

Kraków, 14.12.2017 r.

Recenzja

pracy doktorskiej mgr Kamili Talaśki *Psycholingwistyczne aspekty komunikacji lekarz – pacjent*, Wydział Filologiczny Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2017 r.

1. W przedłożonej Radzie Wydziału Filologicznego Uniwersytetu Gdańskiego oraz Komisji Doktorskiej recenzji pracy doktorskiej Kamili Talaśki pt. *Psycholingwistyczne aspekty komunikacji lekarz – pacjent* rozstrzygnięto spełnianie przez rozprawę takich warunków, jak: 1. Wartość merytoryczna pracy, w szczególności: a) trafność podjętej problematyki badawczej i jej oryginalność, b) uzyskane rezultaty i ich znaczenie dla nauki i praktyki, c) poprawność formalno-językowa, stylistyczna i interpunkcyjna; 2. Poprawność metodologiczna i strukturalna, w szczególności: a) umiejętność formułowania problemów, założeń i hipotez badawczych, b) trafność doboru metod i narzędzi badawczych, c) umiejętność wykorzystania źródeł i dobór literatury, d) struktura podziału treści – układ pracy; 3. Poprawność opracowania wyników badań oraz zgodność uogólnień i wniosków końcowych z teoretycznymi i metodologicznymi partiami tekstu.

2. Dysertacja doktorska mgr Kamili Talaśki, licząca aż 438 stron, składa się ze *Streszczenia* (w języku polskim i angielskim), *Spisu treści*, *Wstępu*, czterech rozdziałów, *Zakończenia*, *Bibliografii*, *Spisu rysunków*, *Spisu tabel*, *Spisu wykresów* i *Załączników*. Struktura pracy, umożliwiającą m.in. płynne rozwijanie przyjętego deskrypcyjno-analitycznego toku argumentacji, odzwierciedla sposób naukowego myślenia Autorki – przejrzysty, dyskursywny, precyzyjny, choć fragmentami nazbyt epicki. Tytułem wprowadzania zaznaczam, iż większość poczynionych w recenzji uwag ma charakter polemiczny, służący bardziej otwieraniu dyskusji, nie zaś jej krytycznemu zamykaniu. Żywię nadzieję, że ułatwią one Autorce choć w niewielkim stopniu przygotowanie maszynopisu do druku, o zrealizowanie którego, po naniesieniu niezbędnych poprawek, już na wstępie wnoszę. Bez wątplenia przedłożona do oceny dysertacja jest tekstem bardzo potrzebnym, skłaniającym do naukowej refleksji i inspirującym do dalszych poszukiwań na niwie tworzącej się – również za sprawą Autorki – subdyscypliny, jaką jest lingwistyka medyczna. Nie oznacza to, iż wysiłek badawczy Autorki nie wpisuje się w indeks ważnych problemów i pytań, jakie stawia dziś cała lingwistyka stosowana, a nawet humanistyka. M.in. dlatego nie zgadzam się z zawartą w *Streszczeniu* deklaracją autorską, iż „przedstawiana praca jest tylko niewielkim przyczynkiem do dalszych badań prowadzonych w nurcie komunikacji klinicznej”

(s. 3). Zważywszy na zakres poruszanych tematów oraz sposoby zgłębiania wyodrębnionych treści, jest to opracowanie pełne, skończone i na pewno nie preliminaryjne.

3. Mimo iż metodologiczny (w znaczeniu konstrukcyjnym, mającym wypracować nowe rozwiązania) wydźwięk opracowania ma charakter transdyscyplinarny – lingwistyka medyczna (komunikacja kliniczna) została umiejscowiona wewnątrz pełnego, nowego, uniwersalnego systemu bez stałych granic między naukami i jest subdyscypliną przenikniętą wiedzą już ukształtowaną, wielod dziedzinową – Autorka szeroko korzysta z osiągnięć psycholingwistyki, psychologii humanistycznej, psychologii społecznej, teorii medycyny, teorii komunikacji, a nawet logopedii czy gerontolingwistyki. Świadczy to z jednej strony o jej erudycji, z drugiej – odwadze interpretacyjnej. Ponadto jest ważnym przyczynkiem w kierunku wyodrębnienia i trwałego ulokowania w ramach lingwistyki stosowanej lingwistyki medycznej.

4. Obszerny, teoretyczny pierwszy rozdział dysertacji zatytułowany *Specyfika komunikacji lekarz – pacjent w świetle literatury przedmiotu* przedstawia teoretyczne podstawy komunikowania oraz specyfikę kontaktu lekarz – pacjent uwzględnioną w opracowaniach zagranicznych i krajowych. Omówiono w nim m. in. modele relacji lekarz – pacjent, różne typy pacjentów, prawne i etyczne aspekty komunikowania się lekarzy z pacjentami oraz czynniki językowe, parajęzykowe i pozajęzykowe warunkujące skuteczne porozumiewanie się w trakcie konsultacji lekarskiej. Mimo iż zawiera olbrzymią liczbę terminów i ujęć interpretacyjnych, czyta się go dobrze, gdyż został napisany ze znanostwem i swadą. Będąc wprowadzeniem do części badawczej dysertacji, stanowi swoistą monografię lingwistyki medycznej. W podrozdziale 1.8 Autorka stwierdza, iż „na potrzeby pracy przyjąłam za P. Mitchum (1990, s. 118) podział komunikacji na: werbalną, parawerbalną i niewerbalną” (s. 100). Nie negując prawa do takiego wyboru, żałuję, iż nie uwzględniono/wymieniono innych taksonomii zachowań komunikacyjnych wykraczających poza potencjał systemu językowego – por. np. propozycje Bożydara Kaczmarka czy najpopularniejsza w polskiej logopedii klasyfikacja Stanisława Grabiasa, w której ujęto komunikacyjne zachowania językowe, parajęzykowe i pozajęzykowe. Zabrakło mi też wyodrębnienia *expressis verbis* pozajęzykowego (niejęzykowego) subkodu temporalnego, tym bardziej, iż praktycznie cały podrozdział 1.9 właśnie dotyczy zagadnień z nim związanych. Część informacji z podrozdziału 1.11 widziałbym raczej w przypisach treściowych, niż w głównym toku wywodu. Dotyczy to np. informacji nt. oferty szkoleń dla lekarzy czy treści kart przedmiotów wykładanych na wydziałach lekarskich. Przygotowując pracę do druku, w celu wzbogacenia jej walorów humanistycznych, warto uwzględnić

fragmenty książek Andrzeja Szczeklika. Szczególnie polecam *Kore*, Kraków 2007 oraz *Katharsis*, Kraków 2008. Byłoby to treściowym nawiązaniem do anonsowanych na stronie 12 dysertacji treści dotyczących kanonu lekarskiego profesjonalizmu (por. przypis nr 2 oraz s. 220 maszynopisu).

5. Rozdział drugi zawiera opis metodologii badań. Na podkreślenie zasługuje fakt, iż materiał badawczy pozyskano z dwóch źródeł. Pierwszym z nich były ankiety wypełnione przez 190 pacjentów oraz 50 lekarzy różnych specjalności. Drugi stanowiły komentarze pacjentów oceniające wizytę u lekarzy wyekscerpowane z portalu „ZnanyLekarz.pl”. Ta dywersyfikacja materiału badawczego gwarantuje z jednej strony wyższy stopień obiektywizmu, z drugiej – możliwość dwuprofilowego oglądu. Autorkę, co sama zaznacza, interesowały przede wszystkim dwie kwestie: wpływ czynników socjo- i psycholingwistycznych na opisywany typ komunikacji oraz jej postrzeganie z perspektywy lekarza i pacjenta. Jestem przekonany, iż założone cele ogólne zrealizowano. Analizie poddano łącznie 1800 komentarzy (900 pozytywnych i 900 negatywnych) dotyczących lekarzy 3 specjalności — neurologów, ginekologów oraz lekarzy rodzinnych. Sama struktura rozdziału wygląda następująco: 1. Cele i założenia badań (tu: metody i narzędzia badawcze, charakterystyka narzędzi badawczych, organizacja i przebieg badań); 2. Charakterystyka respondentów (tu: charakterystyka lekarzy i charakterystyka pacjentów); 3. Opis materiału źródłowego z portalu „ZnanyLekarz.pl”. W tej części dysertacji na szczególne podkreślenie zasługuje umiejętność doboru i selekcji szczegółowych problemów badawczych. Ich treść i liczba (tylko 5) są dowodem na zdolność syntetycznego myślenia Autorki, co w dobie wszechogarniające „atomizmu” analitycznego jest talentem coraz rzadszym. Podzielałam również stanowisko mgr Kamili Talaśki, iż „specyfika podjętej tematyki wpłynęła na wybór podejścia jakościowego w prowadzonym badaniu” (s. 154). Oczywiście część badawcza zawiera, oprócz ujęcia jakościowego, również podejście ilościowe, dzięki czemu uzyskano wyższy poziom obiektywizmu interpretacyjnego. O przyjętym profilu analiz pisze sama Autorka: „Aby jak najbardziej zobiektywizować zebrane dane, starano się wszędzie tam, gdzie było to możliwe, wprowadzić elementy analizy ilościowej, np. w opracowywaniu danych z pytań zamkniętych ankiet, dla zobrazowania frekwencji poruszanych przez respondentów zjawisk w pytaniach otwartych czy też w komentarzach. Jest to zgodne z założeniami nowoczesnej analizy dokumentów” (s. 157).

6. Część analityczno-materiałową pracy stanowią rozdziały III i IV. Rozdział pt. *Komunikacja lekarz – pacjent w świetle badań ankietowych* dzieli się na dwie komplementarne w stosunku do siebie partie. Pierwsza dotyczy rzeczowej komunikacji

w interpretacji pacjentów, druga – w ujęciu lekarzy. Zabieg taki jest posunięciem słusznym, gdyż pozwala wyciągać wnioski pełne i zobiektywizowane. W podpunkcie dotyczącym komunikacji lekarz – pacjent postrzeganej przez pacjentów zwrócono uwagę na: werbalne aspekty komunikacji, pozawerbalne elementy wpływające na jakość komunikacji, pozakomunikacyjne czynniki wpływające na kształt konsultacji lekarskiej, relacje partnerskie między lekarzem a pacjentem wpływające na komunikację. Część tę kończy prezentacja modelowej konsultacji lekarskiej, wzbogacająca aplikacyjny wymiar dysertacji. Z kolei w podpunkcie uwzględniającym perspektywę lekarza zanalizowano i zinterpretowano takie aspekty jak: dążenie do porozumienia się (dobra komunikacja), problem przekazywania niepomysłnych diagnoz i rokowań, werbalne i pozawerbalne typy komunikacji lekarz – pacjent, tu m.in. problem socjolektu lekarskiego, pozakomunikacyjne czynniki wpływające na jakość i przebieg konsultacji lekarskiej. Obszerny rozdział kończy potrzebne *Podsumowanie*. Na szczególne podkreślenie zasługuje ilość i trafność doboru materiału egzemplifikacyjnego oraz dążenie Autorki do obiektywizmu badawczego za sprawą podejmowania analiz ilościowych i przedstawiania ich wyników w formie poglądowych wykresów i tabel.

7. W rozdziale IV noszącym tytuł *Komunikacja lekarz – pacjent w opinii internautów portalu „ZnanyLekarz.pl”* analizom poddano następujące obszary badawcze: opinie odnoszące się do merytorycznych kwestii związanych z wizytą, opinie odnoszące się do kwestii w bezpośredni sposób związanych z komunikacją, opinie związane z cechami lekarza, inne powtarzające się opinie. Za jednostkę analizy uznano opinię, którą dla potrzeb pracy zdefiniowano jako fragment komentarza zawierający jedno stwierdzenie odwołujące się do jednego z elementów przedstawionych wyżej obszarów. Rozwiązaniem słusznym jest przyjęcie trójdzielnej struktury rozdziału, odpowiadającej grupom komentarzy (pozytywnych i negatywnych) dotyczących neurologów, ginekologów oraz lekarzy rodzinnych. Z analiz Autorki wynika, iż kluczowe dla dysertacji kompetencje komunikacyjne lekarza wpływają na opinię o nim w oczach pacjenta. Podczas przygotowywania pracy do druku warto zwrócić uwagę na dwie kwestie: 1. Dokładniejsze wyjaśnienie eksplikacji znaczeniowych ważnych atrybutów lekarzy, semantycznie organizowanych takimi wyrazami, jak: *miły, dobry, słaby, ciepły/ciepła*, poprzez uwzględnienie więcej niż jednego słownika języka polskiego. 2. Niecytowanie (ewentualne) danych personalnych lekarzy negatywnie ocenianych przez pacjentów.

8. Ostatnią treściową partią dysertacji jest *Zakończenie*. Zostało napisane przejrzyście i syntetycznie. Stanowi dobre podsumowanie pracy i wieloletnich badań Doktorantki.

9. Pracę zamyka obszerna (366 pozycji) bezbłędnie sporządzona Bibliografia, w której zawarto chyba wszystkie ważniejsze źródła współtworzące lingwistykę medyczną.

10. Sprawności językowe Autorki oceniam na trzech płaszczyznach:

1) semantycznej, składniowej i stylistycznej; 2) interpunkcyjno-ortograficznej; 3) edytorskiej. W pierwszym przypadku można stwierdzić, iż Doktorantka w sposób przekonujący, jednoznaczny i precyzyjny wykorzystuje środki składniowe i stylistyczne w celu budowania tekstu naukowego. Pewną wątpliwość budzi wymienne i nieuzasadnione stosowanie rzeczowników *ilość* i *liczba* – por. np. s. 232. Jeśli chodzi o sprawności interpunkcyjne i ortograficzne, nie stwierdzam potknięć w tych zakresach. Pisownię rozdzielną partykuły przeczącej „nie” z rzeczownikiem na stronie 220 traktuję jako błąd edytora tekstów. Żadne z uchybień nie rzutuje na zrozumiałość tekstu. W ostatnim z zakresów, edytorskim, nie notuję pomyłek.

Podsumowanie

Przedłożona do oceny dysertacja doktorska jest tekstem wartościowym i potrzebnym. Komunikacja lekarz – pacjent jest zjawiskiem uniwersalnym, dotyczącym każdego człowieka. Z jednej strony treść pracy doktorskiej odpowiada szerokości lingwistycznych i humanistycznych horyzontów Autorki, z drugiej unaocznia kierunki rozwoju współczesnej lingwistyki stosowanej.

Konkluzja

Rozprawa mgr Kamili Talaśki, spełniając warunki określone w art. 13.1 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki, w szczególności w zakresie stanowienia oryginalnego rozwiązania problemu naukowego oraz unaoczniania ogólnej językoznawczej wiedzy teoretycznej Kandydatki i umiejętności samodzielnego prowadzenia pracy naukowej, umożliwia dopuszczenie jej Autorki do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

dr hab. Mirosław Michalik, prof. nadzw.

Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie