

**„PACJENT NIE WSPÓLPRACUJE”  
– SOCJOPRAGMATYKA (NIE)POROZUMIENIA  
W OCHRONIE ZDROWIA**

**WSTĘP**

We współczesnym, zróżnicowanym świecie nauki społeczne i humanistyczne poświęcają coraz więcej uwagi różnorodności grup ludzkich, ich mobilności i wielości kontaktów między nimi. W dyscyplinach i obszarach badań orientowanych na kontekst społeczny coraz więcej uwagi poświęca się wzajemnemu nakładaniu się kategorii (por. ang. *intersectionality*). To samo dotyczy kategoryzowania języków: mówienie o językach rozumianych jako dających się wyraźnie odgraniczyć od innych i dość ściśle przynależących do zdefiniowanych grup użytkowników jest oczywistym uproszczeniem. Dlatego w badaniach językoznawczych coraz częściej podkreśla się rolę wielojęzyczności w społecznościach, nawet tych, które dotąd uznawano za względnie homogeniczne pod względem językowym.

Ludzie należą jednocześnie do wielu grup społecznych, a w procesie komunikacji potrafią sprawnie sięgać do zasobów językowych, które w mniejszym lub większym stopniu znajdują się w zakresie ich kompetencji. A wszystko w celu osiągnięcia porozumienia z innymi, którzy mogą być nie tylko przedstawicielami różnych nacji, grup etnicznych, płci i pokoleń, ale i zawodów, grup interesu czy wspólnot praktyków (ang. *community of practice*).

Rozumienie zjawiska rozmycia się granic kategorii społecznych czy językowych powinno powodować bardziej elastyczne i otwarte podejście do środków komunikacji językowej. W ostatecznym rozrachunku wszystkim nam zależy na adekwatnym wyrażaniu swoich tożsamości i intencji za pomocą języka, ale także na porozumieniu z innymi i osiąganiu własnych i wspólnych celów.

W niniejszym tekście przyglądamy się środowisku ochrony zdrowia, czyli okolicznościom komunikowania się pacjentów z profesjonalistami medycznymi (potocznie: medykami<sup>1</sup>). Zwracamy uwagę na rozróżnie-

---

<sup>1</sup> *Medyk* to słowo, które w ostatnim czasie zwiększyło swą częstotliwość – to zrozumiałe w czasie pandemii (patrz statystyki frazeo.pl). Jednak baczna obser-

nie pomiędzy językiem specjalistycznym a językiem ogólnym jako nie dość wnikliwie wyjaśniające źródła nieporozumienia. Należy podkreślić, że problemy z porozumiewaniem się w obszarze ochrony zdrowia mogą – z dużym prawdopodobieństwem – przynieść skutki zaburzające proces leczenia lub wręcz zniweczyć jego zamierzony, pozytywny wynik. Poniżej rozważymy kilka przykładów określeń, których wartość znaczeniowa jest odmienna dla różnych uczestników komunikacji w ochronie zdrowia: znaczenie nadawcy różni się od znaczenia odbiorcy, a we wrażliwym kontekście udzielania pomocy różnica ta stanowi problem, który utrudnia osiągnięcie celu terapeutycznego.

### KOMUNIKACJA I (NIE)POROZUMIENIE

Współczesne badania semantyczne zajmują się znaczeniem jako treścią wspólnie osiąganą przez użytkowników języka w danej sytuacji [np. Jaszczolt 2016, 8]. Brak porozumienia następuje zatem wtedy, kiedy odbiorca interpretuje znaczenie komunikatu niezgodnie z intencją nadawcy. Trzeba przyznać, że intencje nadawcy mogą być dla odbiorcy mniej lub bardziej dostępne. Dodatkowo intencje nadawcy ulegają zmianie w trakcie komunikacji oraz są dynamicznie kształtowane w interakcji, w procesie negocjowania znaczeń. Znaczenie jest kształtowane przez kontekst, specyficznie rozumiany przez rozmówców, co jest przez nich ujawniane lub nie.

Powszechnie myśli się (i mówi) o braku możliwości porozumienia, kiedy istnieje tzw. bariera językowa: odmiennosc kodów językowych (początkowo: rozmówcy posługują się innymi językami). Jednak, nawet jeśli posługują się zasadniczo tym samym językiem (np. językiem polskim), rozmówcy są bardzo odmiennie warunkowani przez swoje dla siebie okoliczności, takie jak wiedza i doświadczenie, a także doraźne potrzeby osiągnięcia celów. Lekarz i pacjent są przykładem takiej pary rozmówców, których odmiennie doświadczenia i priorytety mogą być źródłem nieporozumienia, potencjalnie przynoszącym poważne konsekwencje. W toku konsultacji w gabinecie lekarskim lekarz, sięgając do zasobów wysoko wyspecjalizowanej wiedzy, kieruje się potrzebą ustalenia poprawnej diagnozy i jest warunkowany ograniczonym czasem konsultacji oraz

---

watorka uzusu, językoznawczyni Katarzyna Kłosińska, zauważyła też zmianę jego znaczenia. Jak wyjaśniała w audycji radiowej dotyczącej języka (*Co w mowie piszczy*, 10.04.2020), „słowo *medyk* w taki dosyć niezauważalny sposób zmieniło na naszych oczach już parę lat temu znaczenie i nie odnosi się tylko do lekarzy, ale w ogóle do przedstawicieli zawodów medycznych: to są ratownicy medyczni, pielęgniarki, pielęgniarze, fizjoterapeuci itd. I oczywiście ta nazwa nie jest precyzyjna, bo jest to nazwa potoczna, nie jest to nazwa specjalistyczna, nie jest ujęta w żadnej ustawie czy (...) specjalistycznych tekstach (...)”; <https://www.polskieradio.pl/9/305/Artykul/2490393,Czy-medyk-znaczy-to-samo-co-lekarz>

wiedzą pacjenta na temat zdrowia i swojej choroby. Z kolei pacjent najczęściej nie jest świadomy presji czasowej i wymagań systemu (np. konieczności szybkiego sporządzenia dokumentacji wizyty), więc opowiada swoją wersję „historii choroby”, często jako subiektywną narrację, z intencją ułatwienia pracy lekarzowi i osiągnięcia celu (który zresztą uważa za cel wspólny) w postaci uzyskania pomocy medycznej. Obie strony komunikacji wychodzą z tej sytuacji sfrustrowane, a wydaje się, że gdyby obie poczyniły wysiłek odczytania intencji nadawcy, skutek mógłby być bardziej zadowalający. Lekarz doceniłby wiedzę o chorobie płynącą z subiektywnych doświadczeń pacjenta, a pacjent zrozumiałby potrzebę skrócenia rozmowy do najważniejszych treści i poddałby się reżimowi sprawnego odpowiadania na konkretne pytania lekarza.

## JĘZYK SPECJALISTYCZNY A JĘZYK OGÓLNY

Zwykle jednak przyczyną nieporozumienia jest posługiwanie się przez rozmówców „innymi językami”. Problem jest względnie oczywisty, jeśli chodzi na przykład o język polski i angielski, mniej, jeśli rozważać odmiany regionalne (np. dialekt lokalny i język ogólny). Natomiast największe wyzwanie stanowi sytuacja, gdy nieporozumienie wynika z różnicy pomiędzy językiem specjalistycznym a językiem ogólnym.<sup>2</sup>

Języki specjalistyczne (także „języki wyspecjalizowane”) mogą być definiowane jako wysoce skonwencjonalizowane i autonomiczne, choć nie w pełni naturalne, kody komunikacyjne [Grygiel 2017, *Preface*]. Język specjalistyczny należy więc do ściśle określonej praktyki porozumiewania się w specyficznym środowisku specjalistów. Obejmuje zwykle bardzo wąsko zdefiniowaną terminologię, znaną specjalistom i stosowaną w ich profesjonalnej praktyce. Jednak dodatkowo wyróżników języka specjalistycznego należy „poszukiwać w perspektywie pragmatycznej / komunikacyjnej”, a wyznacza ją „nacechowana” sytuacja użycia [Ligara 2011, 168, za: Cabre 1998, 115]. W specjalistycznym języku opieki zdrowotnej sytuacja użycia z definicji obejmuje pacjenta.

Można by przypuszczać, że najistotniejszą przyczyną problemów w porozumieniu z pacjentem w ochronie zdrowia jest właśnie różnica pomiędzy językiem specjalistycznym (którego elementów w pewnym zakresie używa lekarz, a pacjent nie zna) a językiem ogólnym (którego zastosowanie w sprawach merytorycznych wymagałoby od lekarza nieco wysiłku

---

<sup>2</sup> Nie podnosimy tutaj kwestii rozróżnienia pomiędzy językiem specjalistycznym a zawodowym. Pozostajemy przy określeniu *język specjalistyczny*, zakładając [za: Ligara 2011], że określnik *specjalistyczny* jest „najbardziej pojemny”, obejmuje bowiem zarówno specjalność, dyscyplinę, jak i działalność specjalistów [Ligara 2011, 167]. Por. dyskusję dotyczącą znaczenia terminów *język specjalistyczny*, *język profesjonalny* itp. w: Jarosz 2018.

oraz niosłoby ryzyko przekłamania – na przykład w wyniku uproszczenia – faktów medycznych).<sup>3</sup>

Nie chodzi tu zatem tylko o istnienie różnic między wyrażeniami specjalistycznymi a ogólnie stosowanymi (np. *reumatoidalne zapalenie stawów* versus *gościec*, *pęcherzyk żółciowy* versus *woreczek żółciowy*<sup>4</sup>), lecz także o różnice stylistyczne i kontekstualne.<sup>5</sup> W tym tekście chcemy zwrócić uwagę na sytuacje, gdy język specjalistyczny jest jednobrzmiący z językiem ogólnym, jednak pragmatycznie znacznie się od niego różni i to właśnie jest źródłem problemów w komunikacji.

Po pierwsze, mowa o niektórych przypadkach polisemii, w których leksem ma poza znaczeniem ogólnym, potocznym, także znaczenie specjalistyczne. Frazy takie jak [*pacjent*] *trudny* czy *rokowanie niepomyślne*, zastosowane w kontekście ochrony zdrowia, są silnie skonwencjonalizowane (dla specjalisty), natomiast dla niespecjalisty (np. pacjenta) noszą piętno dosłowności: pozbawione cech niedopowiedzenia czy eufemizmu, mogą być odebrane jako osobiste, dosadne, a czasem wręcz odwrotnie – jako maskujące prawdę i nieszczerze. Z jednej strony mamy więc do czynienia z opisem konwencjonalnym, odnoszącym się do faktów i pozbawionym konotacji emocjonalnych, z drugiej natomiast intencja nadawcy może być fałszywie odczytywana jako wyrażająca emocjonalny stosunek do pacjenta – jednostki wrażliwej, bo przecież doświadczonej chorobą.

W innych sytuacjach potencjalne źródło nieporozumienia wynika z różnicy pragmatycznej, związanej z okolicznościami komunikacji. Przedstawimy to na przykładzie specyficznej frazy (*pacjent nie współpracuje*), która jest skonwencjonalizowana w użyciu lekarzy (i innych profesjonalistów medycznych), natomiast w odbiorze pacjenta nabiera wymowy osobistej, zakłada brak woli i implikuje osądanie.

---

<sup>3</sup> Kwestia tłumaczenia intrajęzykowego – na przykład z języka specjalistycznego na ogólny – jest obecnie częścią niezwykle ważnego nurtu badań translatologicznych [patrz np. Korning Zethsen 2007, 2009; Korning Zethsen, Hill-Madsen 2016; Whyatt 2017; Whyatt, Naranowicz 2019].

<sup>4</sup> Oczywiście dyskusyjne pozostaje, na ile nazwa *gościec* jest *de facto* dawną nazwą medyczną, czyli specjalistyczną. Natomiast *woreczek żółciowy* uznaje się za błędną nazwę pęcherzyka żółciowego. Można tu mówić o stopniowym procesie przechodzenia specjalistycznych nazw medycznych do języka ogólnego oraz o tym, że w miarę postępu medycyny te potocznie ugruntowane nazwy okazują się nieadekwatne do obecnego stanu wiedzy i zostają uznane za nieprawidłowe. Niemniej jednak pozostają w częstym użyciu w mowie potocznej.

<sup>5</sup> Por. też Piekot i in. 2002: tytuł książki, *O trudnym łatwo*, wskazuje na relację pomiędzy skomplikowanym przedmiotem opisu a samym opisem, a pośrednio – pomiędzy językiem specjalistycznym a językiem ogólnym.

## KOMUNIKACJA W OCHRONIE ZDROWIA, W SZCZEGÓLNOŚCI Z PACJENTEM / PACJENTKA

Należy z mocą podkreślić złożoność kontekstu komunikacji w ochronie zdrowia, gdzie mamy do czynienia z odmiennymi okolicznościami emocjonalnymi oraz dotyczącymi relacji władzy (ang. *power relations*). Wprawdzie badacze podkreślają względną symetrię w komunikacji lekarz – pacjent [np. Tobiasz-Adamczyk 2002, 46], jednak trudno tu mówić o realnej równowadze i wzajemności. Istotnie, raczej zgodzić się można z obserwacją co do braku symetrii:

Profesjonalne kompetencje lekarza oraz sytuacja zdrowotna pacjenta powodują, że ten pierwszy zyskuje wyjątkową moc przekroczenia autonomii chorego. Taka zależność jest odpowiedzialna za powstanie trwałej asymetrii, która stanowi jednocześnie fundamentalną cechę relacji lekarz – pacjent [Andrzejewski 2017, 61–62].

Choremu z oczywistych względów towarzyszy poczucie zagrożenia, niepokój i lęk. Natomiast lekarz dysponuje wiedzą, doświadczeniem, władzą (przewagą) merytoryczną i instytucjonalną, cechuje go / ją dystans emocjonalny, a do tego poważnie ogranicza ściśle limitowany czas konsultacji i działań medycznych w ogóle.

Uczestnicy komunikacji są w różnym stopniu świadomi wzajemnych uwarunkowań. Co dla lekarza jest czynnością względnie rutynową, dla pacjenta może być wyjątkowe, jednokrotne lub pierwszorazowe. W zakresie kompetencji lekarza jako profesjonalisty leży wiedza na temat stanu pacjenta, któremu coś dolega lub który uważa, że coś mu dolega. Do tego rola profesjonalna wymusza przyjęcie postawy zdystansowanej, skupionej na uzyskaniu informacji, diagnozowaniu i wydaniu pacjentowi zaleceń.

Co ważne, omawiany kontekst, jak większość innych okoliczności komunikacji, nie musi ograniczać się do dwóch zaangażowanych stron; do pacjenta docierają także wymiany komunikatów pomiędzy medykami, których jest bezpośrednim świadkiem i które jego / jej bezpośrednio dotyczą, tak jak w następującym przykładzie:

Specjalista-okulistka kwalifikuje pacjentkę do zabiegu [iniekcji doszkliskowej] wykonując badania [OCT, angiografia, fotografia dna oka], jednak okazuje się to trudne, bo w trakcie badania pacjentka nie była w stanie powstrzymać się od mrugnienia powieka; opisując ten problem innemu lekarzowi konsultującemu przypadek, okulistka mówi (przy pacjentce): „nie udało się [wykonać zdjęć], bo pacjentka nie współpracuje”. Pacjentka, będąca bezpośrednim świadkiem rozmowy, odbiera komunikat lekarki jako oskarżający ją o złą wolę. Wychodzi z badania sfrustrowana i niepewna jak mogłaby postarać się bardziej zapanować nad mruganiem oka.

Tak jak pokazuje powyższy przykład, w wypadku frazy *pacjent nie współpracuje* mamy do czynienia z komunikatem, który *de facto* nie jest adresowany do pacjenta, ale jego / jej dotyczy i albo nigdy do niego / niej

nie dociera, albo dociera *pośrednio* – poprzez wymianę zdań między specjalistami (jak w powyższym przykładzie), wypis szpitalny, dokumentację leczenia przekazaną innemu lekarzowi (np. rodzinnemu) czy konsultacje udzielone rodzinie lub opiekunom. *Nota bene*, wypis szpitalny (w języku instytucjonalnym *karta informacyjna z leczenia szpitalnego*<sup>6</sup>) jest w dużej mierze informacją dla innych profesjonalistów medycznych (głównie lekarzy), a pacjent spełnia tu tylko swoistą rolę posłańca, przy okazji będąc odbiorcą treści nie do niego / niej adresowanych. W tej sytuacji „intencja nadawcy” komunikatu może być interpretowana przez odbiorcę w sposób przez nadawcę niezamierzony. Także ulotka o leku może być formą uczestniczenia pacjenta w wymianie informacji pomiędzy profesjonalistami medycznymi. Dla przykładu, w ulotce pewnego leku opisano przeciwwskazania; wśród nich jest to, które wymienia kategorie pacjentów sprawiających problemy:

pacjent nie współpracuje w zakresie wykonywania zaleceń lekarza dotyczących przyjmowania leku (np. osoby z chorobą alkoholową, z zaburzeniami psychicznymi oraz osoby w podeszłym wieku bez opieki i nadzoru).<sup>7</sup>

#### *PACJENT NIE WSPÓŁPRACUJE (PNW)*

Powyższe sformułowanie jest w świecie medycznym powszechnie znane. Występuje w mowie (np. w trakcie konsultacji interprofesjonalnych, tj. pomiędzy medykami) i na piśmie (np. wypis szpitalny, zapis wywiadu lekarskiego, ulotka leku). W materiałach publicznie dostępnych, tj. poza dokumentacją instytucjonalną, fraza *PNW* pojawia się też w relacjach pacjentów, opisujących swoje doświadczenia z przebiegu konsultacji i leczenia (por. opinie pacjentów na portalach internetowych, *patient [experience] feedback* [Baker i in. 2019]). *PNW* występuje też w tekstach popularnych i popularyzatorskich dotyczących medycyny i leczenia. W niniejszym artykule dane zostały zaczerpnięte właśnie z tych ostatnich, jak również pochodzą z wywiadów z lekarzami. Dane te zostaną poddane analizie jakościowej; wobec znacznego stopnia implicytności tekstu oraz złożonego charakteru sytuacji komunikacyjnej (trudność merytoryczna, relacje między uczestnikami, emocje) analizy takiej nie sposób skwantyfikować.

W poszukiwaniu znaczenia *PNW* w kontekście socjopragmatycznym podjęte zostaną kwestie perspektywy uczestników dialogu, kontekstu instytucjonalnego i wewnątrzjęzykowego. Co fraza *PNW* znaczy? Czego dotyczy i kiedy jej się używa? Do kogo jest adresowana? Wydawałoby się, że *PNW* odnosi się do zachowania się pacjenta. W jakich okolicznościach?

<sup>6</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. (§2.4.5); <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20150002069/O/D20152069.pdf>

<sup>7</sup> <https://www.aptekgemini.pl/sintrom-acenocoumarolum-p175707-rx>

W podręczniku dla studentów i lekarzy [Nowina Konopka i in. 2018], w rozdziale poświęconym kontaktowi „z pacjentem w warunkach trudnych emocjonalnie”, autorki wyszczególniają kilka kontekstów, w których pojawiają się trudności [Witt, Chwieralska 2018]. W jednym z podrozdziałów frazeologicznie uogólniono brak współpracy pacjenta w konkretnej sytuacji („pacjent nie współpracuje”) poprzez nazwanie tego zachowania jako cechy pacjenta („pacjent niewspółpracujący”). Takie sformułowanie (por. *Lekarz podejrzewając, że ma do czynienia z pacjentem niewspółpracującym powinien (...)* [s. 153]) może sugerować, że chodzi o względnie stałą cechę charakteru pacjenta, a nie cechę sytuacji, w której się znalazł. Nacisk na okazjonalność i kontekstualność (por. ang. *situatedness*) braku współpracy pacjenta jest wyrażona w wielu stosunkowo nowych publikacjach o komunikacji w praktyce klinicznej, w których nie pisze się już o pacjencie „trudnym” lub „niewspółpracującym”, ale raczej o okolicznościach, w jakich objawia się odnośne zachowanie.<sup>8</sup>

Trzeba jednak przyznać, że autorki rekomendują medykowi poszukiwanie „racjonalnego powodu braku współpracy” (np. lęk, niepokój), by dopiero w następnym kroku rozważyć „inne trudności po stronie pacjenta” (np. depresja, uzależnienie, demencja, a także problemy o podłożu kulturowym, społecznym lub ekonomicznym). *Nota bene* dopiero w dalszej części uwagę poświęcono pacjentowi „z utrudnionym kontaktem”, takiemu jak dziecko, nastolatek lub osoba starsza. Autorki stanowczo podkreślają, że podstawą rozwiązywania sytuacji trudnej jest zawsze poszukiwanie zrozumienia i porozumienia bez oceniania.

## PERSPEKTYWA MEDYKA

W mikrowywiadach z lekarzami (4 lekarki różnych specjalizacji<sup>9</sup>) przeprowadzonych na potrzeby tego artykułu uzyskano wiedzę deklaratywną na temat znaczenia i stosowania *PNW*. W toku wywiadów – rozmów zawierających czasem dogłębne refleksje – ustalono dwie ogólne kategorie pacjentów, których najczęściej dotyczy to określenie:

- (1) pacjent, który jest negatywnie nastawiony do leczenia, roszczeniowy, zbyt pewny siebie oraz swojej wiedzy medycznej i dlatego odrzuca lub co najmniej kwestionuje zalecenia lekarskie;
- (2) pacjent, „który nie rozumie” swojej sytuacji i oczekiwań wobec niego / niej, co dzieje się z różnych przyczyn: jest w ciężkim stanie klinicznym, bez kontaktu, ma ograniczone rozumienie otoczenia i świata w ogóle.

W pierwszym wypadku elementem definiującym jest brak dobrej woli pacjenta, jego / jej niezgoda na zastosowane leczenie (badania, leki, proce-

<sup>8</sup> Por. *How to manage difficult patient encounters* [Hull, Broquet 2007].

<sup>9</sup> Anestezjolog, neurolog, kardiolog i lekarz rodzinny.

dury), utrudnianie badania, niestosowanie się do zaleceń itp. Pacjent drugiego typu jest albo dzieckiem, albo „osobą dementywną”, słowem kimś, kto jeszcze albo już nie rozumie, co się z nim dzieje w procesie diagnozowania i leczenia. Do tej kategorii należy też człowiek chory psychicznie.

Przeszukiwanie publicznie dostępnych zasobów internetowych ujawnia, że istotnie PNW często pojawia się w kontekście leczenia dzieci, a najczęściej w leczeniu stomatologicznym:

Nawet najlepsze leczenie może okazać się nieskuteczne, jeśli pacjent nie współpracuje ze swoim lekarzem dentystą.<sup>10</sup>

W gabinecie rentgenowskim może przebywać tylko pacjent i personel opiekujący się pacjentem. W sytuacjach gdy pacjent nie współpracuje podczas badania, pacjentowi powinien towarzyszyć rodzic / opiekun (ubrany w fartuch ochronny).<sup>11</sup>

oraz w odniesieniu do osób psychicznie chorych:

Pacjent nie współpracuje: trudności w zebraniu wywiadu, pobraniu krwi, zbadaniu  
Zadanie: uspokoić by móc przeprowadzić diagnostykę  
Rozważyć zastosowanie przymusu bezpośredniego<sup>12</sup>

Jednak frazy PNW, zapożyczonych tu z języka specjalistycznego, używa się także w wypadku, gdy – jak się zdaje – pacjent ma małe możliwości „współpracować” w potocznym sensie. Niedawno jedna z pielęgniarek, w wywiadzie prasowym o trudnej pracy na oddziale covidowym, w ten sposób opisała „brak współpracy” ze strony pacjenta wymagającego wentylacji z pomocą specjalnej maski:<sup>13</sup>

– Pacjent oddycha sam, ma tylko do dyspozycji więcej tlenu?  
– Tak, ale musi współpracować. W chwili zastosowania Optiflow instruujemy pacjenta, aby oddychał nosem, nie ustami. To wydaje się proste, ale nie jest. Kiedy chory ma silną duszność, jest niedotleniony, niekoniecznie stosuje się do zaleceń. Można powiedzieć, że jest mniej lub bardziej „otumaniony”. I nie wystarczy mu powiedzieć: „proszę oddychać nosem”. Kontakt jest utrudniony. Często bywa tak, że pacjent nie współpracuje, desaturuje się.<sup>14</sup>

W rozumieniu potocznym dominujący odbiór tego komunikatu sugeruje brak woli po stronie pacjenta.

<sup>10</sup> <https://www.biodent.biz/specjalizacje/stomatologia-zachowawcza/>

<sup>11</sup> *INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY: BADANIE KONTRASTOWE GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO*, Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu, [https://szoz.pl/wp-content/uploads/2018/12/ZGODA\\_BADANIE\\_KONTRASTOWE\\_GORNEGO\\_ODCINKA\\_PRZEWODU\\_POKARMOWEGO-dzieci.pdf](https://szoz.pl/wp-content/uploads/2018/12/ZGODA_BADANIE_KONTRASTOWE_GORNEGO_ODCINKA_PRZEWODU_POKARMOWEGO-dzieci.pdf)

<sup>12</sup> Artur de Rosier, prezentacja: SOR-y Psychiatria, <https://wil.org.pl/wp-content/uploads/PSYCHIATRIA-A.deRosier.pdf>

<sup>13</sup> Por. „nosowa wentylacja wysokoprzepływowa z maską OptiFlow.”

<sup>14</sup> <https://kobieta.onet.pl/pielegniarka-pacjenci-nam-umieraja-wirus-dzis-jest-grozniejszy/281b1zr>



Wszyscy lekarze, którzy udzielili wywiadu, wymienili powyższe dwie kategorie pacjentów (patrz s. 13 powyżej), jednak inaczej identyfikowali prototypowe znaczenie *PNW*. Lekarka A kładła nacisk na kategorię (1) – mówi się, że pacjent nie współpracuje, kiedy współpracować nie chce: nie udziela wymaganych informacji w wywiadzie lekarskim, nie zgadza się na wypełnianie poleceń w toku badania przedmiotowego. Z powodu takiego właśnie podstawowego znaczenia frazy, *PNW* jest dla medyka określeniem pejoratywnym, może rodzić animozje lub wręcz wrogość. Dla lekarki B prototypowe znaczenie frazy zdecydowanie łączyło się z pacjentem niemającym kontroli nad swoim zachowaniem (pkt (2)). W większości sytuacji zachowanie takiego pacjenta nie jest podyktowane brakiem dobrej woli, lecz raczej brakiem prawidłowej oceny sytuacji i znaczenia oczekiwań wobec niego / niej. Natomiast zachowanie pacjenta typu (1) lekarka B opisałaby innymi słowami: „odmawia”, „nie zgadza się”. Oceeniła, że z takimi przypadkami spotyka się rzadziej.

Lekarka C wymieniła obie kategorie pacjenta, podkreślając, że *PNW* nie jest skierowane do pacjenta / pacjentki, ale należy do sfery profesjonalnej i komunikuje problem wyłącznie wewnątrz – innemu specjalście, w bezpośredniej rozmowie lub za pośrednictwem dokumentacji medycznej. Lekarka D skupiła się na efekcie (pacjent nie realizuje zaleceń lekarskich) oraz na sposobach jego osiągania ([pacjent] „kombinuje”, „wie lepiej”, „kłamie”). Tym samym wydaje się, że lekarka D przypisała frazę *PNW* głównie sytuacjom, w których pacjent świadomie i z premedytacją nie stosuje się do zaleceń, najprawdopodobniej przekonany do swoich racji.

Żadna z czterech lekarek nie potrafiła powiedzieć, skąd dokładnie pochodzi jej znajomość *PNW* (z podręczników zawodowych? z wykładów na studiach?), ale sugerowały, że przyswoiły sformułowanie w toku praktyki medycznej, najpierw w czasie studiów i potem w pracy zawodowej. Wydaje się, że znaczenie pragmatyczne *PNW* w dużej mierze zależy od ich specjalistycznego doświadczenia zawodowego. Percepcja *PNW* jako odniesienia do świadomego braku woli u pacjenta lub też do jego / jej braku kontroli nad własnym zachowaniem najprawdopodobniej zależy od okoliczności klinicznych, które dominują w praktyce zawodowej danego lekarza.

### **PNW: EMOCJE I KONOTACJE**

Z jednego z wywiadów wynikało, że „po pierwsze”, „pacjent nie współpracuje” to sformułowanie *pejoratywne*. Zasugerowano w ten sposób negatywny stosunek medyka do pacjenta jako osoby (świadomie lub nie) utrudniającej terapię oraz wykonywanie obowiązków przez lekarza. Polskie źródła medyczne rzadko pokazują metajęzykową refleksję nad sformulowaniem *pacjent nie współpracuje*, jednak *implicite* uznaje się je za

niosące „negatywną ocenę zachowania pacjenta” [Mikołajewska, Mikołajewski 2012, 89].

Eksploracja frazeologiczna w Internecie od razu ujawnia niełatwe sytuacje i silne emocje związane z leczeniem i opieką nad *pacjentem trudnym* – bo to właśnie określenie często pojawiające się w najbliższym otoczeniu PNW. *De facto* wiele materiałów szkoleniowych i podręczników dla medyków (np. z zakresu pielęgniarstwa) wręcz zawiera oddzielne podrozdziały o nazwie *trudny pacjent* [np. Szumska 2014]; pojęcie to stanowi też przedmiot badań z zakresu etyki praktyki klinicznej [por. np. Steinmetz, Tabenkin 2001; Eichelberger, Stanisławska 2018].<sup>15</sup> Na przykład w broszurze firmy BIostat na temat stanu ochrony zdrowia w kontekście leczenia cukrzycy w Polsce *trudny pacjent* to ten nastawiony rozszczeniowo lub lekceważąco [s. 23], kiedy mowa na przykład o negatywnej postawie pacjenta w terapii cukrzycy: „Leczenie jest utrudnione, kiedy pacjent nie współpracuje.” Piszę się jednak także o negatywnym nastawieniu lekarza do pacjenta, który stwarza trudności. W tym samym źródle cytowany jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który tak – nieco emocjonalnie – opisuje postawę swojego pacjenta, wykazując dezaprobatę wobec tego, że pacjent nie bierze odpowiedzialności:

Jakby choroba była sprawą lekarza – wykryłeś, to ją lecz [s. 22].

W każdym razie zauważa się, że tzw. *pacjent trudny* działa „demotywująco na lekarza specjalistę” [s. 23]. D. Steinmetz i H. Tabenkin [2001] wręcz definiują pacjenta trudnego jako takiego, który budzi negatywne emocje lekarza.<sup>16</sup> Również fora internetowe ujawniają zniecierpliwienie medyków pacjentem niewspółpracującym / trudnym:

Jeżeli ktoś zaprzecza ogólnosiwiatowym standardom leczenia – piszę info do POZ, że pacjent nie współpracuje w zakresie leczenia, został poinformowany o dużym lub bardzo dużym ryzyku sercowo-naczyniowym, jest świadomy konsekwencji + piszę cele terapeutyczne i mówię takiej osobie, że więcej ma się do mnie nie rejestrować. Po co się wzajemnie męczyć? Demokracja.<sup>17</sup>

<sup>15</sup> Należy zauważyć, że w nowszej literaturze światowej *difficult patient* występuje rzadko; obecnie mówi się raczej o trudnej relacji z pacjentem (por. też ang. *difficult patient – clinician relationship*), o kontakcie z pacjentem „w warunkach trudnych emocjonalnie” [Witt, Chwieralska 2018] lub używa się eufemistycznego określenia „pacjent, który stanowi wyzwanie dla lekarza”. Nowsze opracowania coraz częściej wymieniają liczne kategorie sytuacji klinicznych, które stanowią wyzwania (relacyjne i komunikacyjne) dla lekarzy i personelu medycznego w ogóle [np. Makara-Studzińska 2017]. Zwraca się też uwagę na obciążenie profesjonalistów medycznych w trudnych sytuacjach i pracę emocjonalną, którą muszą wtedy wykonać [patrz Załuski, Makara-Studzińska 2019].

<sup>16</sup> „[P]atients who evoke in us physicians negative emotions, such as anger, guilt, hatred and even depression” [Steinmetz, Tabenkin 2001, 495].

<sup>17</sup> <https://www.forumezo.pl/Temat-Koronawirus-i-co-dalej?pid=223423>

Polskie sformułowanie *pacjent nie współpracuje* jest bliskie swojego angielskiego ekwiwalentu – *the patient is uncooperative*. Wymowny jest sposób, w jaki internetowy słownik polsko-angielski (*Reverso*) ilustruje przekład angielskiego *PNW* – konotacji nie można nie zauważyć:

It's hard to make a diagnosis when your patient's an uncooperative pain in the... neck.

Cieężko postawić diagnozę, kiedy pacjent nie współpracuje i jest jak wrzód na... kar-ku.<sup>18</sup>

### PERSPEKTYWA PACJENTA

Z perspektywy pacjenta *PNW* pojawia się w sytuacjach dla niego / niej bardzo trudnych: kiedy zabieg jest bolesny, kiedy poziom stresu jest bardzo wysoki, kiedy pacjent znajduje się w nowej, wcześniej nieznannej sobie sytuacji i to budzi lęk. Materiały szkoleniowe dla medyków uczulają ich na utrudniający badanie punkt widzenia pacjenta i sugerują, jak profesjonalnie sobie z tym radzić, na przykład:

W niektórych przypadkach, gdy pacjent nie współpracuje lub nie jest w stanie tolerować gastrokopu, lekarze mogą zdecydować się na znieczulenie ogólne.<sup>19</sup>

Rektoskopii nie można też wykonywać, kiedy pacjent nie współpracuje z lekarzem wykonującym badanie.<sup>20</sup>

Przy obecnym, niemal nieograniczonym dostępie do Internetu z łatwością można udostępnić opis własnych „doświadczeń pacjenta”. Miejsce na to znajduje się w zasobach ogólnych i otwartych oraz na forach bardziej wyspecjalizowanych grup internetowych poświęconych poszczególnym chorobom i wszelkim innym problemom medycznym. Informacje od pacjentów zbierają szpitale i inne placówki ochrony zdrowia, wykorzystując je potem – z lepszym lub gorszym skutkiem – do tworzenia zaleceń usprawniających funkcjonowanie swoich instytucji.<sup>21</sup> Znaczące, że w wielu krajach forum do dzielenia się doświadczeniami przez pacjentów udostępniają instytucje finansujące opiekę zdrowotną (np. NHS w Wielkiej Brytanii; por. Baker i in. 2019 „online patient feedback”).

W Polsce „informacja zwrotna od pacjentów” jest powszechnie dostępna w Internecie: w mediach społecznościowych, na forach grup po-

---

<sup>18</sup> <https://context.reverso.net/translation/english-polish/Patient+is+uncooperative>

<sup>19</sup> <https://wylecz.to/zabiegi-diagnostyczne/wskazania-do-gastroskopii/>

<sup>20</sup> Lek. med. Michał Posmykiewicz; [https://www.doz.pl/czytelnia/a13036-Rektoskopia\\_przygotowanie\\_i\\_przebieg\\_badania\\_dieta](https://www.doz.pl/czytelnia/a13036-Rektoskopia_przygotowanie_i_przebieg_badania_dieta)

<sup>21</sup> Cammel i in. 2020 podejmuja trudną kwestię przetworzenia doświadczeń pacjentów opisanych swobodnym tekstem (*free-text*).

święconych leczeniu określonych chorób, na stronach promujących zdrowie i in. [patrz Szpunar 2014; Fryc i in. 2018]. Sięgnięcie do tych zasobów może dać wgląd w znaczenie jednostek leksykalnych i w zakres jego rozszerzenia. Z analizy wypowiedzi o doświadczeniach pacjentów wynika na przykład, że pacjenci rozumieją performatywny charakter omawianej tu frazy i są świadomi, że wpisanie (przez osoby uprawnione) *PNW* do dokumentacji medycznej może mieć formalne konsekwencje dla procesu leczenia.

Wypisali mi wilczy bilet „pacjentka nie współpracuje” i elo. Kurde, żadnego tam, spróbujmy jeszcze raz, albo na spokojnie, albo proszę się zrelaksować. Trudno, narkozy nie znoszę, ale jak trzeba.<sup>22</sup>

Dwa razy wypisali mnie ze szpitala, po czym jeszcze szybciej do niego wracałam z kolejnymi powikłaniami. A fizjoterapeuci za każdym razem, w ciągu trzech wypisów, podawali do karty informację: „Pacjentka nie współpracuje”.<sup>23</sup>

Bez względu na normy i kategoryzacje język żyje życiem swoich użytkowników i zmienia się dynamicznie wraz z ich poruszaniem się w sferze komunikowania się. Pacjenci, jak wszyscy użytkownicy języka, są uczestnikami zdarzeń mownych (ang. *speech events*), nawet jeśli – jak w omawianym przypadku – nie są bezpośrednimi adresatami niektórych treści.

Jednym z integralnych procesów w komunikacji jest negocjowanie znaczeń. Proces ten odbywa się nie tylko w bezpośredniej interakcji medyk – pacjent (rzadko), ale głównie pośrednio, na przykład wtedy, kiedy media poświęcone ochronie zdrowia i popularyzacji wiedzy medycznej sygnalizują (obu stronom) źródła nieporozumienia. Głównym celem części z nich jest edukacja pacjenta; dlatego instytucje ochrony zdrowia (np. przychodnie, szpitale) publikują informacje o procedurach medycznych, o przygotowaniu do zabiegu itd. Tam właśnie jest miejsce dla starań, aby nie narazić pacjenta i/lub lekarza na kryzys o nazwie *PNW*. Wiele materiałów szkoleniowych przeznaczonych dla medyków nawiązuje do perspektywy pacjenta i pomaga uniknąć wspomnianego kryzysu.

Czasem pacjent nie współpracuje, bo czuje się ekspertem. Bywa tak po rozmowie ze znajomymi lekarzami których zdanie bardzo dużo dla chorego znaczy lub po ściągnięciu informacji z Internetu lub w następstwie porównania wielu opinii różnych lekarzy, a te opinie nie są ze sobą zgodne.<sup>24</sup>

Diagnoza i ocena funkcjonowania wzrokowego musi odbywać się przy czynnym udziale dziecka. Specjalista nigdy nie powinien przeprowadzać żadnych prób wbrew jego woli.

<sup>22</sup> <https://www.facebook.com/100553415186490/posts/214133663828464/>

<sup>23</sup> <https://malgorzataannaborowska.wordpress.com/2014/12/15/zarys-choroby-wilsona/>

<sup>24</sup> <http://www.ptpo.org.pl/index/images/stories/psycho-onkologiczny-telefon-zaufania.pdf>

Jeśli pacjent nie współpracuje trzeba poświęcić na badanie więcej czasu, być może potrzebne będą dodatkowe spotkania. Tu cierpliwość jest kluczem do sukcesu.<sup>25</sup>

Podobnie w materiałach w języku angielskim, jak pokazują przykłady poniżej, medycy nie są pozostawieni bez wsparcia.

If your patient is uncooperative or frustrated, you know the best thing you can do is stay calm. Don't allow your patient to see your frustration.<sup>26</sup>

When a patient is uncooperative, it's easy to feel frustrated. But rather than letting your temper get the better of you, step back and examine life from your patient's perspective.<sup>27</sup>

O ile jednak profesjonaliści medyczni otrzymują wsparcie interprofesjonalne, o tyle pacjenci nagminnie korzystają z mniej fachowego wsparcia innych pacjentów. A ci z kolei w miarę możliwości pomagają innym poruszać się po meandrach systemów ochrony zdrowia i zawłości specjalistycznego języka – z różnym skutkiem dla procesu terapeutycznego.

## PODSUMOWANIE

Omawiana w niniejszym tekście fraza (PNW) została między innymi umieszczona w publikacji internetowej pt. *Czego lekarz Ci nie powie*,<sup>28</sup> w tabeli pod nazwą *Tajemnicza mowa lekarzy*, gdzie zestawiono to, „co lekarz mówi” z tym, „co myśli”. W prezentowanych tam przykładach znajdziemy określenia, które są – zdaniem autora – dla pacjenta (i w ogóle dla kogoś, kto nie jest profesjonalistą medycznym) nieprzejrzyste. Zakamufłowanie pewnych treści niekoniecznie musi polegać na użyciu elementów języka specjalistycznego (np. „C2 abusus”, tj. pacjent z chorobą alkoholową). Jednak pewne treści mogą być nieoczywiste lub intencje całkiem niewidoczne także w wypadku stosowania słownictwa z języka ogólnego (np. „nietypowy obraz RTG”). Tu można mówić o języku ogólnym skonwencjonalizowanym w szczególnym kontekście (np. ochrony zdrowia). W niniejszym artykule znalazł się zatem prosty „przekład” z języka specjalistycznego na ogólny:

Pacjent nie współpracuje = Pacjent nie słucha zaleceń.

<sup>25</sup> <https://oculino.com/abc-rehabilitacji-wzroku-dziecka-cz-2-diagnoza-ocena-funkcjonowania-wzrokowego/>

<sup>26</sup> Nursing Tips for Treating Stubborn Patients, <https://www.csmedicalpro.com/2020/12/07/nursing-tips-for-treating-stubborn-patients/>

<sup>27</sup> 5 Tips for Winning Over a Difficult Patient, <https://www.anodyne-services.com/2020/10/07/5-tips-for-winning-over-a-difficult-patient/>

<sup>28</sup> *Czego lekarz Ci nie powie*, dr med. Rainer Limpinsel (16 września 2018), <https://zdrowiewpraktyce.pl/choroby-cywilizacyjne/czego-lekarz-ci-nie-powie-183.html>

Jednak, jak wynika z powyższej analizy, jest to przekład uproszczony, pomijający specyfikę interpretowania znaczeń przez nadawcę i odbiorcę komunikatu. Znaczenie *PNW* jest określone wielością kontekstów – medycznych, relacyjnych i psychologicznych. Do tego zależności te zachodzą jednocześnie, czasem poza kontrolą, a nawet świadomością uczestników interakcji. Porozumienie jest kształtowane w procesie negocjowania znaczeń, przez przyjmowanie perspektywy innego (empatia) w celu odczytywania jego / jej interpretacji komunikatów oraz intencji. Zatem z punktu widzenia pragmatyki w odbiorze pacjenta implikacje znaczenia *PNW* mogą dotyczyć braku dobrej woli („jeżeli mówi się, że pacjent nie współpracuje, to znaczy, że współpracować nie chce”) i jest często odczytywane jako oskarżenie. Natomiast w odbiorze profesjonalnym *PNW* nie musi być oskarżeniem, ale jest i tak często powiązane w negatywnymi emocjami lekarza, które albo są rzeczywiste, albo przypisywane. Zrozumienie tych różnic (i podobieństw) jest podstawą porozumienia pomiędzy pacjentami i medykami oraz ich przymierza w dążeniu do wspólnego celu, którym jest dobry skutek terapeutyczny.

W literaturze poświęconej komunikacji medycznej coraz więcej miejsca poświęca się relacyjności procesu terapeutycznego, a więc i wzajemnego rozumienia komunikatów werbalnych i niewerbalnych, których celem jest osiągnięcie celów terapeutycznych. Eksperci – praktycy zarówno medycyny, jak i komunikacji językowej – podkreślają konieczność wspólnego działania, w tym współpracy w negocjowaniu znaczeń.

W dalszych badaniach, w systematycznej analizie większej ilości danych, należałoby sprawdzić, czy w rozumieniu znaczenia *PNW* przez nie-specjalistów (tj. poza sferą medyczną) rzeczywiście dominuje komponent braku woli współpracy, świadomej odmowy dostosowania się do oczekiwań. Dociekania takie mogłyby być oparte nie tylko na deklaracjach medyków i pacjentów; znaczący byłby też wgląd w przykłady zapożyczenia frazy *PNW* do języka ogólnego, a w każdym razie wyniesienia jej poza kontekst medyczny. Ilustruje to sytuacja, w której *PNW* jest użyte przez księdza, co pokazuje, jak omawiana fraza może z powodzeniem funkcjonować w innym obszarze komunikacji:

Spowiedź to nie terapia, gdzie po kilku sesjach, kiedy pacjent nie współpracuje, można mu podziękować.<sup>29</sup>

Przykład ten ilustruje zjawisko interdyskursywności i jest też argumentem na to, że odwoływanie się do określonych kategorii językowych, takich jak *język specjalistyczny* czy *język ogólny*, jest konwencją analityczną. Tymczasem frazeologizmy są częścią doświadczenia porozumiewania się użytkowników języka w różnych obszarach życia i wraz z nimi przemieszczają się zależnie od potrzeb komunikacyjnych. W isto-

<sup>29</sup> Blog *Bóg jest dobry*, <https://grzegorzkramer.pl/spowied/>

cie granice między kategoriami (np. językami, dialektami, odmianami zawodowymi) są umowne, a ich krzyżowanie się powinno być ważnym przedmiotem badań nad funkcjonowaniem języka w kontekście społecznym.

## Bibliografia

- Ł. Andrzejewski, 2017, *Pacjenci są różni, czyli pochwała i wyzwanie różnicy* [w:] A. Ostrowska (red.), *Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej*, Warszawa, s. 55–81.
- A. Bączkowska, 2019, *Dyskurs medyczny a przekład naukowych tekstów medycznych*, „Konińskie Studia Językowe” 3, s. 299–315.
- A. Doroszevska, 2017, *Ogólne zasady komunikowania się lekarza i pacjenta. Etyka komunikacji* [w:] A. Ostrowska (red.), *Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej*, Warszawa, s. 15–39.
- P. Baker, G. Brookes, C. Evans, 2019, *The Language of Patient Feedback. A Corpus Linguistic Study of Online Health Communication*, London.
- S.A. Cammel, M.S. De Vos, D. van Soest i in., 2020, *How to automatically turn patient experience free-text responses into actionable insights: a natural language programming (NLP) approach*, „BMC Medical Informatics and Decision Making” 20, 97; <https://doi.org/10.1186/s12911-020-1104-5>
- M.T. Cabré, 1998, *La terminologie. Théorie, méthode et applications*, Ottawa.
- W. Eichelberger, I.A. Stanisławska, 2018, *Być lekarzem, być pacjentem. Rozmowy o psychologii relacji*, Warszawa.
- A. Fryc, M. Krassowska, D. Szymik, M. Hamoud, K. Patela, 2018, *Rola Internetu w relacji lekarz–pacjent zbadana w wybranych grupach wiekowych*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 8(4), s. 285–296.
- S.K. Hull, K. Broquet, 2007, *How to manage difficult patient encounters*, „Family Practice Management” 14(6), s. 30–34.
- B. Jarosz, 2018, *O (nie)tożsamości pojęć JEZYK SPECJALISTYCZNY, JEZYK SPECJALNY, JEZYK FACHOWY, JEZYK PROFESJONALNY, JEZYK ZAWODOWY, PROFESJOLEKT, TECHNOLEKT*, „Polonica” XXXVIII; <http://dx.doi.org/10.17651/POLON.38.12>
- K.M. Jaszczolt, 2016, *Meaning in Linguistic Interaction: Semantics, Metasemantics, Philosophy of Language*, Oxford.
- K. Korning Zethsen, 2007, *Beyond translation proper – extending the field of translation studies*, TTR : traduction, terminologie, rédaction 20(1), s. 281–308.
- K. Korning Zethsen, 2009, *Intralingual translation: An attempt at description*, „Meta: Translators’ Journal” 54(4), s. 795–812.
- K. Korning Zethsen, A. Hill-Madsen, 2016, *Intralingual translation and its place within Translation Studies – a theoretical discussion*, „Meta: Translators’ Journal” 61(3), s. 692–708.
- B. Ligara, 2011, *Relacje między językiem ogólnym a językiem specjalistycznym w perspektywie językoznawstwa polonistycznego, stosowanego i glottodydaktyki*, „LingVaria” 6, 2(12), s. 163–181.
- M. Makara-Studzińska (red.), 2017, *Komunikacja w opiece medycznej*, Warszawa.

- E. Mikołajewska, D. Mikołajewski, 2012, *Komunikacja dla osób niepełnosprawnych w środowiskach nowych mediów*, „Lingua ac Communitas” 22, s. 89–112.
- T. Piekot, J. Miodek, M. Zaśko-Zielińska (red.), 2002, *O trudnym łatwo*, Wrocław.
- D. Sperber, D. Wilson, 2015, *Beyond speaker’s meaning*, „Croatian Journal of Philosophy” 15 (44), s. 117–149.
- D. Steinmetz, H. Tabenkin, 2001, *The ‘difficult patient’ as perceived by family physicians*, „Family Practice” 18, s. 495–500.
- M. Szpunar, 2014, *Doktor Google. Internet jako źródło informacji o zdrowiu* [w:] T. Goban-Klas (red.), *Komunikowanie w ochronie zdrowia – interpersonalne, organizacyjne i medialne*, Warszawa.
- M. Szumska, 2014, *Trudny Pacjent w Medycynie*, wyd. 2, Tarnowo Podgórne.
- B. Tobiasz-Adamczyk, 2002, *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Kraków.
- M.C. Wermuth, 2017, *A cognitive linguistics approach to the discourse of drug information for experts and patients* [w:] M. Grygiel (red.), *Cognitive Approaches to Specialist Languages*, Cambridge.
- B. Whyatt, 2017, *Intralingual Translation* [w:] J.W. Schwieter, A. Ferreira (red.), *The Handbook of Translation and Cognition*, Oxford, s. 176–192.
- B. Whyatt, M. Naranowicz, 2019, *A robust design of the translator’s skill set: evidence for transfer of metacognitive skills to intralingual paraphrasing*, „The Interpreter and Translator Trainer” 14 (1), s. 1–18.
- M. Witt, B. Chwieralska, 2018, *Kontakt z pacjentem w warunkach trudnych emocjonalnie* [w:] Nowina Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki (red.), *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, Kraków, s. 149–161.
- M. Załuski, M. Makara-Studzińska, 2018, *Emotional labour in medical professions: Review of the literature from the period 2010–2017*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, s. 194–199.

**“The patient is not cooperating”  
– sociopragmatics of (mis)understanding in health care**

Summary

Communication between patients and medical professionals is characterised by frequent misunderstandings due to medical, psychological, and relational considerations arising to a large extent from unfamiliarity with specialised medical language. Such processes can be exemplified by the phrase *pacjent nie współpracuje* (lit. *the patient is not cooperating*), which has a specific meaning in medical language and can be interpreted by patients as evaluating them negatively. Understanding in this communication must be reached through negotiation of the meaning of specialist words, expressions, and phrases.

**Keywords:** medical language – sociopragmatics – communication in healthcare – negotiation of meanings.

Trans. Monika Czarnecka