

mgr Dominika Bartosik

Język polski jako obcy w odmianie specjalistycznej: nauczanie, uczenie się, ocenianie.

Praca doktorska napisana pod kierunkiem dr. hab. Waldemara Martyniuka, prof. UJ

Autoreferat

1. Wprowadzenie

Źródłem inspiracji podjętych przeze mnie badań jest stale rosnąca liczba cudzoziemców podejmujących pracę w Polsce – kraju, który coraz częściej jest docelowym, a nie jedynie tranzytowym państwem.

Od dłuższego czasu na polskim rynku pracy obserwuje się zjawisko niedoboru pielęgniarek stanowiących grupę badawczą tej pracy. Według statystyk OECD w Polsce średnia liczba pielęgniarek przypadających na tysiąc mieszkańców wynosi 5 (OECD 2020, Nurses indicator). Dla porównania w Norwegii średnia to 18, w Szwajcarii 17, a w sąsiednich Niemczech 13.

Jednym z rozwiązań mających na celu zwiększenie liczebności personelu medycznego jest, oprócz stworzenia spójnej polityki zatrudnienia, „otwarcie na personel z krajów mniej zamożnych i wschodnich” (Instytut Zdrowia i Demokracji 2017: 13), co skłania do refleksji i podjęcia prac nad opisem cech języka używanego przez tę grupę docelową w codziennej komunikacji. Należy wyraźnie zaznaczyć, że odmiana języka, którą posługują się pielęgniarki, znacznie różni się od innych, co jest związane ze specyfiką i uczestnikami sytuacji komunikacyjnych. Praca jest więc odpowiedzią na pilne zapotrzebowanie na kształcenie językowe przyszłej kadry pracowniczej.

2. Struktura pracy

Na pierwszą teoretyczną część składają się cztery rozdziały. W pierwszym można znaleźć analizę zagadnienia języków specjalistycznych z językoznawczego punktu widzenia. Zostały w nim również zawarte rozważania dotyczące zróżnicowania terminologicznego oraz podejść językoznawców do tego zagadnienia.

Drugi rozdział został poświęcony nauczaniu języka polskiego jako obcego w odmianie specjalistycznej, a więc pierwszemu z trzech członów tytułu pracy. Przedstawiłam w nim rolę

języka, który powinien być postrzegany jako narzędzie potrzebne do wykonania określonego działania o charakterze zawodowym. W tym rozdziale zwróciłam również uwagę na różnice między nauczaniem języka w odmianie ogólnej i specjalistycznej, a także na funkcję nauczającego, który jest nazywany praktykiem, tutorem, coachem, doradcą czy mediatorem (Gajewska, Sowa 2014) i powinien proponować uczącym się materiały oparte na tekstach autentycznych. Nie sposób było także pominąć nauczania międzykulturowego i roli kultury w kontekście zawodowym.

Celem trzeciego rozdziału było przyjrzenie się profilowi uczącego się języka w odmianie specjalistycznej, który powinien być traktowany jako partner procesu dydaktycznego oraz współdecydować o doborze treści zgodnie z wykonywanym zawodem. Cechuje go tzw. podwójna kompetencja, czyli suma kompetencji językowej oraz zawodowej, w której skład wchodzi wiedza zawodowa oraz kompetencja interkulturowa.

W czwartym rozdziale piszę o ostatnim z elementów zamieszczonych w tytule, czyli ocenianiu. Przyjrzałam się w nim zadaniom osób biorącym udział w ocenianiu znajomości języków specjalistycznych i przedstawiłam ich role na przykładzie języka pielęgniarstwa. Szczególną uwagę poświęciłam *subject expertowi* (ALTE 2018; Bartosik 2019). W tym rozdziale zawarte zostały również rozważania na temat certyfikacji języka polskiego jako obcego, która nie ma co prawda tak długiej tradycji jak inne języki o większej mocy, jednak zainteresowanie otrzymaniem certyfikatu z tego języka, będącego wynikiem zdania egzaminu doniosłego, wzrasta z roku na rok, o czym świadczą statystyki (Miodunka 2013a). Wciąż brakuje jednak egzaminów certyfikatowych dla potrzeb specjalistycznych, których celem byłaby diagnoza kompetencji językowej w działaniu o charakterze zawodowym.

Rozdział piąty – empiryczny – przynależy już do drugiej części pracy, a poświęcony został analizie wyników badań przeprowadzonych przeze mnie w szpitalu, o czym dokładniej opowiem za chwilę.

Ostatni rozdział również przynależy do drugiej części i został poświęcony kulturze i realiom polskim w pracy pielęgniarek. O zagadnieniu tym często zapomina się w kontekście języków zawodowych, a tak naprawdę jego nieznanostwo stanowi niejednokrotnie przyczynę nieporozumień i sytuacji „zagrożenia twarzy” (Zarzycka 2019b).

3. Przedmiot i cel badania

Nadrzędnym celem badań było zgromadzenie danych, które umożliwią opisanie języka w odmianie specjalistycznej w pracy pielęgniarki. Z celu nadrzędnego wyłonił się kolejny – przygotowanie propozycji materiałów dydaktycznych oraz rozwiązań metodycznych i dydaktycznych dostosowanych do potrzeb uczących się, a także odzwierciedlających rzeczywistą komunikację w miejscu pracy.

Celem pobocznym, który przyświecał pracy, była chęć pokazania, że język specjalistyczny to nie wyłącznie znajomość specjalistycznej terminologii czy struktur językowych.

Należy wyraźnie zaznaczyć - i to potwierdziły moje badania – że odmiana języka, którą posługują się pielęgniarki, znacznie różni się od innych. W swojej codziennej pracy z pacjentem używają one zupełnie innego rejestru niż w przypadku dokumentów pisanych czy komunikacji z lekarzem.

4. Problemy i pytania badawcze oraz hipotezy

Główne pytanie badawcze brzmi:

- Co cechuje język i komunikację w środowisku pracy pielęgniarek w polskim szpitalu?

Pytanie główne zostało uzupełnione **pytaniami szczegółowymi:**

- Jakie z tego opisu wynikają wnioski w zakresie treści i metod nauczania języka polskiego jako obcego w odmianie specjalistycznej – pielęgniarskiej?
- Jakie materiały dydaktyczne należy przy tym uwzględnić, które najlepiej odzwierciedlałyby realne potrzeby komunikacji w tym miejscu pracy?
- Czy jest potrzeba poszerzenia oferty certyfikatów znajomości języka polskiego jako obcego o wariant pielęgniarski?

Hipoteza główna

Język i komunikacja w środowisku pracy pielęgniarek w polskim szpitalu wyróżnia się dającą się opisać specyfiką.

Hipoteza 1

Opis języka i komunikacji w środowisku pracy pielęgniarek w polskim szpitalu może posłużyć jako podstawa do kształtowania treści i metod językowego kształcenia cudzoziemców – kandydatów do pracy w tym zawodzie w Polsce.

5. Organizacja i przebieg badań

Uzyskanie zgody na przeprowadzenie badań naukowych w szpitalu nie jest zadaniem prostym, zwłaszcza w niesprzyjających warunkach pandemicznych. Złożyłam podania o możliwość ich przeprowadzenia w sześciu szpitalach, tylko jeden z nich wyraził zgodę, a co więcej umożliwił przebywanie na oddziałach mimo zagrożenia epidemicznego.

Badania zostały podzielone na trzy etapy.

Etap I – wstępny

Pierwszym etapem badań był wywiad z pielęgniarką z oddziału psychogeriatrycznego. Był on ustrukturyzowany, czyli oparty na przygotowanych wcześniej pytaniach. Stanowił rodzaj badania pilotażowego sprawdzającego, czy wszystkie pytania są zrozumiałe i adekwatne do kontekstu pielęgniarskiego, a także umożliwił wstępne zapoznanie z nieznaną mi do tej pory dziedziną. Ten etap obejmował również analizę podręczników akademickich do pielęgniarstwa ogólnego.

Etap II – badania właściwe

Badania zostały przeprowadzone w okresie od 29 września do 8 października 2020 roku w krakowskim szpitalu na oddziałach: neurochirurgii, chirurgii ogólnej, intensywnej terapii, kardiologii, chirurgii kręgosłupa, ortopedii oraz rehabilitacji neurologicznej. W czasie epidemii w szpitalu obowiązywał reżim sanitarny, a więc należało nosić uniform ochronny oraz przestrzegać środków bezpieczeństwa.

Na wszystkich oddziałach przebywałam w godzinach popołudniowych, ze względu na możliwość asystowania przy wizytach lekarskich, obserwacji pielęgniarek podczas wykonywania codziennej pracy, a także wypełniania dokumentacji.

Etap III – analiza i interpretacja wyników

Wszystkie zgromadzone materiały, czyli: protokoły z wywiadów z pielęgniarkami, wyniki obserwacji, notatki badawcze, dokumentacja medyczna zostały poddane analizie lingwistycznej i socjolingwistycznej.

6. Metoda badawcza i techniki gromadzenia danych

Spośród możliwych trzech podejść metodologicznych najbardziej adekwatną w tym przypadku jest metodologia typu jakościowego. Trafność interpretacji i wnioski wyłonić można z kilku różnorodnych źródeł i uzyskać w ten sposób spójny, holistyczny i osadzony w kontekście obraz danego zagadnienia.

Narzędzia i procedury badawcze

Główną techniką zastosowaną w badaniach była **obserwacja** – zarówno uczestnicząca, jak i nieuczestnicząca. Obiektem obserwacji był przede wszystkim język, którym posługują się pielęgniarki na co dzień w swej pracy, a także sytuacje komunikacyjne, w których uczestniczą. Po każdej wizycie w szpitalu dokonywałam analizy zanotowanych spostrzeżeń i dialogów, aby zapewnić badaniom jak największą autentyczność.

Drugą techniką pozyskiwania danych był **wywiad** ustrukturyzowany, oparty na wcześniej przygotowanych pytaniach. Przeprowadzony został z ośmioma osobami, po jednej osobie z każdego oddziału, aby nie zakłócać pracy z pacjentami. Najmłodszy respondent miał 28, a najstarszy 59 lat, średnia wieku to 43 lata. Ustrukturyzowane wywiady były wspomagane **luźnymi rozmowami** z pielęgniarkami, które dotyczyły głównie uściślenia pewnych kwestii i lepszego zrozumienia zaobserwowanych zjawisk.

Kluczową techniką pozyskiwania danych była również **analiza dokumentów** wypełnianych przez pielęgniarki w ich codziennej pracy. Stanowiło to bardzo ważne źródło analizy i umożliwiło scharakteryzowanie cech języka dokumentacji pielęgniarskiej.

Wszystkie wymienione powyższej techniki należą do grupy technik otwartych umożliwiających zgromadzenie danych w szerszym spektrum omawianego zagadnienia. Zastosowanie stosunkowo dużej liczby technik nadaje badaniom charakteru bardziej obiektywnego i ogranicza jednostronność obserwacji danego zjawiska, co nazywane jest strategią *triangulacji* danych (por. Wilczyńska, Michońska-Stadnik 2010: 143).

7. Najważniejsze wyniki badań części empirycznej

Wywiady pogłębione

Pytania zawarte w wywiadzie pogłębionym dotyczyły m.in. opisu dnia pracy pielęgniarki na zmianie dziennej oraz nocnej; częstotliwości kontaktu z pacjentami, lekarzami, innymi pielęgniarkami oraz rodzinami pacjentów; najczęstszych schorzeń i ich objawów na

poszczególnych oddziałach; czynności wykonywanych na co dzień w kontakcie z pacjentami; słów i zachowań pozawerbalnych, za pomocą których pacjenci sygnalizują ból; elementów komunikatów, ze zrozumieniem których pacjenci mają największe problemy; a także rodzaju wypełnianej dokumentacji.

Wypowiedzi respondentów potwierdziły, że choć pielęgniarki spędzają również wiele czasu ze sobą, wspólnie analizując przypadki pacjentów, to praca w szpitalu jest skoncentrowana wokół pacjenta. Nie widać tego jednak w języku – określenia takie jak „karta choroby” czy „historia choroby” nie odnoszą się do samego pacjenta, ale jego choroby, a on sam jest tu traktowany przedmiotowo.

Wywiady umożliwiły mi zebranie leksyki dotyczącej najczęstszych chorób oraz ich objawów na poszczególnych oddziałach, należy jednak zaznaczyć, że jeśli chce się stworzyć materiały dydaktyczne, należy poszerzyć listę o oddziały pediatrii, alergologii czy traktowanego odrębnie położnictwa.

Do obowiązków pielęgniarki należą m.in.: czynności pielęgnacyjno-higieniczne; karmienie i dopajanie; dozowanie i podawanie leków; pobieranie krwi do badań laboratoryjnych; pomiar parametrów życiowych; motywowanie do samoopieki.

Bardzo ciekawych informacji dostarczyło mi pytanie o słowa i zachowania pozawerbalne, za pomocą których pacjenci sygnalizują ból. Reakcje słowne to np.:

- „Przepraszam, bardzo mnie boli”,
- „Coś uciska na moją nogę”,
- „Rwie / łupie mnie w kręgosłupie”,
- Wszelkiego rodzaju wykrzykniki (O rany, o jejku, ojjj, auu...).

Okazało się jednak, że znacznie częściej pacjenci sygnalizują ból za pomocą zachowań pozawerbalnych, takich jak: płacz, grymas twarzy, krzyk, pojękiwania, skulenie ciała, nagminne włączanie dzwonka, pocenie się, wskazywanie ręką w miejsce bólu, wzrost wartości parametrów życiowych, odpychanie, zaciskanie pięści swojej lub pielęgniarki, bronienie się przed jakimkolwiek dotykiem, spięcie mięśni przy dotyku.

Największą trudność dla pacjentów stanowią zrozumienie specjalistycznej terminologii oraz nieznamość definicji chorób. Pielęgniarki najczęściej zastępują potencjalnie trudne słowa prostszymi lub w przypadku przyrządów takich jak cewnik czy wenflon bezpośrednio wskazują

obiekt. Uzupełniają one także często wypowiedzi lekarza o przykłady potencjalnych konsekwencji dla zdrowia.

Wśród dokumentów sporządzanych przez pielęgniarki można wymienić karty przyjęcia (wzór znajduje się w aneksie 1), karty wypisu, raport pielęgniarski, kartę zleceń, kartę obserwacji pielęgniarskiej i inne. Pielęgniarka – oprócz znajomości wzorów dokumentów – musi również wykazać się umiejętnością interpretacji dokumentacji lekarskiej, to znaczy zapoznać się z opisem przypadku pacjenta.

Obserwacje

Pobyt w szpitalu i obserwacje środowiska pielęgniarskiego dostarczyły mi cennych i autentycznych danych lingwistycznych oraz socjolingwistycznych, które poddałam analizie.

Wejście w dialog z pacjentem nie zawsze jest prostym zadaniem, zwłaszcza gdy jest on ciężko chory. Pielęgniarka nadaje wtedy komunikaty o funkcji fatycznej, których celem jest nawiązanie lub podtrzymanie kontaktu z pacjentem. Zadaniem pielęgniarki jest wywołanie pozytywnych emocji u pacjenta, który znajduje się w złej kondycji fizycznej lub psychicznej, a często obydwu. Nadaje ona również komunikaty o funkcjach informacyjnych i mediacyjnych; modalnych oraz ekspresywnych. Oto kilka przykładów:

Funkcje	Przykłady
1. Informacyjne i mediacyjne	<ul style="list-style-type: none"> • pytania o informację: „Chciałabym się dowiedzieć, kiedy dostał pan pierwszego ataku epilepsji”; • udzielanie informacji: „Znajduje się pan na oddziale intensywnej terapii”.
2. Modalne	<ul style="list-style-type: none"> • wyrażanie przypuszczenia: „Mam wrażenie, że ma pan podwyższone ciśnienie, zaraz sprawdzimy”; • wyrażanie pewności: „Z całą pewnością szybko dojdzie pani do siebie”.
3. Ekspresywne	<ul style="list-style-type: none"> • wyrażanie zadowolenia / radości / szczęścia: „Cieszę się, że lepiej się pan dzisiaj czuje”; • wyrażanie sympatii / upodobania / podziwu / zachwyty: „Wszystkie podziwiamy pana wysiłek, rehabilitantka też widzi znaczny postęp!”;

Tabela 10. Wybrane realizacje funkcji językowych na przykładzie języka pielęgniarek. Opracowanie własne

Powitania i dowiadywanie się o stanie zdrowia pacjenta

Oprócz standardowych powitań typu „dzień dobry / witam”, „jak się pan / pani czuje?”, „coś pani/u dolega?”, można było jeszcze usłyszeć komunikaty typu:

- „Dzieńdoberek drogie panie! Jak się spało?”;
- „Hello, pobudeczka! Jak tam chłopaki życie?”;
- „Halo, halo, halo, w porządeczku dzisiaj? Jak plecki?”;

Nawet jeśli sytuacja pacjenta się nie poprawia, pielęgniarki starają się zniwelować obciążenie emocjonalne i przekształcić diagnozę lekarza w komunikat, który pacjent chciałby usłyszeć, stosując pewne strategie. Można je przedstawić następująco:

Nadawca:

- udziela rad („Odmłodził pan przez noc, należy dużo spać”),
- powołuje się na inny autorytet („Nasi lekarze to cudotwórcy”),
- przedstawia pozytywną wizję przyszłości („Niedługo będzie pan skakać jak sarenka”),
- używa związków frazeologicznych lub utartych zwrotów („Do wesela się zagoi”).

Zrozumiałość komunikatów pielęgniarek

Podczas obserwacji w szpitalu kilkakrotnie zdarzyło się, że pacjenci, widząc pielęgniarkę po wizycie lekarskiej, prosili o przetłumaczenie słów lekarza na prostszy język, co wskazuje na fakt, że pielęgniarka jest często **mediatorem** między lekarzem a pacjentem. Musi więc poradzić sobie z przeformułowaniem komunikatu typu: „Drenaż do usunięcia, RM do wykonania, warfaryna PO do podania” na język pacjenta, który ma ograniczoną wiedzę z zakresu medycyny.

W tym zawodzie ważnym etapem jest więc zakodowanie wiadomości w taki sposób, by pacjent mógł ją odkodować ze zrozumieniem.

Język pokoju pielęgniarstwa

Cytat	Wyjaśnienie kontekstu
1) „Bożenka poszła wymazać pacjenta”,	Pielęgniarka Bożena zaprowadziła pacjenta na pobranie wymazu w kierunku COVID-19.
2) „Dla pana spod dwunastki zbyt duża dawka. Flaszka goni flaszkę”,	Flaszka to wlew dożylny (kroplówka). Pacjentowi zapisano zbyt dużą dawkę leku podawanego dożylnie.
3) „Dzień dobry, kręgosłupy się kłaniają”,	Komunikat został przekazany podczas rozmowy telefonicznej – pielęgniarka zaznaczyła, że dzwoni z oddziału chirurgii kręgosłupa.

Tabela 11. Przykłady użycia języka pokoju pielęgniarstwa. Opracowanie własne

W powyższej tabeli zostały przedstawione najciekawsze przykłady mowy pokoju pielęgniarstwa – są one dowodem na zjawisko ekonomii języka. Osoba spoza kręgu pielęgniarstwa albo nie rozumie, co oznacza dany komunikat, albo może jedynie domyślać się, co on znaczy.

Zjawiska językowe

Powszechnie uważa się, że odmiana specjalistyczna jest oparta raczej na języku formalnym. W odmianie pielęgniarstwa natomiast należy wyraźnie rozgraniczyć język mówiony od języka pisanego. Dokumentacja pielęgniarstwa jest zwięzła, przepełniona terminologią medyczną i często wpisana w określony schemat. Komunikację ustną należy jednak podzielić na komunikację między różnymi podmiotami:

- a) pielęgniarką a lekarzem,
- b) pielęgniarką a pacjentem,
- c) pielęgniarką a inną pielęgniarką („język pokoju pielęgniarstwa”).

Chciałabym tu przedstawić najbardziej interesujące, zaobserwowane przeze mnie zjawiska językowe:

- nagminne używanie form deminutywnych („Ma pan już naprawione **serduszko**”, „**Czopeczek** na poprawę humoru”);

- partykuły („A **to** mi pan zrobił niespodziankę! **Dopiero co** zmieniałam pościel, a **już znowu** jest zmasakrowana”);
- wykrzykniki („**O ja cię kręcę**, jakie ma pan już ładne kolanko. Goi się bardzo szybko”; „**Olaboga**, kroplówka się pani skończyła i nic pani nie woła”);
- regionalizmy („Wyjdziemy na **polko** się przewietrzyć”, „Siedziała **żem** w tym szpitalu tak długo, kiedy mnie wypiszecie?”);
- czasowniki modalne / powinien („**Nie może** pani jeść przed pobraniem krwi”, „**Trzeba** stosować się do zaleceń lekarza w tej kwestii”).

Ponadto w komunikacji pielęgniarskiej często używa się trybu przypuszczającego; czasowników z prefiksami „po-” oraz „pod-”; mowy zależnej; zaimków osobowych – zwłaszcza w pierwszej osobie liczby mnogiej; skrótowców. W dokumentacji medycznej szczególnie często występują formy bezosobowe oraz strona bierna.

8. Kultura i realia polskie w pracy pielęgniarki

Ostatni rozdział poświęcony jest zagadnieniu kultury w kontekście zawodowym.

Pragnę zauważyć, że w zawodzie pielęgniarki empatia rozumiana jako kontakt z innością jest potęgowana przez empatię jako kompetencję miękką w kontaktach międzyludzkich, m.in. z pacjentami. Szpital to miejsce, gdzie spotkania kultur to zjawisko codzienne, na które obcokrajowiec musi być dobrze przygotowany. Znajdują się tam osoby w różnym wieku, o odmiennych doświadczeniach, profesjach, inaczej funkcjonujące w życiu prywatnym, mające różne przyzwyczajenia.

W sytuacji zawodowej nie powinno mówić się wyłącznie o podejściu międzykulturowym, ale wyjść poza jego obszar w kierunku perspektywy transkulturowej, na czele z kompetencją transkulturową. „Rozwój opisywanej kompetencji pozwala uczącym się wykraczać poza granice swych wyobrażeń i odczuć, często ukształtowanych przez przynależność do danej kultury narodowej” (Gębał 2019: 199).

Na potrzeby pracy dokonałam analizy porównawczej Polski i Kolumbii w kontekście badań Hofstede’a, a na tej podstawie przedstawiłam czynniki ułatwiające oraz utrudniające adaptację w Polsce pielęgniarki z tamtego kraju. Wybór był spowodowany przede wszystkim dobrą znajomością kultury Latynosów i języka hiszpańskiego.

Do czynników ułatwiających adaptację w Polsce można zaliczyć m.in.:

- tą samą religię;
- naród otwarty, chętnie nawiązujący kontakty;
- ważną pozycję w rodzinie, szacunek widoczny również w języku;
- kolektywizm.

Do czynników utrudniających adaptację w Polsce można zaliczyć m.in.:

- stereotypy na temat Kolumbii związane z kartelami narkotykowymi;
- kolor skóry;
- tematy tabu (chętniej podejmowane tematy związane z cielesnością i intymnymi częściami ciała, dla Polaków stanowiące raczej tabu).

9. Podsumowanie i wnioski

Przeprowadzone badania przyniosły następujące odpowiedzi na postawione na wstępie pytania badawcze:

1) Co cechuje język i komunikację w środowisku pracy pielęgniarek w polskim szpitalu?

Choć pielęgniarstwo ma cechy wspólne z medycyną, jest to odrębny zawód, w którym wymaga się wypełniania obowiązków opartych na zastosowaniu innych struktur językowych i słownictwa czy tworzeniu różnego rodzaju dokumentacji. Należy wyraźnie podkreślić, że język pielęgniarski pisany różni się znacząco od mówionego. Dokumenty wypełniane przez pielęgniarkę mają ściśle określony schemat, zawierają dużo słownictwa specjalistycznego (m.in. nazwy chorób czy badań profilaktycznych), zdania są krótkie i zwykle jednokrotnie złożone, często używana jest strona bierna oraz formy bezosobowe. Pielęgniarka musi poddawać analizie dokumenty lekarskie, a następnie tworzyć własny tekst oparty na bieżących obserwacjach pacjentów. Język mówiony uzależniony jest od partnera sytuacji komunikacyjnej – jeśli jest nim pacjent, pielęgniarka używa wielu zwrotów kolokwialnych, zdrobniałych form oraz czasowników w pierwszej osobie liczby mnogiej, czego celem jest identyfikacja z pacjentem. Jeśli partnerem sytuacji komunikacyjnej jest inna pielęgniarka – porozumiewają się one między sobą przy użyciu kodów, które nadawane są najczęściej za pomocą skrótów językowych. A jeśli partnerem jest lekarz, to najczęściej porozumiewają się używając zwrotów formalnych.

2) Jakie wnioski wynikają z opisu w zakresie treści i metod nauczania języka polskiego jako obcego w odmianie specjalistycznej – pielęgniarskiej?

Aby odpowiedzieć na to pytanie, należy najpierw wyraźnie podkreślić, że w przypadku języków specjalistycznych skuteczność wykonania zadania jest ważniejsza niż poprawność językowa. Sukces komunikacyjny możliwy jest do osiągnięcia poprzez określone działania językowe, co utwierdza w przekonaniu, że najbardziej adekwatnym podejściem do nauczania języka polskiego jako obcego w odmianie pielęgniarskiej jest podejście ukierunkowane na działanie. Należy jednak pamiętać, że uczący się dysponują pewnym zasobem wiedzy dziedzinowej – niektóre informacje czy zagadnienia mogą okazać się dla nich oczywiste, natomiast nauczający nie musi dysponować takim samym poziomem wiedzy z danej dziedziny. Wiedza nie powinna podlegać ocenie – należy zadbać o taki dobór zadań, który nie jest sprawdzianem wiedzy dziedzinowej, ale działań językowych w kontekście zawodowym. W aneksie: 2 można znaleźć pierwszą stronę przykładowego modelu autorskiej lekcji, która obejmuje oddział neurologii. Lekcja rozpoczyna się od wprowadzenia leksyki związanej z pobieraniem krwi, potem następuje użycie słów w kontekście, odsłuchanie dialogów między pacjentami oraz pielęgniarkami, a następnie tworzenie dialogów. Druga część poświęcona jest zagadnieniom ściśle neurologicznym, pojawiają się wzory autentycznych dokumentów zebranych podczas badań, diagnoza pacjenta chorego na padaczkę oraz instrukcja udzielania pierwszej pomocy podczas ataku epilepsji. Wszystkie mikro-zadania mają na celu przygotowanie uczącego się do makro- zadania, czyli projektu.

3) Jakie materiały dydaktyczne należy przy tym uwzględnić, najlepiej odzwierciedlałyby realne potrzeby komunikacji w tym miejscu pracy?

Materiały najlepiej odzwierciedlające realne potrzeby w pracy to teksty autentyczne. Ich pozyskanie nie zawsze jest łatwe, ponieważ wymaga udania się do środowiska pracy grupy docelowej, co często nie jest możliwe dla osób z zewnątrz. Użycie teksów autentycznych na kursach językowych motywuje uczących się i sprawia, że chętniej podejmują oni działania komunikacyjne. Dokumenty pozyskane na potrzeby przedłożonej pracy są autentycznymi formularzami wypełnianymi przez pielęgniarki na co dzień, co umożliwia wejście w realny świat zawodowy już podczas kursu języka polskiego. Realne potrzeby w pracy odzwierciedla też obserwacja sytuacji komunikacyjnych z różnymi podmiotami.

4) Czy jest potrzeba poszerzenia oferty certyfikatów znajomości języka polskiego jako obcego o wariant pielęgniarski?

Należy stworzyć osobne testy biegłości językowej dla potrzeb specjalistycznych – szczególnie dla lekarzy oraz pielęgniarek, bowiem wyróżnia je inna specyfika. Od osób chcących pracować na polskim rynku pracy wymaga się oświadczenia, że władają językiem polskim w mowie i piśmie, jednak brak jest egzaminów sprawdzających rzeczywiste umiejętności porozumiewania się w miejscu pracy – szpitalu. *Rozporządzenie Ministra zdrowia z dnia 9 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu znajomości języka polskiego w mowie i w piśmie, niezbędnego do wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej* jest jedynie zarysem sytuacji komunikacyjnych, w których uczestniczą na co dzień lekarz i pielęgniarka. Poszerzenie oferty egzaminów certyfikatowych o wariant medyczny i pielęgniarski powinno być zadaniem priorytetowym, ponieważ notuje się wyraźne braki kadrowe w personelu medycznym, co najdobitniej pokazuje sytuacja epidemiczna panująca w momencie pisania niniejszej pracy. O ile od osób z krajów UE wymaga się wyłącznie oświadczenia, że porozumiewają się językiem polskim w mowie i piśmie, o tyle od obywateli krajów spoza UE wymaga się oficjalnego dokumentu wydanego przez jednostkę zajmującą się certyfikacją. Analiza statusu pielęgniarki w Polsce pozwala stwierdzić, że pracą na tym stanowisku zainteresowane będą raczej osoby z krajów wschodnich oraz tzw. trzeciego świata, należy więc zadbać o wiarygodną weryfikację ich umiejętności językowych w kontekście wykonywanego zawodu.

Na podstawie rezultatów badań i wniosków z nich płynących mogę sformułować następujący postulat: kontynuacja badań nad językami specjalistycznymi – w szczególności w odmianie pielęgniarskiej oraz lekarskiej – jest bardzo potrzebna i przyczyni się do poprawy sytuacji na rynku pracy i wypełnienia niedoborów kadrowych, a także umożliwi lepsze przygotowanie językowe obcokrajowców do pracy na tych stanowiskach w Polsce.

Wybrane pozycje bibliograficzne:

ALTE (2018) *Guidelines for the Development of Language for Specific Purposes Tests*, Cambridge.

Bartosik D. (2019) *Ocenianie znajomości języka polskiego jako obcego w odmianie specjalistycznej* [w:] *Kwartalnik Polonicum* nr 31/32, Warszawa.

Gajewska E., Sowa M. (2014): *LSP, FOS, Fachsprache... Dydaktyka języków specjalistycznych*, Lublin.

Gębal P. (2019) *Dydaktyka języków obcych. Wprowadzenie*, Warszawa.

Instytut Zdrowia i Demokracji (2017) *Możliwość zapewnienia opieki pielęgniarskiej i położniczej w Polsce – diagnoza i perspektywy. Zdrowie- tematy istotne*, online: <https://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/08/Debata-IZiD-raport.pdf> [dostęp: 31.10.2020].

Miodunka W. (2013a) *10-lecie certyfikacji języka polskiego jako obcego i jej wpływ na nauczanie polszczyzny cudzoziemców* [w:] *Języki obce w szkole* nr 3/2013.

OECD (2020), *Nurses (indicator)*, online: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses/indicator/english_283e64de-en [dostęp: 31.10.2020].

Wilczyńska W., Michońska-Stadnik A. (2010) *Metodologia badań w glottodydaktyce*, Kraków.

Zarzycka G. (2019b) *Mechanizmy interkulturowych zdarzeń komunikacyjnych, w których dochodzi do zagrożenia twarzy* [w:] *Postscriptum polonistyczne*, nr 2 (24), s. 171–186.

Aneks: 1

KARTA PRZYJĘCIA PIEŁĘGNIARSKIEGO

Tryb przyjęcia:

2: Nagły - przekazanie przez zespół RTM

Data i godzina przyjęcia:

Osoba mająca prawo do informacji o Pacjencie:

ŻONA

Wstępna diagnoza pielęgniarska:

ODMA OPŁUCNOWA

Alergie, uczulenia:

NEGUJE

Protezy i aparaty pomocnicze:

szkła kontaktowe okulary aparat słuchowy proteza uzębienia dolna
 proteza uzębienia górna inne

Kontakt z pacjentem:

pełny częściowo ograniczony wywiad niemożliwy do zrobienia

Stan emocjonalny:

spokojny apatia pobudzony agresywny

Pacjent zorientowany co do:

własnej osoby miejsca czasu

Skóra:

czysta brudna otarcia odleżyny wysypka zaczerwienienie

Mobilność, ryzyko upadku:

osoba chodząca osoba leżąca ograniczenia w poruszaniu się
 istnieje ryzyko upadku zalecane barierki ochronne

Ocena stanu społecznego i warunków życiowych:

pacjent nie wyraża zgody na ocenę stanu społecznego brak danych

osoba samotna osoba samotna z dochodzącym opiekunem

osoba mieszkająca z rodziną osoba pozostająca pod całodobową opieką

osoba pracująca emeryt/ rencista student/ uczeń osoba bezrobotna

osoba niepełnosprawna osoba korzystająca z pomocy społecznej

Uwagi, inne:

ODDZIAŁ NEUROLOGII



Zadanie 1

Czego potrzebuje pielęgniarka do pobrania krwi?
Proszę podpisać ilustracje.

Pobieranie krwi

- opaska zaciskająca
- próbówka
- rękawiczki jednorazowe
- płyn do dezynfekcji
- gazik jałowy
- plaster
- igła

Zadanie 2

Proszę uzupełnić instrukcję pobierania krwi wyrażeniami z zadania numer 1. Należy pamiętać o poprawnej formie gramatycznej.

- 1) Proszę założyć rękawiczki jednorazowe i zdezynfekować skórę pacjenta w miejscu wkłucia.
- 2) Proszę poprosić pacjenta o podwinięcie rękawa i założyć 10 cm powyżej miejsca wkłucia, a następnie mocno ścisnąć.
- 3) Proszę wbić w żyłę pacjenta, a potem podłączyć, do której będzie przelewać się krew.
- 4) Proszę wyciągnąć z żyły i nałożyć, aby zatamować wyciek krwi.
- 5) Proszę nakleić i zapytać pacjenta, czy dobrze się czuje.

Zadanie 3

Proszę utworzyć formy trybu rozkazującego od następujących czasowników.

- | | | |
|---------------|-----------|---------------|
| założyć | --> | założyć |
| zdezynfekować | --> | |
| poprosić | --> | |
| ścisnąć | --> | |
| wbić | --> | |
| podłączyć | --> | |
| nałożyć | --> | |
| nakleić | --> | |