


JĘZYKI SPECJALISTYCZNE A PRZEMIANY GLOTTODYDAKTYKI POLONISTYCZNEJ

*Kamila Kubacka*¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0011-4270>

CZY TO PANIĄ/PANA BOLI? – NAUCZANIE JĘZYKA POLSKIEGO MEDYCZNEGO STUDENTÓW NA POZIOMACH A1–A2

Streszczenie: Artykuł porusza kwestie definiowania specjalistycznego języka medycznego i nauczania go na poziomach A1–A2 w grupach wielonarodowościowych na lektoracie języka polskiego na uczelni medycznej, ukazując jednocześnie problemy i trudności z tym związane. Omówione w nim zostały poszczególne etapy tworzenia kursu języka specjalistycznego, od profilu słuchacza będącego studentem anglojęzycznym i analizy jego potrzeb, aż po konkretne sposoby wprowadzania leksyki medycznej, niezbędnej już na wczesnym etapie znajomości języka polskiego dla względnej swobody komunikacyjnej w kontakcie z pacjentem polskojęzycznym. Celem artykułu jest pokazanie, iż wprowadzanie języka specjalistycznego jest możliwe już na poziomach A1–A2, jak również zwrócenie uwagi na problemy lektoratów języków specjalistycznych – brak narzędzi, materiałów i szkoleń niezbędnych do przygotowania autorskich propozycji kursów specjalistycznych.

Słowa kluczowe: język specjalistyczny, język medyczny, lektorat jpjo, kurs języka polskiego medycznego

¹ kamila.kubacka@filologia.uni.lodz.pl, Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Zakład Lingwistyki Stosowanej i Kulturowej, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź.



DOES IT HURT? – TEACHING MEDICAL POLISH AS A FOREIGN LANGUAGE FOR STUDENTS ON BASIC LEVEL (A1–A2)

Abstract: The paper addresses the issues of defining a specialist medical language and teaching at the A1–A2 level in multinational groups during the Polish language course at a medical university, showing the problems and difficulties associated with it. It discusses the individual stages of creating a specialist language course, from the profile of an English-speaking student and the analysis of his needs, to specific methods of introducing medical vocabulary, which is necessary at an early stage of knowledge of Polish for relative communication freedom when contacting a Polish-speaking patient. The aim of the paper was to show that introducing a specialist language is possible already at the level A1–A2, as well as drawing attention to the problem of specialist language courses – the lack of tools, materials and training necessary to prepare original proposals for specialist courses.

Keywords: specialist language, medical language, Polish as a foreign language academic course, medical Polish language course

1. WSTĘP

Zmiany zachodzące we współczesnej glottodydaktyce skłaniają lektorów jpjo do refleksji nad studentem jako jednostką autonomiczną i równorzędną, mającą realny wpływ na proces edukacji (Biemacka 2023, s. 266; por. Piotrowski 2011, s. 7–9), jak również do krytycznej analizy i weryfikacji programów, treści nauczania, także sposobów wprowadzania i utrwalania nowego materiału, a nawet własnych przyzwyczajień i upodobań (tamże). Stwarza to konieczność wielowymiarowego spojrzenia na potrzeby uczących się i optymalnego dostosowania kursu językowego do oczekiwań i celów grupy, zwłaszcza gdy jest ona ukierunkowana na zdobycie określonych kompetencji w zakresie nie tyle języka ogólnego, co specjalistycznego (Seretny 2017, s. 149; zob. Komorowska 2017, s. 167–168; Gębał 2016, s. 20; Gajewska, Sowa, s. 227–228) i to w ograniczonym czasie.

Nasuwa się zatem szereg pytań, na które zasadne wydaje się znaleźć odpowiedź przed opracowaniem treści kształcenia składających się na program specjalistycznego kursu języka polskiego. Po pierwsze, kim są uczestnicy kursu i jakie są ich oczekiwania? Po drugie, czy aby sprostać obecnym trendom i wymaganiom osób uczących się, można wprowadzić język specjalistyczny lub choćby jego elementy na niższych poziomach biegłości językowej (A1–A2)? Jeśli tak, to w jaki sposób? Jak zdefiniować język specjalistyczny w glottodydaktyce? Czy będzie on posiadał te same wyznaczniki typologiczne na różnych poziomach znajomości jpjo?

Wobec powyższych pytań, a także wciąż powracających wątpliwości dotyczących praktycznego wykorzystania nauczanych treści przez studentów oraz

samego języka polskiego stanowiącego przede wszystkim skuteczne narzędzie komunikacji, autorka niniejszego artykułu podejmuje się analizy nauczanego specjalistycznego języka medycznego (SJM) oraz charakterystyki jego użytkowników, próbując znaleźć odpowiedzi na nurtujące ją kwestie.

2. JĘZYK POLSKI SPECJALISTYCZNY W GLOTTODYDAKTYCE

Uznając język specjalistyczny (JS) za „skonwencjonalizowany, autosemantyczny system semiotyczny, (...) bazujący na języku ogólnym, który jest wykorzystywany w komunikacji zawodowej w odniesieniu do określonych tematów specjalistycznych” (Seretny 2017, s. 150; por.: Lukszyn, Zmarzer 2001, s. 13), można przyjąć, że stanowi on uzupełnienie bądź też rozszerzenie języka ogólnego, w związku z tym, iż JS będzie nazywał zjawiska z innego zakresu rzeczywistości niż te, które określa JO (Grucza 2009, s. 14). Na tej podstawie można wyodrębnić przestrzeń wspólną dla obu języków, zakładającą istnienie „ukrytych terminów fachowych (terminoidów)” (Seretny 2017, s. 151), które znajdują się na pograniczu JO oraz JS i pojawiają się stosunkowo rzadko w typowych, codziennych sytuacjach komunikacyjnych. Biorąc pod uwagę aspekt semantyczny, widać więc wyraźnie, że język ogólny i specjalistyczny mają miejsca wspólne, co potwierdza teorię o komplementarnym charakterze języka specjalistycznego.

W swoich rozważaniach na temat nauczanego języka medycznego autorka niniejszego artykułu doszła do wniosku, że nie tyle sam obszar JS, ile właśnie obszar wspólny dla obu języków zawiera wprowadzane na poziomach A1/A2 *terminoidy*, na które składa się leksyka z zakresu higieny osobistej i zdrowia człowieka (np. nazwy części ciała – ręka, noga, plecy, organów – płuca, żołądek, wątroba, symptomów – katar, kaszel, ból głowy czy chorób – angina, zapalenie płuc, cukrzyca). Co więcej, język nauczany na tych poziomach, nie ma prymarnej funkcji poznawczej, która często bywa wymieniana przy próbach dookreślenia charakteru języka specjalistycznego, nie jest też językiem stricte akademickim (por.: *JS na potrzeby akademickie oraz JS dla celów zawodowych*, Seretny 2017, s. 150), ponieważ celem kursu nie jest przygotowanie studentów do rozumienia oraz samodzielnego tworzenia teksów specjalistycznych. Specjalistyczny język medyczny jest im potrzebny w zupełnie innych sytuacjach i służy odmiennym celom. Stąd potrzeba ukierunkowania glottodydaktyki specjalistycznej na kognitywny lub konstruktywistyczny charakter uczenia się JS (Gębał 2016, s. 22).

Istotne wydaje się, aby wspomnieć o tezie redukcyjno-ekspansywnej dotyczącej zależności istniejących pomiędzy językiem ogólnym i specjalistycznym, w myśl której JS „charakteryzuje się w stosunku do języka ogólnego redukcją

w obrębie struktur gramatycznych, tzn. stosuje tylko wybrane struktury języka ogólnego. W obrębie leksyki cechuje go natomiast ekspansja, ponieważ oprócz całego zasobu słownictwa ogólnego dysponuje dodatkowo terminologią fachową” (Magajewska 2016, s. 202). Podążając tropem przytoczonych rozważań, autorka uznała za słuszne ograniczenie zakresu wprowadzanej na zajęciach JPM gramatyki do absolutnego minimum, niezbędnego w poprawnej, w miarę swobodnej, a przede wszystkim skutecznej komunikacji (por. Gajewska, Sowa 2014, s. 23–24).

Z uwagi na specyfikę zajęć JPJO prowadzonych na uczelni medycznej specjalistyczny język medyczny wprowadzany na poziomach A1/A2 obejmuje teksty pisane o niskim stopniu skomplikowania (dokumenty medyczne: karta pacjenta, recepta, skierowanie itp.) i mówione (wywiad medyczny, rozmowa z pacjentem, rozmowa z innym specjalistą lub z personelem medycznym), a więc służy do komunikacji naukowej i powszechnej, bazuje na języku ogólnym, rozbudowując go o bazę leksyki specjalistycznej, fachowej, przy jednoczesnym ograniczeniu struktur gramatycznych, wykorzystuje w wysokim stopniu neologizmy, zapożyczenia, bywa, że odwołuje się do stylu literackiego czy potocznego (zob. Magajewska 2016).

3. PROFIL STUDENTA, JEGO OCZEKIWANIA I POTRZEBY

Uczestnikami lektoratu języka polskiego ogólnego i medycznego są studenci I i II roku studiujący w języku angielskim na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym. Uczą się w grupach niejednorodnych etnicznie (studenci z 67 państw), ale zbliżonych pod względem wieku (przeważnie 16–20 lat) i potencjału intelektualnego². Władają najczęściej kilkoma językami obcymi, językiem wspólnym i zarazem pośredniczącym jest język angielski. Słuchacze w większości nie znają języka polskiego i zaczynają naukę od podstaw³, nie mają kontaktów z Polakami, rzadko wchodzą w relacje nieformalne z uwagi na brak znajomości języka polskiego, zakwaterowanie (akademiki międzynarodowe – skupiska jednorodnych grup etnicznych) czy program studiów (osobne zajęcia dla Polaków i cudzoziemców).

² Studenci są przyjmowani na UM w Łodzi w procesie rekrutacji obejmującej egzaminy ustne z nauk socjomedycznych oraz biologii, matematyki, fizyki i chemii. Rozmowa odbywa się w języku angielskim.

³ Odnotowano pojedyncze przypadki słuchaczy posiadających polskie korzenie, którzy potrafią sprawnie komunikować się w języku polskim, jak również osób, które ukończyły kursy przygotowawcze w UM lub poza uczelnią.

Studenci uczęszczają na zajęcia językowe na I oraz II roku studiów (4 semestry, 90-minutowe lekcje raz w tygodniu), w trakcie których poznają polską kulturę (tradycje, święta), język ogólny (sem. 1 i 2) oraz specjalistyczny język medyczny (sem. 3 i 4). Na kolejnych latach studiów realizują zajęcia kliniczne na różnych oddziałach w szpitalach na terenie Łodzi i okolic, podczas których wchodzi w bezpośredni kontakt z pacjentem polskojęzycznym (dorosłym i dzieckiem).

Ponadto cudzoziemcy odbywają praktyki (pielęgniarskie, lekarskie i stomatologiczne) wakacyjne zarówno w swoich krajach, jak i w polskich szpitalach uniwersyteckich (III–V rok medycyny: ginekologia i położnictwo, chirurgia, intensywne terapia, pediatria, interna – po 60 godz.; III–IV stomatologii: chirurgia szczękowo-twarzowa – 60 godz. + praktyka dentystryczna – 180 godz.), w których wchodzi w interakcje z pacjentami, przeprowadzają wywiad medyczny, badanie fizykalne i wdrażają procedury leczenia.

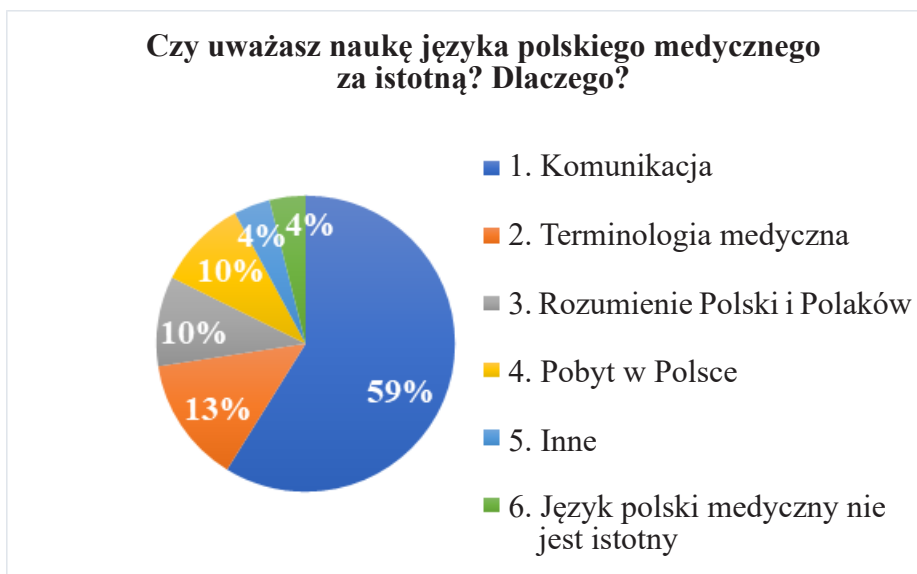
Wobec powyższego nasuwa się wniosek, iż uczestnikami zajęć języka polskiego są studenci o innych priorytetach – ich celem nie jest nabycie kompetencji w języku polskim, a zdanie egzaminów z przedmiotów kierunkowych, wskutek czego JP traktowany jest jako przedmiot marginalny, a czas 90-minutowych zajęć tygodniowo to realny czas nauki studenta. Krytyczne spojrzenie na program studiów medycznych skłoniło autorkę niniejszej pracy do głębszych refleksji na temat realnych potrzeb uczących się oraz możliwych sposobów dostosowania zawartości tematycznej, metod, technik czy typów ćwiczeń do możliwych sytuacji komunikacyjnych, w jakich studenci mogą się znaleźć.

W efekcie na początku października 2023 roku poproszono studentów o wypełnienie ankiety potrzeb z zakresu języka polskiego (por. Kierczak 2011; Wojtczak 2016). Ankieta została przeprowadzona w języku angielskim. Wzięło w niej udział 46 studentów anglojęzycznych, z czego: 41 to studenci medycyny, 5 – stomatologii, 31 to studenci I roku, 15 – II roku. Na pytanie: *Czy uważasz naukę języka polskiego medycznego za istotną? (Do you consider medical Polish as important to study?)* 34 respondentów odpowiedziało, że tak, 9 – raczej tak, 1 osoba – nie i 2 – raczej nie. Wśród uzasadnień dla odpowiedzi twierdzących, najczęstszymi argumentami były: chęć komunikowania się z pacjentem, personelem medycznym, ale i z Polakami w codziennych sytuacjach – 30 respondentów (np.⁴: „It’s important because it allows me to communicate with my patients and my colleagues who might not be well-versed in English”, „Medical Polish help in having effective communications with medical professionals”), potrzeba rozumienia terminów medycznych w przestrzeni akademickiej i poza nią (zajęcia kliniczne, szpital, np.: „To increase my medical knowledge and vocabulary in polish”, „We will face such medical terms in polish hospitals”) – 7 osób, chęć rozumienia Polaków jako wspólnoty oraz Polski

⁴ Przytoczone fragmenty zostały zapisane z uwzględnieniem oryginalnej postaci wypowiedzi studentów.

(historii, kultury, tradycji, np.: „understand the country more”, „Learning polish has helped me navigate my way around Poland. It is easier to ask for help and even give help even though I'm not fluent”) – 5 osób. Dla 5 respondentów nauka języka polskiego medycznego wydawała się naturalną kolejną rzeczą, w związku z tym, że są studentami uczelni medycznej (np.: „We are in Poland and studying medicine, it only makes sense”). Wśród negatywnych odpowiedzi pojawiły się takie, które sugerowały, że studenci nie wiążą przyszłości z Polską, jako docelowym miejscem pobytu, stąd nie uznają potrzeby uczenia się języka polskiego medycznego (2 osoby: „Because Im not planning on staying on poland for so long”, „i wont be practicing medicine in poland”).

Wykres 1. Czy uważasz naukę języka polskiego medycznego za istotną?



Źródło: opracowanie własne

Studenci zostali również zapytani o to, co według nich jest ważniejsze: nauka języka polskiego ogólnego czy medycznego, na co 10 osób odpowiedziało, że znajomość JO stanowi dla nich priorytet, dla 3 to język medyczny jest ważniejszy, a 36 respondentów zdecydowało, że zarówno JO, jak i medyczny są dla nich równie istotne, np.:

To socialize with other polish friends and to be able to comprehend what my patients communicate.

Medical one is for the purpose of school, general one just for convenience of living in this country.

Medically , In order to treat patients it would be much easier and they would be able to explain their problems with ease. Generally, knowing polish makes me able to stay in Poland among the people without facing much difficulties.

We use language to build a relationship with people. In the medical field, building relationships with patients are important in order to gain their trust. Therefore both are equally important. Using general polish I will be able to communicate on a human level with them, building a relationship, and using medical polish I will be able to explain what is happening and why we are doing certain tests and procedures.

Wyniki ankiety wyraźnie pokazały, że studenci kierunków medycznych odczuwają silną potrzebę przyswajania języka ogólnego oraz medycznego, widzą też konieczność ich nauki na wczesnym etapie znajomości języka obcego. Na tej podstawie wysnuto wnioski dotyczące realnych potrzeb studentów kierunków medycznych. Po pierwsze uczestnicy kursu powinni nabyć umiejętność komunikowania się w podstawowych sytuacjach z życia codziennego (sklep, restauracja, apteka, przestrzeń miejska i uniwersytecka, *small talk* – mówienie o sobie z uwzględnieniem czasu teraźniejszego, przeszłego i przyszłego etc.). Po drugie właściwym wydaje się usunięcie z zakresu programowego materiałów dydaktycznych zawierających język specjalistyczny *stricte* akademicki. Niepraktyczne w tym kontekście będą wszelkie rozprawy naukowe czy artykuły z czasopism branżowych, ale także dłuższe teksty informacyjne stanowiące nieodłączny element większości podręczników specjalistycznych do nauczania JPM. Istotne jest zatem przesunięcie punktu zainteresowania na faktyczne użycie języka jako narzędzia komunikacyjnego. Po trzecie kwestią priorytetową powinno być położenie nacisku na *kompetencję funkcjonalną* (ESOKJ 2003, s. 112), w tym przypadku osiągnięcie przez uczących się możliwie swobodnego funkcjonowania w przestrzeni akademickiej i medycznej (nazwy pomieszczeń, badań, sprzętów w szpitalach i poradniach specjalistycznych, personelu medycznego), rozumienie informacji z zakresu JO/JS na podstawie dokumentów medycznych oraz w kontakcie z pacjentem polskojęzycznym, sprawne przyswajanie i przetwarzanie informacji w języku polskim jako obcym, właściwe reagowanie na komunikaty pacjenta polskojęzycznego oraz odpowiednie instruowanie go podczas badania, a także udzielanie konkretnych wskazówek dotyczących przebiegu leczenia (przejmowanie inicjatywy komunikacyjnej).

4. CHARAKTERYSTYKA LEKTORATU JĘZYKA POLSKIEGO

Kurs językowy na obu kierunkach trwa 2 lata i jest podzielony na 4 semestry. Każdy z nich kończy się pisemnym zaliczeniem z oceną lub, w przypadku stomatologii, egzaminem pisemnym i ustnym podsumowującym 2-letni lektorat. Zajęcia odbywają się raz w tygodniu i trwają przeważnie 90 minut.

Tabela 1. Organizacja kursu JP na lektoracie na UM w Łodzi

6 MD (kier. lekarski)	I rok	sem. 1	25 godz.	Zaliczenie pisemne z oceną
		sem. 2	24 godz.	Zaliczenie pisemne z oceną
	II rok	sem. 3	26 godz.	Zaliczenie pisemne z oceną
		sem. 4	24 godz.	Zaliczenie pisemne z oceną
5 DMD (kier. lekarsko-dentystyczny)	I rok	sem. 1	30 godz.	Zaliczenie pisemne z oceną
		sem. 2	30 godz.	Zaliczenie pisemne z oceną
	II rok	sem. 3	30 godz.	Zaliczenie pisemne z oceną
		sem. 4	30 godz.	EGZAMIN pisemny + ustny

Źródło: opracowanie własne

Zgodnie z powyższą tabelą, na I i II roku kierunku lekarskiego na nauczanie jpjo przypada 99 godzin, na I i II roku kierunku lekarsko-dentystycznego – 120 godz. Podział ten jest podyktowany programem studiów w języku polskim i musi podlegać pewnej standaryzacji w tym zakresie (punkty ECTS), dlatego też występują rozbieżności w zaliczaniu poszczególnych semestrów na obu kierunkach.

Biorąc pod uwagę rozkład tematyczny, lektorat rozpoczyna się jednakowo dla obu kierunków i obejmuje wyłącznie język ogólny: studenci poznają system języka polskiego, uczą się odnajdywać w przestrzeni języka fleksyjnego, następnie przyswajają przydatne zwroty i niezbędną gramatykę, które wykorzystują w podstawowych, codziennych sytuacjach komunikacyjnych. Stopniowo wprowadzany jest także język specjalistyczny medyczny, w oparciu o język ogólny (np. przy okazji pytań o drogę w przestrzeni miejskiej, realizowany jest temat przestrzeni szpitalnej z uwzględnieniem nazw pomieszczeń). Zestawiając nauczany materiał z wystandaryzowanymi opisami poszczególnych poziomów biegłości językowej zawartymi w ESOKJ (2003, s. 33–37), uzupełnionym dokumentem CEFR (*Council of Europe* 2018, s. 91–92) czy zakresami tematycznymi proponowanymi przez autorów *Programów nauczania JPJO. Poziomy A1–C2* (Janowska i in. 2011), można odnieść wrażenie, że kurs JPM realizuje tematy od poziomu A1 do C1, nie realizując przy tym pełnego zakresu tematycznego dedykowanego niskim poziomom (A2–B1). Studenci posiadają wiedzę i kompetencje

komunikacyjne w warstwach leksykalnych dotyczących zdrowia i higieny osobistej w zależności od poziomu zaawansowania językowego (podział według *Programów nauczania JPJO. Poziomy A1–C2* 2011, red. I. Janowskiej i in.):

Tabela 2. Wykaz zagadnień realizowanych na zajęciach JPJO na UM uwzględniający podział na poziomy (na podst. Janowska i in. 2011)

A1	samopoczucie higiena osobista części ciała choroba	A2	wizyta u lekarza apteka
B1	stan zdrowia choroby wizyta u lekarza (specjalisty) dieta, zdrowy styl życia wypadki	B2	diagnostyka (badania, analizy)
		C1	system opieki zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne

Takie podejście, które skupiając się na potrzebach kursantów i wychodzących poza ramy ustandaryzowanych programów nauczania na dany poziom zaawansowania językowego, konsekwentnie realizuje konkretne cele, niesie ze sobą pewne ryzyko. Większość metodyków nauczania JPJO jest zgodna co do tego, iż język specjalistyczny należy wprowadzać od poziomu B2 wzwyż, z uwagi na korelację pomiędzy wysokim poziomem kompetencji ogólnych i łatwością przyswajania JS (Seretny 2017, s. 154). „Przyjmuje się, że na poziomie B2 trzeba opanować około 5000–6000 słów, których znajomość umożliwia podejmowanie większości działań komunikacyjnych, stanowiąc bazę dla rozwijania akademickiej kognitywnej biegłości językowej” (tamże). Nadręcza to pewnych problemów metodyczno-organizacyjnych, ponieważ z jednej strony lektor zna profil studenta, jest świadomy jego potrzeb i oczekiwań względem kursu, z drugiej stawia czoła wyraźnym ograniczeniom (poziom językowy uczestników kursu, niewielka liczba godzin lektoratu) i narzuconym przez uczelnię medyczną standardom (na każdym innych zajęciach lektoratu JO realizowany jest wyłącznie JS dostosowany do potrzeb poszczególnych grup odbiorców), jak również założeniom metodycznym.

Pogodzenie powyższych komplikacji wydaje się z pozoru niemożliwe. Jednakże opis poszczególnych kompetencji komunikacyjnych (w szczególności kompetencji socjolingwistycznych i pragmatycznych) oraz działań interakcyjnych i mediacyjnych zawartych w CEFR (*Council of Europe* 2018, s. 85, 87, 91–92) otwiera drogę do tego, aby na poziomie A1+, wykorzystując podstawowe struktury i leksykę, wprowadzać komponent specjalistyczny (zob. Biernacka 2023, s. 270–272). Zdaniem Michaliny Biernackiej możliwe do osiągnięcia są już na początkowym etapie nauki JPJO np.:

werbalne i niewerbalne wykazywanie zainteresowania tym, co mówi pacjent; przekazywanie informacji na podstawie danych (...) zawartych w konwersacjach na znany temat (...), prostych instrukcji i zaleceń; wspomaganie interakcji (jako wspierający praktykant), o ile dentysta prowadzący i/lub pacjent pomagają włączyć się do rozmowy; dopytywanie i proszenie o wyjaśnienie czegoś, o doprecyzowanie (...); rozpoznawanie komunikacyjnych trudności, nazywanie charakteru problemu, odpowiednie, przynajmniej ogólne reagowanie.

(Biernacka 2023, s. 270)

Naprzeciw wychodzi również specyficzna struktura JS medycznego opierającego się na dość ograniczonych strukturach gramatycznych i słownictwie, które w dużej części pokrywa się z językiem ogólnym, np.: instrukcje kierowane do pacjenta można z powodzeniem ograniczyć do: proszę + bezokolicznik, np.: *Proszę podwinąć rękaw. Proszę położyć się na plecach. Proszę oddychać głęboko.* itd.; informowanie pacjenta o kolejnych działaniach podejmowanych przez lekarza można z kolei sprowadzić do użycia czasu przyszłego złożonego, który studenci przyswajają z łatwością, np.: *Teraz będę pana / panią badać. / Teraz będę borować. / Będę oglądać gardło i migdały.* Wyrazy nazywające popularne choroby, części ciała i organy są również powszechnie znane w polszczyźnie, więc nie ma konieczności, aby budować bazę językową B1/B2 do wprowadzania specjalistycznej leksyki. Sytuacje komunikacyjne, w których użycie wymienionej leksyki jest możliwe, zostało ujęte w opisie dotyczącym prowadzenia i udzielania wywiadu w standardach wymagań na poziomie A2 (*Council of Europe* 2018, s. 91).

5. PROGRAM KURSU JĘZYKA POLSKIEGO MEDYCZNEGO DLA STUDENTÓW MEDYCYNY I STOMATOLOGII

Przyjęcie założenia, że języka medycznego można z (różnym) powodzeniem uczyć na niższych poziomach, rodzi zatem pytanie: jak uczyć? Przed opracowaniem nowego programu kursu, konieczna była wnikliwsza analiza podręczników i pomocy dydaktycznych dostępnych na rynku wydawniczym. Dokonano przeglądu publikacji zarówno poświęconych językowi ogólnemu, jak i specjalistycznemu (zob. Ławnicka-Borońska, Kubacka 2016), co nie przyniosło jednak spodziewanych rezultatów. W większości były to podręczniki, które powielały podstawowe sytuacje komunikacyjne (rejestracja, apteka, gabinet lekarski i stomatologiczny), wpisując się w wymogi komunikacyjne stawiane poziomom A1 i A2 lub były nieadekwatne

do poziomu kursu (głównie publikacje B1+) oraz ukierunkowane na język akademicki (przeznaczone dla kandydatów na uczelnie medyczne)⁵.

Doświadczenie w pracy z grupami medycznymi na poziomie początkowym pozwoliło na wypracowanie własnych technik i materiałów dydaktycznych utrzymanych w duchu metody komunikacyjnej i zadaniowej, zorientowanej na konkretne działania komunikacyjne (zob. Miodunka 2013) oraz rozwijanie sprawności komunikacyjnych i kompetencji transwersalnych. Znalazły się one w elektronicznych skryptach przeznaczonych do użytku na potrzeby zajęć na UM. Realizują one założenia autorskich sylabusów opracowanych w oparciu o badania potrzeb studentów oraz wywiady z pracownikami UM (władze Wydziału Lekarskiego, pracownicy administracji odpowiedzialni za tworzenie programu studiów dla poszczególnych kierunków, kierownik dziekanatu i opiekunowie kierunków). Dało to podstawy do stworzenia wykazu typowych sytuacji użycia JS w konkretnych kontekstach zawodowych, a w konsekwencji działań językowych, co pozwoliło na doprecyzowanie zakresu użycia JS na poziomach A1–A2+ (por. projekt *JASNE! – Alles klar!* – Gębał 2016, s. 27).

Na tej podstawie wyselekcjonowano niezbędny do opanowania materiału językowy z zakresu języka ogólnego (np.: powitania, pożegnania, mówienie o sobie, zakupy, zamawianie posiłków, pytanie o drogę itp.) i specjalistycznego medycznego, który jest realizowany równoległe na zajęciach. Komponent specjalistyczny medyczny, uwzględniający podział na kierunki i semestry nauczania jppo, zaprezentowano w poniższej tabeli.

Tabela 3. Komponent medyczny na zajęciach jppo na UM w Łodzi

Kierunek	Rok/ sem.	Komunikacja	Słownictwo
medycyna/ stomatologia	I / 1	Pytanie o drogę w przestrzeni szpitalnej.	Lokalizacja miejsc (synt. statyczna) w przestrzeni szpitalnej – nazwy pomieszczeń i oddziałów. Wyznaczanie kierunków (synt. dynamiczna, zamknięta przestrzeń) – <i>jak dojść do...?</i> w szpitalu.
medycyna	I / 2	Mówienie o dniu i tygodniu studenta / lekarza z uwzględnieniem słownictwa medycznego. Dialogi w rejestracji (umawianie się na wizytę, na badania, negocjowanie terminu).	Rutyna studenta medycyny. Rutyna lekarza. Nazwy podstawowych czynności w gabinecie lekarskim / szpitalu. Rejestrowanie się na wizytę do lekarza / specjalisty.

⁵ Ciekawą propozycję stanowi podręcznik *U lekarza. Słucham i rozumiem! Materiały do nauczania języka polskiego medycznego. Poziom A2–B2* (Terka, Rogala i in. 2019).

Tabela 3. (cd.)

medycyna cd.		Dialogi w aptece. Mówienie o dolegliwościach (swoich i kolegów). Opisywanie stanu zdrowia. Pytanie o stan zdrowia kolegów. Wywiad medyczny nieformalny z kolegą/koleżanką. Dialogi u lekarza (wywiad i udzielanie odpowiedzi). Mówienie o planach w kontekście praktyk pielęgniarskich i dentystycznych (cz. przyszły).	Nazwy specjalizacji lekarskich. Nazwy podstawowych badań i dokumentów medycznych. Nazwy leków i wyrobów medycznych, dawkowanie. Nazwy części ciała i narządów. Konstrukcja <i>boli / bolą mnie</i> + nazwy symptomów i chorób. Konstrukcje: <i>Jestem / Jest mi? Mam.../ Czują się...</i> Nazwy czynności wykonywanych podczas praktyk studenckich w szpitalu.
stomatologia	I / 2	= sem. 2 medycyny + Dialogi u stomatologa (wywiad i udzielanie odpowiedzi).	= sem. 2 medycyny + Typy uzębienia u zwierząt i ich funkcje. Nazwy zębów (zwyczajowe i medyczne). Nazwy podstawowych czynności wykonywanych przez stomatologa w gabinecie.
medycyna	II / 3	Pełny wywiad medyczny z pacjentem dorosłym i dzieckiem. Badanie fizykalne – informowanie pacjenta o podejmowanych czynnościach. Instrukcje dla pacjenta przed badaniem, w trakcie i po zakończeniu badania. Pocieszanie i uspakajanie pacjenta.	Nazwy jednostek chorobowych z uwzględnieniem podziału na: choroby przewlekłe, nowotworowe, zakaźne itp. Nazwy czynności wykonywanych przez lekarza przed badaniem, w trakcie i po zakończeniu badania. Nazwy czynności wykonywanych przez pacjenta przed badaniem, w trakcie i po zakończeniu badania. Polecenia kierowane do pacjenta. Pytanie o czas wystąpienia objawów. Ból (typy, siła bólu, zmiany natężenia bólu). Opis miejsca bólu.

medycyna	II / 4	Dialog lekarza z pacjentem podczas wizyty. Dialog lekarza specjalisty z pacjentem dorosłym i dzieckiem podczas wizyty. Dialog lekarza z pacjentem będącym w szpitalu.	Nazwy układów i odpowiadających im organów (wybrane). Porady medyczne. Diagnozowanie pacjenta. Zalecenia medyczne. Wybrane oddziały szpitalne – nazwy jednostek chorobowych, badań specjalistycznych, symptomów.
stomatologia	II / 3	Elementy wywiadu medycznego z pacjentem dorosłym.	Pytania o czas i miejsce wystąpienia bólu. Określanie miejsca bólu z uwzględnieniem nazw zębów.
stomatologia	II / 4	Dialog lekarza z pacjentem podczas wizyty. Pełny wywiad medyczny z pacjentem dorosłym i z dzieckiem. Badanie fizykalne – informowanie pacjenta o podejmowanych czynnościach. Instrukcje dla pacjenta przed badaniem, w trakcie i po zakończeniu badania. Pocieszanie i uspakajanie pacjenta. Wizyta u ortodony – dialogi.	Budowa jamy ustnej. Budowa zęba. Zęby u dorosłych i u dzieci – charakterystyka. Nazwy jednostek chorobowych, symptomów, problemów stomatologicznych. Nazwy czynności wykonywanych przez lekarza przed badaniem, w trakcie i po zakończeniu badania. Nazwy czynności wykonywanych przez pacjenta przed badaniem, w trakcie i po zakończeniu badania. Polecenia kierowane do pacjenta. Ból (typy, siła bólu, zmiany napięcia bólu). Słownictwo związane z zakładaniem aparatu ortodontycznego. Nazwy narzędzi, urządzeń i pomocy stomatologicznych.

Źródło: opracowanie własne

Opanowanie przez studentów pokaznego rejestru zagadnień medycznych jest możliwe z uwagi na określony porządek i gradację materiału (od prostych zadań wdrażających aż do samodzielnej produkcji krótkich wypowiedzi ustnych), wielokrotne powtarzanie tych samych struktur, a także uzupełnianie ich o coraz to nowszą leksykę, przeplatanie się informacji znanych i utrwalonych z nowymi w różnych kontekstach tematycznych i wskazywanie na zależność przyczynowo-skutkową kolejnych, proponowanych aktywności. Warto wspomnieć, że materiał jest w dużej mierze przyswajany na zajęciach, co ułatwia proces uczenia się i studentom, i prowadzącym.

Ponadto, wychodząc naprzeciw potrzebom młodszego pokolenia studentów oraz nowym trendom w nauczaniu i uczeniu się, na co niewątpliwym wpływ miała pandemia i zajęcia zdalne, w skrypcie zaproponowano krótkie, skondensowane ćwiczenia i fragmentaryczne partie dialogowe i tekstowe (akapity tego samego tekstu informacyjnego rozmieszczone w różnych częściach skryptu, wykorzystywane na rozmaite sposoby w zależności od złożenia i potrzeb), często zakończone osiągnięciem konkretnego celu komunikacyjnego, aby były one lepiej przyswajane przez kursantów, bardziej użyteczne i nieprzytłaczające zarówno formą, jak i warstwą leksykalną. Wpłynęło to znacząco na zmienność, różnorodność i dynamikę zajęć, a tym samym na większe zaangażowanie słuchaczy i silniejszą motywację. Z uwagi na stopień skomplikowania wymowy terminów specjalistycznych, ale i potrzebę uatrakcyjnienia zajęć, zdecydowano o samodzielnym stworzeniu nagrań partii dialogowych i ćwiczeń interaktywnych (online) z wykorzystaniem popularnych stron i platform edukacyjnych (Kahoot, Socrative, Quizlet i in.).

6. PROPOZYCJE ROZWIĄZAŃ PRAKTYCZNYCH

W przypadku tego rodzaju kursu specjalistycznego medycznego nieodzowne było samodzielne opracowanie materiałów autorskich. Poniżej zaprezentowano kilka sposobów wprowadzania i utrwalania języka specjalistycznego na niskim poziomie biegłości językowej.

6.1. WPROWADZANIE SŁOWNICTWA MEDYCZNEGO NA POZIOMACH A1/A2

Zajęcia (kierunek lekarski, sem. 2., zajęcia 2.) rozpoczynają się od dopasowania czynności do ilustracji, a następnie odsłuchania nagrania i zweryfikowania poprawności odpowiedzi.

Zadanie 1. Wprowadzanie czasowników związanych z rutyną na poziomie A1 (fragment)

2. Proszę połączyć czynności i obrazki, a następnie wysłuchać poprawnych odpowiedzi.

(🎵 Rutyna_czasowniki)

A. uczyć się (ja uczę się, ty uczysz się)	B. spać (ja śpię, ty śpisz)	C. mieć zajęcia (ja mam, ty masz)
---	-----------------------------	-----------------------------------

D. rozmawiać przez telefon (ja rozmawiam, ty rozmawiasz)	E. gotować obiad (ja gotuję, ty gotujesz)	F. oglądać telewizję (ja oglądam, ty oglądasz)
--	---	--



--	--	--	--

Źródło: opracowanie własne

Następnie zadaniem studentów jest połączenie tekstu w logiczną całość (Zadanie 2), dzięki czemu utrwalają poznane wcześniej słownictwo ogólne, dotyczące rutyny, opisywania dnia z uwzględnieniem pór i określeń częstotliwości wykonywanych czynności. Baza ta została wzbogacona o komponent medyczny, co jednocześnie nadało tekstowi personalnego charakteru.

Zadanie 2. Czytanie ze zrozumieniem – utrwalanie słownictwa ogólnego

3. Proszę ułożyć fragmenty tekstu w odpowiedniej kolejności.

1	Anna studiuje medycynę na Uniwersytecie
	Medycznym w Łodzi. Codziennie rano ona wstaje, bierze prysznic, myje
	na uniwersytecie: wykłady, ćwiczenia i laboratoria. Przed
	komputerze. Niestety <i>nigdy</i> nie chodzi spać wcześniej, bo długo rozmawia przez
	południem ma krótką przerwę na drugie śniadanie. Anna <i>często</i> je drożdżówkę i pije
	wodę
	obiad, <i>czasem</i> zamawia pizzę, a później uczy się anatomii, biofizyki i
2	telefon lub siedzi w Internecie. W nocy Anna śpi, rzadko czyta książki.
	zęby i robi śniadanie. Ona <i>zawsze</i> je kanapkę i jajecznicę. <i>Zwykle</i> pije kawę z
	niegazowaną. Po południu Anna robi zakupy i wraca do domu. Gotuje
	mlekiem. <i>Od czasu do czasu</i> pije też herbatę z cytryną. Potem Anna ma zajęcia
	polskiego. Wieczorem ogląda film lub gra na

Źródło: opracowanie własne


Bezpośrednio pod tekstem zamieszczony został słowniczek uwzględniający wybrane kolokacje, np.: *wracać do domu, mieć zajęcia, mieć przerwę* lub

pojedyncze słowa, np.: *drożdżówka*, *wyklady* itp. Studenci mogli utożsamiać się z bohaterką zadania, bowiem przywołane nazwy przedmiotów odpowiadają zajęciom z siatki godzin studentów medycyny. Pojawiają się odniesienia kulturowe (*drożdżówka*), pozwalające na podjęcie dyskusji o charakterze socjolingwistycznym.

Kolejnym etapem było wykorzystanie poznanych odpowiednio wcześniej struktur gramatycznych i leksykalnych w celu wprowadzenia terminologii medycznej.

Zadanie 3. Czytanie ze zrozumieniem – wprowadzanie leksyki z zakresu JS medycznego

14. Tata Anny to lekarz. To jego typowy tydzień. (♪) Dzień lekarza_present)

A. w <i>Centrum Zdrowia Matki Polki (CZMP) w Łodzi</i> .	B. mecz lub gra na saksofonie. O 23:00 bierze
C. obiad. Od 14:00 do 16:00 tata ma wykład	D. 12:45 badania pacjentów, wypisuje recepty na leki
E. rozmawia o leczeniu i nowych lekach . O 19:00 wraca	F. pije kawę i czyta gazetę. Od 8:15
	<p>Mój tata to lekarz internista. On pracuje ...A... Codziennie wstaje o 6:30, a w weekend o 9:00. O 7:00 je śniadanie, do 9:30 tata robi zakupy. O 9:45 on idzie do szpitala. Pracuje od 10:00 do 18:00. Od 10:00 do i skierowania na badania, stawia diagnozę. O 13:00 ma przerwę na dla studentów medycyny. Od 16:30 do 18:00 spotyka się ze specjalistami i do domu i je kolację. Od 21:00 do 22:30 czyta i pisze maile, ogląda prysznic, a potem idzie spać. W weekend mój tata...</p>

Źródło: opracowanie własne

Zadaniem studentów było samodzielne uzupełnienie tekstu, a następnie odsłuchanie nagrania w celu zweryfikowania poprawności odpowiedzi, jak również poznania właściwej wymowy nowych słów. Po omówieniu leksyki i typowych ćwiczeniach na jej utrwalenie, słuchacze mieli za zadanie opracować w grupach plan tygodnia lekarza w oparciu o tekst, co dało przyczynek do wykorzystania nowego słownictwa medycznego: negocjowania znaczeń, upewniania się co do poprawności tłumaczenia i użycia leksyki. Następnie wspólnie mieli zdecydować, co bohater tekstu może robić w wolnym czasie (w weekend) – produkcja tekstu własnego. W tym celu studenci mogli wykorzystać znane już czasowniki lub też posłużyć się tłumaczem dla urozmaicenia wypowiedzi. Większość, zachęcona nieograniczonymi możliwościami, próbowała wygenerować własne, autorskie propozycje. Choć często były to zdania zawierające błędy gramatyczne i leksykalne, ważniejsza dla prowadzącego była wartość komunikacyjna, rozwijanie sprawności produktywnych oraz inicjowanie swobodnych, samodzielnych wypowiedzi własnych, przejmowanie inicjatywy i wywieranie realnego wpływu na kształt i charakter zajęć.

Zadanie 4. Rutyna lekarza – ćwiczenia leksykalne, utrwalające i poszerzające leksykę z zakresu JO i JS

16 C. Proszę uzupełnić tabelę informacjami z tekstu.

17 D. Proszę zdecydować, co tata Anny robi w weekend? Proszę uzupełnić tabelę (praca w parach/grupach)

	PONIEDZIAŁEK – PIĄTEK	SOBOTA – NIEDZIELA
Rano	<i>Tata wstaje, je śniadanie...</i>	
Przed południem		
W południe		
Po południu		
Wieczorem		
W nocy		

Źródło: opracowanie własne

Mimo iż ćwiczenie miało na celu przede wszystkim osiągnięcie kompromisu w drodze dyskusji i mediacji, praca w mniejszych zespołach i bardziej intymne rozmowy studentów na temat ostatniej części zadania (17. D) okazały się ciekawsze od części 16. C (odtworzenie znanych informacji) i przyniosły interesujące efekty. Praca w grupach wielokulturowych i niejednorodnych etnicznie dała studentom możliwość rozwijania kompetencji społecznych czy kulturowych (skonfrontowanie wiedzy o tym, co w wolnym czasie może robić lekarz w Polsce, a co w krajach studentów, jakie aktywności są popularne w Polsce i innych krajach, itp.).

Niewątpliwie trudnym w realizacji tematem było wprowadzanie informacji dotyczących poszczególnych układów i narządów wewnętrznych, z uwagi na ilość słownictwa specjalistycznego. Chcąc zerwać z powielanym w wielu podręcznikach schematem, w który wpisuje się: dłuższy tekst o charakterze informacyjnym, słowniczek oraz ćwiczenia na rozumienie globalne i selektywne, nadano lekcji formę dialogową.

Zadanie 5. Dialogi wprowadzające słownictwo specjalistyczne z zakresu wybranych układów (fragmenty)

Ciało człowieka

Sara: Cześć Ahmed!

Ahmed: Cześć Sara! Co słuchać?

Sara: Wszystko w porządku. Co robisz jutro po południu?

Ahmed: Hmm... Chyba nie mam planów.

Sara: To świetnie! Mam bilety do muzeum!

Ahmed: Do muzeum?! To nudne... Może pójdziemy do

Czekolady? 😊



Sara: Nie, to wcale nie jest nudne! W muzeum jest wystawa „Ciało człowieka”. To coś dla nas!

Ahmed: No dobrze...

W MUZEUM

Sara i Ahmed są w muzeum.

Ahmed: Dokąd idziemy? To miejsce jest ogromne!

Sara: Zobacz, tu jest plan muzeum.

Ahmed: Obejrzyjmy najpierw salę: „Układ kostny”.

Sara: Zobacz, tu jest cały szkielet człowieka! To jest czaszka, a to żebro.

Ahmed: Tak, widzę żebra. A tu jest mostek i kręgosłup. To chyba szkielet osiowy.

Sara: Tak, a tu jest szkielet kończyn. Są tu wszystkie kości, aż 206!

Ahmed: Ja jestem świetny z układu krążenia!

Sara: Tak, tak! Ty i twoje sercowe problemy! :)

Ahmed: Sara, mówię serio! Zobacz, to jest serce, a to naczynia krwionośne: tętnice i żyły, a w nich krąży krew.



Sara: No proszę!

Ahmed: Umieć nie tylko dobrze tańczyć. Jestem też dobrym studentem!

Sara: Teraz moja kolej! Tu układ pokarmowy.

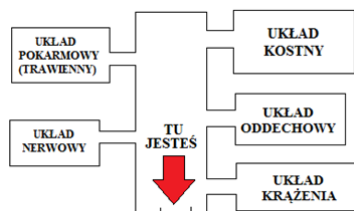
Ahmed: Układ trawienny!

Sara: To to samo! Tu jest jama ustna, gardło, żołądek i...

Ahmed: Nie pamiętasz? To łatwe. Tu jest...

1. a) jelito cienkie b) tchawica c) krew
2. a) serce b) jelito grube c) oskrzela
3. a) tętnica b) tchawica c) wątroba
4. a) oko b) trzustka c) żyła

Sara: OK, resztę sprawdzimy w akademiku... :)



Źródło: opracowanie własne

Bohaterami rozmów są studenci medycyny: Ahmed (student z Bliskiego Wschodu) i Sara (studentka z Kanady) uosabiający odmienne kultury, temperamenty i charaktery, w których niejednokrotnie kursanci upatrują samych siebie. Konwersacja ma charakter bardzo swobodny, zbliżony do naturalnej rozmowy dwojga młodych ludzi, w której, obok komponentu medycznego, znalazły się związki frazeologiczne i idiomy zaczerpnięte z języka ogólnego, a nawet potocznego (*sercowe problemy, mówię serio, znam (coś) na piątkę*), co nadaje rozmowie wiarygodności i autentyczności.

Krótkie, zabawne partie dialogowe, duża zmienność form zaproponowanych zadań (czytanie bierne i aktywne – ćwiczenie na wybór odpowiedniego

dla kontekstu słowa) wzbogaconych materiałami audio, kolorowymi ilustracjami i schematami spotykają się z bardzo pozytywnym odbiorem słuchaczy. Przyjęcie wspomnianej struktury pozwoliło na wyselekcjonowanie tylko niezbędnej na potrzeby zajęć leksyki (*Sara: (...) resztę sprawdzimy w akademiku*), a pominięcie innych elementów układów człowieka nie nasuwa pytań ani wątpliwości (bohaterowie dość naturalnie ucinają dyskusję i przechodzą do kolejnej sali muzeum). Warto dodać, iż dużym atutem partii dialogowych są oryginalne nagrania stworzone przez autorkę niniejszego artykułu z udziałem lektorów Centrum Nauczania Języków Obcych UM w Łodzi.

6.2. EWALUACJA WŁASNYCH OSIĄGNIĘĆ I OKREŚLANIE POTRZEB

Obok tradycyjnych metod ewaluacji, koniecznych dla zachowania procedur akademickich i spełnienia wymogów uczelni, za niezbędne uznano wprowadzenie autooceny kompetencji komunikacyjnych, lingwistycznych, socjokulturowych oraz umiejętności heurystycznych i efektywnego uczenia się JS, a na tej podstawie określenia własnych mocnych i słabych stron, potrzeb i celów (por. ESOKJ 2003, s. 94–100).

Zaproponowano, w ramach powtórzenia i utrwalenia przed testem określonych zagadnień, odegranie kilku scenek komunikacyjnych na zajęciach. Studenci zostali uprzednio poinformowani o konieczności przyswojenia struktur gramatycznych i leksyki charakterystycznych dla danej przestrzeni interakcji. Zadaniem studentów było wcielenie się w następujące role:

- a. pacjenta (I rok) – rozmowa w rejestracji do lekarza ogólnego lub specjalisty,
- b. pacjenta (I rok) – wizyta w gabinecie lekarza ogólnego,
- c. pacjenta (I rok) – zakupy w aptece.
- d. lekarza (II rok) – wizyta w gabinecie lekarza ogólnego.

Ich rozmówcami byli polskojęzyczni studenci kierunków medycznych zaproszeni specjalnie w tym celu za zajęcia. Studenci nie byli wcześniej informowani o stopniu zaawansowania językowego kursantów, dzięki czemu ich wypowiedzi zachowały pełną naturalność, stanowiąc pewne wyzwanie dla cudzoziemców. Mimowolnie, w kontakcie z obcojęzyczną grupą, Polacy starali się upraszczać swoje wypowiedzi lub też zmieniać je i dostosowywać tak, aby były one w pełni lub choćby częściowe zrozumiałe dla słuchaczy. Z drugiej strony studenci anglojęzyczni mogli wykorzystywać język werbalny i niewerbalny do osiągnięcia porozumienia, z zastrzeżeniem, że jedynym językiem komunikacji jest język polski. Rozmowy odbywały się pojedynczo, często jednak

w kooperacji (pary lub grupy) przy biernym lub niewielkim udziale lektora będącego moderatorem zadania. Jego rola ograniczała się do organizacji przebiegu konwersacji, na rzecz studentów, którzy chętnie przejmowali rolę lidera, tłumacza i decydenta. Za cel nadrzędny zadania postawiono osiągnięcie zamierzonego rezultatu (podejście zadaniowe) – zapisanie się na wizytę do lekarza, opisanie dolegliwości i uzyskanie szybkiej pomocy medycznej, opisanie dolegliwości i zakupienie odpowiednich leków, przeprowadzenie wywiadu medycznego wraz z badaniem fizykalnym oraz zdiagnozowanie pacjenta.

Zaproponowane ćwiczenie pozwoliło na dużą autonomię w procesie uczenia się – studenci byli zmotywowani do osiągnięcia postawionego celu komunikacyjnego i zrozumienia rodzimego użytkownika języka polskiego niebędącego nauczycielem, chętniej wchodzili w interakcje z osobą polskojęzyczną w zbliżonym wieku, przejmowali rolę mówcy, w sposób kreatywny odnajdywali się w niesterowanej sytuacji komunikacyjnej, umiejętnie rozpoczynali, podtrzymywali i kontrolowali przebieg rozmowy, uskuteczniali techniki mediacyjne i strategie komunikacyjne. Potrafili odnaleźć się w nowej sytuacji (umiejętności heurystyczne), umiejętnie przekazywali informacje i, kiedy było to konieczne, wykorzystywali różnorodne pomoce (robienie notatek na użytek własny – wywiad medyczny, zapisywanie dat na kartkach – rejestracja itp.). Po zakończonym zadaniu studenci byli proszeni o podzielenie się swoimi odczuciami, przeżyciami i refleksjami dotyczącymi nowej dla nich sytuacji komunikacyjnej. Większość była zdania, iż ćwiczenia tego rodzaju są trudne, stresujące, ale bardzo przydatne, a ich wartość praktyczna – język w użyciu – nieoceniona. Co ciekawe, wiele osób o wysokich kompetencjach językowych przyznało, że pomimo znajomości leksyki, nie było im łatwo skonstruować poprawne zdania, a strach przed porażką i nagła, chwilowa blokada działały równie motywująco, co deprymująco. Zadanie oceniono bardzo pozytywnie i wyrażono chęć ponownego uczestniczenia w zajęciach z rodzimymi użytkownikami języka polskiego.

Dla osób nieśmiałych, wycofanych i niechętnych do publicznego wypowiedzenia się na zajęciach zaproponowano alternatywę w postaci samodzielnego opracowania dialogu dla jednej spośród zaproponowanych sytuacji komunikacyjnych. Ćwiczenie składało się z dwóch części: stworzenia i spisania dialogu oraz nagrania go przy pomocy urządzeń elektronicznych (smartfon, tablet, laptop) w formie filmiku. Propozycja tego typu zadania cieszyła się dużą popularnością wśród młodego pokolenia studentów, którzy lubią dokumentować różne aspekty swojego życia (otrzymywane przez lektorkę filmiki często były już opatrzone logo znanych platform rozrywkowych i mediów społecznościowych).

7. WNIOSKI

Podsumowując omawiane w artykule różne aspekty specjalistycznego języka medycznego ze szczególnym uwzględnieniem jego miejsca w glottodydaktyce polonistycznej, uznano, iż można go wprowadzać równolegle z językiem polskim ogólnym na niskich poziomach zaawansowania językowego. Warunkiem koniecznym do rzetelnego poprowadzenia kursu, zgodnego z założeniami ESOKJ i metodyki kształcenia cudzoziemców, jest precyzyjne określenie profilu słuchacza i jego potrzeb, stworzenie korpusu tematycznego, gramatycznego i leksykalnego, koniecznego dla osiągnięcia celu komunikacyjnego na podstawie wielokierunkowych badań (rozmowy ze specjalistami z danej dziedziny – lekarzami, pracownikami UM; językoznawcza analiza dyskursu medycznego), jasne postawienie celów i sprecyzowanie wymogów. Przy czym głównym celem dla studentów kierunków medycznych nie jest osiągnięcie zaawansowania językowego odpowiadającego danemu poziomowi na skali ogólnej, a poznanie zaawansowanego słownictwa medycznego nie gwarantuje biegłości językowej w ogóle. Co więcej, znajomość branżowego języka specjalistycznego nie jest w tej sytuacji tożsama ze znajomością języka akademickiego z danego zakresu tematycznego (lektorat jpjo to nie kurs przygotowawczy dla kandydatów na studia medyczne).

Jak podkreślają badacze, niezbędne jest kształcenie nauczycieli w zakresie analizy dyskursu, typologii gatunku oraz tworzenia korpusu tekstu jako bazy do typologizacji i tworzenia zadań pisemnych i ustnych (Gajewska, Sowa 2015, s. 231), aby wiedza i nabyte doświadczenie pozwoliły im na tworzenie autorskich propozycji zajęć i niepowielanie programów i schematów oferowanych przez ustandaryzowane kursy (por. Aleksandrowska 2011; Sobkowiak 2011). Jest to także konieczność autorefleksji nad kształtem kursu jako całości, jak i poszczególnych tematów, krytycznej oceny i nieustannej weryfikacji materiałów własnych i tych zawartych w podręcznikach do nauczania języka obcego, aby były w najwyższym stopniu użyteczne i dostosowane do potrzeb i poziomu kursantów, ukierunkowane na osiągnięcie konkretnych kompetencji. Należy przy tym dodać, iż, choć specjaliści wskazują na konieczność dostosowania kursu do potrzeb rynku usług glottodydaktycznych, brak jednak podręczników i materiałów wspomagających proces nauczania JS (w tym także medycznego) na potrzeby lektoratu języka polskiego dla osób studiujących w języku angielskim.

Tym samym, uznając studenta za świadomego uczestnika i równorzędnego partnera procesu dydaktycznego, należy pozwolić mu na osiągnięcie autonomii w uczeniu się języka obcego: podejmowanie spontanicznych działań komunikacyjnych i mediacyjnych, przejmowanie kontroli nad rozmową czy

samodzielne prowadzenie konwersacji, za cenę rezygnacji z poprawnych językowo wypowiedzi i chwilowej utraty kontroli nad procesem kształcenia. Właściwe jest także podnoszenie motywacji za sprawą gradacji materiału i stawiania nowych wyzwań uczestnikom zajęć (kreatywne projekty i przedsięwzięcia wpisujące się w nauczanie zorientowane na działanie). Istotne jest utwierdzenie studentów w przekonaniu o poczuciu użyteczności przyswajanych treści, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach wspomaganych (rozmowy z pacjentem polskojęzycznym w czasie zajęć klinicznych z udziałem prowadzącego) i samodzielnych (rozmowy z pacjentem polskojęzycznym w czasie odbywania praktyk wakacyjnych), w których konieczna jest komunikacja w języku polskim, a wzbudzenie zaufania pacjenta kluczem do prawidłowego wywiadu i trafnej diagnozy.

BIBLIOGRAFIA

- Aleksandrowska O., 2011, *Kształcenie w zakresie języków specjalistycznych a potrzeby i oczekiwania studentów filologii angielskiej*, Seria „12/15”, nr 2, Lublin, s. 44–52.
- Biernacka M., 2023, *Rozwijanie działań mediacyjnych od poziomu podstawowego – na przykładzie kursu języka polskiego jako obcego dla studentów stomatologii*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t. 30, s. 265–282. <https://doi.org/10.18778/0860-6587.30.17>
- Cholewa J., 2011, *Specyfika adresata w nauczaniu języka obcego dla potrzeb zawodowych*, Seria „12/15”, nr 2, Lublin, s. 61–67.
- Common European Framework of Reference for Languages: Learning, teaching, assessment – Companion volume* [CEFR-CV; CEFR – Companion volume], 2020, Strasbourg, [online] <https://rm.coe.int/common-european-framework-of-reference-for-languages-learning-teaching/16809ea0d4> [20.01.2024].
- Europejski system opisu kształcenia językowego: uczenie się, nauczanie, ocenianie* [ESOKJ], 2003, Warszawa.
- Gajewska E., Sowa M., 2014, *LSP, FOS, Fachsprache... Dydaktyka języków specjalistycznych*, Lublin.
- Gajewska E., Sowa M., 2015, *Sposoby kształcenia nauczycieli języków specjalistycznych: od rzeczywistości edukacyjnej do rozwiązań systemowych*, „Neofilolog”, nr 44/2, s. 221–235. <https://doi.org/10.14746/n.2015.44.2.07>
- Gębal E.P., 2016, *Od dydaktyki tekstów specjalistycznych do dydaktyzacji potrzeb i działań komunikacyjnych. Kierunki i koncepcje glottodydaktyki specjalistycznej*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t. 23, s. 19–33. <https://doi.org/10.18778/0860-6587.23.02>

- Kierczak A.W., 2011, *Zwykłe niezwykle potrzeby językowe studentów farmacji*, Seria „12/15”, nr 2, Lublin, s. 53–60.
- Komorowska E., 2017, *Sylwetka uczącego się języka polskiego jako obcego dla celów biznesowych. Motywacje, problemy, potrzeby*, „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t. 24, s. 167–181. <https://doi.org/10.18778/0860-6587.24.12>
- Lukszyn J., Zmarzer W., 2001, *Teoretyczne podstawy terminologii*, Warszawa.
- Ławnicka-Borońska M., Kubacka K., 2016, *Język polski medyczny w wybranych materiałach dydaktycznych ostatniego ćwierćwiecza*, „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców” nr 23, s. 215–235. <https://doi.org/10.18778/0860-6587.23.17>
- Magajewska M., 2016, *Specjalistyczny język medyczny a multimedialny kurs języka zawodowego dla pielęgniarek*, „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t. 23, s. 199–213.
- Piotrowski S., 2011, *O potrzebach i autonomii w nauce języka specjalistycznego*, Seria „12/15”, nr 2, Lublin, s. 7–9.
- Seretny A., 2017, *Leksyka w nauczaniu języka specjalistycznego – potrzeby akademickie a potrzeby zawodowe*, „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, t. 24, s. 149–166.
- Sobkowiak P., 2011, *O potrzebach uczenia kursu języka specjalistycznego*, Seria „12/15”, nr 2, Lublin, s. 68–80.
- Terka B., Rogala D., Wawrzeń M., Burzyńska M., Rodzińska W., Gruchała W., 2019, *U lekarza. Słucham i rozumiem! Materiały do nauczania języka polskiego medycznego. Poziom A2–B2*, Kraków.
- Wojtczak E., 2016, *Nauka języka polskiego jako obcego na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Potrzeby studentów w świetle badań ankietowych*, „Acta Universitatis Lodziensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców”, nr 23, s. 237–248. <https://doi.org/10.18778/0860-6587.23.18>