

STRESZCZENIE ROZPRAWY DOKTORSKIEJ

Autor rozprawy: **mgr Barbara Drozd**

Promotor rozprawy: **dr hab. Maria Krauz, prof. UR**

Temat rozprawy: **Dyskurs medyczny w czasopismach specjalistycznych „Medical Tribune” i „Medycyna po Dyplomie”**

Leksyka medyczna była już przedmiotem badania językoznawców, którzy zwracali uwagę na różne jej aspekty, jednak dopiero współczesne badania tekstologiczne i leksykalne przynoszą interpretację dyskursywną terminologii medycznej. Na gruncie polskiego językoznawstwa dyskurs medyczny nie został wystarczająco zbadany i zdefiniowany, dlatego w niniejszej dysertacji przedmiotem refleksji uczyniłam pisemną odmianę tego dyskursu reprezentowaną przez dwa, nieco odmienne pod względem stylistycznym czasopisma branżowe. Prezentacja różnych od siebie czasopism, umożliwiła interesujące i wartościowe badania porównawcze, a także pozwoliła na ukazanie dyskursu medycznego jako zróżnicowanego i pod wieloma względami heterogenicznego.

Dyskurs medyczny to typ dyskursu specjalistycznego, rozumiany jako zdarzenie komunikacyjne, ponieważ istotnym dla niego elementem/ jego celem głównym celem? jest przekazywanie wiedzy. Proces ten odbywa się przy użyciu terminów, dlatego główną koncepcją teoretyczną, na której opiera się rozumienie dyskursu medycznego przyjęte w niniejszej dysertacji jest Teoría Comunicativa de la Terminología (TCT - komunikacyjna teoria terminologii). Zgodnie z nią terminy będące nośnikami wiedzy, są istotnymi elementami komunikacji i nieodłącznym elementem dyskursu, warunkują go i modyfikują. Dyskurs wpływa na zmienność znaczenia terminów, których nie określa się wyłącznie dzięki ich odniesieniom czy dzięki ich obecności w strukturze konceptualnej czy sieci asocjacyjnych relacji pojęć i cech, ale również przez ich rozwój, rozumiany jako proces i rezultat ich zmienności w dyskursie. *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. To specjalistyczne formy dyskursywne, których właściwy dobór służy tworzeniu tekstu medycznego. Jest to istotne z tego względu, że nagromadzenie terminów, zwane zagęszczeniem

terminologicznym, jest podstawowym czynnikiem pozwalającym dokonać rozróżnienia pomiędzy tekstami specjalistycznymi, niespecjalistycznymi i technicznymi, tzn. czynnikiem rozróżniającym stopień specjalizacji tekstowej. Z tego powodu w medycznym dyskursie naukowym, będącym częścią dyskursu specjalistycznego, można zauważyć wiele terminów, ale w dyskursie medycznym popularnonaukowym tych terminów jest znacznie mniej, zaś główna różnica polega na tym, że częściej są one wyjaśniane.

W dyskursie medycznym ważną rolę odgrywają jego podmioty, tzn. nadawcy i odbiorcy tekstów specjalistycznych. Nadawcami są lekarze i lekarze-specjaliści. Używanie przez nich specjalistycznej terminologii sprawia, że język medyczny można określić jako hermetyczny, tzn. ogólnie niezrozumiały. Mają do niego wgląd jedynie nieliczni, w związku z czym odbiorcy tekstów są konkretni i nieprzypadkowi (to specjaliści, lekarze lub studenci medycyny). Rozróżnienie pomiędzy lekarzem, a lekarzem-specjalistą zostało wyodrębnione nieprzypadkowo, ponieważ nie każdy lekarz jest specjalistą (specjalista to za S. Gruczą ktoś, kto nie jest istotny ze względu na wiedzę, którą posiada, ale dzięki jego językowym właściwościom nazywanym „specjalistycznymi właściwościami tekstowymi”; ktoś, kto jest w stanie pisać i odbierać teksty specjalistyczne), ale nawet jeśli nie jest specjalistą, może być odbiorcą czasopisma medycznego. Analiza konkretnych tekstów pozwoliła na stwierdzenie, że w dyskursie medycznym nie ma dużej dysproporcji wiedzy między uczestnikami komunikacji/zdarzenia komunikacyjnego. Terminy używane przez ekspertów w konceptualizacji i kategoryzacji celów dyskursu, są powszechnie rozumiane przez odbiorców, dlatego rzadko są wyjaśniane.

Niniejsza rozprawa składa się z pięciu rozdziałów. Jeden z nich stanowi wprowadzenie teoretyczno-metodologiczne, a kolejne cztery są analizą materiału egzemplifikacyjnego. W rozdziale pierwszym, który stanowi podłoże teoretyczne, ukazane zostało miejsce dyskursu medycznego na tle innych dyskursów, omówiono relacje pomiędzy dyskursem a tekstem oraz charakterystyczne wykładniki tekstu specjalistycznego, będącego tworzywem dyskursu medycznego. Rozważania teoretyczne doprowadziły do wyznaczenia i zobrazowania relacji pomiędzy dyskursem naukowym, dyskursem specjalistycznym i dyskursem medycznym, a w ostateczności do omówienia i scharakteryzowania istotnych cech dyskursu medycznego i określenia jego definicji. Na ustalenie jej ostatecznego kształtu wpływ miały prace obcojęzyczne na temat dyskursu specjalistycznego, technicznego i profesjonalnego. W niniejszej

dysertacji zostało ukazane dość złożone pojęcie dyskursu medycznego, analizowano bowiem teksty specjalistyczne o niskim stopniu czytelności, które można zakwalifikować do dyskursu specjalistycznego, ale również te o wyższym stopniu czytelności, które reprezentują dyskurs profesjonalny.

W związku z tym, że w rozprawie doktorskiej została przyjęta definicja dyskursu medycznego jako zdarzenia komunikacyjnego, istotne było rozpoczęcie analizy materiału od relacji nadawczo-odbiorczych, zwrócenie uwagi na różne typy nadawców i odbiorców uobecnione w tekstach zawartych w czasopismach medycznych, a także na językowe sposoby kreowania tej relacji. Porównane zostały artykuły wstępne z obu czasopism, a także pozostałe gatunki tekstów. Analiza posłużyła do ujawnienia podobieństw i różnic w sposobach wyrażania relacji nadawczo-odbiorczej, wynikających między innymi z typów nadawców, którzy reprezentują inne role widoczne na poziomie tekstu, jak i związane z zawodem, który wykonują. Teksty medyczne w dyskursie specjalistycznym reprezentowanym przez czasopismo „Medycyna po Dyplomie” nie są tworzone przez dziennikarzy, ponieważ nie ma w nim wielu takich gatunków, w których mogliby się oni uobecniać. W związku z tym można mówić o heterogeniczności gatunkowej omawianego wycinka dyskursu medycznego w jego odmianie pisanej i prasowej, która wpływa na zawiłą sytuację komunikacyjną, na którą składa się wielu nadawców (nadawca redaktor w artykule wstępnym („Medycyna po Dyplomie i „Medical Tribune”), nadawca dziennikarz („Medical Tribune”), nadawca lekarz czy lekarz-specjalista („Medical Tribune i „Medycyna po Dyplomie”).

Rozdział trzeci stanowi formalno-semantyczną i semantyczną analizę terminów medycznych konstytuujących dyskurs medyczny. Wyodrębnione zostały grupy semantyczne, które wchodzi w jego skład i które są dla tego typu dyskursu istotne. Pozwoliło to na konstatację, że każda z tych grup zawiera nazwy, które pomagają w leczeniu, diagnozowaniu chorób, w mniejszym lub większym stopniu służą opisaniu tych chorób, sposobów ich diagnozy, a wszystko to ma przekazać odbiorcy wiedzę prowadzącą do głównego celu, tj. wyleczenia pacjenta. Wobec tego choroby są głównym i centralnym tematem, wokół którego koncentrują się teksty medyczne, ponieważ wiedza na ich temat elementem, który tworzy dyskurs medyczny.

Charakterystyka formalno-semantyczna doprowadziła do wniosku, że na kształt dyskursu medycznego składają się terminy jednowyrazowe, w których dominują rzeczowniki, a wśród nich występują również takie, które przekazują pewne ważne kwestie (jako że cechą terminu jest to, że musi być konkretny i precyzyjny), ale również

dwu- lub kilkuwyrazowe (głównie wtedy, gdy nazwa wyrażona przez rzeczownik jest nieprecyzyjna i nie stanowi konkretnej dawki wiedzy dla odbiorcy). Z kolei przymiotników jest znacznie mniej, ponieważ ich cechą charakterystyczną jest to, że łączą się z rzeczownikami, tworząc już terminy dwuwyrazowe. Analiza terminów w konkretnych kontekstach ukazała poziom ich zagęszczenia i pozwoliła na konkluzje dotyczące stopnia czytelności tekstów medycznych, tworzących dyskurs wiedzy, a także na ustalenie roli, jaką w procesie przekazywania informacji odgrywają przymiotniki (doprecyzowują treść, która jest dla dyskursu medycznego ważna).

Analiza leksyki terminów, które wchodzą w skład dyskursu medycznego, stanowiła ważny aspekt badań z racji roli, jaką pełnią one w dyskursie, dlatego kolejny rozdział dotyczył sposobów konstruowania dyskursu medycznego oraz tego, w jaki sposób terminy ogólne zmieniają się w dyskursie i za jego pośrednictwem, jakie nowe ich znaczenia wyłaniają się z kontekstów użycia. Kontekst jest tym, co wpływa na kształt i formę terminów, których nie można analizować w oderwaniu, bo jedynie w dyskursie mogą one w pełni ujawnić swoje cechy, określić wymiar i kształt dyskursu, który tworzą. Konkretnie badania kontekstualne doprowadziły do wniosków, że termin może całkowicie lub częściowo zmieniać swoje znaczenie, na co wpływają m.in. przymiotniki i przyimki, z którymi się łączy, może występować w nowych, nietypowych połączeniach międzywyrazowych, może nabierać pejoratywnego znaczenia i odwrotnie (frekwencja użycia niektórych terminów mających znaczenie negatywne powoduje, że są one wykorzystywane również w tych kontekstach, które mają pozytywne zabarwienie). Istotnym zjawiskiem dla dyskursu medycznego jest również fakt występowania w nim metafory terminologicznej, która służy przekazywaniu wiedzy, jest więc oparta na skojarzeniu: wizualnym, słuchowym czy dotykowym, ma więc informować odbiorcę, być pewnym sygnałem dla niego, ułatwiać zapamiętanie treści, które będą dla niego istotne w przyszłej praktyce lekarskiej. Analiza tekstów medycznych pozwoliła również na wyodrębnienie takiego zjawiska, jak polisemia międzyterminologiczna, co z kolei doprowadziło do konstatacji, że dyskursy specjalistyczne różnych dziedzin wzajemnie się przenikają. Istotne jest również to, że dyskurs wpływa na odradzanie się leksemów, które już wyszły z powszechnego użycia.

W piątym, ostatnim rozdziale terminy zostały przeanalizowane pod względem formalnym, w związku z tym, że – jak pisał S. Gajda – badania terminologiczne powinny być ukierunkowane na poszukiwanie, tzw. gramatycznych właściwości

terminów. Mimo że analiza formalna nie była tak ważna dla dyskursu, to jednak nie można było jej pominąć, ponieważ pozwala ona na scharakteryzowanie 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) i sufiksów. 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. Jednym z tych wzorców jest wyraźna dążność do ekonomii, m.in. w użyciu wyrażen przyimkowych, które niosą istotną, precyzyjną treść w skondensowanej formie. Analiza słowotwórcza terminów pozwoliła wobec tego na ukazanie dyskursu medycznego w sposób holistyczny, całościowy i stanowiła kłamrę zamykającą rozważania nad tym typem dyskursu.

Podsumowując wyniki przeprowadzonych badań, zwrócono uwagę na to, że dyskurs medyczny będący odmianą dyskursu naukowego i specjalistycznego, może mieć również wiele cech wspólnych z dyskursem edukacyjnym, ponieważ jest związany z poszerzaniem wiedzy, zapoznawaniem się ze szczegółami, poznawaniem badań klinicznych. Różnicą między nimi jest jednak to, że dyskurs edukacyjny opiera się na nierówności, gdyż nadawca ma większą wiedzę. Zaprezentowany w niniejszej dysertacji materiał badawczy ukazuje dyskurs medyczny jako w dużej mierze zróżnicowany i heterogeniczny, ponieważ analizowane są teksty specjalistyczne o niskim stopniu czytelności (należące do czasopisma „Medycyna po Dyplomie”), ale również te o wyższym stopniu czytelności (które są reprezentowane w czasopiśmie „Medical Tribune”). Może on więc reprezentować różne odmiany stylowe: styl publicystyczny, naukowy, a także popularnonaukowy.

W związku z tym, że jest to dyskurs wiedzy, jej przekazywanie może odbywać się za pomocą tabel, wykresów, wypunktowywanych treści, opisów chorób, różnego rodzaju definicji, a także za pomocą tzw. egzaminów z medycyny umieszczonych na końcu czasopisma, w których są pytania i odpowiedzi a, b, c; ma to być forma zachęcenia odbiorcy do sprawdzenia swojej wiedzy. Jednak najważniejszym elementem w tym procesie są terminy. Dyskurs medyczny to bowiem typ dyskursu, w którym ważna jest płaszczyzna związana ze słowem (terminem), bo to on jest istotnym narzędziem konstytuującym ten typ dyskursu i wpisuje się w ujęcie dotyczące komunikacji i przekazywania wiedzy. 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 dotyczącej sposobów leczenia, diagnostyki, 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.

1.06.2021r. Barbara Droszd