

EWA KOZIÓŁ-CHRZANOWSKA*, ANNA NIEPYTALSKA-OSIECKA**

INSTYTUT JĘZYKA POLSKIEGO POLSKIEJ AKADEMII NAUK W KRAKOWIE

WOJCIECH ROMANIK*** | WARSZAWSKI UNIwersYTET MEDYCZNY

PAWEŁ RAFAŁOWICZ**** | WYŻSZA SZKOŁA BANKOWA WE WROCŁAWIU

Świadoma zgoda na znieczulenie dziecka – konstrukcja formularza w świetle badań nad prostym językiem

Słowa kluczowe: prosty język, język medyczny, świadoma zgoda, język formularzy, znieczulenie dziecka.

doi: <http://dx.doi.org/10.31286/JP.01024>

Wprowadzenie

Próby badania i mierzenia stopnia zrozumiałości tekstów interesują lingwistów co najmniej od połowy XX wieku. Pierwsi zwolennicy prostego języka próbowali badać składniowe i leksykalne wskaźniki zrozumiałości tekstu już pod koniec lat 40. XX wieku (Flesch 1948). Ruch *plain language* dotyczył początkowo języka angielskiego. W roku 1952 Robert Gunning wprowadził do dyskusji o prostym języku pojęcie *Fog Index*, czyli *indeksu mgły (mglistości)*. Badacz stworzył wzór matematyczny do mierzenia trudności tekstu (Gunning 1952). Prostym językiem w sferze urzędowej był propagowany również w krajach skandynawskich, w Wielkiej Brytanii i w Niemczech. Obecnie wiele państw wypracowuje rozwiązania prawne, które wymuszają na instytucjach publicznych dostosowywanie pism do standardów *plain language*. W Polsce nie istnieje jeszcze instrument prawny, który regulowałby kwestię pisania tekstów w prostym języku (Hebal-Jezińska 2019: 19). Zainteresowanie upraszczaniem tekstów, które trafiają do przestrzeni publicznej, wzrasta jednak w ostatnich latach również w Polsce. Idea zaczyna trafiać do urzędów, banków, instytucji publicznych, a także do komunikacji lekarz–pacjent. Chęć usprawnienia komunikacji personelu medycznego z pacjentami zaowocowała m.in. badaniami w kierunku przekształcania formularzy, które otrzymuje się w szpitalach przed zabiegami. Przeprowadzono jak dotąd badania pilotażowe formularzy zgody na zabieg medycyny estetycznej (Zimmermann i in. 2021).

* ewa.koziol-chrzanowska@ijp.pan.pl; ORCID: 0000-0001-6308-7156

** anna.niepytalska@ijp.pan.pl; ORCID: 0000-0003-0172-1398

*** wojciech.romanik@wum.edu.pl; ORCID: 0000-0003-3360-1323

**** pawel.rafalowicz@wsb.wroclaw.pl; ORCID: 0000-0003-3893-1014

Do tekstów, których zrozumienie może sprawiać trudność odbiorcy, należą m.in. teksty prawne, bankowe, naukowe oraz pisane stylem urzędowym. Trudne bywają też komunikaty zawierające słownictwo medyczne, dobrze znane tylko fachowcom. Jeśli tekst ze specjalistyczną leksyką medyczną trafi do pacjentów, niemających do czynienia zawodowo z medycyną, proces komunikacji może zostać zaburzony. Jasność i zrozumiałość języka zwłaszcza w takich gatunkach tekstów jak formularze zgody na zabiegowe procedury medyczne to sprawa niezwyklej wagi. Od ich właściwego zrozumienia zależy bezpieczeństwo pacjenta.

Idea uproszczenia formularzy zgody na procedury medyczne wpisuje się w proces przeciwdziałania wykluczeniu, które dotyka wielu grup w społeczeństwie informacyjnym. Niektóre kraje dbają o to, aby pewne typy informacji były dostępne także dla osób, które gorzej radzą sobie z ich przyswajaniem. W sferze publicznej wprowadza się przystępną odmianę języka. Odmiana ta stosowana jest w tekstach urzędowych, istotnych społecznie, kierowanych do ogółu społeczeństwa, m.in. dotyczących bezpieczeństwa czy zdrowia (Piekot, Maziarz 2014: 308).

Przystępując do badania, którego wyniki prezentujemy w niniejszym artykule, stawialiśmy sobie trzy podstawowe cele. Chcieliśmy:

(1) sprawdzić za pomocą narzędzia Jasnopis zrozumiałość 16 wybranych formularzy zgody rodziców na postępowanie anestetyczologiczne w czasie zabiegu ich dziecka (były to formularze z różnych szpitali pediatrycznych z całej Polski);

(2) skonstruować dokumentację składającą się na świadomą zgodę na znieczulenie dziecka, która byłaby zrozumiała dla odbiorcy po szkole podstawowej;

(3) porównać nowe, utworzone przez nas dokumenty z 16 przeanalizowanymi formularzami.

Nowo utworzoną, uproszczoną dokumentację podzieliliśmy na trzy części: ankietę o stanie zdrowia dziecka, informację o znieczuleniu dziecka oraz formularz zgody. Prezentujemy je jako załącznik do wersji elektronicznej niniejszego artykułu.

Automatycznej analizie ilościowej z użyciem narzędzia Jasnopis poddaliśmy 16 wybranych formularzy. Następnie przeprowadziliśmy analizę jakościową ze wspomaganiami automatycznym i zaproponowaliśmy rozwiązania, dzięki którym wyraźnie obniżyliśmy stopień trudności formularzy. W żaden sposób nie ingerowaliśmy w badane teksty – poddaliśmy je analizie w formie oryginalnej.

Prezentowany tekst dotyka tematyki określanej terminem *komunikacja medyczna*. Jak czytamy w *Rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej*:

Komunikacja medyczna to proces porozumiewania się między pracownikami ochrony zdrowia (lekarzami, pielęgniarkami, położnymi i in.) i pacjentami (oraz ich bliskimi), a także porozumiewanie się pracowników ochrony zdrowia między sobą (w zespołach medycznych), zachodzące w ramach stosunku opieki zdrowotnej, tj. postępowania leczniczego lub profilaktycznego (Borowczyk i in. 2021: 4).

Na potrzeby pacjenta jako uczestnika tej relacji chcemy spojrzeć z perspektywy prostego języka i zrozumiałości kierowanych do niego komunikatów.

Kontekst medyczny i społeczny

W ostatnich latach w środowisku medycznym i prawniczym podnosi się problemy związane z uzyskiwaniem od pacjentów świadomej zgody na procedurę medyczną. Jest to istotne z punktu widzenia pacjenta, który ma prawo do decydowania o swoim zdrowiu i życiu. Procedury medyczne wpływają na wszystkie płaszczyzny życia człowieka. Celem tych procedur jest wyleczenie lub poprawa zdrowia pacjenta, zatrzymanie lub spowolnienie objawów choroby, ale także umożliwienie wykonania właściwego zabiegu, czyli m.in. zastosowania różnych form znieczulenia.

Szczególną grupą pacjentów są osoby poniżej 18. roku życia. Ze względów prawnych w imieniu dziecka zgodę zastępczą muszą wyrazić przedstawiciele ustawowi, opiekunowie faktyczni lub opiekunowie prawni. Jak zwraca uwagę rzecznik praw pacjenta, specjalistyczny język oraz zbyt ogólne zwroty używane w formularzach zgody są częstą trudnością zgłaszaną przez pacjentów (Kozłowska 2012: 15). Ekstrapolacja tych problemów na rodziców i opiekunów wydaje się nam zasadna. Na wagę właściwego języka jako sposobu komunikacji w tym kontekście zwrócił uwagę rzecznik praw obywatelskich. Postuluje on pochylenie się nad ulepszeniem formularzy zgody w celu ich „humanizacji” (Lipowicz 2012: 13).

Jednym z zagadnień poruszanych w piśmiennictwie z omawianego zakresu jest liczba informacji w poszczególnych formularzach (Lis 2018: 397). W wypadku skąpych informacji – niedoinformowanie jest oczywiste. Jeśli jest ich zbyt dużo, rodzice mogą nie zrozumieć w pełni treści wyrażanej zgody. Celem wydaje się zachowanie złotego środka, czyli udzielenie istotnych, ważnych dla rodzica informacji (Galewicz 2012: 88). Jak zatem rozpoznać, które informacje są ważne dla odbiorcy? Dla rodzica rocznego dziecka kluczowa będzie możliwość jak najdłuższego kontaktu fizycznego z dzieckiem przed zabiegiem. Dla rodzica pięcioletka istotne będzie, aby najpierw dziecko usnąć, a dopiero potem wkłuwać się do żyły. Dla szesnastolatka – aby został zapewniony o jego prawie do intymności w obecności personelu.

Po ustaleniu priorytetów dotyczących ilości informacji napotykamy problem przekazania ich w formie przyswajalnej dla danego odbiorcy. Aby zgoda była świadoma, ważne, by rodzic czy opiekun mógł zrozumieć jej treść (Kozłowska 2012: 15). Jest to o tyle istotne, że potencjalne niepożądane następstwa procedury medycznej obciążają w największym stopniu dziecko. Poczucie odpowiedzialności rodzica za zdrowie dziecka w dużej mierze opiera się na zaufaniu do personelu medycznego, do słuszności proponowanych rozwiązań, do kompetencji zawodowej. W jednostce medycznej funkcjonuje zazwyczaj jeden wzór formularza znieczulenia, rodzice zaś stanowią grupę heterogeniczną, chociażby pod względem wykształcenia. U podstaw procesu decyzyjnego leży przystępnie udzielona informacja, zarówno pisemna, jak i ustna. W procesie rozumienia poza wiedzą pacjenta istotne są zdolności do przetwarzania informacji i w efekcie – zadawania trafnych pytań, przyswojenia informacji prawdziwych oraz zastąpienia nimi uprzednich fałszywych poglądów (Zurzycka i in. 2017: 115). Ważny warunek to zapewnienie odpowiedniej ilości czasu na zapoznanie się z informacją pisemną do momentu rozmowy z lekarzem i podpisania zgody. Korzyścią z wnikliwego przeczytania tekstu może być przygotowanie pytań skierowanych do lekarza. Rozmowa z lekarzem to

niezbędny element uzyskania świadomej zgody rodzica. Lekarz powinien podczas rozmowy nabyć przekonanie, że rodzic rozumie przekazane informacje (Piątkiewicz 2012: 131). Od zrozumienia celowości procedury medycznej, jej następstw, a zwłaszcza ryzyka powikłań, zależy podjęcie decyzji najlepszej dla dziecka. Dopiero po rozmowie zgoda jako objaśniona staje się prawnie skuteczna (Lis 2018: 400).

Zagadnienia prawne

Uproszczona dokumentacja, którą przygotowaliśmy, spełnia wymogi przewidziane prawem. Wykonanie znieczulenia stanowi czynność podwyższonego ryzyka, a zatem konieczne jest wyrażenie na nie zgody w formie pisemnej (Zajdel, Zajdel 2012). Oznacza to, że na dokumencie zgody, pod treścią oświadczenia, osoby uprawnione składają własnoręczny podpis imieniem i nazwiskiem. Zgoda na świadczenie anestezyjologiczne wymaga podpisu obojga rodziców, należy bowiem do kategorii „istotnych spraw dziecka” (Haak, Haak-Trzuskawska 2019; Słyk 2020). Dodatkowym wymogiem jest podanie numeru PESEL. Gdy rodzice zapoznają się z informacją o znieczuleniu, należy zakładać, że zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego ma charakter poinformowany (Malczewska 2014: 602). Oznacza to, że przed wyrażeniem zgody pacjent musi zapoznać się z informacją o świadczeniu zdrowotnym. Inaczej rzecz ujmując – uprawnieni, podpisując zgodę, są świadomi, z czym świadczenie się wiąże. Wyjaśniono w niej bowiem cel znieczulenia, wymieniono rodzaje znieczulenia, opisano sposoby ich wykonania, określono ryzyko, a także przedstawiono zalecenia pooperacyjne i typowe powikłania, za których wystąpienie odpowiedzialny jest sam wyrażający zgodę. Gdyby istniało prawdopodobieństwo wystąpienia innych powikłań, wówczas lekarz anestezjolog powinien o tym poinformować w trakcie obligatoryjnej rozmowy z rodzicem. Ponadto wszystkie trzy dokumenty (ankieta, informacja i zgoda) prezentują informacje w sposób przystępny, co wykazano w analizie przeprowadzonej z użyciem narzędzia Jasnopis. W formularzu świadomej zgody znajdują się wszystkie elementy konieczne do wyrażenia ważnej zgody. Jest w nim miejsce na podanie imion, nazwisk i numerów PESEL rodziców małoletniego, imienia i nazwiska oraz numeru PESEL dziecka, na wskazanie rodzaju i sposobu znieczulenia oraz opisanie, w ramach jakiej operacji znieczulenie zostanie podane. Pozostałe elementy formularza również odgrywają istotną rolę, ponieważ dzięki nim uzyskuje się potwierdzenie, że zgoda jest świadoma i poinformowana (Nesterowicz 2017: 239–240; Malczewska 2014: 601–602).

Cechy językowe utrudniające rozumienie tekstu a formularze zgody na postępowanie anestezyjologiczne

Cechy komunikatu pisanego, które wpływają na to, że odbiorca może mieć trudność z jego zrozumieniem, dzieli się na językowe i pozajęzykowe. Czynniki pozajęzykowe są związane m.in. z wiekiem, możliwościami percepcyjnymi czy warunkami psychologicznymi tego, kto czyta tekst. Komplikujące jego odbiór elementy językowe zaś to trudne słowa i zawiłe konstrukcje. „Wyniki badań nad rozumieniem tekstów potwierdzają teoretyczną hipotezę, że o trudności języka danego tekstu decyduje albo jego składnia, albo jego słownictwo, albo i jedno i drugie łącznie” – pisał Walery Pisarek (2007: 252).

Na stopień skomplikowania tekstu wpływają też niewłaściwa kompozycja i ukształtowanie graficzne – najtrudniej czyta się teksty, których autor nie zadbał o przejrzysty podział na akapity i właściwą z punktu widzenia odbiorcy kolejność informacji. W kompozycji ważna jest zgodność z wzorcem gatunkowym. Trudniejszy jest odbiór tekstów, których treść nie współgra z wzorcem (Zaśko-Zielińska i in. 2008). Opornie przyswajamy komunikaty z nieprzejrzystą szatą graficzną – nadmiarem wyróżnień czy różnymi krojami pisma (Broda i in. 2015: 39–40).

Czytelnikowi niełatwo czytać tekst, gdy znajduje w nim wiele wyrazów, których nie rozumie. Warto zatem, tworząc teksty, zadawać sobie pytanie, które słowa mogą być potencjalnie niezrozumiałe. Trudności sprawia zwykle słownictwo specjalistyczne czy swoiste w tekstach kierowanych do szerokiego grona odbiorców. Niezrozumiałość tekstu na poziomie leksykalnym wynika zwykle z przesycenia terminami specjalistycznymi, wyrazami pochodzenia obcego i wyrazami abstrakcyjnymi (Maćkiewicz 2010: 43). Inne cechy leksykalne, które sprawiają, że czytelnik odbiera pismo jako trudne, to: długie wyrazy (czterosylabowe i dłuższe), wyrazy erudycyjne, przestarzałe oraz słownictwo rzadkie. Jeśli jakieś wyrazy są często używane, to użytkownicy języka są do nich przyzwyczajeni i łatwiej im odnosić znaki językowe do odpowiadających im pojęć (Pisarek 2007: 227), jeśli zaś są używane rzadko, proces wiązania znaków z pojęciami nie przebiega tak sprawnie.

Badacze zwracali uwagę na nadmierną nominalizację jako istotną cechę wpływającą na zrozumiałość tekstu. Nadmierna nominalizacja to sposób pisania, w którym występuje tendencja do przekształcania czasowników na rzeczowniki. To cecha charakterystyczna m.in. pism prawnych i prawniczych (Pawelec 2007). Bywa widoczna również w tekstach urzędowych czy naukowych. Specyfiką nadmiaru rzeczowników jest także to, że oddziałują na stopień skomplikowania składni – powodują wydłużenie zdań, co dodatkowo pogarsza ich przyswajanie.

Wpływ pewnych konstrukcji składniowych i form gramatycznych na proces rozumienia zdania był przedmiotem badań psycholingwistycznych. Analizowano związek rozumienia zdań z procesami percepcji i pamięci. Eksperymenty pokazały, że w procesach przetwarzania informacji szczególną rolę odgrywa zdanie twierdzące w stronie czynnej (Kurcz 1976: 166). Jest ono główną jednostką psychologicznej interpretacji danych językowych. Średni czas reakcji na zdanie w stronie biernej i zdanie z przeczeniem jest wyraźnie dłuższy od czasu reakcji na zdanie twierdzące i zdanie w stronie czynnej (Kurcz 1976: 164–165). Inne cechy składniowe tekstu sprawiające, że odbiorca z trudem go przyswaja, to: długie zdania wielokrotnie złożone, imiesłowowe równoważniki zdań, konstrukcje analityczne i łańcuchy dopełniaczowe. Długość zdań w tekście zależy wprawdzie od jego gatunku – w tekstach naukowych są one zwykle dłuższe niż w tekstach dziennikarskich, lecz przyjmuje się, że zdania w tekstach dziennikarskich powinny liczyć około 10–15 słów, aby były sprawnie przyswajane (Fras 2005: 11).

Istotnym zagadnieniem jest forma zwracania się do odbiorców. Polska etykieta językowa jest w pewnym stopniu sprzeczna z zasadami prostego języka. Formy uchodzące za najbardziej uprzejme są skomplikowane i powodują wydłużanie zdań. Proponujemy zatem rozwiązanie kompromisowe. W formularzach ankiety i zgody, w których nadawca buduje z odbiorcą bardzo bezpośrednią relację (zwraca się do konkretnych osób, które odpowiadają na pytania, składają oświadczenia, podpisują się imieniem i nazwiskiem), zamieszczamy zwrot *Państwo*.

Inaczej natomiast postępujemy w formularzu informacji, gdzie formy są bardziej bezpośrednie (w 2 os. lm). Po pierwsze, zwroty występują w tekście bardzo licznie, więc konsekwentne stosowanie formy *Państwo* znacząco wpłynęłoby na trudność tekstu, por. np.: „Pomoże Wam to przygotować się do rozmowy przed operacją. Wtedy będziecie mogli zapytać lekarza anesteziologa o wszystko, co będzie dla Was ważne” vs. „Pomoże to Państwu przygotować się do rozmowy przed operacją. Wtedy będą Państwo mogli zapytać lekarza anesteziologa o wszystko, co będzie dla Państwa ważne”. Po drugie, kierujemy się tu zasadą sformułowaną przez autorów wrocławskich (Miodek i in. 2010). W naszej sytuacji – mówimy o pisaniu tekstów publicznych – forma *ty* nie powinna się pojawiać zbyt często. Wyjątkiem są instrukcje i poradniki, w których zwrot ten nie razi, a przy okazji – zwiększa skuteczność przekazu (Miodek i in. 2010: 58). Jako że informacja jest z założenia kierowana do rodziców, wybieramy liczbę mnogą.

Aby tekst przeznaczony dla pacjenta mógł pełnić zamierzoną funkcję, czyli informować o procedurach, które mogą mieć wpływ na życie i zdrowie, odbiorca musi go zrozumieć. Stanie się tak, gdy komunikat będzie zbudowany ze zrozumiałych słów i właściwie uporządkowany – ułożony za pomocą prostych konstrukcji składniowych i logicznie skomponowany. Sytuacja, w której pacjent podpisuje niezrozumiałą formularz zgody na postępowanie medyczne, może rodzić dla niego poważne konsekwencje zdrowotne. O wadze tego zagadnienia pisze m.in. Marta Chojnacka-Kuraś (2019: 24), podkreślając, że relacje między pacjentem a personelem medycznym powinny być takiej jakości, aby możliwe było porozumienie:

Takie dobre porozumienie zwiększa w rezultacie skuteczność procesu terapeutycznego, a niekiedy ją wręcz umożliwia (np. w sytuacji, gdy dobrze poinformowany pacjent świadomie podejmuje decyzję o podjęciu leczenia).

Narzędzie do automatycznego wykrywania cech utrudniających tekst

Większość cech językowych, które wpływają na niski poziom zrozumiałości tekstu, możemy badać narzędziami elektronicznymi, np. Jasnopisem (www.jasnopis.pl). Program podaje szczegółowe parametry stopnia trudności tekstu, wskazuje trudniejsze fragmenty, pokazuje statystyki dotyczące liczby trudnych słów itd. Po przeanalizowaniu formy językowej tekstu program podaje stopień jego trudności w skali od 1 do 7. Siedmiostopniowa skala aplikacji Jasnopis bierze pod uwagę orientacyjne wykształcenie odbiorcy, które jest potrzebne, aby sprawnie przyswoił on czytany tekst. Teksty otrzymujące wynik 1 są zrozumiałe dla dziecka z pierwszych klas szkoły podstawowej, teksty z wynikiem 7 są z kolei najtrudniejsze – zrozumiałe bez żadnych problemów tylko dla specjalistów w danej dziedzinie. Jasnopis w wynikach analizy podaje wskaźniki statystyczne oraz zaznacza te fragmenty tekstów (akapity, zdania, słowa), które stopniem trudności odbiegają od pozostałych. Oblicza m.in. odsetek rzeczowników, czasowników i przymiotników, odsetek słów trudnych, średnią długość słów mierzoną w sylabach, średnią długość zdań i łańcuchów dopełniaczowych, odsetek imiesłów. Dodatkowo zlicza stosunek rzeczowników do czasowników, odsetek trudnych rzeczowników, czasowników i przymiotników w stosunku do ogólnej liczby wszystkich słów. Narzędzie pokazuje też, jaki indeks mglistości ma analizowany tekst (Broda i in. 2015).

Podsumowanie analizy ilościowej

Z 16 przeanalizowanych formularzy, w których rodzice lub opiekunowie prawni małych pacjentów wyrażają zgodę na postępowanie anestezyjologiczne, 12 uzyskało w Jasnopisie wynik 5. Według skali aplikacji oznacza to tekst trudniejszy, zrozumiały dla ludzi wykształconych. Orientacyjny poziom wykształcenia potrzebny do przyswojenia tekstu z wynikiem 5 to studia licencjackie/inżynierskie. Oznacza to, że osoba z niższym wykształceniem może mieć trudności ze zrozumieniem otrzymanego do podpisu formularza. Dwa analizowane formularze otrzymały wynik jeszcze wyższy – 6. Teksty z takim wynikiem są określane jako trudne, wymagające wykształcenia przynajmniej na poziomie studiów magisterskich. Jeden formularz uzyskał wynik 7, czyli najwyższy możliwy w skali Jasnopisu. Był to tekst bardzo skomplikowany, fachowy, którego zrozumienie może wymagać wiedzy specjalistycznej, a poziom wykształcenia konieczny do jego przyswojenia to doktorat lub specjalizacja w dziedzinie, której dotyczy. Jeden formularz otrzymał wynik 4, byłby więc zrozumiały dla ludzi z wykształceniem średnim lub mających duże doświadczenie życiowe. Dążenie do uzyskania wyniku 3 w skali Jasnopisu dla formularzy świadomej zgody wydaje się optymalne.

Wspomniany wcześniej *Fog Index*, czyli wskaźnik mglistości Gunninga, w większości badanych formularzy mieścił się w przedziale 9–16. Teksty z *Fog Index* o wartości powyżej 13 są kwalifikowane jako dość trudne, natomiast teksty o indeksie na poziomie 16 i więcej to teksty trudne (Gunning 1952). W jednym wypadku *Fog Index* formularza przekroczył wartość 20, co oznacza, że jest bardzo trudny – dorównujący trudnością tekstom prawnym.

Poniższa tabela prezentuje część wyników uzyskanych w toku analizy programem Jasnopis. Pokazuje klasę trudności według jego skali, wartość indeksu czytelności FOG oraz bardziej szczegółowe parametry:

- średnią długość słów,
- średnią długość zdań,
- średnią długość akapitów,
- odsetek słów trudnych,
- odsetek czasowników, czasowników trudnych, przymiotników i przymiotników trudnych,
- stosunek rzeczowników do czasowników.

Formularze zgody na postępowanie anestezyjologiczne zawierały stosunkowo wysoki odsetek rzeczowników – od 38 procent do nawet 48 procent. Tymczasem za lepsze rozumienie komunikatu odpowiadają zwykle czasowniki w formach osobowych, które mają zdolność zwiększania dynamiki tekstu, na co zwracał uwagę m.in. W. Pisarek (1966), udowadniając na przykładach tekstów, że potoczna, najbardziej przystępna odmiana języka polskiego jest odmianą nastawioną na konkretność. Niski odsetek rzeczowników w stosunku do czasowników to jeden z istotnych czynników odpowiadających za trudność czytanego tekstu. Warto zaznaczyć, że teksty bliskie mowy codziennej, a więc takie, które mają największe szanse na zrozumienie przez przeciętnego odbiorcę, zawierają zwykle więcej czasowników i mniej rzeczowników (Miodek i in. 2010). Na co dzień w sytuacjach nieformalnych dobie ramy głównie słownictwo z zasobu wspólnego różnym odmianom polszczyzny (Markowski 1990). W. Pisarek (2007: 235) wymienia trzy cechy, które odróżniają język oficjalny od języka

Tabela. Wyniki analizy programem Jasnopis

Badane formularze Dane z analizy	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
JASNOPIS min. 1 – max. 7	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	5	6	7	3
FOG tekstowe	8,8	10,7	9,4	9,9	11,6	9,2	11,5	7,4	9,1	6,2	10,5	11,7	11,9	14,7	16,6	20,7	7,57
Średnia długość słowa (liczba liter)	2,2	2,5	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,4	2,3	2,5	2,5	2,5	2,6	2,11
Średnia długość zdania (liczba słów)	7	6	7	7	12	7	8	2	5	5	7	10	9	15	17	28	6,4
Odsetek słów trudnych (%)	6	9	7	5	5	8	8	6	7	6	8	7	8	7	10	12	5
Odsetek rzeczowników trudnych (%)	6	7	7	7	6	8	8	6	7	5	8	7	6	7	7	10	6
Odsetek wszystkich rzeczowników (%)	42	43	38	40	40	45	43	46	38	39	40	42	42	39	43	48	40
Odsetek wszystkich czasowników (%)	10	13	16	8	13	9	12	9	9	10	16	10	10	15	10	6	19
Odsetek czasowników trudnych (%)	1	1	2	0	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2
Odsetek przymiotników (%)	18	18	15	20	16	18	18	18	17	16	17	17	20	17	18	22	12
Odsetek przymiotników trudnych (%)	4	4	4	3	3	4	4	5	4	4	4	5	7	4	6	7	2
Stosunek rzeczowników do czasowników	3,97	3,21	2,34	4,87	3,05	4,79	3,53	4,8	4,04	4,1	2,55	4,24,	4,04	2,66	4,22	7,83	2,09

Wyniki z aplikacji Jasnopis. Liczby od 1 do 16 oznaczają poszczególne formularze świadomej zgody rodzica na znieczulenie dziecka z różnych jednostek medycznych. W 17 kolumnie podano wyniki analizy dokumentacji proponowanej przez autorów, składającej się na formularz świadomej zgody.

potocznego: nasycenie tekstu wyrazami abstrakcyjnymi, nasycenie wyrazami zapożyczonymi i stopień skomplikowania składni.

W tekstach medycznych, a zwłaszcza tych, które trafiają do pacjentów, dodatkowym istotnym aspektem jest słownictwo specjalistyczne. Gdy pojawi się w tekście kierowanym do niespecjalistów, może doprowadzić do nieporozumień. W 16 badanych przez nas tekstach uwagę przyciąga ogólna liczba słów trudnych. W sześciu formularzach jest wyższa niż 50, a w trzech przypadkach przekracza 100. Wśród nich znalazły się również terminy specjalistyczne. Jak podkreśla Jolanta Maćkiewicz (2010: 45), terminy specjalistyczne w tekstach nienaukowych powinno się objaśniać. Za dużą liczbę słów trudnych, którą wskazał Jasnopis, odpowiedzialne są w pewnym stopniu terminy takie jak: *kaniulacja*, *sanacja jamy ustnej*, *treść pokarmowa*, *kardiomiopatia*, *hipertermia złośliwa* itd. Aby zwiększyć zrozumiałość formularzy, warto albo zamienić je na prostsze synonimy, albo wprowadzić objaśnienia.

Uwagę zwracają także wyniki dotyczące średniej długości zdań w formularzu nr 15 i 16. Otrzymały one wyniki klasy trudności 6 i 7, czyli bardzo wysokie. Średnia długość zdań w formularzach 15 i 16 wynosi odpowiednio 17 i 28 wyrazów. W wypadku tych tekstów strategią upraszczającą i zwiększającą zrozumiałość jest więc skrócenie zbyt długich zdań.

Podsumowanie analizy jakościowej i porównań

Analizę jakościową prowadziliśmy ręcznie, ze wspomaganie automatycznym. Oznacza to, że omówione niżej przykłady zostały wyekscerpowane przede wszystkim dzięki lekturze formularzy. Dodatkowo braliśmy pod uwagę wskazania Jasnopisu (np. długie zdania, trudniejsze wyrazy).

Poniżej prezentujemy przykłady, których obecność w 16 badanych formularzach podnosi stopień ich trudności. Pokazujemy rozwiązania, które zastosowaliśmy w nowej dokumentacji.

A. Brak konkretnie wskazanego nadawcy i odbiorcy

Proszę dokładnie przeczytać ankietę i odpowiedzieć na zawarte w niej pytania.

Jeśli dziecko wbrew zaleceniom coś zjadło lub wypilo zawiesisty płyn (mleko, sok przecierowy), naależy bezwzględnie powiadomić o tym pielęgniarkę z oddziału lub anestezjologa.

[...] znieczulenie nerwów – środek znieczulający podaje się w okolicę dużych nerwów, które unerwiają nogę lub rękę.

[...] naależy poinformować lekarza [...].

[...] naależy powiedzieć anestezjologowi [...].

Drodzy Rodzicie/Opiekunowie! Prosimy o uważne zapoznanie się z informacjami zawartymi w pierwszej części formularza, zachęcamy do zadawania pytań, które pomogą w zrozumieniu omawianego tematu.

W nowych dokumentach uniknęliśmy tego rodzaju sformułowań. Jeśli to było możliwe, wskazaliśmy wyraźnie zarówno nadawcę, jak i odbiorcę tekstu, np.:

Drodzy Rodzice/Opiekunowie! Zapoznajcie się uważnie z informacjami w pierwszej części formularza. Zachęcamy, abyście zadawali nam pytania, które pomogą Wam zrozumieć, jak działa znieczulenie.

B. Strona bierna

W badanych formularzach często występuje strona bierna, np.:

Czas trwania zabiegu odebrany będzie przez dziecko jako bardzo krótki.

Po zaśnięciu zakładany jest dostęp dożylny (wenflon) i kolejne leki podawane są dożylnie.

Podczas znieczulenia dziecko jest wentylowane przez rurkę intubacyjną, która wprowadzana jest do tchawicy po zaśnięciu dziecka.

W naszych formularzach zrezygnowaliśmy z większości tego typu konstrukcji, np.:

Zamiast:

Gdy znieczulenie ma być stosowane przez kilka dni zakładany jest specjalny cewnik, który pozostanie w okolicy nerwów przez czas niezbędny do zapewnienia zniesienia bólu pooperacyjnego.

Proponujemy:

Gdy będziemy musieli znieczulać Wasze dziecko przez kilka dni, założymy mu specjalny cewnik. Cewnik to plastikowa, giętka, bardzo cienka rurka. Pozostanie on w okolicy nerwów tak długo, jak to konieczne, by dziecko nie czuło bólu pooperacyjnego.

Zamiast:

Od momentu pojawienia się dziecka na sali operacyjnej jest ono monitorowane i znajduje się pod nadzorem lekarza i pielęgniarki.

Proponujemy:

Od momentu, w którym dziecko pojawi się na sali operacyjnej, lekarz i pielęgniarka obserwują je i sprawdzają jego stan.

C. Nadawca i odbiorca – podsumowanie i proponowany kierunek zmian

W formularzach zgody powinny jak najczęściej występować konstrukcje w stronie czynnej, ze wskazanym nadawcą i odbiorcą. W uproszczonej dokumentacji użyliśmy następujących sformułowań:

Drodrody Rodzice, dokładnie przeczytajcie...

Państwa dziecko/Wasze dziecko...

Odpowiadając na pytania zawarte w tej ankiecie i stosując się do naszych zaleceń, przyczyniają się Państwo do zwiększenia bezpieczeństwa Waszego dziecka.

Lekarz anestezjolog podaje znieczulenie.

D. Składnia zdań

W analizowanych tekstach występują zdania zbyt długie, wielokrotnie złożone, z imiesłowowymi równoważnikami zdań – cechy te podnoszą stopień skomplikowania tekstu, np.:

Anestezjolog musi być także poinformowany, jeśli dziecko zjadło coś lub wypilo pomimo naszych zaleceń, żeby pozostawać na czczo, ponieważ jednym z odruchów, które znikają po uśpieniu pacjenta, są odruchy obronne z zakresu ochrony dróg oddechowych i wymioty mogą doprowadzić do zachłyśnięcia.

Wiedząc, jaki rodzaj zabiegu ma być wykonany, anestezjolog wybierze rodzaj znieczulenia, jego zdaniem optymalny dla Państwa dziecka i po wyjaśnieniu, na czym ono polega, poprosi o wyrażenie zgody na proponowany sposób postępowania.

Zdania takie uprościliśmy, przede wszystkim dzieląc je na krótsze, tak aby nie przekraczały 10–15 wyrazów, np.:

Zamiast:

Sen i brak odczuwania bólu są następstwem działania leków podawanych przez zespół anestezjologiczny w formie dożylniej (przez założoną do żyły obwodowej kaniulę typu wenflon) lub wziewnie w postaci par gazów anestetycznych podawanych do oddychania.

Proponujemy:

Dziecko śpi i nie odczuwa bólu, ponieważ działają na nie leki podawane przez zespół anestezjologiczny. Leki te podajemy na dwa sposoby:

- dożylnie – przez wenflon założony do żyły,
- lub wziewnie – w postaci gazów podawanych do oddychania.

E. Zdania z negacją

W badanym materiale występują rzadko. Charakterystyczne jest jednak to, że pojawiają się w kluczowych miejscach. Nadawca ryzykuje, że odbiorca błędnie zrozumie najważniejsze zalecenia, np.:

Zamiast:

Przerwa od ostatniego lekkiego posiłku i picia czystych płynów w niektórych wypadkach (cho-roba, upał) nie powinna być krótsza niż 4 godziny.

Proponujemy:

Przerwa od ostatniego lekkiego posiłku i picia czystych płynów w niektórych wypadkach (cho-roba, upał) powinna wynieść przynajmniej 4 godziny.

F. Analityzmy składniowe

Występują w badanych tekstach dość rzadko. Przywołujemy tu dwa przykłady, wraz z zastosowanymi w naszej dokumentacji uproszczeniami:

Zamiast:

Znieczulenia dokonuje lekarz anestezjolog wraz z pielęgniarką anestezjologiczną.

Proponujemy:

Dziecko będą znieczulali anestezjolog i pielęgniarka anestezjologiczna.

Zamiast:

Anestezjolog rozmawiający z Państwem przed zabiegiem udzieli Państwu wszelkich informacji na nurtujące Was wątpliwości.

Proponujemy:

Anestezjolog przed zabiegiem wyjaśni wszelkie wątpliwości.

G. Gerundia

W badanym materiale można wskazać liczne gerundia, np.:

Podczas przedoperacyjnej rozmowy z anestezjologiem będzie miał Pan/miała Pani możliwość zadawania dodatkowych pytań, jeżeli takie pojawią się po zapoznaniu się z niniejszym dokumentem.

Rzetelne wypełnienie ankiety pozwoli na zredukowanie ryzyka powikłań związanych ze znieczuleniem Państwa dziecka.

Znieczulenie ogólne ma na celu eliminację lęku i bólu oraz umożliwienie zabiegu.

Poniżej prezentujemy nasze przekształcenia fragmentów z licznymi gerundiami:

Zamiast:

Prosimy o dokładne przeczytanie formularza i udzielenie wyczerpujących informacji, które są warunkiem bezwzględnym kwalfikacji do zabiegu operacyjnego. Nieudzielenie odpowiedzi na poniższe pytania może zwiększyć ryzyko wystąpienia powikłań w trakcie i po zabiegu operacyjnym.

Proponujemy:

Przeczytajcie formularz dokładnie. To ważne, abyśmy otrzymali od Was wyczerpujące odpowiedzi. Są konieczne, abyśmy mogli zakwalifikować dziecko do zabiegu. Jeśli nie odpowiecie na poniższe pytania, ryzyko powikłań w trakcie zabiegu i po nim będzie większe.

H. Trudne słowa (terminy i inne)

W analizowanym materiale jest wiele trudnych (rzadko używanych w codziennym języku) słów, zwłaszcza terminów medycznych. Aby je uprościć, podaliśmy powszechnie znane odpowiedniki, np.:

- treść pokarmowa – jedzenie;
- krwawienie jest masywne – krwawienie jest intensywne;
- środki anestetyczne – lekarstwa do znieczulenia ogólnego;
- powstanie krwiaków przy kaniulacji naczyń żylnych – powstanie siniaków przy wkłuwaniu wenflonu do żyły;
- rurka dotchawicza – rurka wprowadzana do tchawicy.

Jeśli nie można użyć prostszego słowa, warto zadbać o to, aby odbiorca znalazł w tekście wyjaśnienia, które pozwolą mu zrozumieć treść, co zastosowaliśmy w uproszczonej dokumentacji, np.:

- porażenie czterokończynowe – porażenie czterokończynowe, czyli porażenie rąk i nóg;
- są znieczulane wziewnie – znieczulamy wziewnie, czyli za pomocą gazu wdychanego przez nos i usta.

Zmian wymagały również niektóre sformułowania inne niż medyczne, np.:

- nieskrępowana możliwość zadawania pytań – będą Państwo mogli zadać lekarzowi wszystkie pytania;

- znosi świadomość/ból – powoduje, że pacjent jest nieświadomy tego, co się dzieje, i nie czuje bólu;
- optymalny rodzaj znieczulenia – najlepszy rodzaj znieczulenia.

Poniżej pokazujemy zastosowane przez nas przekształcenia pełnych zdań. W każdym z nich wychwytyjemy elementy leksykalne, które przeciętnemu odbiorcy mogą sprawić trudności. Są to głównie rzeczowniki abstrakcyjne i terminy specjalistyczne, np.:

Zamiast:

Polega na monitorowaniu przez anestezjologa parametrów życiowych pacjenta (oddech, ciśnienie, praca serca, świadomość) podczas zabiegu.

Proponujemy:

Polega na tym, że anestezjolog sprawdza oddech, ciśnienie, pracę serca i świadomość pacjenta podczas zabiegu.

Zamiast:

Znieczulenie ogólne dotchawicze to najczęściej wykonywana forma znieczulenia ogólnego u dzieci. Polega ono na podaniu leków nasennych, przeciwbólowych i zwiotczających (dożylnie lub wziewnie – na maskę). W kolejnej fazie wprowadzana jest rurka intubacyjna, którą łączy się z aparatem do znieczulenia/narkozy.

Proponujemy:

Dzieci zazwyczaj znieczulamy w następujący sposób:

- najpierw podajemy leki nasenne, przeciwbólowe i zwiotczające przez maskę oddechową lub dożylnie,
- następnie przez usta wkładamy rurkę do oddychania, która łączy się z aparatem do znieczulenia.

Zamiast:

Ideą znieczulenia miejscowego/regionalnego jest wyłączenie bodźców bólowych z operowanej okolicy ciała.

Proponujemy:

Znieczulenie miejscowe (lub regionalne) polega na tym, że dziecko nie czuje bólu w operowanym miejscu (regionie, okolicy) ciała.

W badanym materiale znajdujemy również pozytywne przykłady, które z naszego punktu widzenia mogą stanowić wzór upraszczania, por. poniższe fragmenty z podanymi przykładami chorób:

Czy stwierdzono chorobę hematologiczną – hemofilię, niedokrwistość, białaczkę, chłoniaka?

Czy dziecko cierpi na choroby układu nerwowego (np. padaczkę, mózgowe porażenie dziecięce, chorobę Heinego-Medina?)?

lub zawierające objaśnienia:

- wziewnie (do oddychania);
- stan świadomości (jak głęboko pacjent śpi).

Zakończenie

W tabeli zestawiamy wyniki, które osiągnęła stworzona przez nas uproszczona dokumentacja, z wynikami, jakie uzyskały analizowane dokumenty z innych jednostek medycznych. Zaproponowana przez nas dokumentacja formularza świadomej zgody (składająca się z trzech dokumentów: informacji, ankiety i zgody) osiągnęła w Jasnopisie wynik 3, przy zachowaniu wymagań stawianych przez obowiązujące prawo. Jest to wynik rzadko osiągany w tak specjalistycznym tekście. Klasa trudności 3 według skali Jasnopisu oznacza tekst łatwy, zrozumiały dla przeciętnego Polaka. Określona dla formularza wartość *Fog Index* wyniosła 7,57, co oznacza jego kwalifikację jako tekst prosty. Długość zdań w nowej dokumentacji wyraźnie się zmniejszyła i wynosi średnio 6,4 słowa. Zwiększył się także odsetek czasowników sprawiających, że tekst staje się bardziej dynamiczny i lepiej przyswajalny przez odbiorcę. Uzyskaliśmy również akceptowalny odsetek słów trudnych – 6 procent.

Wyzwaniem podczas upraszczania dokumentacji okazało się specjalistyczne słownictwo medyczne. Tam, gdzie to było możliwe, stosowaliśmy synonimy używane w języku potocznym. Terminy, które musiały pozostać w tekście, objaśniliśmy – krótko i prostymi słowami. Najłatwiejsze zaś okazało się skorygowanie za długich zdań. Formułowaliśmy je w taki sposób, aby były jak najkrótsze i nie przekraczały limitu 10–15 wyrazów. Średnia długość zdania w nowej, uproszczonej przez nas, dokumentacji wynosi nieco ponad 6 słów (zob. tab., kolumna 17). Ze względu na niską klasę trudności w skali Jasnopisu i niski indeks FOG treść stworzonej przez nas dokumentacji ma szansę zrozumieć nawet nastoletni odbiorca.

Z przedstawionej analizy wynika, że zaproponowany przez nas formularz świadomej zgody rodzica na znieczulenie dziecka jest według aplikacji Jasnopis najprostszy do zrozumienia pod względem długości zdań, form gramatycznych, składni oraz obecności słów trudnych. Nowo utworzony pakiet dokumentacji składający się na świadomą zgodę prawdopodobnie zrozumie większa grupa rodziców niż w wypadku innych analizowanych formularzy. Kolejnym zadaniem postawionym przed formularzem jest zatem przetestowanie go na grupie rodziców w warunkach klinicznych. Potrzebne jest empiryczne sprawdzenie, jak rodzice reagują na uproszczoną dokumentację i czy według nich formularz spełnia wymagania skutecznej komunikacji medycznej.

Akty prawne

Ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2020 r., poz. 740).

Ustawa z 25.02.1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 2020 r., poz. 1359).

Ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2021 r., poz. 790).

Ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r., poz. 849).

Bibliografia

- Borowczyk M. i in. 2021: *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej dotyczące kształcenia kompetencji komunikacyjnych na kierunkach lekarskich i lekarsko dentystycznym*, Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej, Bydgoszcz–Kraków–Olsztyn–Poznań–Warszawa (online: <https://komunikacjamedyczna.pl/>, dostęp: 4 lutego 2022).
- Broda B., Charzyńska E., Dębowski Ł., Gruszczyński W., Hadryan M., Nitoń B., Ogrodniczuk M. 2015: *Jasnopis, czyli mierzenie zrozumiałości polskich tekstów użytkowych*, red. W. Gruszczyński, M. Ogrodniczuk, ASPRA-JR, Warszawa.
- Chojnacka-Kuraś M. 2019: *Komunikacja medyczna w literaturze przedmiotu. Problemy terminologiczne z perspektywy językoznawczej*, [w:] M. Kulus, A. Doroszewska, M. Chojnacka-Kuraś (red.), *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*, Polska Akademia Nauk, Warszawa, s. 23–39.
- Flesch R. 1948: *A new readability yardstick*, „Journal of Applied Psychology”, no. 32, s. 221–233.
- Fras J. 2005: *Dziennikarski warsztat językowy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Galewicz W. 2012: *Jak świadoma powinna być świadoma zgoda, czyli o czym informować pacjentów?*, [w:] K. Łakomic, K. Smoderek, M. Wróblewski (red.), *Realizacja zasady informed consent w kontekście relacji lekarz – pacjent. Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce*, Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich, Materiały Nr 76, Warszawa, s. 87–107.
- Gunning R. 1952: *The technique of clear writing*, McGraw-Hill, Toronto.
- Haak H., Haak-Trzuskawska A. 2019: *Pokrewieństwo i powinowactwo (pochodzenie dziecka, stosunki między rodzicami a dziećmi, przysposobienie). Komentarz do art. 617–127 KRO oraz związanych z nimi regulacji KPC (art. 453–458, 579–589)*, C.H. Beck, Warszawa.
- Hebal-Jeziarska M. 2019: *Wybrane problemy związane z wprowadzeniem prostego języka*, „Oblicza Komunikacji”, nr 11, s. 17–26.
- Kozłowska K.B. 2012: *Perspektywa Rzecznika Praw Pacjenta*, [w:] K. Łakomic, K. Smoderek, M. Wróblewski (red.), *Realizacja zasady informed consent w kontekście relacji lekarz – pacjent. Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce*, Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich, Materiały Nr 76, Warszawa, s. 14–17.
- Kurcz I. 1976: *Psycholingwistyka: przegląd problemów badawczych*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Lipowicz I. 2012: *Perspektywa Rzecznika Praw Obywatelskich*, [w:] K. Łakomic, K. Smoderek, M. Wróblewski (red.), *Realizacja zasady informed consent w kontekście relacji lekarz – pacjent. Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce*, Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich, Materiały Nr 76, Warszawa, s. 9–13.
- Lis W. 2018: *Błędy związane z wyrażaniem zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego*, „Zeszyty Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego”, t. 61, nr 4(244), s. 393–403.
- Maćkiewicz J. 2010: *Jak dobrze pisać. Od myśli do tekstu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Malczewska M. 2014: *Komentarz*, [w:] E. Zielińska (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Markowski A. 1990: *Leksyka wspólna różnym odmianom polszczyzny*, t. 1–2, Wydział Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Miodek J., Maziarz M., Piekot T., Poprawa M., Zarzeczny G. 2010: *Jak pisać o Funduszach Europejskich?*, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa (online: <https://doi.org/drp4>, dostęp: 4 lutego 2022).
- Nesterowicz M. 2017: *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Pawelec R. 2007: *Zrozumiałość i poprawność składniowa tekstów prawnych a problem nominalizacji*, [w:] A. Niewiadomski, A. Mróz, M. Pawelec (red.), *Współczesny język prawny i prawniczy. Ogólnopolska konferencja naukowa, 20 kwietnia 2000 r.*, Wydział Prawa i Administracji, Warszawa.
- Piątkiewicz J.A. 2012: *Praktyczne implikacje zasady świadomej zgody z perspektywy lekarza*, [w:] K. Łakomic, K. Smoderek, M. Wróblewski (red.), *Realizacja zasady informed consent w kontekście relacji lekarz – pacjent. Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce*, Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich, Materiały nr 76, Warszawa, s. 127–136.
- Piekot T., Maziarz M. 2014: *Styl plain language i przystępność języka publicznego jako nowy kierunek w polskiej polityce językowej*, „Język a Kultura”, t. 24, s. 307–324.
- Pisarek W. 1966: *Recepty na zrozumiałość wypowiedzi*, „Zeszyty Prasoznawcze”, nr 2–3, s. 245–262.
- Pisarek W. 2007: *O mediach i języku*, Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych „Universitas”, Kraków.
- Slyk J. 2020: *Komentarz*, [w:] K. Osajda (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, C.H. Beck, Warszawa.
- Zajdel J., Zajdel R. 2012: *Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji bez zgody – część I*, „Anestezjologia i Ratownictwo”, nr 6, s. 355–363.

Zaško-Zielińska M., Tworek-Majewska A., Piekot T. 2008: *Sztuka pisania. Przewodnik po tekstach użytkowych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Zimmermann A., Pilarska A., Gaworska-Krzemińska A., Jankau J., Cohen M.N. 2021: *Written informed consent – translating into plain language. A pilot study*, „Healthcare”, no. 9(2), s. 232.

Zurzycka P., Czyżowicz K., Radzik T. 2017: *Informowanie pacjenta – istotna składowa praktyki pielęgniarstwa*, „Problemy Pielęgniarstwa”, nr 25(4), s. 292–296.

Summary

Informed consent for an anesthesiological procedure of a child – the construction of a form in the light of plain language research

Keywords: plain language, medical language, communication doctor – patient, medical communication.

The tendency to simplify texts in public space has been on the rise in recent years in Poland. The idea is now reaching offices, banks, state institutions and the doctor-patient communication. The presented text is concerned with medical communication. It discusses the needs of the patient as a participant of this communication, from the perspective of plain language and the comprehensibility of the messages addressed to him or her. The main aims of the paper are: (1) checking the intelligibility of 16 chosen parent's informed consent forms for anesthesiological procedure using the Jasnopsis tool, (2) creating documentation of informed consent which is intelligible for people with primary education and compliant with legal requirements, (3) comparing new, plain documentation with 16 forms from medical facilities, (4) describing the examples of simplification which are possible to apply in chosen parts of 16 original informed consents.