ogólnego wyrazu na znaczenie metaforyczne może być oparte na wrażeniu wizualnym, słuchowym lub dotykowym. Skojarzenie choroby z ogniem pojawiło się najprawdopodobniej poprzez obserwacje (czynnik wizualny) negatywnych zjawisk związanych z tym żywiołem (pożar), z których wynikało, że ogień jest siłą zdolną do „pożerania” i unicestwiania (podobnie jak choroba). Urszula Sokólska, która analizowała językowy obraz żywiołu ognia, zwróciła uwagę na jego związek z cierpieniem czy chorobą: „Połączenia wyrazów konotujących zjawiska związane z żywiołem ognia

¹⁹⁰ A choroba do śmierci może prowadzić.

z elementami leksykalnymi realnie nazywającymi inne aspekty świata zewnętrznego i świata duchowego sprzyjają uaktywnieniu się żywiołu ekscytującego, pobudzającego wyobraźnię odbiorcy, a także opozycję zdrowia i choroby” (Sokólska 2007: 632). Jednak główną funkcją wszystkich metafor jest to, że ma ona służyć realizowaniu potrzeb nazewnictwa pojęć w danej dziedzinie wiedzy (Hoffman 1998: 104), ma być także środkiem językowym, który przekazuje fachową wiedzę otoczeniu (Ischreyt 1965: 45).

Przykładem konstrukcji rzeczownik + rzeczownik w dopełniaczu w analizowanym materiale jest m.in. choroba trzustki. Rzeczownik ten jest związany z nazwą narządu znajdującego się w organizmie ludzkim. Obraz metaforyczny jest wywoływany przez rzeczownik odczasownikowy *zapalenie*, który świadczy o chorobie tego narządu, skojarzonej z ogniem, z czymś, co płonie. Wiąże się to z tym, że metafora „jest zjawiskiem dynamicznym: często codzienne i zwykłe z pozoru wyrazy w wyniku specyficznego użycia nabierają niecodziennego znaczenia. Jesteśmy wtedy świadkami „stawania się” metafory” (Kacprzak 1997: 152). Konstrukcja ta nie różni się znacząco od tej z przymiotnikiem, jej motywacja jest taka sama. Oto przykład:

Na podstawie klasyfikacji z Atlanty wyróżnia się 3 postacie ostrego **zapalenia trzustki** (MpD 5/2019/10)

Nie podaję innych przykładów z tej grupy, ponieważ pojawiają się one w innych miejscach dysertacji (por. *zapalenie uchyłków*, *zapalenie przyzębia*, *zapalenie oskrzeli*, *zapalenie nerwów* itp.).

2. Grupa dotycząca procesów i reakcji zachodzących w organizmie

Kolejną grupą, która wyłania się wśród terminów medycznych jest ta, w której użycie metaforyczne dotyczy pewnego procesu, reakcji, która zachodzi w organizmie. Nazwa tej reakcji jest metaforyczna, ponieważ wyraz wyjściowy zawiera rzeczownik związany z drogą, szlakiem lub ścieżką. Ten rzeczownik jest nośnikiem znaczenia metafory. W tej grupie również można odnaleźć zarówno konstrukcje rzeczownik + rzeczownik w dopełniaczu, jak rzeczownik + przymiotnik. Zgodnie ze *Słownikiem języka polskiego szlak* to: „1. droga naturalna, np. rzeka, lub trakt wyznaczony przez tych, co nim szli lub jechali, prowadzące do określonego miejsca: s. turystyczny, narciarski itp.; droga naturalna lub trasa specjalnie wytyczona, zwykle znakowana przystosowana

do celów sportowych lub turystycznych; 2. motyw dekoracyjny w postaci barwnego pasa odcinającego się od tła (zwykle na tkaninie lub naczyniach)” (SJP: 999).

W *Wielkim słowniku medycznym* są odnotowane 63 przykłady różnych dróg, np.: *drogi łzowe* („drogi odprowadzające łzy z worka spojówkowego do nosa” WSM: 294), *drogi koronowo-mostowe* („drogi biorące początek w korze płatów: czołowego (d. czołowo-mostowa), ciemieniowego, potylicznego i skroniowego (d. ciemieniowo-potyliczno-skroniowo-mostowa).)”(WSM: 294) czy *drogi nerwowo-rzutowe*.

Z przeanalizowanego materiału bogatego w różne przykłady zostały wybrane jedynie poszczególne wyrażenia, takie jak: *szlak klasyczny* („to szlak, którym przebiega synteza kwasów żółciowych” (MpD 05/2019/49), *szlak sygnałowy* („szlak sygnałowy, ścieżka sygnałowa, kaskada sygnałowa, przekazywanie sygnału, transdukcja sygnału – szereg procesów biochemicznych zwanych sygnałami, pochodzących z zewnątrz komórki lub z jej wnętrza, prowadzących do zmian procesów życiowych w komórce”¹⁹¹), *szlaki metaboliczne* („szereg następujących po sobie reakcji biochemicznych, w których produkt jednej reakcji jest substratem kolejnej. Reakcje szlaków są zwykle katalizowane przez enzymy oraz podlegają ścisłej kontroli. W skali całego organizmu reakcje metaboliczne regulowane są przez hormony.”¹⁹²), *szlaki cholinergiczne* (to szlaki, „które rozpoczynają się w pniu mózgu odpowiadają za wzbudzenie oraz funkcje poznawcze”¹⁹³, *ścieżka kancerogenezy* (termin kancerogeneza, czyli nowotworzenie został już wyjaśniony, patrz strona 211); Na podstawie definicji można stwierdzić, że *ścieżka kancerogenezy* to droga powstawania nowotworu), *drogi żółciowe*¹⁹⁴(„drogi wyprowadzające żółć z wątroby do dwunastnicy”WSM: 295); Dzięki nim odbywa się ten proces; szlak Entnera-Doudoroffa („szereg reakcji biochemicznych prowadzący do przekształcenia cząsteczki glukozy do dwóch cząsteczek pirogronianu. Jest to szlak alternatywny do glikolizy. W wyniku takiego przekształcenia powstaje po jednej cząsteczce ATP, NADH i NADPH”¹⁹⁵).

Na uwagę zasługują występujące w definicjach takie rzeczowniki, jak: synteza kwasów żółciowych (proces), szereg procesów biochemicznych, szereg reakcji biochemicznych, zmiany zachodzące w komórce itp. Wszystko to wskazuje na to, że

¹⁹¹ https://pl.wikipedia.org/wiki/Szlak_sygna%C5%82owy#cite_note-3 [20.10.2020 r.]

¹⁹² https://pl.wikipedia.org/wiki/Szlak_metaboliczny [20.10.2020 r.]

¹⁹³ <http://if-pan.krakow.pl/assets/files/24536045262f0ce13a3bc0d4bb0618a8.pdf> [dostęp z dnia 20.10.2020 r.]

¹⁹⁴ Z powyższych wyrażeń jedynie *drogi żółciowe* znajdują się w *Wielkim słowniku medycznym*, dlatego przytoczone zostały definicje znalezione na stronach internetowych.

¹⁹⁵ https://pl.wikipedia.org/wiki/Szlak_Entnera-Doudoroffa [21.10.2020 r.]

droga, ścieżka czy szlak stanowiące podstawę metafory tworzą termin anatomiczny związany z pewnym procesem, zmianą. Każdy proces, każda zmiana, by mogła nastąpić, musi przebyć pewną drogę, dlatego prawdopodobnie w tym tkwi motywacja tej metafory. Ponadto, prawidłowo funkcjonujący organizm ludzki jest związany z życiem, a życie niejednokrotnie jest opisywane poprzez metaforę drogi. Porównywanie pewnych zjawisk do innych zjawisk to jedna z cech tej metafory: „zasadniczą cechą metafory technolektalnej jest po pierwsze wspomniana funkcja poznawcza. Metafory technolektalne, takie jak: „efekt latarni morskiej” w astrofizyce, „teoria pomarszczonego jabłka” w geologii (...) tłumaczą określone zjawiska naukowe poprzez porównanie ich do dobrze znanych zjawisk z życia codziennego” (Waszczuk 2005: 123). O tym, dlaczego obraz drogi jest tak często wykorzystywany do tworzenia metafor pisała A. Chudzik, która zauważyła, że: „Schemat wyobrazeniowy drogi jest użytecznym źródłem metafory ze względu na swoją pierwotność, ale też prostotę (...) Schemat metafory drogi zawiera wiele elementów wspólnych z domenami pokrewnymi – jak ruch, czy szerszymi, w obręb których wchodzi pojęcie drogi – jak podróż” (Chudzik 2011: 31) Oto przykłady z czasopism medycznych:

U pacjentów z PZWC i czynnikami ryzyka rozwoju NAFLD opisano specyficzny podtyp HCC – steatohepatitic HCC, co sugeruje istnienie niezależnej/ równoległej ścieżki kancerogenezy specyficznej dla NASH. (...) Jak wspomniano powyżej, obserwacje te sugerują istnienie specyficznej **ścieżki kancerogenezy** u pacjentów z NAFLD. (MpD 09/2019/52)

Kinaza JAK2 należy do cytoplazmatycznych kinaz tyrozynowych i jest elementem **szlaku sygnałowego** zależnego od receptorów cytokinowych. (MpD 5/2019/44)

Prowadzi ona do powstawania nadmiernej ilości wolnych rodników tlenowych (ROS – reactive oxygen species), które aktywują wiele niekorzystnych **szlaków metabolicznych** i proliferacyjnych. (MpD 09/2019/48)

3. Grupa związana z właściwościami narządów i ich funkcji w organizmie

W tej grupie obrazy metaforyczne ściśle dotyczą narządów w organizmie lub ich funkcji (np. żółci, która jest wydzielana przez wątrobę). Są one jednak podzielone na dwie części. Tę, w której obraz metaforyczny wywoływany jest przez rzeczownik (tzn. rzeczownik jest nośnikiem metafory – konstrukcja rzeczownik + rzeczownik) oraz te, w których to przymiotnik służy budowaniu obrazu metaforycznego (konstrukcja rzeczownik + przymiotnik, gdzie rzeczownik jest nazwą narządu lub organu).

a) obraz metaforyczny wywoływany przez rzeczownik

Metafory w tej grupie dotyczą takich narządów jak: *okostna, aorta, nerw wzrokowy, trzustka, jelita, pęcherz, tętnica, krtani, naczynia krwionośne czy opłucna*. Może być ich oczywiście znacznie więcej, w tym miejscu zostały wybrane te, które występują najczęściej.

Pierwszym obrazem metaforycznym jest ten, który jest tworzony przez rzeczownik *światło*. W *Słowniku języka polskiego* definicja światła jest bardzo rozbudowana, dlatego zostanie przytoczona ta, która najbardziej odpowiada analizowanym kontekstom: „pusta przestrzeń wewnątrz jakiegoś przedmiotu: Ś. Naczynia krwionośnego” (SJP: 1021). W słowniku medycznym również jest mowa o przestrzeni, choć nie jest zaznaczone, że jest to przestrzeń pusta, np. *światło gruczołu*: „przestrzeń znajdująca się wewn. gruczołu i objęta jego ścianami. W zależności od rodzaju gruczołu ma różną objętość i kształt” (WSM: 1315). Świadczą o tym również konteksty, w których światło jest przestrzenią, wewnątrz której coś może się znajdować, np. *wodorowęglany, tłuszcze czy granulocyty kwasochłonne*:

W badaniu histopatologicznym stwierdzono pęcherz podnaskórkowy bez akantolizy, a w **świetle pęcherza** oraz w skórze właściwej wokół naczyń krwionośnych liczne granulocyty kwasochłonne. (MpD 09/2019/95)

Pobudzenie TGR5w komórkach enteroendokrynych L stymuluje uwalnianie GLP1, hormonu inkretynowego uwalnianego w jelicie krętym i okrężnicy w odpowiedzi na obecne w **świetle jelita** wodorowęglany i tłuszcze. (MpD 5/2019/52)

W analizowanym materiale można dostrzec takie terminy metaforyczne jak: *światło jelita, światło krtani, światło tętnicy, światło naczynia czy światło pęcherza*. Wszystkie te terminy można rozumieć jak: przestrzeń znajdująca się wewnątrz jelita, krtani, tętnicy, naczynia czy pęcherza. *Światło* może być również rozumiane jako średnica: „Średnia długość jelita cienkiego to 5–6 m, średnica (czyli inaczej światło jelita) ma około 3 cm”¹⁹⁶. Z kolei Andrzej Dyszak tak pisze o światle: „pojęcie wiązane z rzeczownikiem *światło* można by eksplikować następująco: ‘to, co umożliwia widzenie’”(Dyszak 1999: 22). Wobec tego zestawia światło z pojęciem widzenia, dzięki niemu można bowiem lepiej i więcej widzieć. W innej publikacji dodaje również, że:

¹⁹⁶ https://pl.wikipedia.org/wiki/Jelito_cienkie [dostęp z dnia 8.11.2020 r.]

„kiedy w przestrzeni jest dużo światła i można (dobrze) widzieć, postrzeganą w ten sposób cechę przestrzeni ujmuje się (najogólniej) jako STAN JASNOŚCI (jest jasno), natomiast kiedy w przestrzeni jest mało (za mało) światła (lub kiedy nie ma we ogóle światła i nie można (dobrze) widzieć, postrzeganą w ten sposób cechę przestrzeni ujmuje się (również najogólniej) jako STAN CIEMNOŚCI (jest ciemno)” (Dyszak 2010: 24). Przytoczone cytaty pozwalają na wyciągnięcie wniosków, że *światło jelita* czy *światło krtani* to ta część przestrzeni, która jest dobrze widoczna dla oka, również dla lekarza, którego zadaniem jest postawienie odpowiedniej diagnozy i wyleczenie pacjenta. Można to również rozumieć jako punkt centralny tej przestrzeni. Oto wybrane konteksty:

W czasie hospitalizacji u chorego przeprowadzono dwufazowe badanie TK, w którym wykazano symetrię **światła krtani** oraz prawidłowy obraz chrząstek krtani (MpD 12/2018/92)

W przypadku obniżenia stężenia Ca²⁺ w surowicy dochodzi do zwiększonego wytwarzania i wydzielania PTH przez przytarczycy, które odpowiada za zwiększenie resorpcji zwrotnej CA przez nabłonek cewek nefronów, uwolnienie Ca z kości w procesie nasilonej osteolizy oraz zwiększenie wchłaniania wapnia ze **światła jelita** za pośrednictwem aktywnej witaminy D (1,25 (OH)₂D). (MpD 09/2019/89)

Kolejnymi rzeczownikami, które występuje w terminach medycznych są te, które dotyczą nazwy materiału lub czegoś, co jest wykonane z materiału: *koszulka*, *łata*, *kieszonka*, *woreczek*. Te metafory są więc zbudowane w następujący sposób: rzeczownik będący nazwą materiału/ lub czegoś wykonanego z materiału (często o charakterze deminutiva) + rzeczownik związany z organem / narządem. W *Wielkim słowniku medycznym* znajdują się jedynie terminy związane z *woreczkiem* czy *kieszonką* nie pojawia się zaś *koszulka* czy *łata*. *Woreczek* to zgodnie z definicją słownikową: „przedni twór pęcherzykowaty błędniaka błoniastego, wypełniony śródchłonką; łączy się z drugim (łagiewką) przewodem łagiewkowo-woreczkowym i z przewodem ślimakowym. Znajduje się w nim nabłonek zmysłowy narządu równowagi, tworzący plamkę woreczka” (WSM: 1482). W słowniku zostały wyodrębnione różne woreczki, wśród nich: *krtaniowy*, *łzowy*, *pęcherzykowy*, *przysadkowy*, *załączkowy*, *zębony* i *żółciowy*, zaś w analizowanym materiale najczęściej można zaobserwować dwa z nich: *żółciowy* i *krtaniowy*. *Woreczek żółciowy*, inaczej *pęcherzyk żółciowy* to „narząd magazynujący i zagęszczający żółć; położony na pow. dolnej wątroby w dole pęcherzyka żółciowego, składa się z cz. dolnej – dna, środkowej – trzonu i górnej – szyjki, która przedłuża się w przewód pęcherzykowy” (WSM: 993), zaś *woreczek krtaniowy* to: „często występujący zachyłek kieszonki krtaniowej, położony obustronnie między fałdem przedsionkowym,

a płytką chrząstki tarczowatej. Przy napięciu tłoczni brzusznej wypełnia się powietrzem. Stale występuje u niektórych ssaków” (WSM: 1482):

Laryngocele to rzadka choroba, polegająca na torbielowatym poszerzeniu **woreczka krtaniowego**, będącego ślepo zakończonym uwypukleniem w 1/3 przedniej części dna kieszonki krtaniowej (MpD 11/2019/15/).

Podobnie jak w przypadku *woreczka*, w *Wielkim słowniku medycznym* można również wyodrębnić kilka rodzajów *kieszonek*: *dziąsłową*, *gardłową*, *Harta*, *krtaniową*, *przysadkową*, *Rathkego i skrzelową*. *Kieszonka krtaniowa* to „szczelinowate uwypuklenie błony śluzowej między fałdem k.k. a fałdem głosowym. U niektórych ssaków szczególnie silnie rozwinięta” (WSM: 562):

Badanie otolaryngologiczne wykazało występowanie egzofitycznego guza obejmującego fałd głosowy lewy oraz **kieszonkę krtaniową** po tej samej stronie. (MpD 12/2018/92)

Motywacją powstania tej metafory jest prawdopodobnie kształt tych narządów. Mniej naukowa definicja *pęcherzyka żółciowego* (inna, bardziej oficjalna nazwa *woreczka żółciowego*) zawiera informację o jego kształcie: „gruszkowaty narząd służący do magazynowania i zagęszczania żółci do czasu, aż będzie potrzebna do emulgacji tłuszczu”¹⁹⁷. Narząd ten ma kształt gruszki, dodatkowo jest w nim magazynowa żółć. Jest niewielki, dlatego jest to woreczek, nie worek. Żółć jest w nim przechowywana, jak w worku. Można się w tym miejscu zastanowić, czy metafora nie zubaża naukowego języka lekarskiego. Biorąc pod uwagę część badań nad metaforą w językach specjalistycznych, można zauważyć, że z jednej strony traktuje się użycie jej w tekstach za naruszenie norm, z drugiej zaś zauważa się jej wszechobecność (Stawikowska-Marcinkowska 2016). Pierwotna nazwa *pęcherzyk żółciowy* ma charakter bardziej oficjalny, *woreczek żółciowy* jest potoczny, jednak w słowniku znajdziemy zarówno *pęcherzyk*, jak *woreczek*. Jednak P. Müldner-Nieckowski pisał, że: „Jeśli ktoś mówi *woreczek żółciowy* (zamiast *pęcherzyk żółciowy*), *przeszczepianie organów* (zamiast *narządów*) czy *lekarstwo* (zamiast *lek*), to jego „lekarskość” może zostać zakwestionowana” (Müldner-Nieckowski 2014: 402-403). Jednocześnie dodaje, że czasopismo „Medycyna po Dyplomie” reprezentuje wysoki poziom poprawności językowej.

¹⁹⁷ https://pl.wikipedia.org/wiki/P%C4%99cherzyk_%C5%BC%C3%B3%C5%82ciowy [8.11.2020 r.]

Innymi przykładami metafor są te, w których nośnikiem metafory są rzeczowniki związane z ukształtowaniem terenu. Oba analizowane przykłady dotyczą trzustki: *zbiorniki trzustkowe*, *wyspy trzustkowe*. Definicja *trzustki* jest bardzo istotna w analizowanym tutaj materiale, ponieważ można w niej dostrzec motywację kształtowania się związanych z nią metafor: „gruczoł mieszany o wydzielaniu zewnętrznym i wewnętrznym, należący formalnie do układu pokarmowego (...) Wydzielina trzustki zwana sokiem trzustkowym, ma odczyn zasadowy, zawiera głównie enzymy trawienne (...) Część wewnątrzwydzielnicza tworzy aparat wyspowy trzustki złożony z ok. 2 mln. rozrzuconych w miąższu gruczołu wysp Langerhansa. W wyspach wyróżniamy: komórki B (...) komórki A (...) komórki D (...) komórki PP” (WSM: 1390). Na budowę *Wysp trzustkowych* składają się więc różne gruczołowe komórki, dlatego motywacja ich nazwy nie jest przypadkowa. Wyspa to miejsce, ład, który jest ze wszystkich stron otoczony wodą: „pewien obszar lub zbiór czegoś na jakimś obszarze, wyróżniający się spośród otoczenia: w-y drzew wśród pól” (SJP: 1219). *Wyspy trzustkowe* są więc zbiorem różnych komórek. Z kolei *zbiorniki trzustkowe* mogą być związane z wydzieliną *trzustki*, zwaną, *sokiem trzustkowym*, zbiornik bowiem kojarzy się z czymś płynnym. Warto zauważyć, że metafory te mają ograniczoną możliwość interpretacji. A. Waszczuk pisała, że: „w odróżnieniu od metafory poetyckiej, która bazuje na wieloznaczności, metafora technolektalna powinna być właściwie jednoznaczna” (Waszczuk 2005: 123). Oto wybrane konteksty:

Postać łagodna ma najczęściej przebieg śródmiąższowy, nie powoduje powikłań narządowych ani miejscowych, do których zalicza się: występowanie **zbiorników trzustkowych** i okołotrzustkowych oraz zaburzeń opróżniania żołądka. (MpD 5/2019/10)

Kolejnymi lekami hipoglikemizującymi są pochodne sulfonylomocznika. Stymulują one komórki (beta) **wysp trzustkowych** do uwalniania insuliny przez wiązanie ze specyficznymi receptorami komórkowymi, co powoduje depolaryzację komórek (beta) i uwalnianie zapasów insuliny. (MpD 09/2019/50)

W regulacji metabolizmu lipidów i glukozy istotną rolę odgrywa FXR między innymi w komórkach beta **wysp trzustkowych**, którego aktywacja stymuluje produkcję insuliny. (MpD 5/2019/51)

b) obraz metaforyczny wywoływany przez przymiotnik

Kolejną grupą jest ta, w której nośnikiem metafory jest przymiotnik. Zwróciła na to uwagę również A. Kacprzak, która pisała, że: „charakterystyczne dla języka medycznego są serie paradygmatyczne, w których rzeczownik oznaczający, np. organ lub funkcję kwalifikowany jest przez przymiotnik wywołujący obraz metaforyczny, np. szmer amforyczny, szmer chłepczący” (Kacprzak 1997: 154). Takich przykładów jest w czasopismach medycznych znacznie mniej niż tych wymienionych w grupie poprzedniej, jednak warto o nich wspomnieć i pokazać różnice.

Pierwszym terminem, który zostanie wspomniany jest *chrząstka*. To „narząd utworzony z tkanki chrzęstnej” (WSM: 199). W słowniku medycznym można odnaleźć różne przykłady metafor związanych z tym narządem: *chrząstka brzuszna*, *chrząstka pierścieniowata*, *chrząstka różkowata* itp. W materiale można wyróżnić dwa rodzaje chrząstek: *nalewkowatą* i *tarczowatą*. *Chrząstka nalewkowata* to: „parzysta chrząstka położona w tylnej części krtani, na górnym brzegu płytki chrząstki pierścieniowatej. Łączy się stawowo z chrząstką pierścieniowatą i za pomocą więzozrostu z chrząstkami różkowatymi” (WSM: 199). Motywacją tej metafory jest aspekt wizualny, tzn. kształt tej chrząstki. Można znaleźć informację, że „nazwa nalewka pochodzi od kształtu chrząstek – obie razem przypominają naczynie, jakiego Grecy używali do nalewania oliwy”¹⁹⁸. Z chrząstką nalewkową jest również związany inny metaforyczny termin *fałd nalewkowo-nagłośniowy* „fałd błony śluzowej krtani zawierający jednoimienny mięsień – ciągnący się od szczytu chrząstki nalewkowatej do bocznego i górnego brzegu chrząstki nagłośniowej” (WSM: 348). *Chrząstka tarczowata* to „największa chrząstka budująca krtani i stanowiąca przednie rusztowanie jej górnej części”¹⁹⁹. Przymiotnik *tarczowaty* może więc być związany z faktem, że *chrząstka* ta jest rusztowaniem, tzn. czymś, co podtrzymuje, czymś, co służy do ochrony, jak tarcza. Agnieszka Stawikowska-Marcinkowska zwracała uwagę na to, że: „podstawą do dokonania przeniesienia jest, zgodnie z prezentowanym ujęciem, obiektywnie zachodzące podobieństwo między rzeczami, np. podstawą do utworzenia metafory Azja jest lwem (Azja = gospodarka Azji), czyli do przeniesienia na Azję obecnego znaczenia lew jest obiektywnie istniejące podobieństwo między Azją a lwem” (Stawikowska-Marcinkowska 2016: 77). W tym

¹⁹⁸ [https://pl.wikipedia.org/wiki/Chrząstka_nalewkowata](https://pl.wikipedia.org/wiki/Chrz%C5%82tka_nalewkowata) [dostęp z dnia 9.11.2020 r.]

¹⁹⁹ [https://pl.wikipedia.org/wiki/Chrząstka_tarczowata](https://pl.wikipedia.org/wiki/Chrz%C5%82tka_tarczowata) [dostęp z dnia 9. 11. 2020 r.]

przypadku to przymiotnik służy do tworzenia metafory, ma on relacyjny charakter, określa rzeczownik, przez co ogranicza jego zakres pojęciowy. Takie konstrukcje nazywane są seriami paradygmatycznymi. Konteksty zebrane z materiału wyglądają następująco:

Badanie histopatologiczne materiału pooperacyjnego potwierdziło rozpoznanie raka płaskonabłonkowego w stopniu zróżnicowania G-3 wraz z naciekaniem **chrząstek tarczowatych**, zaś badanie histopatologiczne węzłów chłonnych wykazało cechy rozrostu nowotworowego z naciekaniem ich torebek (MpD 12/2018/93)

Mimo to potwierdziło ono występowanie niejednorodnej, wzmacniającej się pokontrastowo zmiany patologicznej w obrębie tylnej części głośni po stronie lewej, obejmującej lewy fałd głosowy oraz fałd nalewkowo-nagłośniowy, przekraczającej linię pośrodkową w zakresie spoidła przedniego naciekającej lewą **chrząstkę nalewkowatą oraz tarczowatą**. (MpD 12/2018/95)

Innym przykładem jest nazwa zwyrodnienia związana z *hepatocytami*: *zwyrodnienie balonowate*: „to modyfikacja hepatocytów, które tracą swój prawidłowy wielokątny kształt, a stają się obrzęknięte i okrągłe”²⁰⁰. Metaforyczna nazwa wywołana przez przymiotnik dotyczy ich okrągłego kształtu, który przypomina balon. Wynika to z tego, że „procesowi metaforyzacji poddają się przede wszystkim nazwy przedmiotów oraz określenia cech, np. ogon (zwierzęcia) – ogon (komety)” (Andrychowicz 2005: 128). Oto kontekst z czasopisma medycznego:

Następnie wykonywano kontrolną biopsję wątroby, oceniając parametry według skali NAFLD Activity Score (NAS), która uwzględnia stłuszczenie, obecność **hepatocytów balonowatych** i zapalenie zrazikowe. (MpD 5/2019/54)

Warto podkreślić, że przenoszenie znaczenia może odbywać się również w odwrotnym kierunku, tzn. z języka medycznego do języka ogólnego, a motywacja takiego przeniesienia może mieć charakter metaforyczny: „przykre doświadczenia związane z konkretnymi procesami chorobowymi doświadczanymi sensorycznie (zapach, ból, odrażające obrazy) wiązałybyśmy z dokuczliwymi zachowaniami, rażącym postępowaniem bądź też wprost w języku potocznym *gangreną* nazwalibyśmy, np. osobę zachowującą się w sposób niepożądany, dokuczliwy, przykry dla nas” (Pukalska 2013: 74 - 75).

²⁰⁰ <https://ebook.ecog-obesity.eu/pl/klinika-i-powiklania/niealkoholowa-stluszczeniowa-choroba-watroby-u-dzieci/> [dostęp z dnia 9.11.2020 r.]

W *tekstach medycznych* można zauważyć różnego rodzaju metafory terminologiczne. Termin jest elementem, który służy nadawcy do przekazywania specjalistycznej wiedzy, ale może mieć również charakter metaforyczny.

W odnalezionych metaforach można jednak zaobserwować wiele istotnych treści, są one bowiem związane z cechami przedmiotów/obiektów/narządów/chorób/objawów, które nazywają. Tym co różni metaforę terminologiczną od zwykłej metafory tekstowej jest jej precyzyjność. Są one łatwe do zapamiętania przez odbiorców ze względu na swoją obrazowość. Metafory terminologiczne są tworzone dzięki skojarzeniom. *Stan zapalny*, który świadczy o chorobie, może oznaczać, że coś się w organizmie zapaliło, a ogień jest siłą niszczącą. Po raz kolejny można więc zauważyć wartościowanie w tekście, które ujawnia się w bezpośredni sposób, ale tym razem za pośrednictwem metafory. *Ognisko*, *stan zapalny* czy *zapalenie* to terminy, które wywołują u odbiorcy negatywne skojarzenia, gdyż są związane z chorobą. Metafory zostały podzielone na kilka grup: grupa związana z chorobą i jej objawami, z procesami i reakcjami zachodzącymi w organizmie, a także z właściwościami narządów i ich funkcji w organizmie. Dużą rolę odgrywają w metaforze przymiotniki, które zwracają uwagę na cechę omawianego zjawiska, przekazują więc pewną informację na jego temat: *chrząstka nalewkowata* (nazwa nalewka pochodzi od kształtu chrząstek przypominających naczynie). Metafora, a konkretnie przymiotnik, który wchodzi w jej skład, przekazuje informację o kształcie tej chrząstki.

Omawiane terminy nie należą do żargonu. Metafory występujące w żargonie medycznym to bowiem takie, które nie są zleksykalizowane, tzn. ich definicji nie można odnaleźć w słowniku. Natomiast metafory terminologiczne to takie, których powstanie jest związane z używaniem zmysłów, opiera się więc na skojarzeniu: wizualnym, słuchowym czy dotykowym, ale to coś więcej niż żargon, to połączenie wyrazów, które na stałe weszło do słownika i jest przekazywane z pokolenia na pokolenie, m.in. za pośrednictwem *tekstów specjalistycznych*. Mimo to elementy żargonu również są obecne w czasopiśmie medycznych i dotyczą dłuższych wypowiedzi. Takie metafory nie ograniczają się do dwóch wyrazów, ale jest ich zdecydowanie mniej: por. *włączyć lek do leczenia*, *wyłączyć lek z leczenia*, *wyłączenie pacjentów z reguły*. Specjalistyczne *teksty medyczne* są bowiem zdominowane przez metafory terminologiczne wchodzące w skład terminów dwuwyrazowych (rzeczownik + rzeczownik, rzeczownik + przymiotnik).

Metafora terminologiczna może więc informować odbiorcę, być pewnym sygnałem dla niego (np. że *hepatocyty balonowate* – to takie komórki, które tracą swój pierwotny kształt, a stają się okrągłe jak balony), przede wszystkim jednak używanie

takich metafor przez nadawcę, specjalistę, ma charakter dydaktyczny, ułatwia odbiorcy będącemu laikiem zapamiętanie treści, które będą dla niego istotne w przyszłej praktyce lekarskiej.

4.3. Polisemia międzyterminologiczna

Zjawisko polisemii międzyterminologicznej polega na tym, że w danej terminologii występują terminy, które pochodzą z terminologii innych dziedzin (Gajda 1990b). W *dyskursie medycznym* zaobserwowano terminy, które są używane w pięciu różnych dziedzinach naukowych. Analiza leksemów wieloznacznych dotyczy słów, które stanowią część składową terminów wielowyrazowych. Są to terminy ogólne, które nie odnoszą się bezpośrednio do dziedziny, jaką jest medycyna, ale dopiero w konkretnym kontekście zdaniowym stają się częścią terminologii medycznej. Często występuje przy tym zmiana znaczenia.

4.3.1. terminy ekonomiczne

Jednym z terminów pochodzących z ekonomii jest *podaż*. Prawo popytu i podaży to definicje, które można często spotkać w odniesieniu do tej dziedziny. *Podaż* to: „oferowanie towarów na sprzedaż; też: ilość pewnego towaru znajdująca się w danej chwili na rynku” (SJP: 667). W *dyskursie medycznym* *podaż* jest związana z podawaniem czegoś pacjentowi, świadczy o tym jeden z kontekstów:

Spodziewanym działaniem **podawanej**²⁰¹ **insuliny** jest przyspieszony transport tego pierwiastka do komórek, a zatem nie tylko poziom aktualnej glikemii (<200-250 mg/dl), lecz także hipokaliemia determinuje **zwolnienie podaży insuliny** w ciągłym wlewie, a w uzasadnionych przypadkach (K⁺ <3,0 mmol/l) nawet zaprzestanie insulinoterapii na pewien czas, aby zmniejszyć ryzyko rozwoju zaburzeń rytmu serca. (MpD 12/2018/16)

Podaż dotyczy przede wszystkim witamin: *podaż witaminy D, potaż witaminy C, podaż witaminy K, podaż magnezu*, ale również substancji płynnych: *podaż płynów*, a także pożywienia: *podaż do jelita czczego, podaż dożołądkowa*:

²⁰¹ Na początku został użyty termin *podawanie insuliny*, a następnie *podaż insuliny*, co może świadczyć o tym, że są one synonimami.

W następnych dniach leczenia **подаж płynów** prowadzi się nadal pod kontrolą diurezy i wyrównania gospodarki kwasowo-zasadowej, jednakże z mniejszą intensywnością. (MpD 12/2018/15)

Zarówno droga **подаży do jelita czczego**, jak i dożołądkowa mają podobną skuteczność. Stosowanie żywienia parenteralnego ma jednak przewagę nad **подаżą do jelita czczego** w przypadku niedrożności porażonej jelita, uciążliwych wymiotów czy nasilonych dolegliwości bólowych w obrębie jamy brzusznej. (MpD 5/2019/13)

Zwiększenie wchłaniania Pi z przewodu pokarmowego może towarzyszyć nadmiernej **подаży** witaminy D. (MpD 09/2019/93)

Niektóre konteksty wskazują na to, że *подаж* to nie tylko podawanie komuś czegoś, ale również suplementacja, czyli przyjmowanie witamin:

Należy pamiętać, że duża ilość witaminy K w diecie osłabia działanie warfaryny, zaś zmniejszenie wchłaniania tej witaminy, które może wystąpić w przypadku szerokospektralnej antybiotykoterapii przy równoczesnej niedostatecznej **подаży witaminy z pokarmem** lub w przypadku występowania biegunki, może nasilić działanie tego leku. (MpD 12/2018/83)

W kontekstach medycznych *подаж* jest związana z pewnym procesem, który może dotyczyć lekarza (wtedy gdy on decyduje o podaniu czegoś pacjentowi) albo pacjenta (wówczas gdy mówimy o doustnym przyjmowaniu witaminy). Proces ten można więc zatrzymać czy spowolnić, stąd określenia: *zatrzymanie подаży*, *zaprzestanie подаży*, *zwolnienie подаży*:

Innym częstym powodem rozwoju kwasicy ketonowej obserwowanym u chorych na cukrzycę leczonych egzogenną insuliną w różnych schematach są błędy w terapii: pomijanie dawek insuliny, celowe **zaprzestanie подаży**, techniczne problemy (np. uszkodzenie pena czy awaria osobistej pompy insulinowej). (MpD 12/2018/13)

Spodziewanym działaniem podawanej insuliny jest przyspieszony transport tego pierwiastka do komórek, a zatem nie tylko poziom aktualnej glikemii (<200-250 mg/dl), lecz także hipokaliemia determinuje **zwolnienie подаży** insuliny w ciągłym wlewie, a w uzasadnionych przypadkach nawet zaprzestanie insulinoterapii na pewien czas. (MpD 12/2018/16)

Подаж może być również zastępowana słowem terapia: *terapia płynami*, *terapia insuliną* (*подаж* można prowadzić, tak jak terapię), wówczas gdy to lekarz podaje określone preparaty pacjentowi, dlatego *insulinoterapia* czy *пłynoterapia* to nazwy, które można traktować jako synonimy *подаży*:

W następnych dniach leczenia **подаж пlynów prowadzi się** nadal pod kontrolą diurezy i wyrównania gospodarki kwasowo-zasadowej, jednakże z mniejszą intensywnością. Należy pamiętać, że u pacjentów z niewydolnością serca konieczna jest szczególna ostrożność w prowadzonej **plynoterapii**, aby uniknąć jatrogennego obrzęku płuc. (MpD 12/2018/15)

Drugim, priorytetowym działaniem w leczeniu chorych z kwasicą ketonową jest równoczesne z plynoterapią rozpoczęcie dożylniej insulinoterapii. Terapię zaczyna się bolusem (0,1 j/kg), a następnie podaje się insulinę w tempie 0,1 j./kg/h. W tym celu stosuje się wyłącznie preparaty krótko działającej insuliny, którą podaje się w ciągłym wlewie dożylnym. (MpD 12/2018/15)

Innymi terminami, które często występują w leksyce medycznej i pochodzą z ekonomii są jednostki leksykalne pochodzące od czasownika *deponować*. Jego znaczenie w słowniku jest związane przede wszystkim z pieniędzmi lub innymi wartościowymi rzeczami: „oddawać pieniądze lub przedmioty wartościowe w depozyt” (SJP: 132), depozyt zaś to: „pieniądze lub przedmioty wartościowe oddane na przechowanie jakiejś osobie lub instytucji” (SJP: 132). Z przeanalizowanych kontekstów można wysnuć wniosek, że *zdeponować* można bakterie lub wirusy:

Stąd przedostają się do gruczołów ślinowych, a następnie wraz ze śliną po zakończeniu żerowania lub z powodu regurgitacji nadmiaru pobranej krwi podczas żerowania do skóry człowieka. Po **zdeponowaniu krętków** w skórze zostają one poddane nieswoistym mechanizmom zapalnym. (MT 9/2019/43)

Ponadto, termin ten jest również związany z kobietami, które oddają swoje mleko dla kobiet, które go nie mają (istnieją specjalnie do tego przygotowane banki). Wówczas jest użyta imiesłowowa forma tego czasownika):

W Polsce działa już trzynaście takich banków przy dużych ośrodkach referencyjnych, do których pozyskiwane są kobiety **dobrowolnie deponujące** nadmiar swojego pokarmu. (Mt 7-8/2019/42)

Ten termin występuje również w nazewnictwie chorób. Istnieje grupa, która nosi nazwę: *choroby depozytowe*. Definicja tego typu choroby nie występuje w słowniku medycznym. W jednym z artykułów znalezionych na stronie internetowej można zauważyć taki opis choroby:

Choroby depozytowe monoklonalnych immunoglobulin są rzadko występującymi nowotworami układu chłonnego przebiegającymi z odkładaniem się pozakomórkowo w tkankach monoklonalnych immunoglobulin lub ich fragmentów, które są produkowane przez klon nowotworowych plazmocytołów. Choroby te dzieli się na 2 podgrupy ze względu na zdolność

depozytów białkowych do formowania regularnej struktury amyloidu: choroby depozytowe monoklonalnych immunoglobulin amyloidowe i nieamyloidowe²⁰²

Dla zrozumienia nazwy tej grupy chorób, istotny jest fakt odkładania się immunoglobulin. Przywołuje to skojarzenie oddawania, odkładania pieniędzy w depozyt.

Trzecim najczęściej występującym terminem, który został przejęty z dziedziny ekonomicznej jest *dystrybucja*. W *Słowniku języka polskiego* jest on kojarzony przede wszystkim z towarami: „podział lub rozprowadzenie towarów albo innych dóbr między sklepy, zakłady przemysłowe itp.” (SJP: 174), *dystrybutor* „1. osoba lub instytucja zajmująca się dystrybucją towarów; 2. zbiornik odmierzający płyny” (SJP: 174). W *tekstach medycznych* termin ten dotyczy witaminy:

Każda inna forma kwasu askorbinowego nie jest witaminą C, lecz zgoła innym związkiem, i nie może być ona nazywana ani **dystrybutowana jako witamina**. (MpD 12/2018/80)

4.3.2. terminy techniczne / informatyczne

Wśród terminów medycznych nie brakuje takich, które związane są z techniką lub informatyką i w *Słowniku języka polskiego* opatrzone kwalifikatorem *tech.* lub *inform.* Najczęstszymi są nimi między innymi: *implementowanie*, *kompensacja*, *saturacja* i *wychwył*. *Implementacja* to „wersja programu, języka programowania lub systemu operacyjnego przystosowana do pracy na określonym typie komputera; też: przystosowanie programu, języka programowania lub systemu operacyjnego do typu komputera”²⁰³; Ponadto: „jeśli informatyk coś implementuje, to wdraża to i integruje z obecnym już kodem, programem, systemem itp.”²⁰⁴. Termin ten można również spotkać w dziedzinie prawniczej i wówczas dotyczy on wprowadzania systemu prawnego: „jeśli kraj implementuje jakieś prawo, to wprowadza je do swojego systemu prawnego (ustanawia odpowiednie normy prawne, ale też powołuje odpowiednie instytucje i organy do ich egzekwowania)”²⁰⁵. Kontekst w tekście medycznym, w którym można zauważyć *implementowanie*, wydaje się pasować bardziej do definicji pochodzącej z prawa, gdyż

²⁰² http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom2_2.10.%20Choroby_depozytowe_monoklonalnych_immunoglobulin_200520.pdf [dostęp z dnia 22.08.2020 r.]

²⁰³ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/implementowa%C4%87.html> [22.08.2020 r.]

²⁰⁴ <https://dobryslownik.pl/slowo/implementowa%C4%87/17535/> [22.08.2020 r.]

²⁰⁵ <https://dobryslownik.pl/slowo/implementowa%C4%87/17535/#znaczenie-233766> [22.08.2020 r.]

jest w nim mowa o pewnym dokumencie. *Implementowanie* to w poniższym kontekście wprowadzanie strategii:

Dokument ten ma pomóc w **implementowaniu** strategii rutynowego priorytetowego dostępu promieniowego (radial first strategy) w amerykańskich ośrodkach leczenia OZW. (Mt 9/2019/28)

Innym terminem technicznym często wykorzystywanym w medycynie jest *wychwył*. Definicja słownikowa wskazuje na jego powiązanie z mechanizmem zegara: „element mechanizmu zegarowego przekazujący napęd wahadłku”²⁰⁶. W słowniku medycznym można odnaleźć definicję *wychwyłu neuronalnego*, która pokazuje, że jest to rezultat czynności związanej z wychwytywaniem: „proces polegający na wychwytywaniu przez neurony -> neuromediatora wytwarzanego w danym neuronie lub jego prekursorów (np. choline w neuronach cholinergicznym). Wiele leków blokuje proces wychwyłu (np. leki przeciwdepresyjne, amfetamina)” (WSM: 1496). W analizowanym materiale można zaobserwować różne *wychwyły*, np.: *wychwył zwrotny serotoniny*, *wychwył do krążenia* *wychwył jodu* czy *wychwył znacznika*:

W mechanizmie działania tramadolu oprócz wpływu na receptory opioidowe istotne jest także hamowanie **wychwyłu zwrotnego serotoniny** w układzie antynoceptywnym zstępującym, co z kolei pociąga za sobą wzrost ryzyka wystąpienia zespołu serotoninowego. (MpD 12/2018/78)

Ponieważ za dekonjugację i konwersję do wtórnych BAs odpowiada mikrobiota jelita grubego, zmiana w jej składzie i/lub ilości może wiązać się ze zwiększoną ilością wtórnych BAs i ich większym **wychwytem do krążenia jelitowo-wątrobowego**. (MpD 5/2019/52)

Kolejnym często używanym w leksyce medycznej terminem jest *kompensacja*. W *Słowniku języka polskiego* definicja wskazuje na to, że ten termin jest używany w technice, ale pochodzi również z biologii, co oznacza, że terminy z różnych dziedzin mieszają się wzajemnie i „zapożyczają się” jedno od drugich: „1. zrównoważenie lub wyrównanie braku, niedoboru lub ujemnego charakteru czegoś; też: wynagrodzenie komuś strat lub krzywd; 2. biol. zrównoważenie uszkodzeń lub utraconych funkcji jakichś narządów silniejszym rozwojem innych narządów lub nieuszkodzonych części tego samego narządu; 3. techn. Równoważenie jakiegoś działania działaniem innym, znoszącym je” (SJP: 341). W *Wielkim słowniku medycznym* również znajduje się definicja tego terminu: „proces biologiczny wyrównywania lub zastępowania jakiegoś narządu w razie jego utraty lub naruszenia czynności przez inny narząd, co powoduje

²⁰⁶ <https://sjp.pwn.pl/sjp/wychwył;2538774.html> [dostęp z dnia 22.08.2020 r.]

przywrócenie, niekiedy częściowe, sprawności organizmu. Proces ten, zawsze wymagający czasu, ma istotne znaczenie w prowadzeniu leczenia rehabilitacyjnego” (WSM: 593). W słowniku wymienione są różne rodzaje *kompensacji*: *kompensacja dawki*, *kompensacja przedśionka*, *kompensacja psychologiczna* i *supresyjna*. W testach medycznych uwagę zwraca użycie tego terminu w odniesieniu do dróg oddechowych:

Rozdęcie mięszu płuc u chorych na POChP stanowi mechanizm **kompensujący zwężenie obwodowych dróg oddechowych**. (MpD 12/2018/38)

4.3.3. terminy przyrodnicze

W tej grupie terminów pochodzących z fizyki, szczególnie wyróżniają się trzy z nich: *indukować/indukcja*, *addytywny* oraz *wektor*. *Indukować* to „1. wnioskować opierając się na metodzie indukcyjnej; 2. wzbudzać prąd elektryczny przez zmianę pola magnetycznego” (SJP: 274), zaś *indukcja* to „1. w logice: wyprowadzanie wniosków ogólnych z przesłanek będących poszczególnymi przypadkami tych wniosków; 2. fiz. wzbudzenie prądu elektrycznego przez zmianę natężenia pola magnetycznego” (SJP: 274). W *dyskursie medycznym* można zauważyć zarówno termin *indukcja*, jak i czasownik *indukować*, który w zależności od kontekstu, może mieć kilka znaczeń.

Indukować to po pierwsze: powodować coś/ wywoływać coś, np. cząsteczki cholesterolu mogą powodować pewien proces, który prowadzi do rozwoju miażdżycy, hormony mogą powodować kwasicę ketonową, inhibitory mogą powodować gastroprotekcję, statyny wywołują zaćmę:

W przeszłości z uwagi na obawę **indukowania zaćmy przez statyny** pacjenci przez włączeniem do nich terapii tymi lekami byli poddawani badaniu z wykorzystaniem lampy szczelinowej. (MpD 09/2019/19)

W dialogu z pacjentem można użyć argumentów, że miażdżycy jest chorobą zapalną, a blaszki miażdżycowe to konsekwencja **procesu indukowanego** między innymi przez nieprawidłowe i zmodyfikowane cząsteczki cholesterolu LDL. (MpD 09/2019/23)

Sytuacje dużego stresu dla organizmu, np. operacje, urazy, zawał serca, z powodu zwiększenia wydzielania hormonów kontrregulacyjnych również **mogą indukować kwasicę ketonową**. (MpD 12/2018/14)

Inhibitory pompy protonowej stosowane u pacjentów przyjmujących NLPZ z jednej strony **indukują gastroprotekcję**, z drugiej hamują wchłanianie NLPZ, które oprócz nabumetonu są słabymi kwasami. (MpD 12/2018/80)

Indukować to również uruchamiać czy uaktywniać coś, np. *szlak kinazy*:

Pozametaboliczna aktywność insuliny powoduje wzrost aktywacji mTOR, który zwiększa fosforylację serynową (zamiast tyrozynowej) substratu dla receptora insulinowego 1 (IRS1 – insulin receptor substrate 1) i przez to spowalnia przekazywanie sygnałów w szlaku sygnałowym insuliny, nasilając insulinooporność. Jednocześnie insulina aktywuje substrat dla receptora insulinowego 2 (IRS2 – insulin receptor substrate), który indukuje szlak kinazy aktywowanej mitogenami, tym samym zwiększając przeżywalność i proliferację komórek. (MpD 09/2019/51)

Jeśli termin *indukować* dotyczy wysiłku fizycznego, wówczas można mówić o tym, że coś pogłębiło się przez wysiłek, nasiliło się przez wysiłek. W takim przypadku wysiłek fizyczny jest tym, co spowodowało daną chorobę, dana choroba nasiliła się przez wysiłek:

Po przeprowadzeniu bardzo dokładnego wywiadu, badania przedmiotowego oraz stwierdzeniu uczulenia na gluten u pacjentki rozpoznano **anafilaksję** zależną od glutenu **indukowaną wysiłkiem fizycznym**. [...] Rozwijającą się reakcją anafilaktyczną indukowaną pokarmem i wysiłkiem należy leczyć standardowo: jak najszybciej podać domięśniowo epinefrynę (0,3 – 0,5 mg na dawkę u dorosłych, 0,1 mg/10 kg na dawkę u dzieci – maksymalnie 0,3 mg), w drugim rzucie odpowiednio ułożyć pacjenta, podać tlen do oddychania... (MpD 09/2019/100)

Z terminem *indukcja* jest związany poród. W związku z tym, że *indukować* to wywoływać, *indukcja porodu* to jego wywołanie: „Indukcja porodu, wzniesienie porodu – sztuczne wywołanie czynności skurczowej macicy u ciężarnej, mające na celu urodzenie dziecka drogami natury”²⁰⁷:

Leczeniem z wyboru w ICP jest UDCA, zaleca się również **indukcję porodu** między 36 a 38 tygodniem ciąży, wyjątkowo od 34 tygodnia po ocenie dojrzałości płuc płodu. (MpD 12/2018/30)

Kolejnym terminem zaczerpniętym z fizyki jest *wektor*, często występuje on w *dyskursie medycznym* w odniesieniu do zakażeń wywoływanych przez wirusy. W definicji słownikowej *wektor* to: „1. *fiz.* wielkość, która poza swoją wartością liczbową ma określony kierunek i zwrot, przedstawiana w postaci odcinka zakończonych strzałką; 2. *mat.* Wielkość prostej o określonym początku i końcu” (SJP: 1128). W słowniku medycznym i w analizowanym materiale *wektor* dotyczy wirusów: „w biologii molekularnej nośnik materiału genetycznego, np. wirus lub plazmid, służący do wprowadzania materiału genetycznego do komórki lub organizmu. Jako w. w terapii genowej używa się najczęściej defektywnych wirusów, tzn. wirusów o upośledzonej zdolności do replikacji”

²⁰⁷ https://pl.wikipedia.org/wiki/Indukcja_porodu [dostęp z dnia 22.08.2020 r.]

(WSM: 1446). *Wektor* będący nośnikiem wirusa jest często obecny w analizowanych tekstach:

Meenchymalne komórki macierzyste jako nośniki dostarczania genów wydają się podatne na transdukcję z różnymi **wektorami wirusowymi**, w tym adenowirusami, retrowirusami, wirusami herpes simplex i innymi (MpD 10/2019/20)

Okres letni wiąże się z dłuższym przebywaniem w lesie, w parkach i na terenach łąkowych oraz z wyjazdami wakacyjnymi do krajów strefy tropikalnej, subtropikalnej i śródziemnomorskiej, co ekspozuje nas na choroby zakaźne, **których wektorami są** stawonogi, a w szczególności komary i kleszcze (MpD 09/2019/37)

W tej grupie można również odnotować przymiotnik *addytywny*, który w terminologii fizycznej i matematycznej oznacza: „będący wynikiem sumowania składników; chem. fiz. addytywne właściwości: właściwości fizyczne i chemiczne substancji, które mogą być obliczone z sumy charakterystycznych właściwości poszczególnych jej składników”²⁰⁸. W analizowanym materiale zaobserwowany został termin *addytywne rozszerzenie oskrzeli*:

Dodatkowo zmniejszają częstość i ciężkość zaostrzeń POChP, liczbę hospitalizacji oraz poprawiają skuteczność rehabilitacji oddechowej. Leki z grupy LABA i LAMA wykazują **addytywne rozszerzenie oskrzeli** dzięki odmiennym, uzupełniającym się mechanizmom działania. (MpD 12/2018/39)

Innym terminem, który jest najczęściej wykorzystywany w *tekstach medycznych* jest *saturacja*. Określana jest jako: „nasylenie cieczy gazem, np. wody w celu otrzymania wód gazowych (wody sodowej) albo w cukrownictwie: nasylenie soku buraczanego dwutlenkiem węgla w celu wytrącenia nadmiaru wapnia używanego do oczyszczania soku”²⁰⁹, w *Słowniku języka polskiego* pojawia się również termin *saturator*, czyli „urządzenie do nasylenia cieczy gazem” (SJP: 894). Terminem *saturacja* nazywa się w słowniku medycznym pewną postać leku: „wysycenie; saturacja; saturatio; *potio effervescens*; płynna postać leku doustnego będąca roztworem substancji leczniczej wysyconym dla poprawy smaku dwutlenkiem węgla pod ciśnieniem, powstającego w wyniku reakcji wodorowęglanu sodu, potasu lub magnezu z kwasem organicznym” (WSM: 1509). W analizowanych kontekstach, *saturacja* dotyczy krwi tętniczej:

²⁰⁸ <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/addytywny;5407690.html> [dostęp z dnia 22.08.2020 r.]

²⁰⁹ <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/saturacja;5495242.html> [dostęp z dnia 22.08.2020 r.]

Kalkulacja ryzyka zgonu pacjenta z rozpoznaną już zatorowością płucną za pomocą skali Pulmonary Embolism Severity Index (PESI) wymaga oznaczenia **saturacji krwi tętniczej** (czynnikiem negatywnym rokowniczo jest SAO₂ <90%). (MpD 12/2018/74)

Wśród terminów związanych z przyrodą (biologią) można wyróżnić również taki, który odnosi się do rolnictwa. Jest on związany z podejmowaniem działania na roślinach: *inokulacja* „[łac.], roln. naniesienie patogenu na roślinę w celu dokonania zakażenia”. W epidemiologii inokulacja „jest jedną z dróg szerzenia się zakażenia w mechanizmie kontaktu pośredniego. Rozumie się ją jako ekspozycję na zakażoną krew lub inny materiał zakaźny poprzez naruszenie ciągłości tkanek. W tym przypadku nośnikiem jest przedmiot powodujący naruszenie ciągłości tkanek”:

Inokulacja bez pośrednictwa kleszczy nie powoduje zakażenia, a bakteris *B burgdorferi* nie penetruje do nieuszkodzonej skóry. (MpD 10/2018/20)

Wyżej wymienione zdanie można rozumieć w sposób następujący: droga zarażenia poprzez bakteris *B burgdorferi* nie powoduje zakażenia i nie penetruje do nieuszkodzonej skóry.

4.3.4. terminy prawnicze

O tym, że leksyka medyczna wykazuje podobieństwa do leksyki prawniczej zostało już wspomniane wcześniej (por. *odpowiedź na leczenie, postępowanie w chorobie*). Wśród terminów prawniczych zaobserwowano jednak takie, które zostały zaczerpnięte z żargonu prawniczego: przymiotnik *kazuistyczny* i rzeczownik *prewencja*. *Prewencja* to zgodnie ze słownikiem: „1. *praw.* uprzedzenie kogo (czego), zapobieganie czemu (zwłaszcza: przestępstwom, wykroczeniom itp.): Akcja *prewencji* ma na celu zapobiegać zagrożeniu utrzymania międzynarodowego pokoju i bezpieczeństwa. (...) Przy wymiarze kary decydują wymogi prewencji specjalnej i prewencji ogólnej; 2. *daw.* uprzedzenie do czego, przesąd”²¹⁰, w słowniku zaobserwowano również przymiotnik *prewencyjny*, tzn.: „zapobiegający czemuś; areszt prewencyjny: pozbawienie wolności oskarżonego przed ogłoszeniem wyroku” (SJP: 739). Termin ten jest w leksyce medycznej używany w tym samym znaczeniu, co termin prawniczy, jednak został

²¹⁰ <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/prewencja;5481530.html> [dostęp z dnia 22.08.2020 r.]

przeniesiony do medycznych kontekstów, tzn. dotyczy zapobiegania chorobie: *prewencja wtórna udaru, prewencja chorób układu krążenia, prewencja RAO, prewencja czy prewencja pierwotnej miażdżycy, prewencja nadciśnienia:*

Należy stosować okołoproceduralną antykoagulację z heparyną niefrakcjonowaną (50 k./g do 5000 j.) lub z użyciem ekwiwalentnych dawek enoksapryny lub biwalirudyny u wszystkich pacjentów poddawanych koronarografii, nawet przy terapeutycznej doustnej antykoagulacji w celu **prewencji RAO**. (Mt 9/2019/29)

Zadziwia także skala obaw dotyczących leczenia statynami przy jednoczesnym przekonaniu o bezpieczeństwie i skuteczności stosowania kwasu acetylosalicylowego w pierwotnej **prewencji chorób układu krążenia**. (Mt 9/2019/23)

Nieco wątpliwości budzi podawanie statyn, które standardowo nie są rekomendowane w prewencji wtórnej, a raczej w **prewencji pierwotnej miażdżycy**. (MpD 12/2018/24)

Wśród metod **prewencji nadciśnienia** oraz postępowania nefarmakologicznego u osób z już rozpoznany nadciśnieniem – kluczowe są odpowiednia aktywność fizyczna oraz dieta (MT 4/2019/36)

Prewencja może się odnosić nie tylko do choroby, ale również do rozprzestrzeniania się wirusa, np. można zapobiec transmisji, ale najpierw konieczne jest zgromadzenie odpowiedniej wiedzy na ten temat:

Warunkiem wdrożenia **prewencji wertykalnej transmisji HIV** jest wiedza o zakażeniu HIV ciężarnej. (MpD 5/2019/35)

Analizowany termin może jednak dotyczyć nie tylko zapobiegania wystąpienia jakiejś choroby, ale również podejmowania działań, które mają na celu zmniejszyć objawy choroby, złagodzić jej destrukcyjne działanie, o czym może świadczyć kontekst:

U pacjentów hematologicznych liczba krwinek białych często jest obniżona, co wynika z leczenia chemicznego, dlatego w **prewencji zmniejszenia WBC** stosuje się czynniki wzrostu. (MpD 12/2018/67)

Prewencja jest więc czymś ocenianym pozytywnie, czymś, co ma przynieść dobre efekty dla zdrowia i samopoczucia pacjenta, o czym może świadczyć zwrot: *zalecany do prewencji:*

Niedostateczne stosowanie leków wiąże się z niewłączeniem terapii, która jest **zalecana do leczenia lub prewencji** określonej choroby czy zespołu chorobowego. (MpD 12/2018/76)

Innym terminem jest przymiotnik *kazuistyczny*, który w *dyskursie medycznym* jest używany w formie przysłówkowej *kazuistycznie*. *Kazuistyka* to termin, który ma w słowniku kilka znaczeń, dwa ostatnie dotyczą dziedziny prawa i medycyny: „1. «skomplikowana i niejasna argumentacja, polegająca na naginaniu argumentów w celu uzasadnienia jakiejś tezy» 2. «drobiazgowo rozstrzyganie szczegółowych problemów przez stosowanie do nich odpowiednio dobranych zasad ogólnych» 3. «formułowanie przepisów prawnych polegające na wyliczaniu konkretnych przypadków, do których się one stosują» 4. «opisywanie przypadków chorobowych o rzadkim przebiegu i rzadko występujących»²¹¹. *Kazuistycznie* w leksyce medycznej może oznaczać: rzadko, sporadycznie, na co wskazuje poniższy kontekst:

Kazuistycznie mogą pojawić się alergiczne odczyny, a występowanie zespołu nadwrażliwości na allopurynol jest zwiększone u osób leczonych lekami moczopędnymi i najczęściej występuje po ośmiu tygodniach terapii. (Mt 7-8/2019/66)

4.3.5. terminy budowlane

W *dyskursie medycznym* wyróżniają się takie terminy, których używa się w budownictwie czy mechanice, jednym z nich jest *wpust*. Zgodnie z definicją jest to: „złącze ciesielskie polegające na połączeniu dwóch elementów drewnianych (desek, belek) przez włożenie cienkiej, wystającej krawędzi jednego elementu w odpowiednio wyrobione zagłębienie w krawędzi drugiego; zagłębienie, w które wchodzi część wystająca”²¹². Zaś w słowniku medycznym *wpust* to „miejsce przejścia światła przełyku w żołądek” (WSM: 1406):

Jednym z ważnych elementów anatomicznych odpowiedzialnych za utrzymanie integralności **wpustu**, czyli połączenia żołądkowo-przełykowego, jest cała struktura tej okolicy wraz z jej składowymi, takimi jak: strefa dolnego zwieracza przełyku, odnogi przepony i kąt Hisa, który zawiera się pomiędzy odcinkiem brzuszny przełyku a więzadłem żołądkowo-przełykowym. (MpD 5/2019/ 70)

Niewydolność *wpustu* może być jedną z przyczyn powstawania *choroby refluksowej przełyku*:

Mając na uwadze patomechanizm sprzyjający powstawaniu dolegliwości związanych z chorobą refluksową przełyku, dominują przede wszystkim zaburzenia motoryki przełyku w pełnym ich zakresie- począwszy od **niewydolności wpustu**, przemijających relaksacji dolnego zwieracza

²¹¹ <https://sjp.pwn.pl/sjp/kazuistyka;2563286.html> [dostęp z dnia 22.08.2020 r.]

²¹² <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/wpust;5517765.html> [dostęp z dnia 23.08.2020 r.]

przełyku, poprzez dyskinezę trzonu przełyku o różnej morfologii, po zazwyczaj napięciowe zaburzenia czynności górnego zwieracza przełyku jako wtórne do stresu i napięć emocjonalnych. (MpD 5/2019/71)

Wskazania terapeutyczne dla itoprydu to choroba refluksowa przełyku, ale także dyspepsja czynnościowa, gastropareza cukrzycowa, dyskineza przełyku, zaburzenia perystaltyki przełyku o typie aperystaltycznym, zaburzenia klirensu przełykowego czy **niewydolność wpustu**. (MpD 5/2019/72)

Innymi terminami, które są używane w budownictwie i które zostały przeniesione do języka medycznego są *rusztowanie* i *pomostowanie*. *Rusztowanie* to według słownika: „prowizoryczna konstrukcja pomocnicza przy wznoszeniu budowli, usuwana po wykonaniu robót” (SJP: 877), zaś *pomostowanie* jest związane z rzadko spotykanym czasownikiem pomostować, tzn. „pokrywać ruchomą podłogą z desek, pomostem: ciasną uliczką, dylami drewnianymi dla błota pomostowaną, toczy się wózek pod górę”²¹³. Oba te terminy są używane, m.in. w tekstach dotyczących chorób sercowych, np. rewaskularyzacji mięśnia sercowego, stąd takie określenia jak np. *pomosty żyłne*, *pobieranie żył do pomostowania*:

W zakresie leczenia chirurgicznego pojawiły się dwa nowe zalecenia dotyczące aspektów technicznych CABG. W klasie I/B zaleca się, aby w przypadku nasilonych zwężeń w tętnicach wieńcowych (optymalnie > 90%) stosować pomost z tętnicy promieniowej zamiast **pomostów żylnych**, zwłaszcza u pacjentów, u których nie stwierdza się materiału żylnego. Dodatkowo w czasie **pobierania żył do pomostowania** należy rozważyć stosowanie techniki bezdotykowej. (MpD 4/2019/24)

PCI wykonywano początkowo za pomocą balonów, potem stentów metalowych, a obecnie stosuje się stenty uwalniające leki (DES – drug eluting stents). Te ostatnie **rusztowania** okazały się najbezpieczniejsze w wieloletniej obserwacji tysięcy chorych. (MpD 4/2019/23)

Jeszcze kilka lat temu wydawało się, że poważną alternatywą dla DES staną się **rusztowania** ulegające resorpcji. Stenty te są wykonane z materiałów, które po czasie (po wygojeniu leczonego zwężenia) ulegają rozpuszczeniu do substancji biologicznie obojętnych. (MpD 4/2019/23)

4.4. Obecność jednostek leksykalnych, które wyszły z użycia

Ostatnią grupą, która zostanie omówiona, jest ta, w której terminy medyczne są tworzone z wykorzystaniem jednostek leksykalnych, które nie są już używane w języku polskim. O takim procesie, będącym powrotem, do tego, co dawne, wspomina M. Michaluk: „Mówiąc o powrocie „starych” słów i wyrażeń, mamy na myśli te elementy

²¹³ <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/pomostowac;5476916.html> [dostęp z dnia 23.08.2020 r.]

językowe, których kiedyś zaprzestano używać, w związku z czym trafiły do pasywnego zasobu językowego” (Michaluk 2014: 233). Grupa przykładów i kontekstów, składająca się z tego typu słów jest niewielka, dlatego zostaną omówione tylko kilka z nich. Barbara Matuszczyk zwróciła uwagę na to, że: „Zmiany społeczne, kulturowe i obyczajowe nieodłącznie towarzyszą ludziom na przestrzeni wieków. Wiele z tych przekształceń odcisnęło piętno na charakterze języka, powodując liczne przeobrażenia, także w odniesieniu do znaczenia wyrazów” (Matuszczyk 2017: 95). Takie przeobrażenia towarzyszą również leksyce medycznej.

Pierwszym terminem, który został najczęściej zaobserwowany jest *uchyłek*. W *Słowniku języka polskiego* znajduje się dawna definicja tego słowa, które nie miało nic wspólnego z medycyną: „daw. miejsce oddalone, ustronne; ubocze, ustronie, zacisze: Jął kogut grzebać śmieci na uchylku; przen. spokojne schronienie, przytułek: Za swą pracę i przeszły usiłek warto mieć spokojny po trudach uchyłek”²¹⁴. W słowniku medycznym *uchyłek* to: „workowate uwypuklenie ściany narządu; może mieć charakter wrodzony lub nabyty” (WSM: 1404). Mimo że *uchyłków* może być bardzo wiele, w analizowanym materiale zaobserwowano te, które dotyczą jelita. Jest z tym związany również termin *uchyłkowatość*: „obecność licznych uwypukleń błony śluzowej poprzez rozstępy w błonie mięśniowej jelita grubego, głównie okrężnicy esowatej (uchyłki Gansera). Ryzyko powstania u. Wzrasta z wiekiem, sposobem żywienia (pokarmy ubogoresztkowe), pojawieniem się czynników uszkadzających ścianę jelita” (WSM: 1405). Warto zwrócić uwagę na to, że znaczenie dawnego słowa uległo całkowitej zmianie:

Wśród pacjentów objętych programem Partners Healthcare System, w którym oznaczono stężenie 25(OH)D, od 1993 do 2012 r. zidentyfikowano 9116 pacjentów z niepowikłaną uchyłkowatością jelita i 922 pacjentów, u których wystąpiło zapalenie uchyłków wymagające hospitalizacji. (MpD 4/2019/49)

Wśród pacjentów z **uchyłkowatością** wyższe stężenia 25 (OH)D są istotnie związane z niższym ryzykiem zapalenia **uchyłków**. Dane te wskazują, że niedobór witaminy D może mieć znaczenie dla patogenezy i zwiększonego ryzyka zapalenia uchyłków. (MpD 4/2019/49)

Innym terminem, który przynależy do tej grupy jest czasownik *zaordynować* i dotyczy on leków i leczenia: „1. «przepisać lekarstwa lub zalecić jakąś kurację»

²¹⁴ <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/uchylek;5510244.html> [dostęp z dnia 23.08.2020 r.]

2. «zastosować jakiś środek zaradczy»²¹⁵. W dawnej polszczyźnie czasownik ten dotyczył wydawania poleceń: „daw. a) wydać rozkaz, polecenie; zarządzić: Zaordynowałem wszystko podług dyspozycji pańskiej; b) wysłać, wyprawić: Jegomość będziesz łaskaw po jego powrocie zaordynować go do mnie”²¹⁶. W leksyce medycznej termin ten dotyczy leczenia i leków: *zaordynować leczenie, ordynowanie leku*:

Jak wskazują statystyki, nawet co 4 pacjent w wieku >65 r. ż. może być hospitalizowany nie z powodu choroby, ale dlatego, że **leczenie, które mu zaordynowano**, powoduje działania niepożądane, często właśnie w mechanizmie niekorzystnych interakcji, które wprost kierują go na oddział szpitalny. (MpD 12/2018/80)

Należy unikać **ordenowania** leków nasennych, uspokajających, psychotropowych. (MpD 12/2018/59)

W tym przypadku dawne znaczenie wyrazu zostało w pewnej części przeniesione, ponieważ mówiąc o przepisywaniu leku pacjentom, można mieć na myśli wydawanie im polecenia, by te właśnie leki przyjmowali. O tym pisze również wspomniana M. Michaluk: „pierwotne znaczenia słów, które powróciły z „oberży” języka, nie były przejmowane automatycznie, lecz z uwzględnieniem przeorientowania na współczesne realia, czyli „stare” znaczenie zupełnie nie zniknęło, zostało jedynie przystosowane do aktualnych warunków (Michaluk 2014: 234).

Kolejny termin, który był używany w dawnej polszczyźnie, a teraz jest stosowany w *dyskursie medycznym* to *ekstrakcja*. W słowniku zachowała się taka definicja: „daw. pochodzenie: Człek takiej paranteli, takiego nazwiska, takiej ekstrakcji!”²¹⁷. W słowniku medycznym termin ten odnosi się do różnych dziedzin medycyny: „1. wyciąganie, usunięcie (np. zęba, soczewki w zaćmie). 2. Wyodrębnienie za pomocą rozpuszczalników substancji stałych, ciekłych lub gazowych z innego środowiska chem. lub surowca roślinnego” (WSM: 318):

Kserostomia predysponuje pacjentów do częstszego występowania próchnicy, co prowadzi do zwiększenia **ekstrakcji zębów**. (MpD 09/2019/68)

Innym terminem jest rzeczownik *inhibicja*, który w dawnej polszczyźnie przynależał do leksyki prawniczej i związany był ze sprawą sądową: „daw. zakaz, zatrzymanie czego, zwłaszcza biegu sprawy sądowej przez króla: Wojewoda Rybiński

²¹⁵ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/zaordynowa%C4%87.html> [dostęp z dnia 23.08.2020 r.]

²¹⁶ <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/zaordynowac:5526101.html> [dostęp z dnia 23.08.2020 r.]

²¹⁷ <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/ekstrakcja:5425639.html> [dostęp z dnia 24.08.2020 r.]

polecił zamknąć bramy miasta [Torunia] i nie dopuścić wysłańca [nuncjusza] Santiniego z inhibicją wyroku”²¹⁸. We współczesnym *dyskursie medycznym* termin ten jest równoznaczny z hamowaniem (jakiegoś procesu w organizmie): „inhibicja enzymów alosteryczna; hamowanie aktywności enzymu alosterycznego przez efektor ujemny, który przyłączając się do centrum alosterycznego (odmiennego od centrum katalitycznego) zmienia konformację enzymu, zmniejszając jego aktywność” (WSM: 506). W *tekstach medycznych* można spotkać takie określenie jak: inhibicja białka;

Działanie regulujące proces zapalny przez BAs ma miejsce również w innych komórkach poprzez **inhibicję białka** inflamasomu NLRP3 na drodze aktywacji osi TGR5-Camp-PKA (protein kinase A). (MpD 5/2019/52)

Według Sławomiry Tomaszewskiej wykorzystywanie słownictwa dawnego jest przejawem tego, że we współczesnym języku dąży się do prostoty, uproszczeń: „Jak wynika z przywołanych przykładów, niektóre grupy derywatów niemal w całości reprezentowane są przez słownictwo dawne lub gwarowe. Znak to, że współczesny język dąży do uproszczeń i ogranicza się do powielania tylko niektórych struktur” (Tomaszewska 1992: 39). Autorka pisze co prawda o procesach derywacji słowotwórczej, nie semantycznej, ale można stwierdzić, że wykorzystywanie leksyki dawnej również jest przejawem dążenia do ograniczeń i uproszczeń w *dyskursie medycznym*.

Istotą *dyskursu medycznego* jest występowanie w tekstach terminów, które przynależą do innych dziedzin, są one jednak używane w zupełnie nowym znaczeniu (tylko w niektórych przypadkach znaczenie nie ulega zmianie). Obecność polisemii terminologicznej jest czymś, co wyróżnia *dyskurs medyczny* spośród innych *dyskursów specjalistycznych*, ponieważ w *tekstach medycznych* są wykorzystywane nie tylko terminy z dziedzin pokrewnych (tj. biologia, chemia), ale również takich, które nie należą do nauk ścisłych (ekonomia – *podaż* zamiast podawanie, choć oba rzeczowniki używane są zamiennie; prawo – *implementowanie* (wprowadzanie prawa – w tym miejscu nie występuje zmiana znaczenia, ale zmiana kontekstu; por. *implementowanie strategii*); fizyka – *indukowanie, indukcja*, np. choroby (por. *indukowanie zaćmy*) czy porodu (por.

²¹⁸ <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/inhibicja;5434753.html> [22.08.2020 r.]

indukcja porodu); terminy budowlane – *cementowanie, pomostowanie, rusztowanie*). Można wysnuć wniosek, że *dyskursy* różnych terminologii wzajemnie się przenikają i dzięki temu wzbogacają i rozszerzają swój aparat pojęciowy. Jest to cecha *dyskursów* specjalistycznych, które może nawet bardziej niż inne rodzaje *dyskursów* mogą na siebie wpływać i tworzyć pomiędzy sobą silne podobieństwa i powiązania.

Teksty medyczne wyróżniają się również obecnością terminów, które z języka ogólnego wyszły już z użycia (tj. archaizmów), a w *dyskursie medycznym* są wykorzystywane w innym niż tradycyjne znaczeniu: por. *uchylek* (to nie ustronne, odległe miejsce, ale coś, co znajduje się w ścianie narządu). Używanie słów, które wyszły z użycia również można uznać za cechę charakterystyczną *dyskursu medycznego* wyróżniającą go na tle innych *dyskursów specjalistycznych*.

Rozdział 5

Zróżnicowanie terminologii medycznej – analiza słowotwórcza

Biorąc pod uwagę wielość różnych punktów widzenia, w swojej pracy doktorskiej przychyliam się do tezy zaproponowanej przez Stanisława Gajdę i Danutę Buttlerową, a więc, że badania terminologiczne powinny ukierunkować się na poszukiwania gramatycznych własności terminu. Dzięki takim badaniom istota terminu może w pełni się ujawnić. Analiza budowy słowotwórczej pozwala na zaprezentowanie znormalizowanej terminologii, która jest przecież istotną częścią *dyskursu medycznego*. Terminy specjalistyczne bardzo szybko się rozwijają i zmieniają. Dzieje się tak z powodu przyrostu ludzkiej wiedzy i postępu technologicznego. Pojawiają się coraz to nowe obiekty, które trzeba nazwać, co wynika z rosnących potrzeb nominacyjnych. Katarzyna Siewert pisze, że do tworzenia nowych terminów wykorzystuje się powszechnie znane sposoby, takie jak: derywacja morfologiczna, semantyczna (w tym specjalizacja znaczenia, metaforyzacja i metonimizacja), derywacja syntagmatyczna oraz zapożyczenia (Siewert 2010). Tworzenie nowych terminów medycznych jest związane z wymienionymi przez badaczkę sposobami, które zostały już wcześniej omówione, jednak analiza słowotwórcza (podobnie jak analiza zapożyczeń) nie została do tej pory uwzględniona, a jest ona istotna, ponieważ: „modele słowotwórcze stanowią niemalże niewyczerpane źródło wzbogacania leksyki specjalnej” (Siewert 2010: 81). Warto więc zwrócić uwagę na to, co sprawia, że leksyka medyczna się wzbogaca, ponieważ jeśli wzbogaca się leksyka, wzbogaca się również *dyskurs*, który, jak zostało wcześniej napisane, jest nieodłącznie związany z terminem (terminologią), gdyż nie można go analizować w oderwaniu od *dyskursu*. Cała analiza została przeprowadzona w celu ukazania specyfiki terminu, która przejawia się nie tylko w budowie formalnej, mechanizmach zmian semantycznych, metaforyzacji itp., ale również w produktywności określonych prefiksów (polskich, greckich lub łacińskich). Bez tej analizy, również analiza *dyskursu* byłaby niekompletna. Poza tym dzięki niej można zaobserwować określone wzorce językowe, które składają się na kształt omawianego w niniejszej dysertacji *dyskursu*.

Badacze podkreślają, że „jednym z aspektów badań nazw medycznych była ich struktura” (Kokot 2007: 213). Karin Musiołek-Choiński w swojej pracy badał strukturę medycznych nazw, jednocześnie uwzględnił sposób zespolenia składników oraz ich kategorię, dzięki czemu ukazał holistyczny obraz tych terminów pod względem budowy słowotwórczej (Musiołek-Choiński 1986). Analiza słowotwórcza terminów pozwoli wobec tego na ukazanie *dyskursu medycznego* w sposób holistyczny, całościowy i będzie stanowić klamrę zamykającą rozważania nad tym typem *dyskursu*.

5.1. Rodzaje derywacji w dyskursie medycznym

1. Derywacja sufiksalna i paradygmatyczna

a) rzeczowniki i przymiotniki od wyrażen przyimkowych

Dominującą grupą w leksyce medycznej są rzeczowniki/ przymiotniki od wyrażen syntaktycznych. Sławomira Tomaszewska pisała, że tworzy się je na dwa różne sposoby: poprzez paradygmatyzację i sufiksację (Tomaszewska 1992). W przypadku przymiotników, celowo rezygnuję z przyłączania do nich rzeczowników, bo terminy składające się z członów rzeczownik + przymiotnik zostały już szczegółowo zanalizowane. W omówionym materiale najczęstszymi sufiksami są: **-owy, -ny, -liwy, -ka, -lny**. Charakterystycznymi przyimkami, które obserwuje się w terminach medycznych, są: **poza, pod, przeciw, po, nad, do, przy, przez, wewnątrz, bez, przed, na**²¹⁹. U. Kokot pisała, że: „do tworzenia nazw medycznych nie wyspecjalizowały się żadne formanty, mimo to niektóre z nich wykazują dużą produktywność. Produktywność tych formantów pokrywa się z ich produktywnością w języku ogólnym” (Kokot 2007: 223). Wybrane, najbardziej produktywne przyimki zostaną omówione po kolei.

Poza

Ten przyimek, jak zaznacza Elżbieta Wójcikowska, pojawił się w słownikach dość późno. *Słowniki języka polskiego* z roku 1861 i 1900 wskazują na jego znaczenie, będące równoznacznym z przyimkiem *za* (por. *pozamorski* – *zamorski*). (Wójcikowska 1991). E. Wójcikowska zauważa również, że: „w miarę używania tych określeń, na plan

²¹⁹ Przyimki, które pełnią rolę prefiksów, zostaną omówione w innej grupie.

pierwszy wysuwa się inne znaczenie, nieidentyczne z za: wyłączenia ze zbioru (w tych użyciach funkcja poza jest zbliżona do nie) i wtórnie – włączania do zbioru w wersji << będący nadrzędny w stosunku do cechy wymienionej w podstawowym przymiotniku>>” (Wójcikowska 1991: 214). Zgodnie zaś ze *Słownikiem języka polskiego*, przyimek poza komunikuje, że: „1. ktoś lub coś znajduje się na zewnątrz danego obszaru albo udaje się lub przemieszcza do miejsca położonego na zewnątrz niego (...), 2. że dany stan rzeczy ma miejsce w innym czasie lub środowisku, niż wskazuje na to przyłączany rzeczownik, (...) 3. wyłącza z zakresu odniesienia zdania pewne elementy, (...) 4. włącza do zakresu odniesienia zdania jakieś elementy”²²⁰. Omawiane terminy odnoszą się do pierwszej części definicji. Tzn., że coś znajduje się poza obiektem wyrażonym w podstawie słowotwórczej (*przełyk, farmakologia, nadnercze, kość, nerka, jelito, serce czy ustrój*): *pozaprzełyk/owy* (taki, który znajduje się poza przełykiem), *pozafarmakologi/czny* (taki typ leczenia, który odbywa się poza farmakologią, czyli bez stosowania leków), *pozanadnercz/owa* (taka, która znajduje się poza nadnerczem), *pozakost/ny* (taki, np. typ nowotworu, por. *szpiczak plazmocytowy odosobniony pozakostny w obrębie szyi*, który znajduje się poza kością, tzn., nie w kościach), *pozanerk/owy* (coś, co znajduje się poza nerkami), *pozaserc/owy* (taki, który znajduje się poza sercem), *pozaustroj/owy* (taki, który dokonuje się poza organizmem, a więc poza ustrojem). Od tego typu przymiotników są tworzone również przysłowki, np.: *pozafarmakologiczny – pozafarmakologiczni/e* (leczyć *pozafarmakologicznie* tzn., w sposób *pozafarmakologiczny*, a więc bez użycia leków), *pozajelitowy – pozajelitowo* (można kogoś karmić *pozajelitow/o*, tzn. w sposób *pozajelitowy*, a więc drogą omijającą jelita, stąd *żywienie pozajelitowe*), *pozasercowy – pozasercow/o* (por. zmiany naczyniowe zlokalizowane *pozasercowo*, w sposób *pozasercowy*, tzn. w taki, że omijają serce).

Pod

Ten przyimek ma w *Słowniku języka polskiego* bardzo wiele znaczeń, jednak w analizowanym materiale istotne jest jedynie to, że jest to „przyimek występujący w zdaniu komunikującym, że ktoś lub coś znajduje się poniżej lub przedostaje się tak, żeby znaleźć się poniżej danej rzeczy, np. *Kot spał pod biurkiem., Woda wlewała się pod wannę*”²²¹. Omawiane podstawy słowotwórcze sugerują więc, że obiekt, o którym mowa

²²⁰ <https://sjp.pwn.pl/slowniki/poza.html> [dostęp z dnia 11.05.2021 r.]

²²¹ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/pod.html> [dostęp z dnia 11.05.2021 r.]

znajduje się niżej niż ten, który jest zawarty w podstawie (tzn. *pęcherz, język, okostna, żebro, brzuch, skóra*). Charakterystyczne są tutaj przymiotniki z sufiksem –owy, -ny: *podpęcherz|owy* (taki, który znajduje się pod pęcherzem, a więc niżej niż pęcherz), *podjęzyk|owy* (taki, który znajduje się pod językiem, a więc niżej niż język), *podokostn|owy* (taki, który jest umiejscowiony pod okostną), *podskór|ny* (taki, który jest pod skórą). Sławomira Tomaszewska pisała, że derywacja rzeczowników z wyrażeniami przyimkowymi może się przejawiać na dwa sposoby: „I. zmianą paradygmatu wraz z przeniesieniem wyrazu z jednej części mowy do innej, II. zmianą paradygmatu w obrębie tej samej części mowy” (Tomaszewska 1992: 2). Rzeczowniki omawiane w tej grupie należą do typu drugiego. Charakterystyczna jest dla nich końcówka fleksyjna –e, która sugeruje rodzaj nijaki. Mamy w tym miejscu do czynienia z derywacją paradygmatyczną: *podudzi/e* (część kończyny człowieka, która znajduje się pod udem), *podbrzusze* (nazwa miejsca w ciele człowieka zlokalizowanego pod brzuchem), *podżebrze* (nazwa miejsca nazwa części jamy brzusznej zlokalizowanej pod żebrem).

Przeciw

To między innymi „przyimek przyłączający nazwę stanu rzeczy, któremu określone działania mają zapobiec lub który mają usunąć, np. *Łykał tabletki przeciw grypie*”²²². W omawianym materiale, terminy z przyimkiem *przeciw* odnoszą się do nazw leków, które mają zapobiegać określonym schorzeniom, przypadłościom, wyrażone najczęściej przymiotnikiem (jest do dookreślenie rzeczownika lek): lek *przeciwdrżawk|owy* (taki, który ma działać przeciw drżawkom), *przeciwzakrzep|owy* (taki, który ma działać przeciw zakrzepom), *przeciwkaszl|owy* (taki, który działa przeciw kaszlowi), *przeciwból|owy* (taki, który działa przeciw bólowi), *przeciwzapalny|∅* (taki, który działa przeciw stanom zapalnym), *przeciwpadaczk|owy* (taki, który działa przeciw padaczce), *przeciwdepresyj|ny* (taki, który ma przeciwdziałać depresji, a więc działa przeciw depresji), *przeciwpłytk|owy* (taki, który działa przeciw płytkom), *przeciwzakaź|ny* (taki, który działa przeciw zakażeniu), *przeciwzłamani-owy* (taki, który jest przeciw złamaniom), *przeciwnadciśnieni|owy* (który leczy nadciśnienie, więc działa przeciw nadciśnieniu), *przeciwleukotreinowy* (taki, który działa przeciw leukotreinom, a leukotreiny to zgodnie z *Wielkim słownikiem medycznym* „eikozanoidy będące

²²² <https://sjp.pwn.pl/szukaj/przeciw.html> [dostęp z dnia 11.05.2021 r.]

epoksydowymi lub hydroksylowymi pochodnymi polienowych dwudziestowęglowych kwasów tłuszczowych (...) Są mediatorami w procesach alergicznych i zapalnych” (WSM: 666), *przeciwocholinergiczny* (taki, który działa przeciw układowi cholinergicznemu (tzn. nerwowemu). W tej grupie są również rzeczowniki, np. *przeciwciało* | \emptyset (coś, co działa przeciw własnemu ciału, czyli przeciw własnym tkankom).

Po

Wśród wielu definicji dotyczących funkcji i zastosowania przyimka po, kilka z nich pasują szczególnie do analizowanego materiału: „1. przyimek wprowadzający określenie czasu, wraz z którym komunikujący, że to samo zdarzenie powtarza się przez pewien czas, np. *Po nocach grał w karty, a w dzień się uczył*, 2. przyimek wraz z użytym po nim rzeczownikiem nazywającym zdarzenie lub osobę komunikujący o przewidywanym następstwie tego zdarzenia lub działania tej osoby, np. *Po wizycie prezydenta miasta oczekiwano reaktywowania starej umowy*, 3. przyimek wprowadzający określenie stanu rzeczy lub punktu czasowego wcześniejszego w stosunku do zdarzenia, o którym mowa w zdaniu, np. *Po doktoracie podjęła pracę w liceum*, 4. przyimek wprowadzający określenie czasu dzielącego dwa zdarzenia, np. *Spotkali się dopiero po dwudziestu latach*”²²³. Wszystkie wyżej wymienione definicje odnoszą się do czasu czy następstwa czasowego. W leksyce medycznej częste jest tworzenie przymiotników za pomocą połączenia rzeczownika z przyimkiem *po*: *poinfekcyjny* (taki, który wystąpił zaraz po infekcji), *polek/owy* (taki, który wystąpił zaraz po stosowaniu leków), *pouraz/owy* (taki, który wystąpił po jakimś urazie), *poamputacyjny* (taki, który wystąpił po amputacji), *pooperacyjny* (taki, który objawił się po operacji), *pokontast/owy* (taki, który wystąpił po kontraście), *pośrodk/owy* (taki, który występuje po środku).

Nad

Grupa derywatów od wyrażen przyimkowych z przyimkiem nad jest najmniej liczna w analizowanym materiale. Dzieje się tak z tego powodu, że w większości analizowanych przypadków przyimek nad jest użyty w znaczeniu nadmierny (wówczas

²²³ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/po.html> [dostęp z dnia 11.05.2021 r.]

jest on prefiksem), a nie taki, który znajduje się nad czymś. Można więc wyodrębnić tutaj: *nadnercz/owe* (takie, które dotyczy nadnercza, które jest z nim związane, np. *gruczoły nadnerczowe*: „gruczoły odłączone w toku rozwoju nadnercza głównego, umiejscowione przeważnie w pobliżu górnego bieguna nerki (...) zbudowane podobnie jak nadnercze główne z rdzenia i kory” (WSM: 433), gruczoły nadnerczowe charakteryzują się więc podobieństwem w swojej budowie do nadnerczy), *nadnercz/e* (coś, co znajduje się nad nerkami – podobna definicja jest ujęta w *Słowniku języka polskiego*: „gruczoł dokrewny płazów, gadów, ptaków i ssaków położony w sąsiedztwie nerek”²²⁴), *nadjajnik|Ø* (narząd będący odpowiednikiem najądrza u mężczyzny, który znajduje się wyżej jajnika, a więc nad jajnikiem).

Do

W analizowanym materiale można odnaleźć grupę terminów z przyimkiem *do*, który sugeruje kierunek, zawarty w podstawie, do którego podaje się np. jakiś lek. W *Słowniku języka polskiego* można odnaleźć taką definicję: „część składowa przymiotników, przysłówków i rzeczowników mających za podstawę słotwórczą połączenie przyimka *do* z rzeczownikiem w dopełniaczu, np. *docelowy*, *domięśniowo*, *dożywocie*”²²⁵. W tej grupie derywatów można wyodrębnić przymiotniki z sufiksem *-ny*, *-owy*, a także przysłówki z sufiksem będącym wykładnikiem końcówki fleksyjnej *-e* oraz z sufiksem *-owo*: *doust|ny* (taki, który jest podawany do ust), *karmiennie/ żywienie* *dojelit|owy* (takie, które odbywa się do jelita), *dożył|ny* (taki, który prowadzi do żyły), *dostaw|owo* (tzn. do stawów), *dożylni|e* (tzn. w sposób dożylny), *doustni|e* (tzn. w sposób *doustny*).

Przy

Zgodnie z definicją zawartą w *Słowniku języka polskiego*, jest to przyimek: „komunikujący, że ktoś lub coś znajduje się blisko danej osoby, rzeczy albo danego miejsca, np. *Usiadła przy dziadku*”²²⁶. W analizowanym materiale do zaobserwowano różne przykłady przymiotników z wyrażeniem przyimkowym. Są to m.in. takie przymiotniki: *przyśrodk|owy* (który określa lokalizację danego narządu; taki, który znajduje się przy środku) i ślinianka *przyusz|na* (taka, która znajduje się przy uchu).

²²⁴ <https://sjp.pwn.pl/sjp/nadnercze;2485788.html> [dostęp z dnia 11.05.2021 r.]

²²⁵ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/do.html> [dostęp z dnia 11.05.2021 r.]

²²⁶ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/przy.html> [dostęp z dnia 11.05.2021 r.]

Pozostałe to rzeczowniki oznaczające narządy, które znajdują się w ciele człowieka przy narządzie określonym w podstawie słowotwórczej. Nie biorę tutaj pod uwagę derywatów takich jak *przyłuszczyca*, ponieważ to nie jest coś, co leży czy znajduje się przy łuszczycy, ale to „nazwa obejmująca schorzenia różne pod względem morfologicznym i etiologicznym, wykazujące pewne podobieństwo do łuszczycy (WSM: 1125)”. W związku z tym, w tym wypadku przyimek przy oznacza podobieństwo, a nie lokalizację (znajdować się przy czymś). Pozostałe derywaty to : *przycieczyc/e* (czyli gruczoły, które leżą przy tarczycy), *przyjadrze* (narząd wielkości ok. 1 cm., który leży przy jądrze (w okolicy powrózka nasiennego)), *przyjajnik/Ø* (zespół drobnych kanalików leżących przy jajniku, w okolicy tętnicy jajnikowej), *przymacicz/e* (tkanka łączna, która znajduje się przy macicy i łączy blaszki otrzewnowe i więzadła macicy), *przynasadzie* (*przynerw/ie* (tkanka łączna, która leży przy pniu nerwowym)), *przypochwi/e* (przestrzeń łącznotkankowa, która znajduje się w miednicy przy pochwie), *przyzębi/e* (tkanki otaczające ząb, czyli znajdujące się przy zębie), *przyzębi/ca* (choroba, która jest związana z przyzębiem, tzw. zapalenie przyzębia).

Przez

Wśród wielu definicji przyimka przez, trzy z nich są szczególnie istotne dla analizowanego materiału: „przyimek przyłączający określenie czynności, która służy osiągnięciu komunikowanego w zdaniu celu, przyimek komunikujący, że cała powierzchnia jakiejś rzeczy lub części ciała ma daną cechę albo że cała podlega danej czynności, przyimek występujący w zdaniu komunikującym, że ktoś lub coś przechodzi lub przedostaje się z jednej strony danego obiektu na drugą”²²⁷. Wszystkie definicje zawierają w sobie aspekt związany z czynnością. W analizowanym materiale można wyodrębnić trzy przymiotniki, które zawierają w podstawie słowotwórczej przyimek przez. Każdy z nich ma inną końcówkę fleksyjną: -ny, -y (derywacja paradygmaticzna) oraz -owy: *przezskór/ny* (jeśli dotyczy podawania leków, to taki, który jest podawany przez skórę, podobnie w przypadku *zabiegu przezskórnego*), *przeztętnicz|y* (np. chemoembolizacja przeztętnicza: „jest to nowoczesna metoda z zakresu radiologii interwencyjnej stosowana w terapii raka wątroby”²²⁸, terapia ta odbywa się przez tętnice),

²²⁷ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/przez.html> [dostęp z dnia 11.05.2021 r.]

²²⁸ <https://www.ecz-innowacje.pl/51/chemoembolizacja> [24.08.2020 r.]

przezoczodoł|owy (taki zabieg, który jest wykonuje się przez oczodoły). Podstawa słowotwórcza zawiera w sobie miejsce, a cały derywat z wyrażeniem przyimkowym *przez*, dotyczy m.in. rodzaju wykonywanego zabiegu i sposobu jego wykonania.

Wewnątrz

To przyimek „komunikujący, że to, o czym mowa w zdaniu, znajduje się lub odbywa w granicach zamkniętej przestrzeni lub w obrębie jakiejś grupy” albo: „przyimek komunikujący, że to, o czym mowa w zdaniu, znajduje się lub odbywa w granicach zamkniętej przestrzeni lub w obrębie jakiejś grupy”²²⁹. Zacytowane zostały obie definicje, ze względu na to, że w analizowanym materiale z przyimkiem *wewnątrz*, występują jedynie przymiotniki. Można tutaj wyodrębnić następujące sufiksy: -niczy, -alny, -ny: *wewnątrzwydziel|niczy* (taki, który wydziela się wewnątrz, „dotyczący wydzielania wewnętrznego w organizmie”²³⁰), *wewnątrz|alny* (taki, który znajduje się wewnątrz aorty), *wewnątrzmacicz|ny* (taki, który znajduje się wewnątrzmacicy), *wewnątrzszpital|ny* (taki, który znajduje się, odbywa wewnątrz szpitala). Podstawy słowotwórcze zawierają miejsca: aorta, macica, szpital lub czynność: wydzielacza.

Bez

W grupie od wyrażen przyimkowych z przyimkiem *bez* można odnaleźć różnorodne derywaty, które tworzą swoiste pola semantyczne, pochodzące od przymiotników:

Bez czaszki

Bezczaszko|owy (Taki, który jest pozbawiony czaszki)

Bezczaszko|ość (Zjawisko, które charakteryzuje się tym, że coś jest bezczaszkowe, a więc pozbawione czaszki)

Bezczaszko|wi|ec (Zgodnie z tym, co jest napisane w Wielkim Słowniku Medycznym: „*acranius*; płód bezczaszkowy” (WSM: 102), tzn. płód pozbawiony czaszki, taki, który jest bez czaszki)

Bezczaszko|wi|e (Wada rozwojowa, która dotyczy płodu, który jest bezczaszkowy)

²²⁹ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/wewn%C4%85trz.html> [dostęp z dnia 11.05.2021 r.]

²³⁰ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/wewn%C4%85trwydzielniczy.html> [dostęp z dnia 11.05.2021 r.]

Bez mózgu

Bezmózg/owy (Taki, który jest pozbawiony mózgu)

Bezmózgow|ość (Zjawisko, które charakteryzuje się tym, że coś jest bezmózgowe, a więc pozbawione mózgu)

Bezmózgowi/ec (Zgodnie z tym, co jest napisane w Wielkim Słowniku Medycznym: „*anencephalus*; anencephalic (ang.) płód bez mózgu” (WSM: 103), tzn. płód bezmózgowy, pozbawiony mózgu, taki, który jest bez mózgu)

Bezmózgowi/e (Wada rozwojowa, która dotyczy płodu, który jest bezmózgowy)

Bez tlenu

Beztlen/owy (Taki, który jest pozbawiony tlenu)

Beztlenow|ość (Zjawisko, które charakteryzuje się tym, że coś jest beztlenowe, a więc pozbawione tlenu)

Beztlenowi/ec (Zgodnie z tym, co jest napisane w *Wielkim słowniku medycznym*: beztlenowce to „bakterie (czasem inne drobnoustroje) rosnące tylko w nieobecności tlenu (lub w obecności jego nikłych śladów” (WSM: 103), a więc takie bakterie, które rozwijają się bez tlenu, czyli w sposób beztlenowy)

Bez łożyska

Bezłożysk|owy (taki, który jest pozbawiony łożyska)

Bezłożyskowi/ec (zgodnie z tym, co można przeczytać w *Wielkim słowniku medycznym* bezłożyskowce to: „nazwa używana dla jajorodnych stekowców (dziobak, kolczatka) oraz torbaczy

W taki sam sposób są tworzone pozostałe terminy: bez objawów: *bezobjaw/owy* (taki, który jest bez objawów), *bezobjawow|ość* (zjawisko, które charakteryzuje się tym, że coś jest bezobjawowe); bez kwasu: *bezkwaś|ny*, *bezkwaśn|ość*; bez bakterii: *bezbakteryj|ny*, *bezbakteryjn|ość*; bez mleka: *bezmleczn|ość*; bez snu: *bezsenn|ość*, *bezsenn|ny*; bez płodu: *bezpłodn|ość*, *bezpłod|ny*. W tej grupie derywatów można również wyróżnić rzeczowniki, w których sufiks występuje w postaci paradygmatu zerowego (Ø). Mam tutaj na myśli nazwy dysfunkcji, które mogą towarzyszyć człowiekowi: *bezmocz|Ø*:

„całkowite ustanie czynności wydalniczej nerek lub brak moczu w pęcherzu wskutek zatkania moczowodów (np. kamieniami)” (WSM: 103), dysfunkcja, którą charakteryzuje brak moczu; *bezdech/∅*: „ustanie czynności oddechowej z przyczyn mechanicznych, ośrodkowonerwowych itp.” (WSM: 102), dysfunkcja, którą charakteryzuje to, że jest bez dechu, *bezgłos/∅*: „niemożność wydawania dźwięków mowy spowodowana czynnikami org. albo psychogennymi” (WSM: 17), dysfunkcja, którą charakteryzuje to, że jest bez głosu.

Przed

To „przyimek komunikujący, że osoba lub rzecz znajduje się lub została umieszczona bliżej początku czegoś albo wyżej w jakiejś hierarchii niż obiekt, o którym mowa, np. *Piotr stał w kolejce przed Adamem*”²³¹. W tej grupie można wyróżnić rzeczowniki z sufiksem: *∅, -e*, będące więc wykładnikami derywacji paradygmatycznej, nazywające miejsca, które dotyczą ciała człowieka, a także przymiotniki z sufiksem *-owy*, które wskazują na cechę tego, o czym jest mowa w podstawie słowotwórczej: *przedramię/∅* (część kończyny górnej, znajdująca się przed ramieniem), *przedgłowi/e* (tzw. obrzęk porodowy, który przy porodzie pojawia się przed głową dziecka, tzn. zanim pojawi się głowa, „powstaje przy dłuższej trwającej czynności porodowej i polega na wytworzeniu się przesięku surowiczego” (WSM: 1102)), *przednercz/e* (tzw. nerka głowowa, narząd wydalniczy występujący u ryb i płazów, a także ssaków, ale w okresie zarodkowym; Znajduje się przed nerkami), *przedomdleni/owy* (taki, który wystąpił przed omdleniem), *przedmiesiączk/owy* (taki, który miał miejsce przed miesiączką).

Przyimek ten tworzy „wyrażenia oznaczające miejsce dziania się lub znajdowania się czegoś, np. Pracował na polu., miejsce lub kierunek, będące celem ruchu, czynności, np. Pojechali na Mazury”²³². W tej grupie derywatów od wyrażen przyimkowych zaobserwowano takie, które są rzeczownikami nazywającymi obiekty znajdujące się na tym, co sugeruje podstawa słowotwórcza. Wyróżnia się tu takie formanty jak: *-ak, -na, -e* (paradygmatyczny): *nadziąś/lak* (zgodnie z tym, co można przeczytać w *Wielkim słowniku medycznym*, *nadziąślak* to: „termin ogólny określenia wszelkich zmian przerostowych i rozrostowych na dziąślach” (WSM: 799, a więc *nadziąślak* to taka zmiana, która znajduje się na dziąśle) *namięś/na* (jest to „gruba warstwa tkanki łącznej włóknistej o utkaniu nieregularnym, leżąca na powierzchni mięśnia” (WSM: 802);

²³¹ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/przed.html> [dostęp z dnia 11.05.2021 r.]

²³² <https://sjp.pwn.pl/szukaj/na.html> [dostęp z dnia 11.05.2021 r.]

tkanka, która leży na mięśni), *nanerwi/e* („tkanka łączna włóknista, zawierająca wiązki włókien kolagenowych i sprężystych o przebiegu podłużnym, otaczająca pęczki włókien nerwowych nerwów obwodowych” (WSM: 802), a więc taka, która znajduje się na nerwach). Wyżej wymienione terminy dotyczą nazw tkanek lub zmian chorobowych występujących w organizmie człowieka.

2. Derywacja prefiksalna i prefiksalnie - sufiksalna

Drugim sposobem tworzenia terminów medycznych jest prefiksacja, jednak stosuje się ją dużo rzadziej niż sufiksację. W leksyce medycznej można wyróżnić derywację prefiksálną i prefiksalnie-sufiksálną.

Charakterystyczne prefiksy dla leksyki medycznej to: nie-, niedo-, pod-, śród-, nad-, około-, bez-, przy-, prze-. Prefiksy: niedo-, nad- i łączy to, że dotyczą czegoś niepełnego, niewystarczającego lub nadmiernego: *niedo|czynność* (niewystarczająca czynność, np. tarczycy), *niedo|krwistość* (niewystarczająca krwistość, czyli „krew krążąca w organizmie”), *nad|ciśnienie* (nadmierne ciśnienie), *nad-każenie* (nadmierne uszkodzenie; nadmierne każenie), *nad|reaktywność* (nadmierna reaktywność, tzn. „zdolność do brania udziału w reakcjach chemicznych²³³”, *nad|rozpoznawalność* (z ang. Overdiagnosis, nadmierna diagnoza; nadmierna rozpoznawalność), *nad|wrażliwość* (nadmierna wrażliwość, np. na jakiś lek), *nad|pęknięty* (nadmiernie pęknięty), *nad|tlenek* (coś więcej niż tlenek), *nad|umieralność* (nadmierna umieralność).

Najczęściej występującym prefiksem w leksyce medycznej jest ten, który wyraża zaprzeczenie: nie-. Można tu wyróżnić takie terminy jak: *nie|czynnościowy* (taki, który nie jest czynnościowy, np. *czynnościowe* i *nieczynnościowe torbiele*), *nie|stabilny* (taki, który nie jest stabilny), *nie|fizjologiczny* (taki, który nie jest fizjologiczny), *nie-steroidowy* (taki, który nie jest steroidowy; steroidowy (taki, który jest związany ze steroidami; por *niesteroidowe leki przeciwzapalne*), *nie|selektywny* (taki, który nie jest selektywny), *nie|chirurgiczny* (taki, który nie jest chirurgiczny), *nie|czerniakowy* (taki nowotwór, który nie jest czerniakiem (choć wygląda podobnie), *nie|urazowy* (taki, który nie jest związany z urazem), *nie|jatrogeny* (taki, który nie jest jatrogeny; jatrogeny: „będący niekorzystnym dla pacjenta następstwem leczenia”²³⁴, niejatrogeny to taki,

²³³ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/reaktywno%C5%9B%C4%87.html> [dostęp z dnia 11.05.2021 r.]

²³⁴ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/jatrogeny.html> [dostęp z dnia 11.05.2021 r.]

który nie jest niekorzystny dla pacjenta), *nie/ketonowy* (taki, który nie jest ketonowy, por. *kwasicą ketonową* i *nieketonową*), *nie|pożądany* (taki, który nie jest pożądany), *nie/uwapniony* (taki, który nie jest uwapniony), *nie/infekcyjny* (taki, który nie jest infekcyjny), *nie/psychiatra* (lekarz, który nie jest psychiatrą), *nie/zdiagnozowany* (taki, który nie jest zdiagnozowany).

W tej grupie można zaobserwować również prefiks *około-*, który określa coś, co znajduje się w pobliżu tego, co jest wyrażone w podstawie. Krystyna Kleszczowa zwróciła uwagę na to, że w przypadku tego przyimka doszło do „zmiany statusu morfemu (...) Dawniej przyimek *około* znaczył „wokół, dookoła”, por. XVI- wieczne *okołoszejny* ‘otaczający szyję’ (...) Dziś przymiotników *okolobiegunowy*, *okoloporodowy*, *okolobudżetowy* nie da się parafrazować wyrażeniem przyimkowym z *około*” (Kleszczowa 2012: 123). Dlatego przyimek *około* traktowany jest dziś jako prefiks, a oto przykłady: *około|operacyj|ny* (taki, który znajduje się tam gdzie operacja, w pobliżu operacji), *około|zabieg|owy* (taki, który znajduje się tam gdzie zabieg, dotyczy zabiegu), *około|porod|owy* (taki, który jest w pobliżu porodu); Podobnie jest w przypadku dawnego przyimka *śród*: „wprawdzie znają go jeszcze Polacy, ale przyimek ma odcień archaiczny, a funkcjonujące jeszcze leksemy typu *śródstopie*, *śródleśny*, *śródziemnomorski* traktowane są jako leksemy prefiksalne” (Kleszczowa 2012: 123). W *dyskursie medycznym* obserwuje się terminy z dawnym przyimkiem *śród*: *śród|kost|ny* (taki, który jest wewnątrz kości), *śród|operacyj|ny* (taki, który jest związany z czasem trwania operacji), *śród|błon|ek* (wewnętrzna błona), *śród|ścien|ny* (występujący wewnątrz ściany naczynia krwionośnego), *śród|skór|ny* (występujący wewnątrz skóry), *śród|mięsz* (wewnętrzny mięsz). Można zaobserwować również prefiks *pod-* i *bez-*, jednak bardzo rzadko: *pod|typ* („w systematyce roślin i zwierząt: jednostka systematyczna niższa od typu, a wyższa od gromady”²³⁵, tzn. coś niższego niż typ), *bez|cementowy* (typ protezy, która nie jest cementowa).

3. Derywacja interfiksalna, interfiksально-sufiksalna i interfiksально paradygmaticzna

W analizowanym materiale można również zaobserwować terminy medyczne, które reprezentują derywację interfiksально-sufiksálną lub interfiksально-paradygmaticzną

²³⁵ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/podtyp.html> [dostęp z dnia 11.05.2021 r.]

(analiza obejmowała dwa czasopisma medyczne). Derywacja interfiksialno-sufiksialna i interfiksialno- paradygmatyczne to derywacja, w której mamy do czynienia z wyrazami złożonymi „o dwóch lub więcej tematach słowotwórczych” (Grzegorzyczkowa: 1998b: 455). Formantem takiego złożenia może być: paradygmat fleksyjny + interfiks, sufiks+interfiks, formant paradygmatyczny, tylko sufiks lub tylko interfiks (Grzegorzyczkowa 1998b: 456). W czasopismach medycznych wyrazy złożone są tworzone za pomocą samego interfiks, interfiks + paradygmatu fleksyjnego (najrzadziej) lub interfiks + sufiks. W materiale nie zaobserwowano innych typów.

Wśród analizowanych wyrażen złożonych duża część z nich dotyczy moczu, skurczu, krwi i krwinek: *często|∅|mocz* (mocz, który jest wydalany często), *krwi|o|mocz* (mocz, w którym można zaobserwować krew), *często|∅|skurcz* (skurcz, który występuje często), *bakteri|o|mocz* (taki mocz, w którym występują bakterie), *sierpowat|o|krwink|owy* (*anemia sierpowatokrwinkowa*, tzn., taka, która jest spowodowana tym, że hemoglobina ma nieprawidłową budowę, a krwinki kształt sierpowaty), *krwi|o|pochodny* (taki, który jest pochodny krwi), *czerwon|o|krwink|owy* (taki, który dotyczy czerwonych krwinek), *biał|o|krwink|owy* (taki, który dotyczy białych krwinek), *krwi|o|twór|czy* (taki, który wytwarza/ tworzy krew, np. układ krwiotwórczy), *skąp|o|mocz* (mocz, który jest skąpy, tzn. zbyt rzadko występujący), *białko|∅|mocz* (mocz, w którym jest białko).

Ten typ derywacji służy również tworzeniu nazw terapii leków czy sposobów leczenia: *światło|∅|lecznictwo*, *elektro|∅|terapia* (terapia z wykorzystaniem prądu, tzn. elektryczności; elektro: „pierwszy człon wyrazów złożonych wskazujący na ich związek znaczeniowy z elektrycznością”²³⁶), *płyn|o|terapia* (leczenie, terapia płynem), *insulin|o|terapia* (terapia przy pomocy insuliny), *antybiotyk|o|terapia* (terapia przy pomocy antybiotyku), *chemi|o|terapia* (terapia przy pomocy chemii), *sam|o|badanie* (badanie w którym można to robić samemu).

Kolejna grupa, którą można tu wyodrębnić to nazwy związane z cechą czegoś, z tym jak coś jest zbudowane, gdzie jest umieszczone czy jakie ma zastosowanie: *dług|o|termin|owy* (coś, co ma długi termin), *kolczyst|o|komórk|owy* (typ nowotworu, który charakteryzuje się kolczystymi komórkami; ma związek z keratynocytami naskórka, które przybierają kształt kolczysty), *podstawn|o|komórk|owy* (typ nowotworu, który charakteryzuje się komórkami, które układają się w warstwy podstawne),

²³⁶ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/elektro-.html> [dostęp z dnia 11.05.2021 r.]

naczyni/o/ruch/owy (np. obrzęk, który jest spowodowany ruchem naczyń, które są nadmiernie przepuszczalne), *łączn|o|tkank|owy* („odnoszący się do tkanki łącznej”²³⁷), *nerwiak|o|włókniak* (nowotwór mający cechy nerwiaka i włókniaka), *dw/u/energetyczny* (np. tomograf, to taki, który jest dwa razy bardziej energetyczny), *now/o/twór* (choroba będąca nowym tworem), *hormon|o|zależny* (taki, który jest zależny od hormonów), *drobn|o|cząsteczk|owy* (taki, który składa się z drobnych cząsteczek), *dwupłatkowy* („mający dwa płatki, złożony z dwóch płatków”²³⁸, np. zastawka aorty), *wiel|o|kształt|ny* (mający wiele kształtów), *plemnik|o|bójczy* (taki, który zabija, bije plemniki), *wiel|o|czynnik|owy* (taki, który składa się z wielu czynników), *trój|o|pierścieni|owy* (taki, który jest zbudowany z trzech pierścieni), *sam|o|rozprężalny* (taki, który się sam rozpręża), *blonk|o|skrzydł|y* (owad, który ma skrzydła o charakterze błonek), *jedn|o|faz|owy* (który składa się z jednej fazy), *ampulk|o|strzykawka* (połączenie ampułki i strzykawki), *dw/u/biegun|owy* (choroba psychiczna związana z dwoma biegunami), *krótk|o|łańcuch|owy* (taki, który ma krótki łańcuch), *wiel|o|składnik|owy* (taki, który składa się z wielu składników), *górn|o|płat|owy* (taki, który jest związany z górnym płatem), *doln|o|płat|owy* (taki, który jest związany z dolnym płatem), *insulin|o|podobny* („polipeptyd wykazujący duże podobieństwo do insuliny”²³⁹, podobny do insuliny), *nisk|o|węglowodan|owy* (taki, który charakteryzuje się niską zawartością węglowodanów), *bogat|o|białk|owy* (taki, który jest bogaty w białka) *drobn|o|ustroje* (ustroje, które charakteryzują się tym, że są drobne i trudno je zobaczyć pod mikroskopem), *naczyniak|o|włókniak* („nowotwór niezłośliwy, zawierający utkanie naczylniaka i włókniaka” WSM: 795), *naczyniak|o|mięśniak* (nowotwór zawierający utkanie naczylniaka i mięśniaka” WSM: 795), *naczyniak|o|tłuszczak* (odmiana tłuszczaka, „w której występuje utkanie naczylniaka” WSM: 795), *naczyniak|o|włókniak|o|mięsak* („nowotwór złożony”²⁴⁰, zawierający utkanie naczylniaka, włókniaka i mięsaka” WSM: 795). O zestawieniach z rzeczownikami *rak* i *mięsak* pisał M. Górnicz, który podkreślał, że: „Są to nazwy nowotworów złośliwych, wywodzących się, odpowiednio, z nabłonka (skóry, narządów wewnętrznych) i tkanek nienabłonkowych (np. tkanki mięśniowej,

²³⁷ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/%C5%82%C4%85cznotkankowy.html> [dostęp z dnia 11.05.2021 r.]

²³⁸ <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/dwuplatkowy:5423806.html> [dostęp z dnia 11.05.2021 r.]

²³⁹ https://pl.wikipedia.org/wiki/Insulinopodobny_czynnik_wzrostu [dostęp z dnia 11.05.2021 r.]

²⁴⁰ Ewa Majewska pisała, że: „złożenie typu rzeczownik-rzeczownik uchodzi w języku niemieckim za najstarszy rodzaj połączeń wyrazowych. Według tego wzoru powstaje 80% wszystkich złożzeń rzeczownikowych” (Majewska 2016: 61). Okazuje się, że złożenia są również często spotykane w polskim dyskursie medycznym.

łącznej, nerwowej) (...) Znacznikami złośliwości w terminach tego typu są same rzeczowniki *rak* i *mięsak* (Górnicz 1997: 38).

W *dyskursie medycznym* dominującą grupą terminów są rzeczowniki/przymiotniki od wyrażeń syntaktycznych, które tworzy się poprzez sufiksację i paradygmatyzację. Charakterystycznymi przyimkami, które można zaobserwować w *dyskursie medycznym* są: poza, pod, przeciw, po, nad, przy, przez, wewnątrz, bez, przed, na. Terminy medyczne to również takie, które są tworzone dzięki derywacji prefiksalnej i prefiksально-sufiksalnej, wówczas charakterystycznymi prefiksami są: nie-, niedo-, pod-, śród-, nad-, około-, bez-, przy-, przez-: *niedokrwistość*, *okołozabiegowy*, *śródooperacyjny* itp. Rzadziej występującym rodzajem derywacji jest derywacja interfiksalna, interfiksально-sufiksalna i interfiksально-paradygmatyczna: por. *antybiotykoterapia*, *blonkoskrzydły*, *białkomocz* itp.

Analiza budowy polskich terminów pozwala zaobserwować, że w tekstach są używane terminy jednowyrazowe, w których dominują rzeczowniki i przymiotniki od wyrażeń przyimkowych, choć cechą przymiotników jest to, że wykazują łączliwość z rzeczownikami, wchodzą więc w skład terminów dwuwyrazowych, np. *objaw pozaprzełykowy*. Tego typu terminy są ważnym elementem *dyskursu medycznego*, ponieważ służą wspomnianej już ekonomii językowej. Łatwiej i szybciej jest napisać *pozaprzełykowy* niż taki, który występuje poza przełykiem, co więcej, taki termin, choć jest krótki, komunikuje wiele istotnych treści dla odbiorcy, a treści te są zawarte m.in. w przyimkach. Wśród terminów jednowyrazowych występują również takie, które nie zawierają w sobie wyrażenia przyimkowego, ale również niosą pewne informacje (jako że cechą terminu jest to, że musi być konkretny i precyzyjny): *zażółcenie*, *wysuszenie*, czy *krwawienie* to istotne cechy, które dużo mówią o przebiegu choroby. Terminy medyczne to również rzeczowniki złożone, które w związku z tym, że zawierają w swojej podstawie dwa wyrazy, niosą jeszcze więcej treści, po raz kolejny widać więc dążenie do ekonomii językowej w przekazywaniu wiedzy odbiorcy (por. *krwiomocz*- mocz, w którym można zaobserwować krew).

5.2. Różne postawy badaczy wobec internacjonalizmów

Wyrazy zapożyczone od dawna budzą troskę o język, dlatego często omawiano je po to, by je piętnować. Szczególnie piętnowano te, które miały synonim rodzimy lub dawno przyswojony. Na ten temat pisze też Mirosław Bańko, który zwraca uwagę na fakt, że „twierdzono, że zapożyczenia zagrażają językowi, który je przyswaja, że utrudniają komunikację, że powodują dysonans stylistyczny” (Bańko 2016: 14). Krytycznie do zapożyczeń odnosił się autor jednego ze słowników, jezuita Grzegorz Knapiusz. Tolerował on jedynie te zapożyczenia, które nie mają swojego rodzimego odpowiednika czy takie, których się używa w celach korespondencyjnych z innymi uczonymi ludźmi. Krytyka zapożyczeń pojawiła się również w wypowiedziach innych autorów i trwała aż do XVIII w. (wówczas nasiliła się jeszcze bardziej, bo w czasie oświecenia reforma społeczeństwa wiązała się z odbudową polszczyzny, która została zaniedbana przez wpływ języków obcych. Kwestie związane z poprawnością językową nasiliły się na przełomie XIX i XX wieku ukazały się wówczas poradniki, w których m.in. językoznawcy tworzyli listy ich zdaniem zbytecznych zapożyczeń, wskazując wyrazy, którymi można je zastąpić. Jednak większość z tych potępianych zapożyczeń do dziś pozostaje w użyciu, o czym pisał Andrzej Markowski (Markowski 2002).

Między językoznawcami i technikami od dawna zaostrza się spór na temat tego, czy wybrać jednostkę rodzimą, czy internacjonalizm. Witold Doroszewski zwracał uwagę na to, że: „terminologia naukowa powinna mieć charakter międzynarodowy w możliwie najrozleglejszej skali [...] Wznoszenie sztucznych przeszkód między nami a światem, nikomu nie przynosi pożytku, a najmniej nam samym, bo nam przede wszystkim zależy na tym, aby świat nas znał” (Doroszewski 1950: 24). Już Jan Śniadecki w 1813 r. podkreślał, że terminy rodzime mogą budzić różne skojarzenia, zaś internacjonalizmy są zawsze w odpowiedni sposób zrozumiałe: „słyszac wyraz zagraniczny, każdy dowiaduje się o jego znaczeniu, słyszac zaś źle wynaleziony krajowy, może się domyślać i robić sobie znaczenie fałszywe (za: Toskański 1978: 147-148). Języki europejskie w niejednakowym stopniu przyswajają terminy międzynarodowe. Okazuje się, że w języku polskim jest znacznie większa frekwencja leksyki rodzimej (Mazurkiewicz-Sułkowska: 2014: 170). Co jednak nie dotyczy terminologii medycznej, „która przeciwstawiała się tendencji zamiany terminów międzynarodowych przez wyrazy

rodzime i przez to wymiana myśli medycznej jest precyzyjna i szybka (Mazurkiewicz-Sułkowska 2014: 170).

Terminów rodzimych jest w leksyce medycznej sporo, co zostało pokazane w poprzednim podrozdziale, jednak specjalistyczny język medyczny składa się przede wszystkim z terminów zapożyczonych (które zostaną przeanalizowane i scharakteryzowane), a także, co już zostało wspomniane, z internacjonalizmów. Moim zdaniem internacjonalizmy to zapożyczenia, które nabrały charakteru międzynarodowego. W związku z tym, że każde zapożyczenie może stać się internacjonalizmem (mimo że nie zawsze nim jest), internacjonalizmy to coś więcej niż zapożyczenia, mają one bowiem charakter międzynarodowy.

5.3. Zapóżyżenia w tekście medycznym będącym typem tekstu specjalistycznego

Problematyka związana z zapożyczeniami w językach specjalistycznych wzbudza zainteresowanie, a źródła tego zjawiska trzeba upatrywać w czasach zaborów, tzn. w trosce o czystość języka. M. Górnicz pisał, że:

W tekstach specjalistycznych terminy są podstawowym środkiem komunikowania treści pojęciowych. Zasadny jest podział składników tekstów specjalistycznych właśnie na terminy i elementy nieterminologiczne (np. leksykę erudycyjną, ogólną, funktery gramatyczne). Zapóżyżenia w tekstach specjalistycznych należą do obu tych grup” (Górnicz 2017: 232).

Według wyżej wymienionego autora, jest kilka sposobów tworzenia terminów specjalistycznych: neosemantyzacja (z języka ogólnego i innych technolektów), neologizmy, a także zapóżyżenia, zaś J. Lukszyn i W. Zmarzer (Lukszyn, Zmarzer 2006) wyróżniają jeszcze internacjonalizmy. Przyczyn związanych z przyswajaniem zapóżyżeń do terminologii jest wiele. Jedną z nich jest fakt, że zapóżyżenia terminologiczne są jednoznaczne, tzn., że znaczenia takiego zapóżyżenia można się domyślać nie poprzez kontekst zdaniowy, ale dzięki zapamiętaniu definicji:

znajomość definicji wystarcza, by prawidłowo posługiwać się terminem podczas tworzenia tekstów. Przy takim założeniu nieprzejrzystość zapóżyżenia (zapóżyżenia są nieprzejrzyste dla użytkowników monolingwalnych, a tacy jak się zdaje, stanowią większość mówców – słuchaczy,

będących twórcami i odbiorcami tekstów specjalistycznych) jest gwarantem jego jednoznaczności) (Górnicz 2017: 233-234).

Kolejną przyczyną może być fakt, że bardzo często zapożyczenia są krótsze niż rodzime odpowiedniki, a także to, że takie zapożyczenia zostały już wprowadzone do wielu innych języków, co usprawnia komunikację międzynarodową (np. między lekarzami).

Pojęciem, które porządkuje wiedzę o zapożyczeniach w terminologii jest tzw. *PST* (prymarny system terminologiczny – Lukszyn, Zmarzer 2006: 60). Każda dziedzina związana z wiedzą specjalistyczną posiada jeden PST, który jest ściśle związany z językiem naturalnym. To system, który obejmuje swoim zasięgiem najwięcej jednostek terminologicznych, a w związku z tym najwięcej pojęć. Jak pisał M. Górnicz, w związku z tym, że „forma językowa odpowiednika terminu z PST ma drugorzędne znaczenie, zapożyczenia terminologiczne z PST należy rozpatrywać przede wszystkim jako zapożyczenia pojęciowe (...) formacji rodzimych tak w płaszczyźnie wyrażen (terminów), jak w płaszczyźnie treści (pojęć) jest niewiele: w polskiej terminologii medycznej, należy do nich, np. pojęcie i termin *krwiak przymózgowy*, który nie ma odpowiednika w języku angielskim, będącym obecnie PST nauk medycznych” (Górnicz: 2017: 236). Lukszyn i Zmarzer w swojej publikacji *Teoretyczne podstawy terminologii* wyróżnili kilka kategorii zapożyczeń terminologicznych:

- zapożyczenia paradygmatyczne – wiążą się z istnieniem w PST dużej liczby paradygmatów terminologicznych, a także silniejszych związków interdyscyplinarnych między nimi
- zapożyczenia semantyczne – dotyczą istnienia sieci powiązań semantycznych pomiędzy pojęciami w PST, takie terminy mają duży potencjał terminotwórczy
- zapożyczenia taksonomiczne – są one konsekwencją istnienia w prymarnym systemie terminologicznym rozwiniętego drzewa taksonomicznego (Lukszyn, Zmarzer 2006).

Mariusz Górnicz zwrócił uwagę na to, że jednym ze sposobów tworzenia terminów, „tzn. takich technik terminotwórczych, które gwarantują, że termin przyjmie się w proponowanej postaci i będzie odtwarzany jako zestaw ekwiwalentnych morfemów w innych językach” (Górnicz 2017: 237), są afiksy i rdzenie, które pochodzą z języka łacińskiego lub greckiego. Jeżeli w jakiejś terminologii obserwuje się liczną grupę

produktywnych morfemów, tworzą one wówczas klucz terminologiczny (Felber, Budin 1994: 156). Taki klucz terminologiczny w leksyce medycznej tworzą między innymi prefiksy pochodzenia grecko-łacińskiego. W materiale wyodrębniono ich 53. Są nimi: **re-**, **bio-**, **meta-**, **tachy-**, **pro-**, **anty-**, **pato-**, **histo-**, **hipo-**, **krio-**, **osteo-**, **hydro-**, **kardio-**, **endo-**, **homeo-**, **hiper-**, **para-**, **dys-**, **mono-**, **kancero-/karcino-**, **apo-**, **neuro-**, **uro-**, **pre-**, **auto-**, **nekro-**, **radio-**, **muko-**, **krystalo-**, **orto-**, **farmako-**, **inter-**, **nefro-**, **angio-**, **hemo-**, **chromo-**, **chromato-**, **mikro-**, **de-**, **somato-**, **kalcy-**, **terato-**, **elektro-**, **echo-**, **immuno-**, **makro-**, **ergo-**, **chole-**, **fizjo-**, **epi-**, **dermato-**, **andro**²⁴¹. Takie prefiksy pochodzące z różnych języków badacze charakteryzują w różny sposób. Krystyna Waszakowa pisała, że: „Produktywność tego typu członów dezintegralnych, genetycznie obcych, w dużej mierze wyodrębnionych z leksykalnych zapożyczeń o statusie internacjonalizmów, przyczynia się do zwiększenia aktywności procesów słowotwórczych. Te z kolei przyczyniają się do wydzielenia innych powtarzalnych elementów z jednostek zapożyczonych i powstawania nowych środków słowotwórczych” (Waszakowa 2019: 183). W związku z tym, według K. Waszakowej takie prefiksy zostały wyodrębnione z internacjonalizmów, natomiast całkiem inny pogląd przedstawił w tej kwestii M. Górnicz, który zauważył, że: „fakt wykorzystywania do tworzenia nowych terminów przedrostków hiper- i hipo- świadczy o przekonaniu, że niedobór lub nadmiar określonych substancji w ustroju może być przyczyną chorób. Terminy utworzone z użyciem terminoelementów z klucza łatwo odtworzyć w innych językach. Nie są one uważane za zapożyczenia, co najwyżej określa się je jako tzw. zapożyczenia sztuczne” (Górnicz 2010: 71). Wobec tego według M. Górnicza terminy z tego typu prefiksami uznawane są nie za części pochodzące z internacjonalizmów, ale za zapożyczenia, w dodatku zapożyczenia sztuczne.

Przeanalizowany materiał pod względem budowy terminów można podzielić na trzy grupy: 1) zapożyczenia z prefiksami łacińsko-greckimi, 2) rzeczowniki złożone. Obie grupy zostaną niżej omówione.

²⁴¹ W tym miejscu zostaną przeanalizowane te zapożyczenia, które zawierają prefiksy grecko-łacińskie lub, które zawierają komponent gracko-łaciński w swoim rdzeniu.

1. Jednowyrazowe zapożyczenia z prefiksami

Re

Zgodnie ze *Słownikiem wyrazów obcych* re- to „pierwszy człon wyrazów złożonych mający znaczenie a) znów, powtórnie, ponownie, na nowo, np. reedycja, reelekcja; b) przeciwnie, w przeciwnym kierunku, np. reemigracja, reprivatyzacja. <łac., re- ‘znów, na nowo; przeciw’>” (SWO: 939), z kolei w *Słowniku pochodzenia nazw i określeń medycznych*, można przeczytać, że jest to „łaciński przedrostek słowotwórczy oznaczający nawrót, powrót, ponowienie; wywodzący się od łac. zaimka re i red – 1. z powrotem, 2. przeciw, 3. znowu” (SPNiOM: 480): *reabsorpcja* <z łac. re + absorptio („absorpcja, pochłanianie, wchłanianie” PSM: 15)>; *Reabsorpcja* to 'wchłanianie zwrotne'. W nerkach występuje reabsorpcja kanalikowa, zasadniczo zjawisko prawidłowe, fizjologiczne (ale spotyka się też reabsorpcję patologiczną, np. niepełną lub wypaczoną)²⁴², *reperfuzja* <re + perfusio (wlew, perfuzja, przepływ płynu ustrojowego, por. PMS: 374)>: „powrót przepływu krwi w tętnicach i żyłach w obszarach poprzednio niedokrwionych (np. po udrożnieniu tętnic wieńcowych lub obwodowych” (WSM: 1168), *refluks* < re + fluxus („upływ, wyciek” PSM: 189)>; *refluks* (odpływ) „cofnięcie się płynnej zawartości przewodu lub narządu jamistego w kierunku przeciwnym do prawidłowego” (WSM: 889), *resuscytacja* <re + suscitatio (pobudzenie, por. PSM: 475)>; „przywracanie do życia; zespół zabiegów okresowo zastępujących czynność serca i płuc, gdy wystąpiło nagłe wypadnięcie ich funkcji” (WSM: 1156), *reamputacja* < z łac. re + amputatio („amputacja, odcinanie, odcięcie, odjęcie” (PSM: 31)>; „ponowne odjęcie kończyny wykonywane najczęściej z powodu martwicy końca kikuta, jego ropienia lub wadliwego kształtu, uniemożliwiającego prawidłowe protezowanie (WSM: 1156), *rekonwalescencja* < z łac. re + convalescentia („zdrowienie, rekonwalescencja” PSM: 109)>, *reimplantacja* <z łac. re + implantatio („implantacja, zagnieżdżenie, wszczepienie” (PSM: 245)>, „wszczepienie ponowne, reimplantacja, reimplantatio; ponowne umieszczenie wszczepu w ustroju” (WSM: 1495), *reinfekcja* <z łac. re + infectio („infekcja, zakażenie, zarażenie” PSM: 250)>, „powtórne zakażenie w toku choroby tym samym lub podobnym czynnikiem etiologicznym, np. reinfekcja gruźlicza” (WSM: 1163), *reinwazja* < z łac. re + invasio („inwazja, zarażenie, wtargnięcie” (PSM: 255)>, „inwazja powtórna (...) zarażenie pasożytami danego gatunku żywiciela, który

²⁴² <http://lpj.pl/index.php?op=36&id=21> [dostęp z dnia 11.08.2020 r.]

przeszedł już poprzednio inwazję (...), przy czym pasożyty pochodzące z inwazji poprzedniej zostały usunięte bądź izolowane (incystowane) w organizmie żywiciela” (WSM: 513)>, *reinkapsulacja* <z łac. re + incapsulatio (otorbienie PSM: 246)>, „ponowne otorbienie się pasożyta, zachodzące najczęściej w przypadkach dostania się do nieodpowiedniego żywiciela, jeśli pasożyt nie ulegnie obumarciu” (WSM: 1163), *rekompresja* <z łac. re + compressio („ucisk, ściskanie, ściśnięcie, kompresja” (PSM: 106)>, „ponowne poddanie człowieka działaniu sprężonego powietrza, najczęściej w celu leczenia choroby kesonowej” (WSM: 1163). Inne tego typu terminy to: *relapartomia* <z łac. re + lapartomia („nacięcie, otwarcie jamy brzusznej” (PSM: 269)>, *relapsus* <z łac. re + lapsus („błąd, potknięcie”)>, *rewakcynacja* <z łac. re + vaccinatio (szczepienie)>, *reintubacja* <z łac. re + intubatio („intubacja, wprowadzenie rurki do krtani”).

bio –

Według definicji zawartej w słownikach, przedrostek bio- ściśle wiąże się z życiem: „pierwszy człon wyrazów złożonych wskazujący na ich związek znaczeniowy z życiem, żywym organizmem, procesem życiowym, np. biografia, biologia, biosfera, <gr. bios ‘życie’>” (SWO: 126), „z gr. ó βίος (ho bios) – 1. życie (biologiczne), 2. sposób, tryb życia, życiorys, 3. środki do życia, żywność, mienie, majątek. Gr. cząstka wyrazowa bio- jest odpowiednikiem łac. viv-. Pojawia się ona w wielu wyrazach i określeniach dotyczących życia (zwłaszcza wiedzy o życiu), organizmów żywych (zwłaszcza ich wytworów) i przejawów życia.²⁴³ Oto przykłady terminów: *bioadhezja/bioadhezyjny* <łac. - grec. bio + adhaesio („przyleganie, zlepianie, zrost, adhezja” PSM: 22), „Czynniki bioadhezyjne to naturalne polimerowe materiały, które działają jako spoiwa”²⁴⁴. W tym miejscu mogą pojawić się wątpliwości, czy ten termin nie pochodzi z języka angielskiego (adhesives), kwestię tę częściowo wyjaśnia *Słownik etymologiczny łacińskich nazw i terminów używanych w biologii oraz medycynie*: „adhaer- z ł. adhareo ‘przylegam’; adhaer-ens, adhaes-ivus, adhaesio, adhezja” (SEŁN: 4), *biofilaktyka* < łac. - grec. bio +

²⁴³ Obie cząstki wyrazowe (jak również ang. living, life) mają wspólne indoeurop. korzenie, tj. rdzeń *gwei- -żyć, mający wiele wariantów i przekształceń, np.: *gwi-/gwo-, *gweyo-, *gwi-wo- itp.” (SPNiOM: 102)

²⁴⁴ <https://pl.gwe.wiki/wiki/Bioadhesive?fbclid=IwAR1TwBbiSfT6MyGY4OXnhqs7ES60I68cbHykH8JtVPF3D5xk7ai--lyPa60> [dostęp z dnia 11.08.2020 r.]

phylaxis (odporność PSM: 385)>, „ogół nieswoistych mechanizmów i czynników obronnych organizmu przed zakażeniem (fagocytoza, odczyny zapalne i in.)” (WSM: 111), *biochemiczny* < łac. - grec. bio + chemia >, „chemia biologiczna; chemia fizjologiczna; nauka zajmująca się badaniem budowy, roli i przemian (z towarzyszącymi im zmianami energetycznymi) związków chem. Dostarczonych z pokarmem i wytwarzanych w organizmie” (WSM: 111).

meta –

Przedrostek meta- to zgodnie ze słownikiem: „pierwszy człon wyrazów złożonych mający znaczenie: poza, po, pod, łącznie (z czymś), wśród, według, prze-, wskazujący na następstwo lub zmienność czegoś, np. metabioza, metalimnion, metalogika. <gr. Meta>” (SWO: 711), „meta – spójnik i przedrostek oznaczający: 1. wśród, pomiędzy, razem, 2. potem, za, zaraz” (SPNiOM: 361), *metaanaliza* < łac. - grec. meta + analysis (analiza PSM: 34)>, „zespół metod stat. stosowanych do opracowania zbiorczych informacji typu ilościowego opartych na analizie wyników pochodzących z różnych publikacji, przeważnie też z różnych ośrodków, zawierających wyniki badań stat. dotyczących określonego zagadnienia” (WSM: 718), *metadysenteria* < łac. - grec. meta + dysenteria (czerwonka PSM: 146)>, „przewlekły niezbyt jelita grubego w następstwie przebytej czerwonki, wywołany wtórnym zakażeniem, charakteryzujący się nawrotowymi biegunkami” (WSM: 718).

tachy –

Przedrostek, który ściśle wiąże się z szybkością: „pierwszy człon wyrazów złożonych wskazujący na ich związek znaczeniowy z szybkością, przyspieszeniem, np. tachygrafia, tachykardia, tachymetr. <gr. tachy – ‘szybko-’, od tachys ‘szybki’>” (SWO: 1086), *tachykardia* < łac. - grec. tachy + cardia („wpust, serce” PSM:> „znaczne przyspieszenie czynności serca; częstoskurcz” (SWO: 1086) *tachyarytmia* < łac. - grec. tachy + arrhythmia („arytmia, niewymiarowość” PSM: 50)>, synonim tachykardii, *tachylalia* < grec. tachy + lalia (lal- z gr. laleo ‘gadam, mówię’; lall-atio, lallo-pathia, dyslalia” (SEŁN: 116)>, „mowa szybka, tachyphemia, tachylalia; stałe przyspieszanie tempa mowy, która przy tym może być mało wyraźna. Występuje w stanach maniakalnych, niekiedy w uszkodzeniach podkorowych ośrodków nerwowych” (WSM: 773).

pro –

Przedrostek *pro* dotyczy tego, co ma pozytywne przesłanie: „pierwszy człon wyrazów złożonych mający znaczenie a) pozytywny, przychylny, popierający, np. *proamerykański*, *proeksportowy*; b) zastępczy, zastępca, np. *prorektor*, *prodziekan*; c) faza wstępna, niższy stopień, np. *proseminarium*, *profaza*. <z łac. *pro* ‘za, dla, na czyjąś korzyść, w czyjejs obronie’; gr. *pro* ‘za, zamiast, przed’>”(SWO: 898): *protrombina* <z łac. *pro* + *thrombinum* (*trombina* PSM: 480), „czynnik krzepnięcia krwi (Xa, Va, *protrombiny*) generujący *trombinę* (-> krzepnięcie krwi). Tworzy się na ujemnie naładowanych fosfolipidach błon komórkowych (płytek monocytów) w obecności jonów wapnia” (WSM: 1078), *proarytmia* <z łac. *pro* + *arrhythmia* (niewymiarowość” PSM: 50), „paradoksalne działanie leku antyarytmicznego polegające na nasileniu już istniejących lub powodowaniu powstawania nowych zaburzeń rytmu serca” (WSM: 1068), *proenzymy* <z łac. *pro* + *enzyma* (*enzym* PSM: 163), „nieczynne enzymy, wydzielane w tej postaci z komórek, np. błony śluzowej przewodu pokarmowego (*pepsynogen*), uczynione następnie przez odszczepienie ugrupowania blokującego centrum katalityczne enzymu” (WSM: 1070), *profaza* <z łac. *pro* + *phasis* („faza, okres, forma przejściowa, przemiana” PSM: 382)>, „początkowa faza -> mitozy, w której chromatyna przybiera postać sznura, dzielącego się następnie na chromosomy” (WSM: 1070), *prosinsulina* <z łac. *pro* + *insulinum* (*insulina* PSM: 253), „prekursor insuliny zbudowany z pojedynczego łańcucha polipeptydowego. Wskutek odłączenia fragmentu tego łańcucha (C) ulega przekształceniu w *insulinę*” (WSM: 1071), *proinwazyjny/proinwazja* <z łac. *pro* + *invasio/ invasivitas* („inwazja, zarażenie, wtargnięcie (...) inwazyjność, napastliwość” (PSM: 255), „czynniki natury enzymatycznej hamujące aktywność antyinwazyjnych, enzymów hamujących aktywność hialuronidazy” (WSM: 1071), *prokolagen* <z łac. *pro* + *collagenum* (*kolagen* PSM: 102), „stadium wewnątrzkomórkowej syntezy kolagenu; cząsteczki jeszcze rozpuszczalne, po wydzieleniu z komórki poprzez układ Golgiego, zostają pozakomórkowo przekształcone w *tropokolagen*” (WSM: 1071), *prowitaminy* <z łac. *pro* + *vitaminum* (*witamina* PSM: 527), „związki org. pochodzenia roślinnego i bakteryjnego, z których organizm ludzki jest w stanie wytworzyć witaminy, np. β -karoten znajdujący się w wielu produktach pochodzenia roślinnego przechodzący w ustroju ludzkim poprzez podział cząsteczki na dwie cz. w *witaminę A*” (WSM: 1079), *proakceleryna* < z łac. *pro* + *accelero* („przyspieszam, *acceler-ans*, *acceler-ator*” (SEŁN:

2); „czynnik Quicka; V czynnik układu krzepnięcia krwi, aktywowany pod wpływem trombiny przyspiesza aktywację protrombiny” (WSM: 1068) – tutaj Pani Profesor chyba nie do końca rozumiem czym jest to pro-), *prohormon* <z łac. pro + hormonum (hormon PSM: 227)>, „prekursor właściwego hormonu (lub kilku hormonów), powstający z> prehormonu po odłączeniu peptydu sygnałowego” (WSM: 1071), *prolaktostatyna* <z łac. pro + lactostatinum („laktostatyna, hormon hamujący wydzielanie prolaktyny” PSM: 266)>, *promonocyt* <z łac. pro + monocytus (monocyt PSM: 307)>, „komórka szpiku kostnego, powstaje z monoblastu, podlega licznym podziałom na komórki różnicujące się w monocyty” (WSM: 1074).

anty-

Ten przedrostek pochodzenia greckiego jest często używany nie tylko w leksyce medycznej. Oznacza coś przeciwstawnego, przeciwnego do tego, o czym mowa w drugim członie złożenia: „pierwszy człon wyrazów złożonych mający znaczenie a) przeciwstawienie, przeciwieństwo, zwalczanie czegoś, kogoś, przeciwdziałanie czemuś, np. antyfaszysta, antytoksyna; b) przeciwległe położenie czegoś, np. antyapeks, antycentrum. <gr. anti ‘przeciw, naprzeciw’>” (SWO: 58): *antyarytmiczny* < łac. - grec. anty + arrhythmia (z łac. „arytmia, niewymiarowość” PSM: 50), „Leki przeciwoarytmiczne, leki antyarytmiczne – grupa leków stosowanych w celu normalizacji nieprawidłowej akcji serca (arytmii), w tym migotania przedsionków, trzepotania przedsionków, częstość skurczu komorowego i migotania komór”²⁴⁵, *antygenu* < łac. – grec. anty + genum (z łac. gen PSM:201)>, „substancja, której obecność w organizmie powoduje powstawanie przeciwciał”²⁴⁶, *antysekrecyjny* < łac. – grec. anty + secretio (z łac. „1) wydzielanie; 2) wydzielina; 3) rozdzielenie, oddzielenie”(PSM:446)>, „leki antysekrecyjne należą do podstawowej grupy leków hamujących wydzielanie kwasu solnego”²⁴⁷, *antyrefluksowy* < łac. – grec. anty + refluxus (z łac. „cofanie się, odpływ wsteczny, odpływ, zaciek, refluks” PSM: 425), np. *zabieg antyrefluksowy*, tzn. taki, który ma na celu wyeliminowanie refluksu lub jego objawów z organizmu, *antydepresanty* (inaczej leki antydepresyjne) < łac. – grec. anty + depressio (z łac. „1) depresja, melancholia; 2) ucisk, wgniecenie; 3) zagłębienie” PSM: 129)>, leki antydepresyjne, tzn.

²⁴⁵ https://pl.wikipedia.org/wiki/Leki_przeciwoarytmiczne [dostęp z dnia 11.05.2021 r.]

²⁴⁶ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/antygenu.html> [dostęp z dnia 11.05.2021 r.]

²⁴⁷ <https://nazdrowie.pl/artukul/gastrologia/terapia-choroby-wrzodowej/> [dostęp z dnia 11.05.2021 r.]

takie, które działają przeciwko depresji, *antywitaminy* < łac. – grec. anty + vitaminum (z łac. witamina PSM: 526)>, „związki chem. Wypierające witaminy z miejsc ich biologicznego działania” (WSM: 57), *antymetabolity* < łac. – grec. anty + metabolitum (z łac. „metabolit, produkt przemiany materii” PSM: 301)>, „nieczynne substancje o budowie zbliżonej do występujących w ustroju czynnych biologicznie metabolitów” (WSM: 56), *antyandrogeny* < łac. – grec. anty + androgenum (z łac. „męski hormon płciowy” PSM: 35)>, „syntetyczne związki steroidowe hamujące wiązanie lub metabolizm androgenów; stosowane zwł. w terapii raka gruczołu krokowego”(WSM: 52), *antykoagulanty* < łac. – grec. anty + coagulatio (z łac. „1) koagulacja, agregacja i wytrącanie cząstek w układzie koloidowym; 2) krzepnienie, krzepnięcie” PSM: 100)>, leki przeciwwzkrzepowe (antykoagulanty) „grupa leków hamujących złożony proces krzepnięcia krwi, np. heparyna, antagoniści wit. K” (WSM: 661).

2. Rzeczowniki złożone

Wśród zapożyczeń w *dyskursie medycznym* można zauważyć również takie, które są złożeniami, tzn. składają się z dwóch członów, z których najczęściej oba są pochodzenia grecko-łacińskiego. W tej grupie można wyodrębnić te, które dotyczą m.in. korony (korona-), krwi (krio-), kości (osteo-), serca (kardio-), nerki (nefro-), krwi (hemo-), nerwów (neuro-) czy barwy (chroma-).

Korona

Korona to z języka łaćńskiego: „corona –ae – 1. wieniec, 2. korona, diadem” (SPNiOM: 171). W analizowanym materiale zostały odnalezione dwa rzeczowniki złożone, w skład których wchodzi ten komponent: *koronawirus* <z łac. corona + virus>; „nazwa rodzajowa RNA wirusów należących do rodziny *Coronaviridae* (koronawirusy), zwykle kulistych, których nazwa wywodzi się od charakterystycznej budowy kapsydu z „koroną” wyraźnie wystających pałeczkowatych wypustek (kapsomerów) widocznych w obrazie elektronowymikroskopowym (...) U człowieka przedstawiciele tych wirusów powodują zapalenie oskrzeli, w tym także ciężki zespół niewydolności oddechowej (ang. *Severe acute respiratory syndrome* – SARS” (SPNiOM: 171), *koronarografia* <z łac. corona + z grec. grapho – ryć, rysować>; „zabieg polegający na uwidocznieniu

radiologicznym naczyń wieńcowych serca przez wprowadzenie do ich światła środka cieniującego” (SPNiOM: 171).

Osteo

Osteo to rzeczownik pochodzenia greckiego, „osteon – kość; Starożytne słowo pokrewne łac. os, sanskr. *asthi*, wywodzące się od indoeurop. *ost(h)i – kość” (SPNiOM: 411). Słowo osteo używane w *dyskursie medycznym* ma więc przede wszystkim rodowód grecki, gdyż po łacinie kość to „os, ossis (...) kość biodrowa os ilium, kość czołowa os frontale” (PSM: 691). W analizowanym materiale można zauważyć wiele rzeczowników złożonych rozpoczynających się od słowa osteo, m.in.: *osteomalacja* <z grec. osteo + z łac. „malacia, malacoma (rozmiękanie, rozmięknienie)” (PSM: 290)>; „choroba metaboliczna kości, polegająca na niedostatecznej mineralizacji i zmniejszeniu gęstości kości wskutek niedoboru witaminy D lub jej metabolitów”²⁴⁸, *osteoporoza* <z grec. osteo + z łac. porosis „1) rozrzedzenie, zrzesotnienie, 2) zgrubienie zapalne, modzel” (PSM: 398)>; „zrzesotnienie kości; stan polegający na zmniejszeniu się masy prawidłowej tkanki kostnej, powodujący bóle i złamania kości” (WSM: 949), *osteopatia* <z grec. osteo + z grec. pathos „1. utrapienie, cierpienie, 2. choroba, 3. doświadczenie (czegoś), 4. porażka, pokuta, śmierć, 5. efekt, namiętność” (SPNiOM: 428)>; „uogólnione schorzenie układu kostnego lub defekt dotyczący poszczególnych kości” (WSM: 948), *osteoliza* <z grec. osteo + z łac. lysis „1) rozpuszczanie, rozpad, rozkład; 2) ustępowanie choroby” (PSM: 287)>; „proces, który polega na rozpadzie tkanki kostnej. Skutkiem tego jest powstawanie ubytków w kościach. Zmiany obejmują wybrane obszary, a nie cały układ kostny”²⁴⁹, *osteopetroza* <z grec. osteo + z grec. he petra „1. skała, głaz, 2. urwisty brzeg morski” (SPNiOM: 438) + grecki przyrostek –osis, który oznacza „1. właściwość, treść; a także 2. chorobę” (SPNiOM: 438)>; to termin „używany w opisowych nazwach kilku odmian wrodzonych i genetycznie uwarunkowanych schorzeń kości, których cechą wspólną i charakterystyczną jest zwiększone uwapnienie kości. Dzięki temu kości stają się bardzo twarde (niczym skała), ale równocześnie kruche” (SPNiOM: 438), *osteoblast* <z grec. osteo + z grec. blasteion „1. pączek, odrostek, 2. ploid, zarodek” (SPNiOM: 411);

²⁴⁸ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Osteomalacja> [dostęp z dnia 21.10.2020 r.]

²⁴⁹ <https://wylecz.to/kosci-i-stawy/osteoliza-nowotworowa-co-to-jest-objawy-leczenie-rokowania/> [dostęp z dnia 21.10.2020 r.]

„komórka kościotwórcza; komórka występująca na pow. rosnącej i rozwijającej się tkanki kostnej, owalna (...) Wytwarza substancję podstawową kości” (WSM: 947), *osteologia* <z grec. osteo + z grec. logos „1. wypowiedź, 2. słowo, wieść, 3. wartość, miara, 4. rozumowanie, nauka, teoria, 5. prawo i zasada” (SPNiOM: 333)>. W *Słowniku pochodzenia nazw i określeń medycznych* można dostrzec informację, że wyraz *logos/logia* stanowi zakończenie nazw różnych dziedzin, zaś w medycynie często występuje także końcówka –iatria. Osteologia to „dział anatomii, nauka o powstawaniu, budowie i funkcjach kośćca”²⁵⁰.

Kardio

Kolejnym rzeczownikiem, za pośrednictwem którego są w leksyce medycznej tworzone złożenia jest kardio. To z języka greckiego kardia „1. serce, a także: 2 serce (jako siedlisko uczuć), 3. pożądanie, 4. dusza, rozum oraz 5. żołądek (jako narząd leżący blisko serca)” (SPNiOM: 126). W medycynie często jest to pierwszy człon złożzeń, będących terminami medycznymi: *kardiomiopatia* <z grec. kardia + z łac. myopathia „miopatia, choroba mięśni” (PSM: 320)>; „choroba mięśnia sercowego nie będąca następstwem niedokrwienia, wady wrodzonej lub nabytej ani nadciśnienia tętniczego” (WSM: 551), *kardiomiocyty* <z grec. kardia + z łac. myocytus „miocyt, komórka mięśniowa” (PSM: 319)>; „komórki mięśniowe serca” (WSM: 551), *kardioanestezjolog* <z grec. kardia + z łac. anaesthesiologia „nauka o znieczuleniu i jego stosowaniu”(PSM: 33)>; *kardioangiografia* <z grec. kardia + angiographia „angiografia” (PSM: 541)>; „radiologiczna metoda badania jam serca i łączących się z nimi dużych naczyń, polegająca na podaniu do nich środka cieniującego drogą cewnikowania i wykonaniu seryjnych zdjęć rentgenowskich lub filmu” (WSM: 46), *kardiochirurgia* <z grec. kardia + z łac. chirurgia>; „dział chirurgii zajmujący się wykonywaniem operacji na sercu” (WSM: 551), *kardiografia* <z grec. kardia + graphos>.

Neuro

To rzeczownik pochodzenia łacińsko-greckiego, z grec. „neuron – struna, ścięgno, nerw, włókno (...) z nowołac. neuro – dotyczący nerwów” (SPNiOM: 388). Podobnie jak

²⁵⁰ <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/osteologia:3952384.html> [dostęp z dnia 21.10.2020 r.]

inne analizowane w tej grupie terminy służy do tworzenia złożzeń, jednak niektóre przykłady wyróżniają się bardziej złożoną strukturą, np. *neurokardiogeny* <z grec.-łac. neuro + z grec. kardia + z łac. genum (gen)>, np. omdlenie neurokardiogenne, tzn. „związane z dysfunkcją wegetatywnego układu nerwowego, który reguluje ciśnienie krwi i częstość rytmu serca”²⁵¹; *neuropatologia* <z grec.-łac. neuro + z grec. pathos + z grec. logos>, „nauka o zmianach w strukturze tkanki nerwowej i glejowej występujących w przebiegu różnych procesów chorobowych”, *neuroradiologia* <z grec.-łac. neuro + z łac. radiatio („1. promienistość, 2. promieniowanie, radiacja” PSM: 418) + z grec. logos>; „dział radiologii zajmujący się rentgenowską diagnostyką schorzeń układu nerwowego” (WSM: 837). W analizowanym materiale można również znaleźć terminy składające się jedynie z dwóch zapożyczonych komponentów (jak ta analizowane w grupach poprzednich): *neuropatia* <z grec.-łac. neuro + z grec. pathos („1. utrapienie, cierpienie, 2. choroba, 3. doświadczenie (czegoś), 4. porażka, pokuta, śmierć, 5. afekt, namiętność” (SPNiOM: 428)>, „*Neuropatia (choroba nerwów obwodowych, zapalenie nerwów obwodowych)* – stan chorobowy dotyczący nerwów – struktur przekazujących impulsy do różnych części organizmu poza mózgiem i rdzeniem kręgowym”²⁵², *neuromodulatory* <z grec.-łac. neuro + modulatio „modulacja, odwracalna zmiana komórki pod wpływem środowiska”(PSM: 306)>; „związki endogenne wpływające modulująco, przez działanie na układy -> neuromediatorów, na funkcję neuronów ośrodkowych i obwodowych” (WSM: 835), *neuroendokryny* <z grec.-łac. neuro + gr.-nowołac. endocrin „dotyczący wydzielania wewnętrznego” (SPNiOM: 389), „określenie przymiotnikowe spotykane w nazwach kilku jednostek nozologicznych w onkologii, oznaczające histogenetyczny związek nowotworu z neuroektoderma i wskazujące na jego hormonalną czynność wydzielniczą” (SPNiOM: 389), *neurologia* <z grec.-łac. neuro + z grec. logos>; „dział medycyny klinicznej zajmujący się rozpoznawaniem i leczeniem chorób układu nerwowego zarówno ośrodkowego, jak i obwodowego” (WSM: 835).

Nefro

Według tego, co jest napisane w słownikach, słowo to pochodzi z języka greckiego nephros, czyli nerka. W języku greckim występuje w dwojakim znaczeniu.

²⁵¹ [https://www.heartrhythmalliance.org/files/files/STARS%20Poland/100816-bh-FINAL-STARS%20Polish%20Reflex%20Syncope\(1\).pdf](https://www.heartrhythmalliance.org/files/files/STARS%20Poland/100816-bh-FINAL-STARS%20Polish%20Reflex%20Syncope(1).pdf) [dostęp z dnia 22.10. 2020 r.]

²⁵² <https://pl.wikipedia.org/wiki/Neuropatia> [dostęp z dnia 22.10.2020 r.]

Przede wszystkim dotyczy ono nerki, ale w liczbie mnogiej nephroi oznaczało dawniej również jądra (SPNiOM: 385). W czasopismach medycznych pojawiają się wyrazy złożone związane z nerkami, choć nie zaobserwowano tak wielu przykładów, jak w przypadku poprzednich rzeczowników: *nefrologia* <z grec. nefro + grec. logos>, „dziedzina chorób wewnętrznych dotycząca rozpoznawania i leczenia chorób nerek” (WSM: 814), *nefrotoksyczny* (lek) <z grec. nefro + z łac. toxicus, „toksyczny, trujący” (PSM: 493)>; „nefrotoksyczne substancje, zwłaszcza leki, to takie, które powodują uszkodzenia nerek”²⁵³, *nefropatia* <z grec. nefro + z gr. pathos>, „ogólne określenie choroby nerek” (WSM: 814), *nefroprotekcja* <z grec. nefro + z łac. protectio „ochrona, zasłona, przykrycie” (PSM: 406)>; „spowolnienie postępu progresji uszkodzenia nerek”²⁵⁴.

Hemo/ hema

Te słowa zostały zestawione obok siebie, ponieważ oba pochodzą z greckiego słowa haima, haimatos, które oznacza „1. krew, 2. zabójstwo, przelew krwi 3. związku krwi, pokrewieństwo” (SPNiOM: 263). Zarówno *hemo-*, jak *hema-*, stanowią pierwsze człony złożzeń w analizowanym materiale: *hemodynamiczny* <z grec. haima + z łac. dynamis „siła żywotność, działanie” (PSM: 145)>; „biol. związany z krążeniem krwi w organizmie, dotyczący hemodynamiki”²⁵⁵, zaś hemodynamika to „dynamiczne cechy krążenia krwi” (WSM: 460), *hemoglobina* <z grec. haima + z łac. globulinum (globulina)>; „czerwony barwnik krwi; białko złożone, zbudowane z części białkowej (globiny) i grupy prostetycznej (hemu)” (WSM: 460), *hemostaza* <z grec. haima + z łac. stasis (zastój)>; „tamowanie krwawienia; działanie powstrzymujące krwawienie, zapobiegające utracie krwi z uszkodzonych naczyń krwionośnych” (WSM: 461), *hematologia* <z grec. haima + z grec. logos>; „nauka o fizjologii i patologii krwi i układu krwiotwórczego” (WSM: 458).

²⁵³ <https://dobryslownik.pl/slowo/nefrotoksyczny/224295/#znaczenie-239888> [dostęp z dnia 22.10.2020 r.]

²⁵⁴ https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IoSIX7A9-EAJ:https://journals.viamedica.pl/forum_nefrologiczne/article/download/19564/15324+&cd=3&hl=pl&ct=cInk&gl=pl [dostęp z dnia 22.10.2020 r.]

²⁵⁵ <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/hemodynamiczny;5433002.html> [dostęp z dnia 22.10.2020 r.]

Chromo/chroma

Słowo chroma pochodzi z języka greckiego i ma trzy znaczenia: „1. barwa, kolor, 2. karnacja, 3. szminka, barwnik” (SPNiOM: 151). W analizowanym materiale kluczowe będzie znaczenie dotyczące barwy, koloru i barwnika: *chromoskopia* < z grec. chroma + z łac. scopia „skopia, oglądanie” (PSM: 446)>; „podanie kontrastu (najczęściej niebieskiego błękitu metylenowego)”²⁵⁶, *chromaterapia* < z grec. chroma + z łac. therapia „1) leczenie, terapia, opieka; 2) lecznictwo” (PSM: 488)>; „inaczej zwana koloroterapią (...) niekonwencjonalna metoda oddziaływania i leczenia kolorami”²⁵⁷, *chromosom* < z grec. chroma + z grec. soma (ciało)>; „nazwę tę wprowadził w 1888 r. niem. patolog Heinrich Wilhelm von Waldeyer-Hartz (1836-1921), pracujący wówczas we Wrocławiu, określając nią widoczne pod mikroskopem świetlnym „ciałka chromatynowe”, tj. małe, silnie barwiące się fragmenty chromatyny jądrowej, ujawniające się przy podziale komórkowym” (SPNiOM: 152). Podobne złożenia występują z rzeczownikiem chroma, ale oznaczającym z nowołac. chromium, tj. chrom: *chromafinowy* (komórka) < „z nowołac. chromium - chrom + łac. affinis – 1. przygraniczny, sąsiedni, 2. bliski, pokrewny, spowinowacony, związany” (SPNiOM: 151)>; „komórki chromafinowe”²⁵⁸ są komórkami neuroendokrynowymi zawartymi w nadnerczach powyżej każdej nerki (...) Po potraktowaniu solami chromu stają się ciemnobrązowym kolorem”²⁵⁹. Warto zwrócić uwagę na inne nazwy tych komórek (*chromochłonne*, *adrenalinotwórcze* – termin *chromochłonny* może być uznany za hybrydę grecko-polską, gdyż chroma pochodzi z języka greckiego, a chłonny jest przymiotnikiem o polskim brzmieniu. Nie analizuję jednak szerzej tego, skąd pochodzi słowo chłonny, gdyż nie to jest celem mojej pracy, zwracam jednak uwagę na jego polskie brzmienie. Z kolei termin *adrenalinotwórczy* został utworzony zgodnie z polskimi zasadami słowotwórczymi i składa się z łacińskiego słowa adrenalinum i słowa twórczy, (w związku z tym również można spekulować, że jest hybrydą), *chromogranina* < „z nowołac. chromaffinis – chromochłonny + łac. granum

²⁵⁶ <https://kzmid.ump.edu.pl/laparoskopia-diagnostyczna-diagnostyka-nieplodnosci?fbclid=IwAR27OzwoxJHvpyDzZ6TvNHYZNCNMWFAMlm209K44iT5NX6DNlotFxb1dwM> [dostęp z dnia 23.10.2020 r.]

²⁵⁷ https://betamed.pl/poradniki/koloroterapia/?fbclid=IwAR0I0C7K3KUtlD_AIX3P5i-EpM9UIYHRDkXuhMzMQ8GlwaG9t2b-E75Cjps [dostęp z dnia 23.10.2020 r.]

²⁵⁸ Warto zwrócić uwagę na końcówkę przymiotnikową –owy, wykorzystywaną do tworzenia polskich przymiotników.

²⁵⁹ https://www.netinbag.com/pl/physiology/what-are-chromaffin-cells.html?fbclid=IwAR2OConKbErsOGpmHfbKxhVV_UuCkKk7uHDWvrg9nrhMx4IF7U72fkGBLE4 [dostęp z dnia 23.10.2020 r.]

– 1. ziarno (zboża), 2. kuleczka, ziarenko, cząsteczka” (SPNiOM: 151)>; „białko występujące w komórkach rdzenia nadnerczy, wiążące przejściowo aminy katecholowe w pęcherzykach wydzielniczych” (WSM: 196).

W *dyskursie medycznym* obserwuje się również terminy, które nie są złoženiami oraz nie składają się z łacińskich przedrostków, ale nie zostaną w tym miejscu omówione, ponieważ część z nich znajduje się analizie semantycznej terminów medycznych.

Teksty medyczne w czasopismach specjalistycznych wyróżniają się dużym nagromadzeniem terminów zapożyczonych, które pod względem budowy można było podzielić na dwie grupy. Część terminów zawiera łacińskie lub greckie przedrostki, które są znane dla lekarzy pochodzących z różnych środowisk i z różnych krajów, dlatego można mówić o międzynarodowym charakterze leksyki medycznej. Na szczególną uwagę zasługują również łacińskie lub greckie rzeczowniki (występujące przede wszystkim w złoženiach), a złożenia te są z kolei tworzone na wzór języka angielskiego (por. *koronawirus*). Analizowane zapożyczenia zadomowiły się na stałe w języku polskim i są nieodłącznym elementem *dyskursu medycznego*, dlatego nie można ich pominąć w analizie tego typu *dyskursu*. Stopień ich zadomowienia przejawia się w używaniu polskiej końcówki przymiotnikowej –owy (por. *chromafinowy*), co sprawia, że odbiera się je jako terminy polskie. Warto również zauważyć terminy będące hybrydami (tzn. takimi, które są złożone z greckich i polskich członów), por. *chromochłonny*, z pewnością jest ich w *dyskursie medycznym* więcej, ale analiza tego typu struktur nie była celem tego rozdziału.

Ze względu na międzynarodowy charakter dziedziny, jaką jest medycyna, terminy pochodzące z innych języków należy rozpatrywać w kategorii internacjonalizmów.

5.4. Akronimy w dyskursie medycznym

Wspomniana internacjonalizacja przejawia się również w używaniu akronimów. Język jest zjawiskiem społecznym, które jest właściwie nierozzerwalnie związane ze zmianami dokonującymi się w społeczeństwie, a także z życiem tego społeczeństwa. Wszelakie przeobrażenia czy to gospodarcze, polityczne, społeczne czy kulturalne mają pewne odzwierciedlenie również w życiu języka, a w szczególności w terminologii i słownictwie (Szadyko 2007). Jedną z najważniejszych funkcji języka jest funkcja

komunikatywna, która jest środkiem służącym do porozumiewania się ludzi. Z tego powodu nowe zjawiska, pojęcia, narzędzia czy czynności muszą być jakoś nazwane i dzięki temu język poszerza swój własny zasób leksykalny. Dzieje się to poprzez różne środki słowotwórcze (tzn. że nowe wyrazy są tworzone na podstawie już istniejących, ale zaczynają być używane w innych połączeniach, a co za tym idzie nadawanie im są kolejne znaczenia), a także przez przenoszenie całych związków wyrazowych lub pojedynczych wyrazów z różnych języków obcych).

Dynamika rozwoju technologii informatycznych oraz postęp naukowo-techniczny jest powodem wprowadzania do słownictwa (nie tylko naukowego, ale również ogólnego) coraz większej liczby skrótów językowych. Akronimy, skrótowce czy skróty są coraz częstszym zjawiskiem. Anna Poronińska pisze na ten temat, że: „swoista akronimizacja języka, przez którą rozumiem zarówno tendencję do używania, jak i nadużywania skróconych form leksykalnych nie jest zjawiskiem ograniczonym wyłącznie do jednego języka, lecz ma charakter globalny, obejmuje swoim zasięgiem zdecydowaną większość języków narodowych i dotyczy zarówno słownictwa ogólnego, jak i leksyki specjalistycznej” (Poronińska 2018: 161). Internacjonalizacja ściśle łączy się z używaniem skróconych form językowych, a także akronimów czy skrótowców. Ta tendencja ma również wiele wspólnego z aspektami związanymi z dominacją języka angielskiego, którą można rozpatrywać w kategoriach pozytywnych lub negatywnych. Dążenie do ekonomii językowej nie jest zjawiskiem nowym. Anna Czarnecka pisała, że: „skracanie wyrazów i ich połączeń jest chyba tak stare jak samo pismo” (Czarnecka, Podracki 1995: 9). Ze sposobu, jakim jest skracanie wyrazów, korzystano już w starożytności i średniowieczu. W Europie i w Polsce zwyczaj ten pojawił się na początku wieku XX. Wpłynął na to rozwój prasy oraz komunikatów wojennych (Czarnecka, Podracki 1995: 9). Badacze wymieniają różne przyczyny powstawania skrótowców: wyścig z czasem (tempo życia), różnego rodzaju przemiany społeczne, gospodarcze, polityczne, odbudowywanie państwa, powstawanie różnych zakładów pracy, a przede wszystkim nagły wzrost liczby terminów technicznych, naukowych czy środowiskowych.

Mimo że skróty można było obserwować w tekstach już od początku piśmiennictwa, to tak naprawdę dopiero druga połowa XX wieku jest czasem ich rozwoju. Kazimierz Polański pisał na temat skrótowców, że: „charakteryzują zwłaszcza język urzędowy i język prasy, ale przenikają także do mowy potocznej” (Polański 1993: 537). Dzisiaj ekspansję skrótowców obserwuje się nie tylko w języku potocznym,

A. Poronińska zauważa, że: „szczególnie zdominowane przez formy skrócone jest słownictwo mediów elektronicznych i leksyka terminologiczna z zakresu informatyki, medycyny, prawa, marketingu, motoryzacji i wielu innych dziedzin” (Poronińska 2018: 163). Ważne jest jednak to, by w tym miejscu dokonać rozróżnienia pomiędzy trzema terminami: *skrótowiec*, *skrót* i *akronim*. Podracki zauważa, że: „Terminy skrót i skrótowiec są różnie definiowane w słownikach, podręcznikach i opracowaniach naukowych. Nie wszędzie zresztą występuje opozycja pojęciowa: skrót – skrótowiec” (Czarnecka, Podracki 1995: 9). W *Słowniku języka polskiego* termin *skrót* jest definiowany w taki sposób, że można go utożsamić z terminem *skrótowiec*. To: „połączenie pierwszych liter dwóch lub większej liczby wyrazów, które pełni zastępczo funkcję całego wyrażenia złożonego z tych wyrazów, np. PRL = Polska Rzeczpospolita Ludowa; parę liter (często pierwsza i ostatnia) wyrazu, zastępujących cały wyraz, np. dr = doktor” (Szymczak 1992: 394). Jan Młodyński wyraźnie odróżnia skrót od skrótowca, pisząc o tzw. skrótach graficznych: „Istotną cechą skrótu graficznego stanowi jego charakter metajęzykowy: nie informuje on bezpośrednio o rzeczywistości, lecz odsyła do odpowiedniego wyrazu i wyrażenia” (Młodyński 1981: 156-157). Skróty graficzne opisuje też dokładnie Stanisław Szadyko, który zauważa, że dotyczą one zjawiska pozajęzykowego (Szadyko 2007). Na ten sam aspekt zwraca uwagę Ladislav Cejp, który pisze, że: „skróty zdają się być czymś zupełnie obcym dla języka jako takiego. To, że tak powiem, jest jakaś odizolowana ślepa uliczka utworzona w toku rozwoju języka” (Cejp 1940: 7). *Skróty* zaś językowe (do których Podracki zalicza również *skrótowce*) reprezentują funkcję językową.

Według *Wielkiego słownika poprawnej polszczyzny skrót* to: „litera lub połączenie kilku liter pochodzące z często używanych i znanych wyrazów, stosowane w piśmie do zapisywania tych wyrazów, ale odczytywane w formie pełnego wyrazu, który zastępuje w tekście pisanym. Skródami są na przykład zapisy p., s., zł, inż., lp., m.in., będące graficznymi symbolami wyrazów pan, sekunda, złoty, inżynier, liczba pojedyncza, między innymi” (Markowski 2008: 125). Z kolei *skrótowce* „mogą być swoistą klasą derywatów utworzonych z kilkuwyrazowych nazw instytucji, przedsiębiorstw, firm, urzędów, organizacji, stowarzyszeń itp. przez odcięcie pewnych składników całej nazwy. W języku polskim *skrótowce* składają się z początkowych liter, głosek lub pierwszych sylab nazw wyjściowych (rozwinętych)” (Jadacka 2008: 127). Powstawanie *skrótowców* jest sprawą dyskusyjną, tzn. że często ocenia się je jako coś negatywnego. Są tworzone żywiółowo, masowo i najczęściej w niekontrolowany sposób. Tym, co przemawia

przeciwko *skrótowcom* są względy estetyczne i stylistyczne. Składają się one bowiem z różnorodnych elementów, które są związane z odmiennymi warstwami słownictwa (potoczne, uroczyste, rodzime, obce itp.). *Akronim* zaś A. Poronińska uznaje za synonim *skrótowca*, pisząc, że: „W dalszej części pracy używam terminu akronim jako synonimu skrótowca. Traktuję go jako obcojęzyczny odpowiednik utrwalonego w językoznawstwie polskiego terminu skrótowiec (ogólnie, nie w odniesieniu do jednej z kategorii skrótowców)” (Poronińska 2018: 167).

Akronimy są obecnie jednym z najczęściej wykorzystywanych sposobów służących do wzbogacania leksyki języków specjalistycznych w ich odmianie pisanej. Hrbáček pisał, że:

Zjawisko występowania skrótów językowych wciąż się nasila, wymaga więc ono naszej uwagi. Skróty stają się częścią językowej komunikacji we wszystkich językach kulturalnych i przenikają – w większym lub mniejszym stopniu – do systemów językowych. Jakkolwiek poglądy na znaczenie skrótów w języku i na ich pozycję w systemie są różne, mamy tu niewątpliwie do czynienia z faktem językowym, którego przeoczyć nie wolno, tym bardziej, że wykazuje ciągłą tendencję wzrostową” (Hrbáček 1976: 91-92).

Mimo że autor ten pisze o *skrótach*, nie o *akronimach*, można się domyślić, że *akronimy* spełniają w języku (szczególnie specjalistycznym) taką samą funkcję. Problem abrewiatur, tzn. *skrótowców*, *akronimów* czy graficznych *skrótów* coraz bardziej wzbudza zainteresowanie. W języku polskim, ale też w rosyjskim tworzenie nowych wyrazów poprzez skróty nazw wielowyrzowych jest według S. Szadyko jednym z najbardziej produktywnych sposobów derywacji (Szadyko 2007). Potrzeba skróconego, a także symbolicznego zapisu pojawia się przy rozwoju różnych dziedzin naukowych (matematyki, astronomii, fizyki itp.). Była również związana z gospodarką czy biznesem, tzn. zaczęto ją zauważać w odniesieniu do języków specjalistycznych.

Autorzy gramatyki historycznej w swojej definicji *skrótowców/akronimów* zwracają uwagę na oszczędność językową, którą osiąga się dzięki nim, uznając, że niekiedy są one wystarczające dla osiągnięcia prawidłowego przebiegu komunikacji:

Znamiennym zjawiskiem ostatnich kilkudziesięciu lat, które przybiera coraz więcej na żywotności, powszechności i sile są skrótowce. Są to nowotwory wyrazowe pochodne, które powstają z połączenia wymawianych lub pisaniowych części dwu lub kilku wyrazów podstawowych, stanowiących zestawienie (...) Wszelkie skrótowce, znane różnym językom

i od dawna, wypływają z zasady oszczędności środków językowych: poprzestaje się na tym, co w danych warunkach kontekstowych i konstytuacyjnych wystarczy dla porozumienia się (GHJP: 259-260).

Początkowo skrótowce przyjmowały się w polszczyźnie dość opornie, „zarzucano im niezrozumiałość poza wąskim kręgiem specjalistów, łamanie zasad słowotwórstwa i nieestetyczność językową” (Waniakowa, Waniak 2007: 146). Skrótowce można podzielić na kilka głównych grup: głoskowce (te, które powstały z połączenia pierwszych głosek wyrazów, które wchodziły w skład pełnej nazwy), literowce (utworzone na bazie pierwszych liter wyrazów wchodzących w skład pełnej nazwy i sylabowce (utworzone z pierwszych sylab). Najczęstszym typem stylizacji *skrótowców/ akronimów* w *dyskursie medycznym* jest po pierwsze łączenie pierwszych liter wyrazów niekiedy z głoskami odpowiadającymi tym literom, po drugie „łączenie nazw pierwszych liter wyrazów wchodzących w skład pełnej nazwy lub odpowiadających tym literom głosek z komponentami grupowymi (najczęściej sylabami) należącymi do pełnej nazwy” (Waniakowa, Waniak 2007: 146).

5.4.1. Skrótowce w tekstach medycznych

Akronimy w dyskursie medycznym występują dość często. Ich obecność ściśle wiąże się z komunikacją specjalistyczną. Pojawiają się one zwykle po ich odpowiedniku w języku polskim, a następnie są one wyodrębnione w nawiasie tłumaczone na język angielski:

Trombofilia nabyta występuje jako zespół antyfosfolipidowy (ASP – antiphospholipid syndrome), schorzenie autoimmunologiczne spowodowane występowaniem autoprzeciwciał przeciw ujemnie naładowanym fosfolipidom lub białkom błony komórkowej płytek krwi (MpD 3/2019/11)

Kolejne wymienienie *skrótowca* nie wymaga już komentarza i wyjaśnienia:

Do rozpoznania APS konieczne jest stwierdzenie co najmniej jednego z 2 kryteriów klinicznych i co najmniej 1 z 3 kryteriów laboratoryjnych na podstawie badań wykonanych przynajmniej dwukrotnie w odstępie minimum 12 tygodni (MpD 3/2019/11)

Wtrącenie w nawiasie może sugerować, że tekst jest kierowany do adeptów dziedziny medycyny i ma na celu przekazanie im konkretnej wiedzy z danego zakresu.

Wyjaśnienie pomaga lepiej zrozumieć tekst i jego sens. Odbiorca w *dyskursie medycznym* jest wobec tego bardzo ważny, a komunikat jest dostosowany do jego wiedzy i umiejętności. Maria Wysocka zauważyła, że *akronimy* są związane z podkodem rejestru medycznego, związanym z poziomem komunikacji lekarz-lekarz: „poziom ten charakteryzuje także występowanie dużej ilości skrótów, użycie których ma na celu albo zwykle uproszczenie wielowyrazowego terminu, por. np. WBC – white blood count, NAD – no abnormalities detected (por. polskie b/z – bez zmian), co zwyczajnie ułatwia przebieg rozmowy” (Wysocka 1997: 118). Pisał o tym także Bartosz Czajkowski: „następny podkod obejmuje komunikację lekarz-lekarz. Charakteryzuje się on dużą ilością specjalistycznego słownictwa oraz skrótów nazw procedur medycznych stosowanych w medycynie” (Czajkowski 2009: 114).

Jednak nie wszystkie *akronimy* są tłumaczone. Pojawiają się takie, przy których nie odnotowuje się w nawiasie ani polskiej, ani angielskiej nazwy, z której się wywodzą. Dotyczy to nie tylko oczywistych akronimów, które zna każdy przeciętny użytkownik języka (np. USG, EKG czy OUN), ale również takich, które dla kogoś, kto nie studiuje medycyny, oczywiste nie są, ale nadawca zakłada, że odbiorca, który czyta tekst, na pewno je rozumie. Można tu wymienić takie przykłady jak: metoda PUVA, frakcja MB czy mutacje EGFR i ALK:

Wśród stosowanych w ocenie czynności prawej komory biomarkerów w dokumencie wymieniono peptydy natriuretyczne, troponiny i frakcję MB fosfokinazy kreatynowej (MpD 2/2019/23)

W leczeniu liszaja płaskiego stosowana jest również fototerapia (metoda PUVA lub wąskie pasmo UVB-NB) (MpD 2/2019/91)

Wprowadzono nowoczesne leki ukierunkowane molekularnie na pecyficzne mutacje (m.in. EGFR, ALK) (MpD 4/2019/14)

W związku z tym, że pełne nazwy są dość długie, nadawcy (lekarze, specjaliści) używają tylko *skrótów*, wobec tego ani tłumaczone nazwy polskie, ani oryginalne nazwy angielskie, nie funkcjonują w komunikacji specjalistycznej z dużą częstotliwością (zostały bowiem zdominowane przez akronimy). Terminologia medyczna ma w dużej mierze rodowód łaciński i grecki, jednak w ostatnich latach coraz częściej obserwuje się wykorzystywanie terminów z języka angielskiego, co jest widoczne między innymi w dużej liczbie akronimów pochodzących właśnie z tego języka. Jak pisał M. Górnicz: „twórcy polskich terminów stosują następujące strategie oprócz kalkowania terminu:

utworzenie terminu wskazującego na inny aspekt pojęcia, zapożyczenie terminu angielskiego (często tylko „niezgodnego” elementu) lub zapożyczenie skrótowca (bez zapożyczenia terminu rozwiniętego. Dla *natural killer* w polskiej terminologii funkcjonują odpowiedniki *komórki NK* oraz *komórki naturalnie cytoksyczne*” (Górnicz 2005: 138).

5.4.2. Akronimy z języka angielskiego

Analiza materiału umożliwiła wyodrębnienie różnych grup semantycznych, w obrębie których są tworzone akronimy:

Nazwy chorób i ich objawów²⁶⁰

Ta grupa zdecydowanie dominuje w czasopismach medycznych, przede wszystkim dlatego, że choroby są głównym tematem *tekstów specjalistycznych* w analizowanych czasopismach medycznych: **NAFL** (non alcoholic fatty liver – niealkoholowe stłuszczenie wątroby); **NASH** (non alcoholic steatohepatitis – niealkoholowe stłuszczeniowe zapalenie wątroby); **HCC** (hepatocellular carcinoma – rak wątrobowokomórkowy); **DKD** (diabetic kidney disease – cukrzycowa choroba nerek); **AKI** (acute kidney injury – ostre uszkodzenie nerek); **GERD** (gastroesophageal reflux disease – choroba refluksowa przełyku); **CVS** (cyclic vomiting syndrome – zespoły wymiotów cyklicznych); **AF** (atrial fibrillation – migotanie przedsionków):

Stężenie witaminy D jest odwrotnie proporcjonalne do stopnia stłuszczenia wątroby i zwłóknienia. Niedobór witaminy D koreluje ponadto ze śmiertelnością związaną z cukrzycą i chorobą Alzheimera u pacjentów z **NAFLD** (MpD 4/2019/49)

Drugim uderzeniem jest rozwój **NASH** na podłożu **NAFLD**, co następuje w wyniku współistnienia stresu oksydacyjnego, zaburzenia utylizacji lipidów w szlaku β -oksydacji oraz aktywacji wątrobowych komórek gwiazdzistych odpowiadających za procesy włóknienia wątroby (MpD 12/2018/51)

U chorych z niedoborem witaminy D oraz białka wiążącego witaminę D obserwuje się częstszy rozwój raka wątrobowokomórkowego (**HCC** – hepatocellular carcinoma) (MpD 4/2019/49)

²⁶⁰ Wyodrębnione grupy są tożsame z grupami z rodzaju 3, ale tam *akronimy* nie były analizowane, więc należy je w tym miejscu powtórzyć.

Zgodnie z powszechnie przyjętymi standardami najskuteczniejsze w ochronie przed wystąpieniem **DKD** de novo lub w spowalnianiu jej progresji są trzy elementy terapii (MpD 2/2019/36)

Leczenie ARB (u 1000 pacjentów przez 12 miesięcy) mogło zapobiec 11 przypadkom schyłkowej niewydolności nerek i prowadziło do zmniejszenia białkomoczu u 118, jednak również nie było wolne od powikłań (55 epizodów **AKI**, 70 przypadków hiperkaliemii) (MpD 2/2019/37)

U pacjentów z **GERD** często występuje obturacyjny bezdech senny (MpD 2/2019/63)

Zespół niepowściągliwych wymiotów po kannabinoidach charakteryzuje się występowaniem epizodów wymiotów scharakteryzowanych jak w **CVS** po przedłużonym nadmiernym stosowaniu kannabinoidów naturalnych (konopi), które ustępują po trwałym zaprzestaniu ich przyjmowania (MpD 2/2019/74)

Częstość występowania **AF** w populacji ogólnej w krajach rozwiniętych wynosi 2-3%, natomiast wśród pacjentów w podeszłym wieku może dotyczyć nawet 20% populacji (MpD 4/2019/74)

Warto w tym miejscu dodać to, co o składni skrótowców napisał Jerzy Podracki:

Skrótowiec ma tę samą liczbę i ten sam rodzaj gramatyczny co wyraz będący podstawą pełnej nazwy. Do tego podstawowego wyrazu dostosowują swoje formy orzeczenie i przydawka przymiotna, np. Dawne PZWS (Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych) zmieniły swoją nazwę (dawne -> zakłady -> zmieniły) (...) Zleksykalizowany skrótowiec jest traktowany jako samodzielny rzeczownik, który decyduje o formie przydawki i orzeczenia (Podracki 1995: 26)

Ostatni przykład związany z migotaniem przedsionków można więc skomentować w sposób następujący: Ten *skrótowiec* (jak właściwie większość w *dyskursie medycznym*) nie został zleksykalizowany, gdyż nie funkcjonuje jako samodzielny rzeczownik, zaś przy ustalaniu rodzaju czy liczby brane jest pod uwagę jego tłumaczenie na język polski: AF (migotanie przedsionków) jest bezobjawowe (nie – bezobjawowy).

Nazwy metod/ sposobów leczenia

W postaci *akronimów* często występują również nazwy związane z metodami i sposobami leczenia lub diagnostyki. W tej grupie można zaobserwować różnego rodzaju określenia, które dotyczą pewnych czynności mających na celu zbadanie pacjenta, dokonanie obserwacji czy rozpoznanie choroby. Pierwszy przykład pokazuje jak złożone są zestawienia wyrazów w terminologii medycznej, *skrót* pozwala na ekonomię

językową, ciągle powtarzanie takiego wieloczłonowego skupienia wyrazów byłoby niewygodne dla piszącego. Wybrany przykład zawiera aż osiem wyrazów: **PDFF-MRI** (proton density fat fraction – magnetic resonance imaging – analiza protonowej gęstości frakcji tłuszczowej metodą rezonansu magnetycznego). Inne przykłady to: **OCT** (optical coherence tomography – optyczna koherentna tomografia); **CBT-I** (cognitive-behavioral therapy for insomnia – terapia poznawczo-behawioralna bezsenności); **MRCP** (magnetic resonance cholangiopancreatography):

Charakterystyczny układ zmian w **OCT** może nasuwać podejrzenie teleangiektazji okołodołkowych typu 1 (MacTel 1 – macular teleangiectasia type 1) (MpD 2/2019/101)

CBT-I jest terapią ustrukturyzowaną i krótkoterminową. Łączy techniki behawioralne (wywołanie zmiany poprzez modyfikację zachowań, nawyków, bodźców) z technikami poznawczymi (MpD 2/2019/67)

Endoskopowa ultrasonografia (EUS – endoscopic ultrasound) stanowi metodę alternatywną dla **MRCP** w ocenie dystalnego odcinka zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych (MpD 12/2018/27)

Nazwy wskaźników/ czynników

Dużą grupą są również nazwy związane z różnego rodzaju wskaźnikami czy czynnikami, czyli z czymś, co ujawnia jakąś chorobę lub ją powoduje: **CAP** (controlled attenuation parameter – kontrolowany wskaźnik tłumienia fali); **RF** (rheumatoid factor – czynnik reumatoidalny); **TTE** (transthoracic echocardiography – przezklatkowe badanie echokardiograficzne); **BMI**²⁶¹ (body mass index – wskaźnik masy ciała); **NGF** (nerve growth factor); **ALP** (alkaline phosphatase):

CAP (...) pozwala na poprawę wiarygodności uzyskanych wyników w aspekcie stłuszczenia wątroby (MpD 2/2019/14)

U każdego chorego z objawami synovitis w badaniu przedmiotowym należy przeprowadzić badanie na obecność we krwi RF, a w przypadku podejrzenia RZS i ujemnego wyniku **RF** rozważyć oznaczenie aCCP262 (MpD 2/2019/24);

Cameron i wsp. Doszli do wniosku, że czynniki genetyczne, wywiad rodzinny w kierunku cukrzycy, wyższy status społeczno-ekonomiczny, siedzący tryb życia i wysoki wskaźnik masy ciała (**BMI**- body mass index) były istotnie związane z MS. (MpD 12/2018/47)

²⁶¹ W tym miejscu można zaobserwować, że akronim BMI został już zleksykalizowany (BMI wskazywało, nie: wskaźnik masy ciała wskazywał).

²⁶² Użycie akronimów jest tak częste, że niekiedy w jednym zdaniu można dostrzec kilka z nich.

Czułość i specyficzność TTE w rozpoznawaniu rozwarstwienia aorty wstępującej wynoszą odpowiednio 77-80% i 93-96%, w przypadku rozwarstwienia dystalnego odcinka aorty piersiowej TTE uwidacznia zmiany tylko u 70% pacjentów (MpD 6/2019/85)

Dodatkowe znaczenie ma obniżone stężenie czynników neurotroficznych (np. czynnika wzrostu neuronów [NGF – nerve growth factor]) oraz pogorszenie regeneracji włókien nerwowych (MpD 4/2019/56)

ALP jest najważniejszym wskaźnikiem cholestazy, a oznaczenie aktywności GGT pełni funkcję badania potwierdzającego. (MpD 12/2018/27)

Warto zwrócić uwagę na to, że różne nazwy angielskie związane z czynnikiem chorobowym są tłumaczone na język polski w ten sam sposób. Czynnikiem jest angielskie słowo: *parameter, factor, index* i *rate*.

Nazwy substancji/ cząsteczek występujących w organizmie

Kolejną grupą jest ta, która dotyczy tego, co znajduje się w organizmie człowieka, np. cząsteczek, różnego rodzaju substancji czy białek. Zwrócił na to uwagę już M. Górnicz, który pisał: „Skrótowce są obecnie popularnym sposobem nazywania substancji występujących w organizmach żywych, a ogólnie – nominacji zastępczej terminów wielowyrazowych” (Górnicz 2005: 139). Autor dodaje, że charakterystyczny dla tego typu terminów jest szyk: złożona przydawka prepozytywna (w skład której wchodzi imiesłów lub przymiotnik) + rzeczownik określany przez przydawkę.

W przeanalizowanym materiale jest to jedna z najmniej licznych grup, ale wymaga przedstawienia i omówienia: **CRP** (C – reactive protein – białko C – reaktywne); **LMWH** (low molecular weight heparins – heparyny drobnocząsteczkowe); **UFH** (unfractionated heparin – heparyna niefrakcjonowana; **NT-proBNP** (N- końcowy fragment propeptydu natriuretycznego typu B); **BNP** (B – type natriuretic peptide – peptyd natriuretyczny typu B):

W badaniach rutynowych stwierdza się: leukopenię, eozynopenię, małopłytkowość; stężenie białka C-reaktywnego (**CRP** – C-reactive protein) i OB pozostają w granicach normy (MpD 4/2019/69)

W przypadku pacjentek z wysokim ryzykiem zakrzepowo-zatorowym zaleca się przejście z **LMWH** na UFH na przynajmniej 36 godzin przed zakończeniem ciąży, a wlew UFH zatrzymać na 4-6 godzin przed przewidywanym porodem (MpD 6/2019/19)

Ponadto w wytycznych NICE oznaczenie stężenia **NT-proBNP** wykonywane jest jako badanie wstępne, a dopiero w przypadku stwierdzenia jego zwiększenia zleca się badanie echokardiograficzne (MpD 6/2019/29)

W zasadzie należy uznać, że prawidłowe stężenia hs-Tn oraz **BNP/NT-proBNP** u stabilnych hemodynamicznie chorych z zatorowością płucną są czynnikiem korzystnym rokowniczo (MpD 12/2018/74)

Nazwy kwasów

Inną grupą wyodrębnioną podczas analizowania akronimów są nazwy związane z kwasami. Pod względem analizy kilku numerów czasopism medycznych, można stwierdzić, że jest to najmniej liczna grupa, niemniej jednak możliwe jest wskazanie kilku przykładów *akronimów*, które są tworzone od nazw kwasów: **UDCA** (ursodeoxycholic acid – kwas ursodeoksycholowy); **OCA** (obeticholic acid – kwas obetycholowy); **PUFAs** (polyunsaturated fatty acids – wielonienasycone kwasy tłuszczowe):

Preparaty **UDCA** z uwagi na swoje działanie cytoprotekcyjne i immunomodulujące, a jednocześnie dobrą tolerancję i możliwość stosowania od 2 r.ż. są rozważane jako alternatywna opcja terapeutyczna (MpD 2/2019/17)

OCA to kwas żółciowy będący agonistą i aktywatorem receptora farnesoidu (FXR) (MpD 2/2019/17)

Wielonienasycone kwasy tłuszczowe (...) **PUFAs** (...) – głównie kwas linolenowy omega-3 i linolowy omega-6 – pochodzenia roślinnego/rybiego lub dostarczane w postaci suplementów diety stanowią dodatkową opcję terapeutyczną (MpD 2/2019/17)

Nazwy leków

Z przeanalizowanego materiału wynika, że wielocłonowe mogą być również nazwy niektórych leków. Dynamika powstawania nowych chorób wymaga poszukiwania nowych metod ich leczenia, a także leków, które są nazywane m.in. ze względu na funkcje jakie pełnią: **PPI** (proton pump inhibitors – inhibitory pompy protonowej; **ACEI** (angiotensin – converting enzyme inhibitors – inhibitory konwertazy angiotensyny; **ARB** (angiotensin receptor blockers – antagoniści receptora dla angiotensyny; **VKA** (vitamin K antagonists – leki z grupy antagonistów witaminy K; **LABA** (long acting β_2 -agonists):

Leki z grupy **PPI** należy stosować tylko w populacjach, które z ich przyjmowania odnoszą bezsprzeczną korzyść, a czas terapii za ich pomocą powinien być tak krótki, jak to tylko możliwe (MpD 12/2018/80)

Wracając do wspomnianej metaanalizy: na 1000 pacjentów otrzymujących **ACEI** (...) przez rok u 14 można uniknąć progresji do schyłkowej niewydolności nerek, a u 208 uzyskać obniżenie albuminurii) (MpD 2/2019/37)

Leczenie **ARB** (u 1000 pacjentów przez 12 miesięcy) mogło zapobiec 11 przypadkom schyłkowej niewydolności nerek i prowadziło do zmniejszenia białkomoczu u 118, jednak również nie było wolne od powikłań (55 epizodów AKI, 70 przypadków hiperkaliemii) (MpD 2/2019/37)

Wskazania do cięcia cesarskiego są nieliczne: przyjmowanie **VKA**, jeśli poród zaczyna się wcześniej niż 2 tygodnie po odstawieniu leku (MpD 6/2019/21)

Leki z grupy **LABA** i **LAMA** wykazują addytywne rozszerzenie oskrzeli dzięki odmiennym, uzupełniającym się mechanizmom działania (MpD 12/2018/39)

Nazwy urządzeń/narzędzi

Ostatnią grupą, która zostanie w tym miejscu omówiona, są nazwy urządzeń czy narzędzi, które mają służyć do pomiaru, badania, obserwacji itp., Nazwy te ściśle wiążą się z grupą dotyczącą metod badawczych, ponieważ metoda często jest realizowana właśnie przy użyciu jakiegoś urządzenia: **ILR** (implantable loob recorder – wszczepialny rejestrator pętlowy); **CRT** (cardiac resynchronization therapy – stymulator resynchronizujący); **ICD** (implantable cardioverter defibrillator – stymulator serca, kardiowerter defibrylator); **PPG** (photoplethysmogram – sensor sygnału fotopletyzmo graficznego); **PDA** (parsonal digital assistant – mikrokomputer); **DES** (drug – eluting stent – stenty uwalniające leki):

W **PDA** wbudowany jest wyświetlacz, na którym po włączeniu urządzenia wyświetlają się komendy informujące chorego, w jaki sposób z niego korzystać (MpD 2/2019/85)

Ze względu na dolegliwości, obciążenie chorego i fakt, że ostatni zabieg przezskórnej angioplastyki prawej tętnicy wieńcowej z implantacją **DES** był wykonany przed 3 tygodniami, wysnuto podejrzenie podostrej zakrzepicy” (MpD 2/2019/96)

Do wykrywania migotania przedsionków służą następujące sposoby/urządzenia (...): **ILR** (...) wszczepialne urządzenia do elektroterapii z detekcją czynności elektrycznej przedsionka (...) **CRT** (MpD 2/2019/85)

Analogiczne do stymulatora serca urządzenie wysokoenergetyczne (...) składa się z baterii oraz elektrody defibrylującej w RV, a w sytuacji dwujamowego **ICD** również z elektrody stymulującej w RA (MpD 6/2019/46)

Oprogramowanie uruchomione na telefonie w chwili położenia palca wskazującego na kamerze aparatu dokonuje analizy sygnału fotopletyzmo graficznego **PPG** pod kątem wykrywania migotania przedsionków (MpD 2/2019/88)

Warto na koniec podkreślić, że „dominująca pozycja języka angielskiego jako źródła terminologii medycznej wynika w dużym stopniu z obecności niezmiennych graficznie rdzeni łacińsko-greckich” (Górnicz 2005: 140). Poza tym: „w polskim specjalistycznym języku medycyny występuje duża liczba zapożyczeń z języka angielskiego. Głównym powodem takiej sytuacji jest przechodzenie słownictwa z języka, którego społeczeństwo stoi na wyższym poziomie technologicznym w danej dziedzinie do języka używanego w państwie, którego technologia nie jest tak dobrze rozwinięta” (Czajkowski 2009: 115).

5.4.3. Polskie akronimy w dyskursie medycznym

W *dyskursie medycznym* nie brakuje również polskich *skrótowców*, jednak jest ich znacznie mniej. W odróżnieniu od poprzedniej grupy, *akronimy* te są tworzone na podstawie polskich nazw wielocłonowych (nie jest wykluczone, że niektóre z nich również są tłumaczeniem z języka angielskiego, jednak forma *skrót*u pochodzi od polskiego zestawienia). Zdaję sobie sprawę, że nie są to wszystkie akronimy, które funkcjonują w *dyskursie medycznym*. Są to te akronimy, które się znalazły w analizowanym materiale, który był podstawą analiz. Obrazują one w związku z tym cechę, że ich znaczna większość to akronimy zapożyczone, a tylko niewielka ich część może być akronimami polskimi. Oto przykłady: **NDTK** (niskodawkowa tomografia komputerowa); **OZN** (odmiedniczkowe zapalenie nerek); **ZUM** (zapalenie układu moczowego); **HTZ** (hormonalna terapia zastępcza); **POChP** (przewlekła obturacyjna choroba płuc); **COG** (całościowa ocena geriatryczna); **OZS** (ostre zapalenie stercza), **ChZSR** (choroba zwyrodnieniowa stawów rąk):

W leczeniu chorych na **OZS** zasadniczą rolę odgrywają antybiotyki (MpD 7-8/2019/21)

U pacjentów z **ChZSR** jakość życia obniża się w związku ze stanem zdrowia, na który wpływają ból, sztywność i zmniejszenie sprawności ręki, czyli objawy będące znakiem rozpoznawczym choroby (MpD 7-8/2019/23)

Wyniki tego badania wykazały 20% redukcję umieralności z powodu raka płuca u osób poddanych badaniom **NDTK** (MpD 4/2019/14)

U dzieci **ZUM** może wywołać **OZN**, które szczególnie w przypadku odpływów pęcherzowo-moczowodowych mogą być przyczyną powstania blizn w miększu nerki (MpD 4/2019/26)

Podobnie jak naturalne przemiany hormonalne związane z ciążą są przyczyną SCAD, również sztucznie dostarczane do organizmu hormony w czasie prowadzenia hormonalnej terapii zastępczej (**HTZ**) mogą stanowić ryzyko spontanicznej dyssekcji tętnicy wieńcowej (MpD 12/2018/20)

W rezultacie w **POChP** dochodzi do zmniejszenia sprężystości mięszu płuc i rozwoju nieodwracalnego uszkodzenia małych dróg oddechowych (MpD 12/2018/34)

Przesiewową skalą służącą do klasyfikacji chorych do przeprowadzenia **COG** jest skala Vulnerable Elders Survey (VES-13) (tab. 1) (MpD 12/2018/54)

Akronimy w dyskursie medycznym w dużej mierze pochodzą z języka angielskiego, który zdominował nie tylko terminologię medyczną, ale również (a może przede wszystkim) techniczną. Ich używanie wskazuje na jedną z cech *dyskursu medycznego*, którą jest dążenie do ekonomii językowej w komunikacji między lekarzem a pacjentem. Nie wszystkie akronimy są przez nadawcę wyjaśniane w tekście, co wskazuje na to, że specjalista zakłada z góry pewną wiedzę, którą ma posiadać odbiorca. Jednak najczęściej można zaobserwować rozwinięcie skrótu w nawiasie, a nawet tłumaczenie na język polski. Powyższe obserwacje mogą stanowić kolejny dowód na to, że *teksty medyczne* mają charakter dydaktyczny, służą przekazywaniu wiedzy. *Akronimy* funkcjonują w tekstach jako nazwy własne, bo zastępują, np. konkretne nazwy chorób (GERD – choroba refluksowa przełyku). Nie są w tekście w żaden sposób odmieniane, zachowują swoją podstawową formę, ale głównie dlatego, że konteksty użycia nie wymagają ich odmiany. W *tekstach medycznych* występuje duże nagromadzenie *akronimów*, niekiedy w jednym zdaniu można dostrzec aż trzy z nich. Częstość ich wykorzystywania można tłumaczyć przede wszystkim ekonomią językową, ponieważ niektóre nazwy składałyby się nawet z ośmiu wyrazów: **PDFF-MRI** (proton density fat fraction – magnetic resonance imaging – analiza protonowej gęstości frakcji tłuszczowej metodą rezonansu magnetycznego).

Analiza budowy struktur gramatycznych jest bardzo istotnym aspektem badania *dyskursu medycznego*, ponieważ terminy występujące w czasopismach medycznych przyczyniają się do tworzenia *dyskursu* i jednocześnie mogą go charakteryzować. We współczesnym *dyskursie medycznym* dominują terminy tworzone zgodnie z polskimi zasadami słowotwórczymi, terminy, które posiadają łacińskie czy greckie przedrostki, złożenia polskie (*krwiomocz*), a także złożenia mające charakter internacjonalizmów (*koronarografia*). Ważną rolę zajmują jednak akronimy, bo ich obecność świadczy o rozwoju języka i *dyskursu medycznego*.

Fakt dużego zagęszczenia akronimów w *tekstach medycznych* świadczy o tym, że na stałe zadomowiły się one w tej odmianie *dyskursu specjalistycznego*. To pozwala na stwierdzenie, że jedną z cech *dyskursu medycznego* jest dążenie do ekonomii językowej w komunikacji między lekarzem a pacjentem. Nie wszystkie akronimy są przez nadawcę wyjaśniane w tekście, co wskazuje na to, że specjalista zakłada z góry pewną wiedzę, którą ma posiadać odbiorca. Jednak najczęściej można zaobserwować rozwinięcie skrótu w nawiasie, a nawet tłumaczenie na język polski. Powyższe obserwacje mogą stanowić kolejny dowód na to, że *teksty medyczne* mają charakter dydaktyczny, służą przekazywaniu wiedzy. Akronimy funkcjonują w tekstach jako nazwy własne, bo zastępują np. konkretne nazwy chorób (GERD – choroba refluksowa przełyku). W związku z tym odbiorca tekstu może się nauczyć między innymi używania skróconych nazw w praktyce lekarskiej, a także ich znaczenia. Jest to pewnego rodzaju słownik dla odbiorcy. Używanie akronimów z języka angielskiego spowodowało, że w *tekstach medycznych* powoli odchodzi się od dominującej do tej pory terminologii greckiej i łacińskiej.

Analiza leksyki czy terminów wchodzących w skład *dyskursu medycznego* stanowi ważny aspekt badań. Dzięki niej można zaobserwować określone wzorce językowe, które reprezentują różne odmiany formalne (leksykalne czy morfologiczne), a które składają się na kształt omawianego w niniejszej dysertacji *dyskursu*. C. L. Ferrero pisał, że leksyka, która jest częścią *tekstu specjalistycznego*, pełni w nim funkcję dyskursywną (López-Ferrero 2006). Na podobny fakt zwraca uwagę również P. Michałowski, który pisał, że w tekście specjalistycznym „termin realizuje w pełni swój potencjał dyskursywny” (Michałowski 2017: 66).

Zakończenie

Celem analizy, podjętej w niniejszej rozprawie było przeanalizowanie, scharakteryzowanie i omówienie *dyskursu medycznego*, ściśle wpisanego w kontekst i rozumianego przeze mnie jako zdarzenie komunikacyjne. W niniejszej rozprawie doktorskiej skupiono się na odmianie pisanej *dyskursu medycznego*, która uobecnia się w dwu czasopismach medycznych „Medical Tribune” i „Medycyna po Dyplomie”. Analizowany *dyskurs medyczny* jest zarówno specjalistyczny, jak profesjonalny, jednak ta nazwa na gruncie językoznawstwa nie pojawiła się od razu, na początku mówiono o językach specjalistycznych. Z biegiem lat nastąpiło przejście od analizy języka w użyciu do analizy tekstu, jego funkcji i występujących w nim relacji nadawczo-odbiorczych.

Czasopisma specjalistyczne różnią się od tradycyjnych czasopism tym, że mają nieprzeciętnego i wymagającego odbiorcę (o czym może świadczyć duże zagęszczenie terminów w jednym zdaniu, obecność nie zawsze wyjaśnionych akronimów itp.), którym jest w tym przypadku lekarz, lekarz-specjalista lub student (adept dziedziny medycznej). *Teksty medyczne* pochodzące z tych czasopism w mniejszym lub większym stopniu są nasycone terminami służącymi do przekazywania odbiorcy wiedzy, będącej istotnym elementem *dyskursu medycznego*. *Dyskurs medyczny* w niej się bowiem uobecnia i przez nią jest kształtowany.

Dyskurs medyczny jest w dużej mierze zróżnicowany i heterogeniczny, analizowano bowiem *teksty specjalistyczne* o niskim stopniu czytelności (pochodzące z czasopisma „Medycyna po Dyplomie”), ale również te o wyższym stopniu czytelności (zamieszczonych w czasopiśmie „Medical Tribune”). Może on więc reprezentować różne odmiany stylowe: styl naukowy, a także popularnonaukowy. Analiza tekstów związanych z przekazywaniem wiedzy pozwoliła na stwierdzenie, że *dyskurs medyczny* może mieć również wiele wspólnego ze stylem dydaktycznym. *Dyskurs medyczny* jawi się jako typ, reprezentujący cechy *dyskursu naukowego*, ale jednak trochę się od niego różni. Teksty medyczne to nie do końca *teksty naukowe*, choć niektórzy badacze stawiają między nimi znak równości (Kokot 2007). Tym, co odróżnia *dyskurs medyczny* od *dyskursu naukowego*, jest przełamywanie maski bezosobowości poprzez używanie form pierwszoosobowych, osobowych zaimków dzierżawczych czy m.in. poprzez

wartościowanie, będące istotnym aspektem, który pozwala odbiorcy na odróżnienie lepszych metod leczenia od gorszych, bardziej skutecznych leków od leków mniej skutecznych. Wartościowanie może przejawiać się w różny sposób: za pomocą przymiotników nacechowanych pozytywnie lub negatywnie odnoszących się głównie do metod i sposobów leczenia, a także chorób: *dobrze udokumentowana choroba, nadżerkowa/nienadżerkowa postać choroby, dobre narzędzie, ograniczona wartość diagnostyczna*; za pomocą rzeczowników abstrakcyjnych zakończonych na –ość, które same w sobie mają nacechowanie pozytywne: *czułość, swoistość* metody, co oznacza, że im wyższa, tym lepsza okazuje się ta metoda; poprzez obecność metafory: *stan zapalny, ognisko zapalne* (*zapalny* tzn. związany z czymś niebezpiecznym – nacechowanie negatywne). Z kolei nieosobowe formy czasownika zbliżałyby *teksty medyczne* do *tekstów naukowych*. W niektórych artykułach specjalistycznych (przede wszystkim tych zamieszczonych w artykułach wstępnych miesięcznika „Medical Tribune”, formy osobowe i nieosobowe występują z taką samą częstotliwością). Świadczy to o niejednorodnym charakterze *dyskursu medycznego*, który jest różny w zależności od czasopisma

Na poziomie języka charakterystyczne dla *dyskursu medycznego* jest używanie zaimków, głównie dzierżawczych: mój, nasz (co jest widoczne przede wszystkim w artykułach wstępnych), pytań kierowanych do odbiorcy. Mają one na celu zbudowanie z nim więzi i zachęcenie do ukrytego dialogu, perswazji – w czasopiśmie „Medical Tribune” jawnej, w „Medycynie po Dyplomie” niekiedy ukrytej za pomocą różnych porad związanych przede wszystkim z przekazywaniem wiedzy, ale zawierających próby przekonywania do swoich racji.

W *tekstach medycznych* reprezentujących ten typ *dyskursu* zauważono terminy, które pod względem semantycznym można było podzielić na kilkanaście grup istotnych dla tej dziedziny wiedzy. Ich analiza pozwoliła na stwierdzenie, że wszystkie pogrupowane nazwy łączy to, że przenoszą one informację, która ma pomóc w leczeniu, diagnozie czy opisie różnych chorób. Choroby są więc tym, co dla *dyskursu medycznego* jest najbardziej istotne, a podkreśla to również fakt, że grupa dotycząca nazw chorób jest najliczniejszą spośród wszystkich poddanych analizie. To pozwala również na wskazanie celu *dyskursu medycznego* i tekstów wchodzących w jego skład. Jest nim ukazanie sposobów leczenia, diagnostyki i postępowania w leczeniu różnych chorób, przedstawienie nowych alternatyw w leczeniu, nowych metod i innowacyjnych technologii. W *dyskursie medycznym* do przekazywania wiedzy są używane terminy

jednowyrazowe (wśród nich dominują rzeczowniki), częściej dwuwyrazowe (połączenia rzeczownika z rzeczownikiem lub rzeczownika z przymiotnikiem, który służy doprecyzowaniu terminu rzeczownikowego), ale również (podobnie jak w *dyskursach specjalistycznych* dotyczących innych dziedzin) terminy kilkuwyrazowe. Są one wykorzystywane głównie wtedy, gdy nazwa wyrażona przez rzeczownik jest nieprecyzyjna, a kolejne człony pomagają w jej doprecyzowaniu i skonkretyzowaniu (por. *leki - leki przeciwzapalne - niesteroidowe leki przeciwzapalne; choroba - choroba przełyku - choroba refluksowa przełyku*). Ponadto terminy kilkuwyrazowe przekazują więcej niż jedną informację: po pierwsze odbiorca dowiaduje się, że istnieje coś takiego jak *leczenie objawowe*, po drugie dowiaduje się, że wykorzystuje się je do leczenia tej konkretnej choroby, po trzecie, jeśli termin jest wyjaśniony, dowiaduje się, na czym polega *leczenie objawowe*; czasopisma medyczne są więc kompendium wiedzy dla odbiorcy. W tekstach reprezentujących *dyskurs medyczny* dominują wobec tego terminy dwuwyrazowe, choć również te jednowyrazowe mogą być nośnikami konkretnej treści (*zazólcenie, krwawienie, wysuszenie* – przekazują istotne informacje dotyczące opisu choroby); wśród terminów dominują takie, które dzięki przyimkowi niosą wiele treści (*objaw pozaprzelykowy* – objaw występujący poza przełykiem)

Terminy są tym, co tworzy *dyskurs*, a *dyskurs medyczny* (rozumiany jako typ *dyskursu specjalistycznego*) w szczególności. Dowodem na to jest to, że jednostki pochodzące z języka ogólnego, nabierają cech specjalistycznych właśnie w określonym kontekście. Mogą one się np. łączyć z różnymi przyimkami (por. *postępowanie w, postępowanie u, postępowanie dla, postępowanie z*). Dla *dyskursu medycznego* ważne są wobec tego przymiotniki, doprecyzowujące i uściślające pewne informacje, ale również przyimki, występujące jako przedrostki. Są one ważne również w połączeniach międzywyrazowych, gdyż właśnie w nich pełnią istotną rolę i nadają przy tym jednostce terminologicznej cech specjalistycznych. Dzięki *dyskursowi* mają one szanse na uaktywnienie. Przyimek *w* jest charakterystyczny dla tych połączeń, w których nazwa czynności czy procesu jest „pojemnikiem” dla innej czynności (Przybylska 2002), jednak *leczenie w czymś, postępowanie w czymś*, jest połączeniem nietypowym, powstałym w wyniku specjalizacji znaczenia, czego przykładem mogą być rzeczowniki, które w polszczyźnie ogólnej nie miały nacechowania emocjonalnego, a w *dyskursie medycznym* (w konkretnym kontekście) je zyskują; *ekspozycja* kojarzy się negatywnie, bo jest związana z ryzykiem, narażeniem się na coś.

Dyskurs medyczny kształtuje się dzięki terminologii ukształtowanej przez różne mechanizmy, jak: 1) specjalizacja znaczenia – nowe znaczenie (por. *epizod*, który nie zawsze świadczy o czymś jednorazowym) lub nowy kontekst (wykorzystywanie słów z języka ogólnego, ale łączenie ich w nowe, osobliwe konteksty i zwroty: profil leku, przewlekłe uwolnienie od objawów); w tym miejscu można również mówić o nietypowej synonimii (*epizod – incydent – zdarzenie*; w języku ogólnym *epizod i zdarzenie* nie istniałyby jako synonimy); 2) metafora terminologiczna – dzięki niej przekazywane są istotne informacje, ujawniające cechy jakiegoś zjawiska, np. komórek (*hepatocyty balonowate*), przede wszystkim mają jednak charakter dydaktyczny, ułatwiają odbiorcy zapamiętanie treści, mającej dla niego istotne znaczenie w przyszłej praktyce lekarskiej; 3) polisemia międzyterminologiczna – istotą *dyskursu medycznego* jest również występowanie w tekstach terminów, przynależących do innych dziedzin, są one jednak używane w zupełnie nowym znaczeniu (tylko w niektórych przypadkach znaczenie nie ulega zmianie); jej obecność jest czymś, co wyróżnia *dyskurs medyczny* spośród innych *dyskursów specjalistycznych*, ponieważ w *tekstach medycznych* są wykorzystywane nie tylko terminy z dziedzin pokrewnych (tj. biologia, chemia), ale również niezwiązanych z naukami ścisłymi; 4) wykorzystywanie jednostek leksykalnych, które wyszły z użycia; używanie archaizmów to kolejna cecha charakterystyczna *dyskursu medycznego*, wyróżniająca go na tle innych *dyskursów specjalistycznych*. Te cztery mechanizmy wpływają na terminologię medyczną, więc również na *dyskurs*. W związku z tym cechą charakterystyczną *dyskursu medycznego* jest duże nagromadzenie terminów, które w stosunku do języka ogólnego zmieniły znaczenie i zyskały nowe, dzięki różnym połączeniom międzywyrazowym.

Dyskurs medyczny, jako że jest to *dyskurs*, który dotyczy konkretnej dziedziny wiedzy, charakteryzuje się również nagromadzeniem w tekstach terminów zapożyczonych z języka greckiego i łacińskiego, można zaobserwować częste przedrostki charakterystyczne dla tych języków: re-, endo-, homeo- immuno- itp., częste złożenia będące zapożyczeniami (koronarografia, koronawirus – tworzonymi zgodnie z angielskimi regułami budowania wyrazów, ale również polskimi: krwiomocz; częste występowanie wyrazów zapożyczonych wymaga od odbiorcy precyzyjnej wiedzy i zaznajomienia się ze znaczeniem obcych słów.

Dyskurs medyczny to zdarzenie komunikacyjne, dlatego istotnym dla niego elementem jest wiedza przekazywana przez terminy. Bez terminów ten typ *dyskursu* by nie istniał, gdyż jest to *dyskurs wiedzy*, w którym nadawca za pomocą różnych wyżej

wymienionych środków próbuje przekazać istotne dla odbiorcy treści dotyczące leczenia, profilaktyki i diagnostyki różnych, ważnych dla tej grupy zawodowej chorób. W *dyskursie medycznym* ważny jest również poziom kompetencji jego uczestników. Oznacza to, że wybór środków leksykalnych jest determinowany intelektualno-językowymi możliwościami odbiorcy. Można w tym miejscu mówić o pewnej dysproporcji wiedzy, ale nie jest ona tak duża, jak w przypadku *dyskursu edukacyjnego*.

Analiza *dyskursu medycznego*, będącego typem *dyskursu specjalistycznego* i *profesjonalnego* prowadzi do wniosku, że:

- 1) terminologia jest coraz bardziej wyspecjalizowana
- 2) jakość i znaczenie terminu zależy od kontekstu
- 3) między uczestnikami nie ma dużej dysproporcji wiedzy

Wykaz rysunków

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|------|
| Rys. 1 Miejsce tekstu medycznego w typologii tekstów specjalistycznych.... | 42 |
| Rys. 2 Usytuowanie dyskursu medycznego w typologii dyskursów | 54 |
| Rys. 3 Przykład artykułu wstępnego | 85 |
| Rys. 4 Przykładowi autorzy artykułu specjalistycznego | 99 |
| Rys. 5 Wypunktowywanie treści w artykule medycznym | 105 |
| Rys. 6 Przykładowe tabele w artykule medycznym | .106 |

Wykaz stosowanych skrótów

GHJP - Z. Klemensiewicz, T. Lehr-Spławiński, S. Urbańczyk, 1965, *Gramatyka historyczna języka polskiego*, wyd. III, Warszawa.

PSM – Dąbrowska B., 2017, *Podręczny słownik medyczny*, Warszawa.

PST – prymarny system terminologiczny

SELN – Kreiner J., 1963, *Słownik etymologiczny łacińskich nazw i terminów używanych w biologii oraz medycynie*, Wrocław-Warszawa-Kraków.

SJP – Drabik L., Kubiak-Sokół A., Sobol E., 2019, *Słownik języka polskiego*, Warszawa.

SPNiOM – Zieliński K., Zalewska-Jura H., 2004, *Słownik pochodzenia nazw i określeń medycznych. Antyczne i nowożytnie dzieje chorób w ich nazwach ukryte*, Bielsko-Biała.

SWO – Bańko M., 2020, *Słownik wyrazów obcych*, Warszawa.

TCT – Teoría Comunicativa de la Terminología (komunikacyjna teoria terminologii)

WKJ – wydarzenie komunikacji językowej

WSM - Widłak-Piernikowa T., 1996, *Wielki słownik medyczny*, Warszawa.

Bibliografia

Andrychowicz A., 2005, *Metafora w tekście specjalistycznym jako obiekt przekładu*, [w:] *Języki Specjalistyczne 5: Teksty specjalistyczne w kontekstach zawodowych i tłumaczeniach*, red. J. Lukszyn Warszawa, s. 128 – 134.

Andrychowicz-Trojanowska A., 2008, *Parametryczna analiza tekstu specjalistycznego*, [w:] *W kręgu problematyki technolektalnej*, red. A. Waszczuk-Zin, Warszawa, s. 11-30.

Awdiejew A., Habrajska G., 2004, *Wprowadzenie do gramatyki komunikacyjnej*, Kraków.

Babik W., 1999, *Termin i jego status w systemie leksykalnym języka informacyjno-wyszukiwawczego*, "Zagadnienia Informacji Naukowej", nr 1, s. 3-14.

Bacon F., 2003, *Novum Organum* <<Great Books of the Western World>>, 7 ed., Chicago etal., t. 28.

Bajerowa I., 1972, *Niektóre treści i metody socjolingwistyczne w historii języka*, „Biuletyn PTJ”, t. XXX, s. 27–39.

Bajerowa I., 2008, *Początki polskiego dyskursu naukowego – język dzieł Marcina Bielskiego i Stanisława Grzepskiego* „Onomastica Slavogermanica”, Kraków, s. 73-79.

Bańko M., 2016, *Nie całkiem obce. Zapożyczenia wyrazowe w języku polskim i czeskim*, Warszawa.

Bańkowska E. Jagodzińska J., Kozłowska E., 2003, *Praktyczna stylistyka nie tylko dla polonistów*, Warszawa.

Bartmiński J., 1998, *Tekst jako przedmiot tekstologii lingwistycznej*, [w:] *Tekst. Problemy teoretyczne*, red. J. Bartmiński, B. Boniecka, Lublin, s. 9 – 27.

- Baruk-Dzięcioł E., 2018, *Od ogniska do... – czyli o niektórych spostrzeżeniach dotyczących językowego obrazu ognia*, [w:] *Żywioły. Motyw ognia w literaturze, kulturze i sztuce*, red. K. Arciszewska, U. Patocka-Sigłowa, Gdańsk, s. 325-335.
- Bączkowska A., 2019, *Dyskurs medyczny a przekład naukowych tekstów medycznych*, „Konińskie Studia Językowe”, nr 7, s. 299 – 315.
- Benveniste É., 1977, *Mowa a ludzkie doświadczenie*, [w:] *Znak, styl, konwencja*, red. M. Głowiński, Warszawa.
- Berdychowska Z., 1989, *Zum Stellenwert der Fachtextanalyse im Fremdstudium*, [w:] *Deutsch als Fremdsprache*, red. J. G. Herder, Poznań.
- Berdychowska Z., 2010, *Komunikacja specjalistyczna na studiach filologicznych – podstawy lingwistyczne i profile kompetencyjne*, „Lingwistyka stosowana” nr 3, Kraków, s. 61 – 70.
- Bogusławski A., 1973, *Właściwości pragmatyczne wyrażen równoznacznych. Projekt schematu*, „Pamiętnik Literacki”, nr 64, z. 3, s. 121 – 151.
- Boniecka B., 1998, *Tekst potoczny a dyskurs*, [w:] *Tekst. Problemy teoretyczne*, red. J. Bartmiński, B. Boniecka, Lublin, s. 45 – 62.
- Boniecka B., 1999, *Lingwistyka tekstu – teoria i praktyka*, Warszawa.
- Boniecka B., 2000, *Struktura i funkcje pytań w języku polskim*, Lublin.
- Borkan, J., Reis S., Medalie J., 2001, *Narratives in family medicine: Tales of transformation, points of breakthrough for family physicians*, [w:] „*Families, Systems & Health*” 19, 2, s. 121–134.
- Brinker K., 1985, *Linguistische Textanalyse. Eine Einführung in Grundbegriffe und Methoden*, Berlin.
- Buttler D., 1972, *Zmiany słownikowe przelomu w. XIX i XX*, „Poradnik Językowy”, z. 4, s. 196 – 204.

- Buttler D., 1979, *O wzajemnym oddziaływaniu terminologii i słownictwa ogólnego. I. Terminologizacja wyrazów potocznych* „Poradnik Językowy”, nr 2, s. 58 – 66.
- Cabré M.T. 1993, *La Terminología. Teoría, métodos, aplicaciones. Barcelona.*
- Cabré M.T., Felieu J., 2001, *La terminología científico-técnica: reconocimiento, análisis y extracción de información formal y semántica*, Barcelona.
- Cabré M.T., 2009, *La Teoría Comunicativa de la Terminología, una aproximación lingüística a los terminos*, „Revue française de linguistique appliquée”, vol. XIV, s. 9 – 15.
- Cejp L., 1940, *Poznamky o miste zkratek v jazyce*, „Slovo a slovestnost, t. VI, s. 37.
- Chierichetti L., Mapelli G., 2015, *Discurso medico. Reflexiones lingüísticas, históricas y lexicográficas*, Bergamo, Italy.
- Chmielewska-Ignatowicz T., 2017, *Komunikatywny Lekarz.pl...komunikacja: lekarz-pacjent, czyli rzecz o PR w usługach medycznych*, [w:] *Wirtualne targowisko: o reklamie, marketingu i promowaniu w Internecie*, red. M. Butkiewicz, A. Gralczyk, K. Marcyński, t. 3, s. 47 – 66.
- Chomoncik M., Serwicka-Kapała A., 2003, *Problem łączliwości ciągów syntagmatycznych w łacińskiej terminologii medycznej*, „Linguodidactica” 7, s. 29–41.
- Chudzik A. 2011, *Droga jako metafora językowa*, [w:] *Droga w języku i kulturze*, red. J. Adamowski, K. Smyk, Lublin, s. 27-37.
- Czachur W., Miller D., 2012, *Niemiecka lingwistyka dyskursu – próba bilansu i perspektywy*, [w:] *Oblicza komunikacji 5*, red. T. Piekot, M. Poprawa, s. 25-43.
- Czachur W., 2020, *Lingwistyka dyskursu jako integrujący problem badawczy*, Wrocław.
- Czajkowski B., 2009, *Zapóżyczenia angielskie w polskim języku medycyny*, [w:] *Język-styl-gatunek. Katowickie spotkania doktorantów*, red. M. Czempka-Wiewióra, M. Ślawska, M. Waclawek, Katowice, s. 110-118.

- Czarnecka A., Podracki J., 1995, *Słownik. Skróty i skrótowce: pisownia, wymowa, odmiana, składnia*, Warszawa.
- Czerwiński M., 2015, *Kultura, dyskurs, znak*, Kraków.
- Dickel A., 2007, *Klasyfikacja głównych kierunków badawczych podejmujących problem relacji między językami specjalistycznymi i językiem ogólnym ze szczególnym uwzględnieniem badań nad niemieckimi językami specjalistycznymi*, [w:] *Języki specjalistyczne 7: Teksty specjalistyczne jako nośniki wiedzy fachowej*, red. M. Kornacka, Warszawa, s. 98 – 134.
- Dobrzyńska T., 1993, *Tekst. Próba syntezy*, Warszawa.
- Donati P., 2006, *Die Rahmenanalyse politischer Diskurse – Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Band 1: Theorien und Methoden*, Hrsg. R. Keller, A. Hirsland, W. Scheider, W. Viehofer, Wiesbaden.
- Doroszewski, W., 1950, *Kryteria poprawności językowej*, Warszawa.
- Drabik B., 2010, *Językowe rytuały tworzenia więzi interpersonalnej*, Kraków.
- Duszak A., 1998, *Tekst, dyskurs, komunikacja międzykulturowa*, Warszawa.
- Duś M., Kołodziej R., 2016, *Język specjalistyczny w branży konserwatorskiej w ujęciu translatorskim*, [w:] *Języki specjalistyczne. Edukacja-perspektywy-kariera*, red. J. Mackowski, Łódź, s. 93 – 107.
- Dyszak A., 1999, *Językowe wyrażenia zjawisk emisji światła*, Bydgoszcz.
- Dyszak A., 2010, *Językowe wyrażenia zjawisk jasności i ciemności*. Bydgoszcz.
- Fabiszak J., 2008, *Relacje nadawczo-odbiorcze w komunikowaniu się za pomocą statusów opisowych*, „LingVaria”, nr 2, s. 131 – 145.
- Foucault M., 1972, *The Archeology of Knowledge*, London.
- Fras J., 1999, *Dziennikarski warsztat językowy*, Wrocław.

- Friedelówna T., 1994, *Terminologia medyczna w toruńskim farmaceutycznym „Onomasticum” P. Guldeniusza i w „Przymiocie” W. Oczki*, [w:] *Polszczyzna regionalna Pomorza. (Zbior studiow)*, red. K. Handke, t. 6, Warszawa, s. 29–35.
- Gajda S. 1982, *Podstawy badań stylistycznych nad językiem naukowym*, Warszawa.
- Gajda S., 1990a, *Współczesna polszczyzna naukowa. Język czy żargon?*, Opole.
- Gajda S., 1990b, *Wprowadzenie do teorii terminu*, Opole.
- Gajda S., 1993, *Styl naukowy*, [w:] *Współczesny język polski*, red. J. Bartmiński, Wrocław, s. 173 – 189.
- Gajda S., 1997, *Polskie języki specjalistyczne dawniej i dziś*, [w:] *Języki specjalistyczne – język biznesu*, red. J. Arabski, Katowice, s. 7-25.
- Gajda S., 1999, *Współczesny polski dyskurs naukowy* [w:] *Dyskurs naukowy – tradycja i zmiana*, red. S. Gajda, s. 9-19, Opole.
- Gajewska U., 2014, *Budowanie więzi komunikacyjnej z odbiorcą (na przykładzie encyklik Jana Pawła II)*, [w:] *Sytuacja komunikacyjna i jej parametry. „Być nadawcą być odbiorcą”*, red. G. Sawicka, Toruń.
- Gajewska U., 2017, *Metatekstowe sygnalizatory tematu rozważań w encyklikach Jana Pawła II*, „Słowo. Studia Językoznawcze”, Rzeszów, s. 58 – 72.
- Gamero, S., 2001, *La traducción de textos técnicos*. Barcelona.
- Grabias S., 1994, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin.
- Głowiński M., 2005, *Wiedza o literaturze wobec nauk o kulturze*, „Teksty Drugie”, nr 1-2, s. 44 – 49.
- Golovin B.N, Berezin F.M., 1979, *Lingüística general*, Mosć.
- Gonigroszek D., 2018, *Polska terminologia medyczna – spojrzenie diachroniczne*, [w:] *Bogactwo językowe i kulturowe Europy w oczach Polaków i cudzoziemców*, red. R. Maćkowiak E. Wojtczak, t. 4, Łódź, s. 185-192.

Gorbacz-Pazera J. 2006, *Parę uwag o ewolucji stylu w tekście naukowym na przykładzie subjęzyka medycyny*, „Linguodidactica”, t. 10, s. 29 – 32.

Gotti M., 2011. *Investigating Specialized Discourse*. Bern.

Górnaś W., 2009, *Antagoniści czy antagoniści?*, „LingVaria“, nr 1, s. 273 – 279.

Górnicz M., 1997, *Nazwa nowotworu a stopień jego złośliwości*, „Poradnik Językowy”, z. 3, s. 36 – 43.

Górnicz M., 2005, *Lingua Anglica Medicinalis?*, [w:] *Języki specjalistyczne 5: Teksty specjalistyczne w kontekstach zawodowych i tłumaczeniach*, red. J. Lukszyn, Warszawa, s. 135 – 141.

Górnicz M., 2010, *Zapożyczenia w leksyce nieterminologicznej tekstów specjalistycznych: relacje między obiektami badań*, „Poradnik Językowy“, z. 3, s. 69 – 80.

Górnicz M., 2017, *Zapożyczenia w tekstach specjalistycznych – klasyfikacja i problemy teoretyczne*, „Polilog. Studia Neofilologiczne”, nr 7, s. 231 – 246.

Grochowski M., 2017, *Terminologia a jednostki leksykalne systemu ogólnego. O definiowaniu terminów w ustawach o nauce i szkolnictwie wyższym*, [w:] *Terminologia specjalistyczna w teorii i praktyce języków słowiańskich*, red. R. Przybylska, W. Śliwiński, Kraków, s. 11 – 29.

Grucza F., 1983, *Zagadnienia metalingwistyki. Lingwistyka – jej przedmiot, lingwistyka stosowana*, Warszawa.

Grucza S., 2008, *Teksty specjalistyczne: Językowe eksponenty wiedzy specjalistycznej*, [w:] *Języki specjalistyczne 8: Kulturowy i leksykograficzny obraz języków specjalistycznych*, red. Ł. Karpiński, Warszawa, s. 181 – 194.

Grucza S., 2013a, *Od lingwistyki tekstu do lingwistyki tekstu specjalistycznego*, Warszawa.

Grucza S., 2013b, *Lingwistyka języków specjalistycznych*, Warszawa.

- Grzegorzczkova R., 1998a, *Głos w dyskusji o pojęciu tekstu i dyskursu*, [w:] *Tekst. Problemy teoretyczne*, red. J. Bartmiński, B. Boniecka, Lublin, s. 37 – 43.
- Grzegorzczkova R., 1998b, *Gramatyka współczesnego języka polskiego*, Warszawa.
- Grzelka M., 2008, *Pytanie dziennikarskie. Pragmatyka i retoryka*, Poznań.
- Grzelka M., Kula A., 2011, *Mowa niezależna w przekazie medialnym a podstawowe funkcje informacji dziennikarskiej (część 1)*, „Poznańskie Studia Polonistyczne. Seria Językoznawcza”, t. 18, z. 1, s. 9 – 18.
- Grzmil-Tylutki H., 2010, *Gatunek w świetle francuskiej teorii dyskursu*, Kraków.
- Gustowski W., 2012, *Komunikacja w mediach społecznościowych*, Gdynia.
- Habrajska G., 2001, *Presupozycja, kondensacja, implikatura*, [w:] *Język w komunikacji, t. 1*, red. G. Habrajska, Łódź, s. 30 – 37.
- Habrajska G., 2005, *Nakłanianie, perswazja, manipulacja językowa*, „Acta Universitatis Lodzianis. Folia Literaria Polonica”, nr 7, s. 91 – 126.
- Handke K., Rzetelska-Feleszko E., 1977, *Przewodnik po językoznawstwie polskim, 1901-1970*, Wrocław.
- Hanus A., 2016, *Kilka refleksji na temat miejsca tekstu w germanistycznej analizie dyskursu*, [w:] *Dyskurs i jego odmiany*, red. B. Witosz, Katowice.
- Harweg R., 1968, *Pronomina und Textkonstitution*, München.
- Havranek B., 1983, *The functional differentiation of the standard language*, „Praguiana”, Praha, s. 143-165.
- Hoffman L., 1984, *Kommunikationsmittel Fachsprache*, Berlin: Akademie.
- Hoffman L., 1988, *Vom Fachwort zum Fachtext. Beiträge zur Angewandten Linguistik*, Tübingen.
- Hrbaček J., 1979, *Jazykove zkratke v cestine*, „Acta Universitatis Carolinae”, Praha.

- Ischreyt H., 1965, *Studien zum Verhältnis von Sprache und Technik*, Duddeldorf.
- Isenberg H., 1970, *Der Begriff 'Text' in der Sprachtheorie*. Berlin, Akademie der Wissenschaften der DDR.
- Jabczuga-Gębalska M., 2010, *W morzu neosemantyzmów*, „Rocznik Kognitywistyczny”, t. 4, Kraków, s. 93 – 98.
- Jadacka H., 2008, *Skrótowce*, [w:] *Poprawna polszczyzna. Hasła problemowe*, red. H. Jadacka, A. Markowski, D. Zdunkiewicz-Jedynak, Warszawa, s. 127 – 129.
- Jakubiak O., 2008, *Socjokulturowe aspekty terminologii medycznej*, [w:] *Języki specjalistyczne 8: Kulturowy i leksykograficzny obraz języków specjalistycznych*, red. Ł. Karpiński, Warszawa, s. 223 – 232.
- Jankowiak L. A., 2001, *Nazwy chorób w polszczyźnie XVI wieku : (próba ogólnej charakterystyki)*, „Slavia Occidentalis”, t. 58, s. 9 – 18.
- Jankowiak L. A., 2008, *Zapożyczenia terminologiczne z zielnika Stefana Falimirza (1534 r.) we współczesnej polszczyźnie*, „Studia z Filologii Polskiej i Słowiańskiej”, nr 43, s. 35–49.
- Jankowiak L. A., 2011, *Synonimia w polskiej terminologii medycznej przełomu XIX i XX wieku : rekonesans*, „Studia z Filologii Polskiej i Słowiańskiej”, t. 46, s. 17 – 41.
- Jankowiak L. A., 2015, *Synonimia w polskiej terminologii medycznej drugiej połowy XIX wieku (na podstawie słownika terminologii lekarskiej polskiej z 1881 r.)*, Warszawa.
- Jaros V., 2017, *Metafory wody, ziemi, ognia w idiolekcie naukowym Joachima Lelewela*, [w:] *Żywioły w poznaniu. Metodologie badań z perspektywy językoznawczej i literaturoznawczej*, red. E. Pawlikowska-Asendrych, Częstochowa, s. 101 – 119.
- Jopek A., 2008, *Relacja nadawca-odbiorca w polskim dyskursie prawnym i prawniczym w świetle pragmatyki komunikacyjnej*, Warszawa.
- Kacprzak A., 1997, *Metafora w językach specjalistycznych (na przykładzie języka medycznego)*, „Rozprawy Komisji Językowej ŁTN”, t. XLII, s. 151 – 157.
- Karpiński Ł. 2006, *Model kompilacji modułowego Tezaurusu terminologii specjalistycznej*, „Linguodidactica”, t. X, s. 57 – 67.
- Karpiński Ł., 2008, *Zarys leksykografii terminologicznej*, Warszawa.

- Kielar B. Z. 2002, *Języki specjalistyczne a translatoryka*, [w:] *Języki specjalistyczne 2: Problemy technolingwistyki*, red. J. Lewandowski, Warszawa, s. 171 – 180.
- Kiklewicz A., 2015, *Dyskurs: aspekty lingwistyczne, semiotyczne i komunikacyjne*, Olsztyn.
- Klemensiewicz Z., 1999, *Historia języka polskiego*, wyd. VII, Warszawa.
- Kleszczowa K., 2012, *Wyrażenia przyimkowe w polskiej derywacji* [w:] *Творба речи и њени ресурси условенским језицима*, уредници Б. Ђорић и Р. Драгићевић, Београд, s. 121–129:
<https://ispan.waw.pl/ireteslaw/bitstream/handle/20.500.12528/336/Kleszczowa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Koch R., 1997, *Słownik zarządzania i finansów. Narzędzia, terminy, techniki od A do Z*, Kraków.
- Kochan M., 2012, *Ekspert, rzecznik czy przywódca. Wyrażanie podmiotu z wywiadach prezesów firm*, [w:] *Oblicza polszczyzny*, red. A. Markowski, R. Pawelec, Katowice, s. 147-160.
- Kochmańska W., 2014, *Specyfika sytuacji nadawczo-odbiorczej w sportowych tekstach informacyjnych (na przykładzie tekstów portalu www.voley24.pl)*, [w:] *Sytuacja komunikacyjna i jej parametry. Być nadawcą – Być odbiorcą*, red. G. Sawicka, W. Czechowski, Toruń, s. 211 – 226.
- Kokot U., 1997, *Badania nad naukowym tekstem medycznym*, [w:] *Języki specjalistyczne – język biznesu*, red. J. Arabski, s. 105-117.
- Kokot U., 2001, *Charakteryzujące i opisujące funkcje przymiotników w niemieckim i polskim nazewnictwie medycznym*, „*Studia Germanica Gedanensia*”, nr 9, s. 175 – 188.
- Kokot U., 2007, *Medyczna leksyka specjalistyczna w kognitywnej analizie kontrastywnej niemiecko-polskiej i metodyce nauczania języka obcego*, Bielsko-Biała.
- Konerding K. P., 2014, *Lingwistyka dyskursu – nowa subdyscyplina lingwistyczna*, tłum. D. Kaczmarek, „*Stylistyka*”, nr 23, s. 463 – 487.
- Kostina I., 2007, *La variación conceptual de los términos en el discurso especializado*, Barcelona.
- Krauz M., 2010, *Relacja między tekstem i dyskursem w polskiej literaturze językoznawczej*, „*Słowo. Studia językoznawcze*”, nr 1, Rzeszów.

- Kuć J., 2011, *Nowe profesjolektalne słownictwo polskie na przykładzie języka zawodowego menedżerów i trenerów*, [w:] *Vidy jazyka a jazykovedy. Venovanú životnému jubileu doc. PhDr. Miloslavy Sokolovej, CSc.*, red. Martin Ološtiak, Martina Ivanová, Daniela Slančová, Prešov, s. 366 – 376.
- Kurcz I., 1992, *Język a psychologia: podstawy psycholingwistyki*, Warszawa.
- Labocha J., 1990, *Opowiadania ludowe ze Śląska Cieszyńskiego w Czechosłowacji w świetle pragmalingwistyki tekstu*, Kraków.
- Labocha J., 2008, *Tekst, wypowiedź, dyskurs w procesie komunikacji językowej*, Kraków.
- Lalewicz J., 1983, *Retoryka kategorii osobowych*, [w:] *Tekst i zdanie*, red. T. Dobrzyńska, E. Janus, Wrocław, s. 267 – 280.
- Lerat, P., 1997, *Las lenguas especializadas*, Barcelona.
- Ligara B., 2017, *Terminologia specjalistyczna i kultura: dychotomia czy punkty wspólne?* [w:] *Terminologia specjalistyczna w teorii i praktyce języków słowiańskich*, red. R. Przybylska, W. Śliwiński, Kraków, s. 29 – 53.
- López-Ferrero C., 2002, *Aproximación al análisis de los discursos profesionales*: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09342002005100013
- López-Ferrero C., 2006, *Discurso especializado: unidad y variación gramatical*, [w:] *Actas del XXXV Simposio Internacional de la Sociedad Española de Lingüística*, red. M. Villayandre, León.
- Lukszyn J., 1998, *Tezaurus terminologii translatorskiej*, Warszawa.
- Lukszyn J., Zmarzer W., 2001, *Teoretyczne podstawy terminologii*, Warszawa.
- Lukszyn J., 2003, *Parametry analizy tekstów specjalistycznych*, [w:] *Języki specjalistyczne 3: Lingwistyczna identyfikacja tekstów specjalistycznych*, red. B. Z. Kielar, S. Grucza, Warszawa, s. 9 – 24.
- Lukszyn J., 2005, *Języki specjalistyczne. Słownik terminologii przedmiotowej*, Warszawa.
- Lukszyn J., Zmarzer W., 2006, *Teoretyczne podstawy terminologii*, Warszawa.
- Lukszyn J., 2007, *Tekst specjalistyczny pod lingwistyczną lupą*, [w:] *Języki specjalistyczne 7: Teksty specjalistyczne jako nośniki wiedzy fachowej*, red. M. Kornacka, Warszawa, s. 34 – 51.

- Lukszyn J., 2009, *W kwestii definicji pojęcia „tekst specjalistyczny*, [w:] *Komunikacja specjalistyczna*, t.1, red. S. Szadyko, Warszawa, s. 7 – 14.
- Łysakowski T., 2005, *Wpływowe osoby: gramatyka i perswazja*, Warszawa.
- Majewska E., 2016, *Rodzaje rzeczownikowych złożeń determinatywnych w niemieckim słownictwie medycznym z artykułów austriackiego czasopisma fachowego*, [w:] *Języki specjalistyczne w badaniach i praktyce*, red. J. Łaska-Badura, Katowice, s. 56 – 68.
- Malinowska E., 2016, *Dyskurs instytucjonalny w Polsce – dobre i złe praktyki komunikacyjne*, „Res Rhetorica”, nr 3, s. 33 – 43.
- Malinowski M., 2010, *O oboczności form „krwiobieg // krwioobieg”*, „Język Polski”, z. 2, s. 146–148.
- Małachowicz M., 2009, *Wiedza specjalistyczna a tekst*, [w:] *W kręgu problematyki technolektalnej*, red. A. Waszczuk-Zin, s. 178-192.
- Małycka A., 2014, *Kształt relacji nadawczo-odbiorczych a perswazyjność w komunikacji marketingu bezpośredniego*, [w:] *Sytuacja komunikacyjna i jej parametry. Być nadawcą być odbiorcą*, red. G. Sawicka, Toruń.
- Manerko L. A., 2000, *La categorización en la ciencia y la tecnología*, [w:] *Aspectos cognitivos de la categorización lingüística*, red. L. A. Manerko, Rusia.
- Markowski A., 2002. *Zapożyczenia dawne – dziś (stan z początku i końca XX wieku)*, [w:] *Język narzędziem myślenia i działania*, red. W. Gruszczyński, Elipsa, Warszawa, s. 76–85.
- Markowski A., 2008, *Skrót*, [w:] *Poprawna polszczyzna. Hasła problemowe*, red. H. Jadacka, A. Markowski, D. Zdunkiewicz-Jedynak, Warszawa, s. 125 – 127.
- Matuszczyk B., 2017, *Analiza zmienności znaczeń wyrazu kwiat*, „Forum Lingwistyczne”, nr 4, Katowice, s. 95 – 103.
- Mazur M., 1961, *Terminologia techniczna*, Warszawa.
- Mazurkiewicz-Sułkowska J., 2014, *Słowiańska terminologia techniczna (na materiale polskim, rosyjskim i bułgarskim)*, Łódź.

- Mela M., 2009, *O metaforze technolektalnej na przykładzie niemieckiego języka gospodarki*, [w:] *Na drodze wiedzy specjalistycznej*, red. M. Łukasik, Warszawa, s. 79-86.
- Michałuk M., 2014, *Zmiany w obrębie leksyki społeczno-politycznej współczesnego języka rosyjskiego – zjawisko dearchaizacji*, „Acta Polono-Ruthenica”, nr XIX, s. 231 – 241.
- Michałowski M., 2017, *Podstawy modelowania terminograficznego*, Warszawa.
- Miczka E., 2002, *Kognitywne struktury sytuacyjne i informacyjne w interpretacji dyskursu*, Katowice.
- Mishlanowa M., 2002, *Metáfora en el discurso medico*, Rusia.
- Młodyński J., 1986, *Skrótowce we współczesnym języku polskim*, [w:] *Współczesna polszczyzna*, red. H. Kurkowska, Warszawa, s. 156 – 186.
- Morreale S. P., Spitzberg B. H., Barge K. J., 2007, *Komunikacja między ludźmi. Motywacja, wiedza i umiejętności*, Warszawa.
- Mossakowski M. J., 1996, *Przedmowa*, [w:] *Wielki słownik medyczny*, Warszawa.
- Mrowiec K., 2003, *Język fachowy w ulotkach do kosmetyków – nazwy produktów w aspekcie terminologicznym*, [w:] *Języki specjalistyczne. Zagadnienia dydaktyki i przekładu*, red. P. Mamet, A. Mrózek, Katowice.
- Müldner-Nieckowski P., 2014, *Uwagi o odmianach języka lekarskiego*, [w:] *Znaczenie, tekst, kultura, t. 5: Prace ofiarowane Profesor Elżbiecie Janus*, red. A. Kozłowska, A. Świątek, Warszawa, s. 399 – 412.
- Müller H. U., 1976, *Fachsprache und Dialogsprache*, Poznań.
- Musiołek-Choiński K., 1986, *Polskie nazwy chorób. Studium z terminologii medycznej*, Wrocław.
- Nawacka J., 2015, *Pojęcie kobiecości we współczesnej komunikacji językowej*, [w:] *Metamorfozy kobiecości w życiu i w literaturze*, red. W. Jakimiuk-Sawczyńska, Białystok, s. 171-183.
- Nocoń J., 2011, *Stylistyczne aspekty dyskursu edukacyjnego*, [w:] *Odmiany stylowe polszczyzny dawniej i dziś*, red. U. Sokólska, Białystok, s. 187 – 200.

- Nycz K., 2013, *Między fachowością a ekspresją językową. O niektórych swoistych cechach komunikacji giełkowej*, „Lingwistyka Stosowana”, nr 8, Warszawa.
- Okopień-Sławińska A., 2001, *Semantyka wypowiedzi poetyckiej*, Kraków.
- Ostaszewska D., 2001, *Relacje nadawczo-odbiorcze w tekście naukowym (perspektywa historyczna)*, [w:] *Stylistyka a pragmatyka*, red. B. Witosz, Katowice.
- Otrocki 2006, *Dyskurs – pojęcie jako perspektywa. W stronę modelu analizy dyskursu Normana Fairclougha*, [w:] *Oblicza komunikacji 1*, red. I. Kamińska-Szmaj, T. Piekot, M. Zaśko-Zielińska, Kraków.
- Pachowicz M., 2009, *Wstępniak, czyli piórem redaktora naczelnego*, [w:] *Język żyje. Rzecz o współczesnej polszczyźnie*, red. K. Ożóg, Rzeszów.
- Parodi G., 2005. *Discurso especializado y lingüística de corpus: hacia el desarrollo de una competencia psicolingüística*, „Boletín de lingüística”, nr 23, s. 61 –88.
- Pieńkoś J., 2003, *Podstawy przekładoznawstwa od teorii do praktyki*, Kraków.
- Polański K., 1993, *Skrótowce*, [w:] *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*, red. K. Polański, Wrocław, s. 537 – 550.
- Popiołek B., 2013, *Z problematyki kalk językowych w terminologii anatomicznej (na materiale chorwackim)*, „Zeszyty Cyrylo-Methodiańskie”, nr 2, s. 45 – 53.
- Poronińska A., 2018, *Akronim jako element terminologii medycznej na materiale włoskim i polskim*, „Orbis Linguarum”, vol. 49, Wrocław, s. 161-175.
- Półtorak M., 2019, *Z zagadnień estetyki językowej w komunikacji internetowej – na przykładzie kształtowania zachowań językowych w relacjach nadawca-odbiorca w blogu*, „Zielonogórskie Seminaria Językoznawcze”: <https://estetykajezykowa.pl/wp-content/uploads/2019/11/Poltorak.pdf>.
- Przybylska R., 2002, *Polisemia przyimków polskich w świetle semantyki kognitywnej*, Kraków.
- Przybylska R., 2014, *Kategorie komunikacyjne jako wyznaczniki stylów wystąpień publicznych*, [w:] *Język a Kultura, t. 14: Uczucia w języku i tekście*, red. I. Nowakowska-Kempna, A. Dąbrowska, J. Anusiewicz, Wrocław, s. 11 – 21.

- Pukalska B., 2013, „Złapać bakcyła”, czyli o ewolucji znaczeń niektórych wyrazów z leksyki medycznej i potocznej, [w:] *Słowo - znaczenie - relacja w języku i w tekście*, red. B. Mitrenga, Katowice, s. 71 – 90.
- Pytel W., 2003, *Identyfikatory semantyczne tekstów specjalistycznych*, [w:] *Języki specjalistyczne 3: Metajęzyk lingwistyki*, red. J. Lukszyn, Warszawa, s. 59 – 74.
- Radtke E., 1990, *O mechanizmach przesunięć semantycznych i przekształceń słowotwórczych w cyklu Bolesława Leśmiana "Postacie"*, „Pamiętnik Literacki”, nr 81/2, 139 – 165.
- Reformatsky A., 1968, *Termino como miembro del sistema lexico de la lengua*, [w:] *Problemas de la linguistica estructural*, Moskwa, s. 103 – 123.
- Rejter A., 2018, *Styl czy dyskurs naukowy? Perspektywa historyczna*, „Forum Lingwistyczne”, nr 5, s. 17-25.
- Rodriguez-Tapia S, 2020, *El grado de especialización textual del discurso medico en espanol: analisis basado en corpus desde la teoria de la percepción*, „Revista de medicina”, nr 51, s. 75 – 92.
- Rosół R., 2001, *O pochodzeniu rzeczownika „flejtuch”*, „Język Polski” 81, z. 1, s. 45–49.
- Seoane A. G., 2015, *Estudio descriptivo de dos pares de terminos desde la tetoria comunicativa de la terminologia*, „Estudios de Linguistica Aplicada”, nr 62, s. 83 – 102.
- Seretny A., Stefańczyk W., 2017, *Węgierska terminologia językoznawcza w polskiej tradycji hungarystycznej* [w:] *Terminologia specjalistyczna w teorii i praktyce języków słowiańskich*, red. R. Przybylska, W. Śliwiński, Kraków, s. 169 – 181.
- Siewert K., 2010, *O tworzeniu terminów prawnych na przykładzie terminologii polskiego i niemieckiego prawa handlowego*, „Legilingwistyka Porównawcza”, nr 3, s. 79 – 90.
- Sitarski, A. 1981, *O kompresji strukturalnej w zakresie polskiej i rosyjskiej terminologii językoznawczej*, „Studia Rossica Posnaniensia 16”, s. 183–191.
- Skorupka S., 1948, *Przenośnie z zakresu pojęć lekarskich*, „Poradnik Językowy”, z. 1, s. 12 – 16.

- Skudrzyk A., Warchala J., 2002, *Dyskurs edukacyjny a kompetencja interakcyjna*, [w:] *Studia Pragmalingwistyczne 3. Czynności tworzenia i rozumienia wypowiedzi*, red. J. Porayski-Pomsta, Warszawa.
- Sokólska U., 2007, *Językowy obraz żywiołu ognia w Balladach i romansach Adama Mickiewicza*, [w:] *Światło w dolinie. Prace ofiarowane profesor Halinie Krukowskiej*, red. K. Korotkich, J. Ławski, D. Zawadzka, Białystok, s. 627 – 641.
- Starzec A., 1984, *Rozwój polskiej terminologii motoryzacyjnej*, Opole.
- Starzec A., 1999, *Współczesna polszczyzna popularnonaukowa*, Opole.
- Stasiuk-Krajewska K., 2014, *Komunikacja lekarz-pacjent: dyskursywne uwarunkowania interakcji*, [w:] *Teorie komunikacji i mediów*, red. M. Graszewicz, K. Stasiuk, J. Jastrzębski, vol. 7, s. 25 – 41.
- Stawikowska-Marcinkowska A., 2016, *O metaforyczności języków fachowych na przykładzie metafor w języku giełdowym*, [w:] *Języki specjalistyczne. Edukacja-perspektywy-kariera*, red. J. Mackowski, Łódź, s. 76 – 89.
- Stelmasiak M., 1983, *Mianownictwo anatomiczne*, Warszawa.
- Szadyko S., 2007, *Abrewiacja jako pochodna tekstów specjalistycznych*, [w:] *Języki specjalistyczne 7: Teksty specjalistyczne jako nośniki wiedzy fachowej*, red. M. Kornacka, Warszawa, s. 71 – 98.
- Szpingier K., 2017, *Corpo a soma – o różnych poziomach komunikacji (powszechnym i specjalistycznym) we włoskim języku medycyny*, [w:] *Komunikacja specjalistyczna w edukacji, translatoryce i językoznawstwie*, Rzeszów, s. 9 – 20.
- Szulc A., 1997, *Słownik dydaktyki języków obcych*, Warszawa.
- Szymczak M., 1979, *Rola i miejsce terminologii w języku ogólnonarodowym*, „Poradnik Językowy”, z. 2, s. 49 - 57.
- Szymczak M. (red.), 1992, *Słownik języka polskiego*, Warszawa.
- Ślawska M., 2014, *Formy dialogu w gatunkach prasowych*, Katowice.
- Ślawska M., 2016, *Grafizacja w prasie, czyli o kilku przykładach organizacji przestrzennej tekstów prasowych*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Litteraria Polonica”, nr 2 (32), Łódź, s. 131 – 147.

- Tokarski R., 1981, *Derywacja semantyczna jako jedno ze źródeł polisemii wyrazowej*, [w:] *Pojęcie derywacji w lingwistyce*, red. J. Bartmiński, s. 91 – 105.
- Tomaszewska S., 1992, *Struktura rzeczownikowych derywatów paradygmatycznych pochodnych od wyrażen przyimkowych*, „Acta Universitatis Lodzianensis”, v. 26, s. 29 – 41.
- Topa-Bryniarska D., 2013, *Wartościujące środki semantyczno-retoryczne w kontekście komunikacji medialnej na przykładzie francuskiego edytoriału*, „Tekst i Dyskurs – Text und Diskurs”, nr 6, Katowice, s. 231 – 246.
- Toskański, A. T., 1978, *O twórczości: piśmiennictwo naukowo-techniczne*. Warszawa.
- van Dijk T., 2001a, *Badania nad dyskursem*, [w:] *Dyskurs jako struktura i proces*, red. T. van Dijk, tłum. G. Grochowski, Warszawa, s. 9 – 44.
- van Dijk T., 2001b, *Specialized Discourse and Knowledge*:
<http://www.discursos.org/unpublished%20articles/SpecDis&Know.htm> [dostęp z dnia 9.11.2020 r.]
- Vinokur R., 1968, *Sobre algunos fenómenos de formación léxica en la terminología técnica rusa*, [w:] *Estudios de MIFLI*.
- Volodina M. N., 1997, *La teoría de la nominación terminológica*, Moscú.
- Walczak B., 1995, *Zarys dziejów języka polskiego*, Poznań.
- Waniakowa J., 2003, *Polska naukowa terminologia astronomiczna*, Kraków.
- Waniakowa J., Waniak W., 2007, *Skrótowce stylizowane w chrematonimii astronomicznej*, „LingVaria”, r. 2, nr 1, Kraków, s. 146 – 153.
- Waszczuk A., 2003, *Identyfikatory derywatologiczne tekstów specjalistycznych*, [w:] *Języki Specjalistyczne. Lingwistyczna identyfikacja tekstów specjalistycznych*, Warszawa, red. J. Lukszyn, Warszawa, s. 94 – 105.
- Waszczuk A., 2005, *W kwestii metafor technolektalnych*, [w:] *Języki Specjalistyczne 5: Teksty specjalistyczne w kontekstach zawodowych i tłumaczeniach*, red. M. Kornacka, Warszawa, s. 121 – 127.
- Wędrychowicz K., 2017, *Dyskurs medyczny w nauczaniu języka niemieckiego dla potrzeb zawodowych, czyli jak przygotować studentów pielęgniarstwa do pracy w Niemczech*,

[w:] *Komunikacja specjalistyczna w edukacji, translatoryce i językoznawstwie*, red. M Grygiel, M. Rzepecka, Rzeszów.

Wiatrowski P., 2017, *Nadawca i odbiorca w listach prywatnych Jana Pawła II do Marka i Zofii Skwarnickich*, „Epistolografia w dawnej Rzeczypospolitej”, t. 7: *Literatura, historia, język*, s. 299 – 310.

Witosz B., 2007, *Lingwistyka tekstu – stan aktualny i perspektywy*, „Poradnik Językowy”, nr 7, s. 3 – 18.

Witosz B., 2009, *Dyskurs i stylistyka*, Katowice.

Witosz B., 2016, *Dyskurs i jego odmiany*, Katowice.

Włoskowicz W., 2018, *O pojęciach, systemach pojęciowych i terminologii onomastycznej*, „Onomastica”, nr 62, s. 73 – 98.

Wojtak M., 1999, *Dyskurs asekuracyjny w dyskursie naukowym*, [w:] *Dyskurs naukowy-tradycja i zmiana*, red. S. Gajda, Opole, s. 139 – 147.

Wojtak M., 2005, *Osobliwość genologiczna – „editorial”*, „Styl”, t. 4, s. 113 – 122.

Wójcikowska E., 1991, *Formacje atrybutywne typ podgórski, nadludzki w języku polskim*, Warszawa.

Woźniak J., 2018, *Relacje semantyczne w polskich i niemieckich terminach wielowyrazowych z zakresu prawa*, „Linguistica Copernicana”, vol. 15, s. 245 – 263.

Wróbel A., 2014., *Krótki szkic o metaforze w dyskursie prawniczym*, „Teka Kom. Praw. – OL PAN”, Warszawa, s. 130 – 141.

Wysocka F., 1980, *Polska terminologia lekarska do roku 1838, t. 1: Anatomia. Proste prymarne nazwy nie motywowane*, Kraków.

Wysocka F., 1994, *Polska terminologia lekarska do roku 1838, t. 2: Anatomia - jednowyrazowe nazwy motywowane*, Kraków.

Wysocka F., 2007, *Polska terminologia lekarska do roku 1838, t. 3: Anatomia. Nazwy dwuwyrzowe*, Kraków.

Wysocka F., 2013, *Polska terminologia lekarska do roku 1838, t. 4: Anatomia – nazwy wielowyrzowe*, Kraków.

Wysocka M., 1997, *Podkody angielszczyzny medycznej*, [w:] *Języki specjalistyczne - język biznesu*, Katowice, s. 117-123.

Wyszomirska A., 2015, *Leksyka z zakresu chorób i zjawisk chorobowych w czasopiśmie "Twój Maluszek"*, „Studia Językoznawcze”, nr 14, s. 161 – 183.

Zabielska M., Żelazowska M., 2016, *Narracyjny charakter medycznego opisu przypadku a jego spójność*, [w:] *Spójność tekstu specjalistycznego*, red. M. Górnicz, M. Kornacka, Warszawa, s. 125 – 135.

Żabowska M., 2009, *Hierarchia wyrażeń metatekstowych*, „Linguistica Copernicana”, nr 2, s. 179 – 189.

Żydek – Bednarczuk U., 1997, *Rejestry języka specjalistycznego. Uwagi dla tłumacza*, s. 27-43.

Netografia

Analgetyki [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Analgetyki> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

Addytywny [hasło w:] <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/addytywny;5407690.html> [dostęp z dnia 22.08. 2020 r.]

Alkoholowe zapalenie wątroby [hasło w:]
https://pl.wikipedia.org/wiki/Alkoholowe_zapalenie_w%C4%85troby [dostęp z dnia 28.03.2021 r.]

Allopurynol [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Allopurynol> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

Antagonista [hasło w:] [https://pl.wikipedia.org/wiki/Antagonista_\(farmakologia\)](https://pl.wikipedia.org/wiki/Antagonista_(farmakologia)) [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

Antytrypsyna [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Alfa1-antytrypsyna> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

Atorwastatyna [hasło w:] <https://www.mp.pl/pacjent/leki/subst.html?id=105> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

Azytromycyna [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Azytromycyna> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

Bariatrya [hasło w:] <https://sjp.pwn.pl/sjp/bariatrya;2551731.html> [dostęp z dnia 3.03.2021 r.]

Borrelia Burgdorferi [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Borrelia_burgdorferi [dostęp z dnia 7.04.2021 r.]

Chemoembolizacja [hasło w:] <https://www.ecz-innowacje.pl/51/chemoembolizacja> [dostęp z dnia 24.08.2020 r.]

Choroby depozytowe [hasło w:]
http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom2_2.10.%20Choroby_depozytowe_monoklonalnych_immunoglobulin_200520.pdf [dostęp z dnia 20.08.2020 r.]

Chromaterapia [hasło w:]

https://betamed.pl/poradniki/koloroterapia/?fbclid=IwAR0I0C7K3KUt1D_AIX3P5i-EpM9UIYHRDkXuhMzMQ8GlwaG9t2b-E75Clps [dostęp z dnia 23.10.2020 r.]

Chromoskopia [hasło w:] [https://kzmid.ump.edu.pl/laparoskopia-diagnostyczna-diagnostyka-](https://kzmid.ump.edu.pl/laparoskopia-diagnostyczna-diagnostyka-nieplodnosci?fbclid=IwAR27OzwoxJHvpyDzZ6TvNHYZNCNMWFAmIm209K44iT5NX6DNlotFxb1dwM)

[nieplodnosci?fbclid=IwAR27OzwoxJHvpyDzZ6TvNHYZNCNMWFAmIm209K44iT5NX6DNlotFxb1dwM](https://kzmid.ump.edu.pl/laparoskopia-diagnostyczna-diagnostyka-nieplodnosci?fbclid=IwAR27OzwoxJHvpyDzZ6TvNHYZNCNMWFAmIm209K44iT5NX6DNlotFxb1dwM) [dostęp z dnia 23.10.2020 r.]

Chrząstka nalewkowata [hasło w:]

https://pl.wikipedia.org/wiki/Chrząstka_nalewkowata [dostęp z dnia 9.11.2020 r.]

Chrząstka tarczowata [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Chrząstka_tarczowata [dostęp z dnia 9. 11. 2020 r.]

Cyprofloksacyna [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Cyprofloksacyna> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

Czynniki bioadhezyjne [hasło w:]

<https://pl.qwe.wiki/wiki/Bioadhesive?fbclid=IwAR1TwBbiSfT6MyGY4OXnhqs7ES60I68cbHykH8JtVPF3D5xk7ai--lyPa60> [dostęp z dnia 12.03.2020 r.]

Deksycyklina [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Doksycyklina> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

Doraźny [hasło w:] <https://sjp.pwn.pl/slowniki/dora%C5%BAny.html> [dostęp z dnia 3.03.2021 r.]

Ekstrakcja [hasło w:] <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/ekstrakcja;5425639.html> [dostęp z dnia 24.08.2020 r.]

Enterocyt [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Enterocyt> [dostęp z dnia 7.04.2021 r.]

Flesh [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Flesz> [dostęp z dnia 2. 02. 2019 r.]

Fluwastatyna [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Fluwastatyna> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

Glikozylacja [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Glikozylacja> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

Hemochromatoza [hasło w:]

https://pl.wikipedia.org/wiki/Hemochromatoza_dziedziczna [dostęp z dnia 30.03.2021 r.]

Hemodynamiczny [hasło w:]

<https://sjp.pwn.pl/doroszewski/hemodynamiczny;5433002.html> [dostęp z dnia 22.10.2020 r.]

Hepatocyty balonowate [hasło w:] [https://ebook.ecog-obesity.eu/pl/klinika-i-](https://ebook.ecog-obesity.eu/pl/klinika-i-powiklania/niealkoholowa-stluszczeniowa-choroba-watroby-u-dzieci/)

[powiklania/niealkoholowa-stluszczeniowa-choroba-watroby-u-dzieci/](https://ebook.ecog-obesity.eu/pl/klinika-i-powiklania/niealkoholowa-stluszczeniowa-choroba-watroby-u-dzieci/) [dostęp z dnia 9.11.2020 r.]

Hormony steroidowe [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Hormony_steroidowe

[dostęp z dnia 7.04.2021 r.]

Immunosupresja [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Immunosupresja> [dostęp z dnia

5.04.2021 r.]

Impedancja [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Impedancja> [dostęp z dnia 25.10.

2020 r.]

Implantowany rejestrator [hasło w:]

https://pl.wikipedia.org/wiki/Wszczepialny_rejestrator_arytmii [dostęp z dnia 7.04.2021 r.]

Implementować [hasło w:]

<https://dobryslownik.pl/slowo/implementowa%C4%87/17535/> [dostęp z dnia 22.08.2020 r.];

<https://dobryslownik.pl/slowo/implementowa%C4%87/17535/#znaczenie-233766> [dostęp z dnia 22.08.2020 r.]

Indukcja porodu [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Indukcja_porodu [dostęp z

dnia 22.08.2020 r.]

Inhalator [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Doksycyklina> [dostęp z dnia

6.04.2021 r.]

Inhibicja [hasło w:] <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/inhibicja;5434753.html> [dostęp z

dnia 24.08.2020 r.]

Inhibitor kinaz [hasło w:]

<https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/nowotwory/inhibitory-kinaz-tyrozynowych-w-terapii-przeciwnowotworowej-aa-vm8G-tEXb-vJHb.html> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

Inhibitor PCSK 9 [hasło w:] https://www.cochrane.org/pl/CD011748/VASC_inhibitory-pcsk9-w-profilaktyce-chorob-sercowo-naczyniowych [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

Inhibitor szlaku hedgehog [hasło w:] https://www.mp.pl/okulistyka/przeglad-badan/przeglad_pismienictwa/147876,inhibitory-szlaku-hedgehog-nowa-opcja-w-leczeniu-raka-podstawnokomorkowego [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

Inhibitory oksydazy [hasło w:]

https://pl.wikipedia.org/wiki/Inhibitory_oksydazy_ksantynowej [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

Inhibitory pompy protonowej [hasło w:]

https://pl.wikipedia.org/wiki/Inhibitory_pompy_protonowej [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

Inokulacja [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Inokulacja> [dostęp z dnia 23.08.2020 r.]

Insulinopodobny czynnik wzrostu [hasło w:]

https://pl.wikipedia.org/wiki/Insulinopodobny_czynnik_wzrostu [dostęp z dnia 12.03.2020 r.]

Karcynogeneza [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Karcynogeneza> [dostęp z dnia 7.04.2021 r.]

Klinicysta [hasło w:] <https://pl.wiktionary.org/wiki/klinicysta> [dostęp z dnia 30.03.2021 r.]

Komórka gwiaździsta [hasło w:]

https://pl.wikipedia.org/wiki/Kom%C3%B3rka_gwia%C5%BAdzista [dostęp z dnia 7.04.2021 r.]

Komórki chromafinowe [hasło w:] https://www.netinbag.com/pl/physiology/what-are-chromaffincells.html?fbclid=IwAR2OConKbErsOGpmHfbKxhVV_UuCkKk7uHDWvrg9nrhMx4IF7U72fkGBLE4 [dostęp z dnia 23.10.2020 r.]

Komórki Kupffera [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Kom%C3%B3rki_Kupffera [dostęp z dnia 7.04.2021 r.]

Krystalopatia [hasło w:] <https://omnis.miraheze.org/wiki/Krystalopatie> [dostęp z dnia 28.03. 2021 r.]

Kwas walproinowy [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Kwas_walproinowy [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

Leki antysekrecyjne [hasło w:] <https://nazdrowie.pl/artykul/gastrologia/terapia-choroby-wrzodowej/> [dostęp z dnia 12.03.2020 r.]

Leki przeciwartmyczne [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Leki_przeciwartmiczne [dostęp z dnia 12.03.2020 r.]

Łyżeczkowanie [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/%C5%81y%C5%BCczkowanie_macicy [dostęp z dnia 5.04.2021 r.]

Metformina [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Metformina> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

Narządy odległe [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Narz%C4%85dy_analogiczne [dostęp z dnia 5.04.2021 r.]

Nebulizacja [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Nebulizacja> [dostęp z dnia 5.04.2021 r.]

Nefroprotekcja [hasło w:] https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IoSIX7A9-EAJ:https://journals.viamedica.pl/forum_nefrologiczne/article/download/19564/15324+&cd=3&hl=pl&ct=clnk&gl=pl [dostęp z dnia 22.10.2020 r.]

Nefrotoksyczny [hasło w:] <https://dobryslownik.pl/slowo/nefrotoksyczny/224295/#znaczenie-239888> [dostęp z dnia 22.10.2020 r.]

Neurokardiogeny [hasło w:] [https://www.heartrhythmalliance.org/files/files/STARS%20Poland/100816-bh-FINAL-STARS%20Polish%20Reflex%20Syncope\(1\).pdf](https://www.heartrhythmalliance.org/files/files/STARS%20Poland/100816-bh-FINAL-STARS%20Polish%20Reflex%20Syncope(1).pdf) [dostęp z dnia 22.10. 2020 r.]

Neuropatia [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Neuropatia> [dostęp z dnia 22.10.2020 r.]

Newsletter [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Newsletter> [dostęp z dnia 2. 02. 2019 r.]

N-metylo-D-asparaginian [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Kwas_N-metylo-D-asparaginowy [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

Nowotwór endometrium [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Rak_trzonu_macicy [dostęp z dnia 30.03.2021 r.]

Obturacja [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Obturacja> [dostęp z dnia 26.10.2020 r.]

Osteoliza [hasło w:] <https://wylecz.to/kosci-i-stawy/osteoliza-nowotworowa-co-to-jest-objawy-leczenie-rokowania/> [dostęp z dnia 21.10.2020 r.]

Osteologia [hasło w:] <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/osteologia;3952384.html> [dostęp z dnia 21.10.2020 r.]

Osteomalacja [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Osteomalacja> [dostęp z dnia 21.10.2020 r.]

Oznaczenia dimerów D [hasło w:] <https://www.poradnikzdrowie.pl/spawdz-sie/badania/d-dimery-norma-i-wyniki-co-oznacza-podyzszone-d-dimery-aa-Zdtv-9LrT-CvN3.html> [dostęp z dnia 22.08.2020 r.]

Paciorkowcowe zapalenie gardła [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Paciorkowcowe_zapalenie_gard%C5%82a [dostęp z dnia 30.03.2021 r.]

Patogen [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Patogen> [dostęp z dnia 5.04.2021 r.]

Perfuzja [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Perfuzja> [dostęp z dnia 7.04.2021 r.]

Pęcherzyk żółciowy [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/P%C4%99cherzyk_%C5%BC%C3%B3%C5%82ciowy [dostęp z dnia 8.11. 2020 r.]

Pierwotna marskość żółciowa wątroby [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Pierwotna_marsko%C5%9B%C4%87_%C5%BC%C3%B3%C5%82ciowa_w%C4%85troby [dostęp z dnia 30.03.2021 r.]

Pomostowac [hasło w:] <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/pomostowac;5476916.html>
[dostęp z dnia 23.08.2020 r.]

Prevotella [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Prevotella> [dostęp z dnia 7.04.2021 r.]

Prewencja [hasło w:] <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/prewencja;5481530.html> [dostęp z dnia 22.08.2020 r.]

Profil lipidowy [hasło w:]
http://www.hearcom.org/about/CreatingtheAuditoryProfile_pl.html [dostęp z dnia 22.08.2020 r.]

Proliferacja [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Proliferacja> [dostęp z dnia 7.04.2021 r.]

Prospektywny [hasło w:] <https://www.ceestahc.org/slowniczek,B.html> [dostęp z dnia 24.10.2020 r.]

Prowastatyna [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Prawastatyna> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

Przekrwienie [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Przekrwienie> [dostęp z dnia 29.03.2021 r.]

Przewlekła obturacyjna choroba płuc [hasło w:]
https://pl.wikipedia.org/wiki/Przewlek%C5%82a_obturacyjna_choroba_p%C5%82uc
[odczyt 28.03.2021 r.]

Psycholog [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Psycholog> [dostęp z dnia 30.03.2021 r.]

Rabdomioliza [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Rabdomioliza> [dostęp z dnia 28.03.2021 r.]

Rak gruczołu krokowego [hasło w:]
https://pl.wikipedia.org/wiki/Rak_gruczo%C5%82u_krokowego [dostęp z dnia 30.03.2021 r.]

Rak jelita grubego [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Rak_jelita_grubego [dostęp z dnia 30.03. 2021 r.]

Rak tarczycy [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Nowotwory_tarczycy [dostęp z dnia 30.03.2021 r.]

Rak ustnej części gardła [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Rak_jamy_nosowogard%C5%82owej [dostęp z dnia 30.03.2021 r.]

Reabsorpcja [hasło w:] <http://lpj.pl/index.php?op=36&id=21> [dostęp z dnia 12.03.2020 r.]

Receptory Toll-podobne [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Receptory_toll-podobne [dostęp z dnia 7.04.2021 r.]

Regurgitacja [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Regurgitacja> [dostęp z dnia 12.03.2020 r.]

Reumatoidalne zapalenie stawów [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Reumatoidalne_zapalenie_staw%C3%B3w [dostęp z dnia 30.03.2021 r.]

Rezonans magnetyczny [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Obrazowanie_metod%C4%85_rezonansu_magnetycznego [dostęp z dnia 5.04.2021 r.]

Saturacja [hasło w:] <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/saturacja;5495242.html> [dostęp z dnia 22.08.2020 r.]

Simwastatyna [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Simwastatyna> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

Szlak Entnera-Doudoroffa [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Szlak_Entnera-Doudoroffa [dostęp z dnia 21.10.2020 r.]

Szlak metaboliczny [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Szlak_metaboliczny [dostęp z dnia 20.10.2020 r.]

Szlak sygnałowy [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Szlak_sygna%C5%82owy#cite_note-3 [dostęp z dnia 20.10.2020 r.]

Szlaki cholinergiczne [hasło w:] <http://if-pan.krakow.pl/assets/files/24536045262f0ce13a3bc0d4bb0618a8.pdf> [dostęp z dnia 21.10.2020 r.]

Światło jelita [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Jelito_cienkie [dostęp z dnia 8.11.2020 r.]

Test pochyleniowy [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Test_pochyleniowy [dostęp z dnia 5.04.2021 r.]

Testy serologiczne [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Serologia> [dostęp z dnia 5.04.2021 r.]

Transmisja wertykalna [hasło w:] <https://www.forumginekologiczne.pl/artukul/czy-hiv-moze-sie-przeniesc-na-dziecko-zjawisko-transmisji-wertykalnej/19484> [dostęp z dnia 10.08.2020 r.]

Troponiny sercowe [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Troponina> [22.08.2020 r.]

Uchylek [hasło w:] <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/uchylek;5510244.html> [dostęp z dnia 23.08.2020 r.]

Wodorowęgany [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Wodorow%C4%99glany> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

Wpust [hasło w:] <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/wpust;5517765.html> [dostęp z dnia 23.08.2020 r.]

Wskaźnik hematokrytowy [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Hematokryt> [dostęp z dnia 5.04.2021 r.]

Wskaźnik INR [hasło w:] <https://www.medme.pl/artykuly/badanie-inr-jak-interpretowac-wskaznik-inr,67656.html> [dostęp z dnia 5.04.2021 r.]

Zaburzenia snu [hasło w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Zaburzenia_snu [dostęp z dnia 30.03.2021 r.]

Zaordynować [hasło w:] <https://sjp.pwn.pl/szukaj/zaordynowa%C4%87.html> [dostęp z dnia 23.08.2020 r.]; <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/zaordynowac;5526101.html> [dostęp z dnia 23.08. 2020 r.]

Zapalenie zatok przynosowych [hasło w:]

https://pl.wikipedia.org/wiki/Zapalenie_zatok_przynosowych [dostęp z dnia 28.03.2021 r.]

Zespół stresu pourazowego [hasło w:]

https://pl.wikipedia.org/wiki/Zesp%C3%B3%C5%82_stresu_pourazowego [dostęp z dnia 30.03.2021 r.]

β- mimetyk [hasło w:] <https://pl.wikipedia.org/wiki/Beta2-mimetyki> [dostęp z dnia 6.04.2021 r.]

<http://www.discursos.org/unpublished%20articles/SpecDis&Know.htm> [dostęp z dnia 9.11.2020 r.]

[https://www.researchgate.net/profile/Katarzyna-](https://www.researchgate.net/profile/Katarzyna-Babol-Pokora/publication/7556860_Beta3adrenergic_receptor/links/56937d9008aed0aed8178f7a/Beta3-adrenergic-receptor.pdf)

[Babol Pokora/publication/7556860_Beta3adrenergic_receptor/links/56937d9008aed0aed8178f7a/Beta3-adrenergic-receptor.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Katarzyna-Babol-Pokora/publication/7556860_Beta3adrenergic_receptor/links/56937d9008aed0aed8178f7a/Beta3-adrenergic-receptor.pdf) [dostęp z dnia 2.05.2021 r.]

<https://sjp.pwn.pl/poradnia/haslo/antagonisty-i-agonisty;11771.html> [dostęp z dnia 9.05.2021 r.]

DOCTORAL DISSERTATION ABSTRACT

Dissertation author: **Barbara Drozd, M.A.**

Dissertation supervisor: **dr hab. Prof. UR Maria Krauz**

Subject of dissertation: **Medical discourse in the “Medical Tribune” and “Medycyna po Dyplomie” professional journals**

The subject of reflection in the paper titled *Medical discourse in the “Medical Tribune” and “Medycyna po Dyplomie” professional journals* is the written variant of the medical discourse represented by two professional journals that differ slightly in terms of their style. The presentation of two differing journals enabled interesting and valuable comparative studies, and allowed for the portrayal of the medical discourse as diverse and heterogeneous in many respects.

Medical journals differ from traditional journals, because they have outstanding and non-random recipients, e.g. doctors, medical specialists or students (medical field adepts). The distinction between a doctor and a medical specialist was made without coincidence, because each doctor is a specialist (as stated by S. Grucza, a specialist is a person who is not relevant due to his or her knowledge, but due to his or her linguistic properties referred to as “specialist text properties”; a person who is able to write and accept specialist texts), but even if he or she is not a specialist, he or she can be a medical journal recipient.

The objective of the analysis conducted in this dissertation is the description, definition and specification of the medical discourse in its written variant, which is represented by specialist (scientific) medical texts published in professional journals. This dissertation consists of five chapters. The first chapter constitutes a theoretical and methodological introduction and the other four chapters feature analyses of the illustrative material. Chapter one covers the depiction of the medical discourse in comparison to other discourses. It includes a discussion on the evolution of the *text* term and demonstration of the time when Polish linguistic studies started to feature discourse, which changed the point of view of linguists on a variety of issues. Due to the above, the similarities and differences between these two terms and the definitions of various researchers are

presented. Then, the dissertation features various definitions of discourse, because it is a non-uniform term, and the points of view of researchers from various countries (including, among others, discourse according to French and German researchers). Due to the fact that medical discourse is viewed by researchers as a collection of texts that are part of it, the analysis covered the essence of specialist texts constituting carriers of specialist knowledge and the positioning of medical texts in text typology. The last part of the chapter is the definition of medical discourse viewed as a variant of specialist discourse, presentation of its specific features and determinants, as well as reference to the definition of Spanish-speaking researchers, who in their studies recalled the definitions of professional, medical and specialist discourse.

Due to the fact that the doctoral dissertation adopts the definition of medical discourse as a communication incident, it was important to commence material analysis from the transmitter-receiver relations, pay attention to various types of transmitters and receivers emerging from journals, and to the linguistic methods of creating such relations. The analysis encompassed the transmitters of both journals, starting with the leading article, through texts written by journalists (the “Medical Tribune” journal) and ending with specialist (scientific) medical texts which are most important for this dissertation. The analysis also allowed for the demonstration of the specific stylistic determinants of medical texts. Specialist communication, the manner of its understanding and defining by various researchers were also defined here. The portrayal of discourse in the context of transmitter-receiver relations in journals representing a slightly different style allowed for the conclusion that medical discourse is diverse not only in terms of the topics of texts published in them, but also in terms of their style (scientific, popular science, didactic style).

Chapter three starts with a reflection on terminology and its position among other fields of the linguistic science. The chapter includes the specification of its features as well as scientific approaches of various authors dealing with this topic (S. Gajda, J. Waniakowa, W. Babik, etc.). However, the definition of M.T. Cabre, in which terminology is strictly related to discourse, is most important for this doctoral dissertation. The next part includes deliberations on the relations between a term, knowledge and discourse. Numerous definitions of a term, the authors of which are Spanish-speaking researchers (M.T. Cabre, A. Seoane, I. Kostina), demonstrate that a term is a factor that creates discourse, determines discourse and conditions the degree of its specialisation. These are specialist forms of discourse, the proper selection of which serves to develop a

medical text. Furthermore, terms are important for discourse, because they manifest the most, are fully shown they take on new meanings during a discourse (the meanings are sometimes changed and modified thanks to a specific discursive context). It turned out that a term cannot be analysed without a discourse, because these are linguistic and professional communication units that can be linked with units of consciousness. The dissertation also includes a discussion of the communicative theory of terminology (La Teoría Comunicativa de la Terminología - TCT), which is important for Spanish-speaking researchers and for this dissertation, and which is viewed as a linguistic theory related to communication objectives and based on the cognitive component. It mainly draws attention to the communicative dimension of terminology at different levels for specialist fields. This chapter features an analysis of medical terminology in terms of semantics, with special consideration of its semantic groups important for the given occupational groups. Over a dozen different groups that are important for this discourse were distinguished. The chapter also demonstrates the specificity of medical terms put into context and the special role of adjectives in shaping the analysed type of discourse. It turned out that one-word terms are dominated by nouns, but the communication of medical knowledge also takes place using two-word, three-word and even more complex terms (mainly when the name expressed by the noun is imprecise and does not constitute a specific dose of knowledge for the recipient). Adjectives are used to clarify general terms and sometimes convey the status of a term to general nouns.

An analysis of the lexicon of terms encompassed by medical discourse is an important research aspect, hence the next chapter concerns the methods of building medical discourse and the manner in which general terms change in a discourse and through it, as well as what new meanings of terms emerge from specific contexts. The methods of creating medical terms were divided into four groups, which were discussed in order. The first group concerned the specialisation of meaning, i.e. the semantic shifts of terms and the occurrence of terms in new, atypical contexts without changes in their meaning. The second group was related to the terminological metaphor, which was defined and compared to traditional metaphor with specification of their similarities and differences. Metaphors were divided into several groups: group related to a disease and its symptoms, with the processes and reactions taking place in the organism, and with the properties of organs and their functions in the organism. The discussed terms are not part of jargon. Metaphors occurring in medical jargon are metaphors that are not subject to lexicalisation, i.e. their definitions cannot be found in a dictionary. The third group

concerned the inter-terminological polysemy, i.e. the use of terms in medical discourse deriving from other discourses (e.g. chemical, biological, computer science discourse, etc., albeit used in a very different context). The last discussed and analysed group allowed for the conclusion that medical discourse utilises terminological units that are no longer used, i.e. archaisms. The various mechanisms discussed in this chapter are what distinguishes medical discourse from other specialist discourses, because it does not only include terms from related fields (biology, chemistry), but also terms that do not belong in exact sciences (law, economics).

In the fifth, last chapter, terms were analysed formally due to what was written by S. Gajda, i.e. that terminological studies should be aimed at seeking the so-called grammatical properties of terms. Despite the fact that a formal analysis is not as important for discourse, it is necessary because it allows for characterisation of the essence of terms and isolation of their specific features. Terms are related to knowledge communication which is an inseparable element of each specialist discourse, including medical discourse. Terms are used by specialists to communicate contents to and share information with the recipient. A grammatical analysis allowed for a better comprehension of the specificity of terms and their deeper understanding. The chapter presents various types of derivations and it can be noticed that the analysed terms were dominated by derivatives from prepositional phrases. Then, the chapter features an analysis of borrowed phrases characterised by the use of international words. It distinguishes the types of Latin and Greek prefixes that are most specific for the medical lexicon. The borrowed phrases also include hybrids, i.e. terms that feature Latin or Greek prefixes, but a native core.

An analysis of the medical texts constituting part of the medical discourse allowed for drawing various conclusions about the discourse's essence. It is possible to notice a clear trend of drawing near economics in using prepositional phrases, among others, which provide essential, precise contents in a condensed form. For medical discourse, the most important are topics related to the treatment, diagnostics or prevention of diseases, hence all the semantic groups analysed in chapter three are strictly related to this (the names of medications provide the recipient with information on what to use for treatment, the names of tools are related to the execution of various procedures, operations that serve patient treatment, the names of parameters, indicators help in identifying the disease, etc.). The medical discourse is largely diverse and heterogeneous, because it includes analyses of specialist texts with a low level of readability (belonging to the "Medycyna po Dyplomie" journal), but also those with a higher level of readability (which can be found

in the “Medical Tribune” journal). It can therefore represent different stylistic varieties: the didactic, scientific and popular science style. The transmitters of medical discourse are mainly doctors, medical specialists and even if the texts are written by journalists, they must be acquainted with the topics related to the broadly defined medicine.

The medical discourse has an outstanding and demanding recipient, i.e. a doctor, medical specialist or student (i.e. medical field adept). It is a discourse of knowledge and its communication can take place with the use of tables, charts, bulleted contents, descriptions of diseases, various types of definitions as well as with the use of the so-called medical exams published at the back of the journal issue, featuring questions and a, b, c answers; this is to incentivise the recipient to check his or her knowledge. However, terms are the most important element of this process. The medical discourse is a type of discourse in which an important aspect is the plain related to words (terms), because terms are important tools that constitute this type of discourse and they fit into the depiction concerning knowledge communication and transfer.