

## LANGUAGE AWARENESS OF MEDICAL STUDENTS IN THE CONTEXT OF SELECTED ANATOMICAL TERMS CONSIDERED STIGMATIZING – A PILOT STUDY

### ŚWIADOMOŚĆ JĘZYKOWA STUDENTÓW KIERUNKU LEKARSKIEGO W KONTEKŚCIE WYBRANYCH TERMINÓW ANATOMICZNYCH UZNAWANYCH ZA STYGMATYZUJĄCE – BADANIE PILOTAŻOWE

Agata Maria Kawalec-Rutkowska<sup>1,2 A,C,D,E,F</sup>, Antoni Borowiec<sup>2 A,B</sup>, Iga Waluszewska<sup>2 A,B</sup>

<sup>1</sup>Department of Anatomy, Institute of Medical Sciences, University of Opole, Poland

<sup>1</sup>Zakład Anatomii, Instytut Nauk Medycznych, Uniwersytet Opolski, Polska

<sup>2</sup>Student Research Club of Normal and Clinical Anatomy “Non omnis moriar,” Faculty of Medicine, University of Opole, Poland

<sup>2</sup>Studenckie Koło Naukowe Anatomii Prawidłowej i Klinicznej „Non omnis moriar”, Wydział Lekarski, Uniwersytet Opolski, Polska

Kawalec-Rutkowska, A. M., Borowiec, A., Waluszewska, I. (2026). Language awareness of medical students in the context of selected anatomical terms considered stigmatizing – a pilot study / Świadomość językowa studentów kierunku lekarskiego w kontekście wybranych terminów anatomicznych uznawanych za stygmatyzujące – badanie pilotażowe. *Social Dissertations / Rozprawy Społeczne*, 20(1), 35-45. <https://doi.org/10.29316/rs/218768>

Authors' contribution /  
Wkład autorów:

- A. Study design /  
Zaplanowanie badań
- B. Data collection /  
Zebranie danych
- C. Data analysis /  
Dane – analiza  
i statystyki
- D. Data interpretation /  
Interpretacja danych
- E. Preparation of manu-  
script /  
Przygotowanie artykułu
- F. Literature analysis /  
Wyszukiwanie i analiza  
literatury
- G. Funds collection /  
Zebranie funduszy

Tables / Tabele: 1

Figures / Ryciny: 0

References / Literatura: 23

Submitted / Otrzymano:  
2025-09-11

Accepted / Zaakceptowano:  
2026-03-02

**Abstract:** The study aimed to assess the level of knowledge and usage of potentially stigmatizing anatomical terms among medical students.

**Material and methods:** The pilot study was conducted in May 2025 using an anonymous questionnaire among 72 medical students. The data were analyzed using Excel and PAST.

**Results:** The analysis revealed that a significant proportion of respondents used non-recommended terminology or were familiar only with negatively connoted terms. No statistically significant differences were found in terminology usage between lower-year and upper-year students. Awareness that features such as a single palmar crease or epicanthal fold may also occur in individuals with a normal karyotype was limited.

**Conclusions:** The findings indicate the need to incorporate topics related to language awareness and inclusive medical terminology into medical education. It seems essential to review teaching materials and increase academic staff engagement in promoting neutral language. The study reveals a gap in medical education concerning the description of anatomical features.

**Keywords:** medical students, medical education, medical terminology, anatomical variants, language awareness

**Streszczenie:** Celem badania była ocena stopnia znajomości i stosowania potencjalnie stygmatyzujących terminów anatomicznych przez studentów kierunku lekarskiego.

**Materiał i metody:** Badanie pilotażowe przeprowadzono w formie anonimowej ankiety wśród 72 studentów kierunku lekarskiego w maju 2025 roku. Zebrane dane opracowano przy użyciu programów Excel oraz PAST.

**Wyniki:** Analiza wyników wykazała, że znaczna część respondentów posługiwała się terminologią niezalecaną lub znała wyłącznie określenia nacechowane pejoratywnie. Nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie stosowanej terminologii między studentami

**Adres korespondencyjny:** Agata Maria Kawalec-Rutkowska, Zakład Anatomii, Instytut Nauk Medycznych, Uniwersytet Opolski, ul. Oleska 48, 45-052 Opole, Polska; email: [agata\\_kawalec@wp.pl](mailto:agata_kawalec@wp.pl), ORCID: 0000-0002-5030-9546

**Copyright:** © 2026 Agata Maria Kawalec-Rutkowska, Antoni Borowiec, Iga Waluszewska



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0).

młodszych i starszych lat studiów. Świadomość możliwości występowania cech takich jak pojedyncza bruzda dłoniowa czy zmarszczka nakątna u osób z prawidłowym kariotypem również była ograniczona.

**Wnioski:** Wyniki badania wskazują na potrzebę integracji zagadnień świadomości językowej, inkluzywnej terminologii medycznej w programie kształcenia na kierunku lekarskim. Konieczne wydaje się także przeanalizowanie materiałów dydaktycznych oraz większe zaangażowanie kadry akademickiej w promowanie neutralnego i empatycznego języka. Badanie ujawnia lukę w edukacji medycznej dotyczącą języka opisu cech anatomicznych.

**Słowa kluczowe:** studenci medycyny, edukacja medyczna, terminologia medyczna, warianty anatomiczne, świadomość językowa

---

## Wprowadzenie

Współczesna medycyna rozwija się w duchu holistycznego oraz podmiotowego podejścia do pacjenta. Zwraca się uwagę nie tylko na trafną diagnozę, skuteczność leczenia, lecz również na sposób komunikacji, język, jakim posługują się lekarze.

Język umożliwia funkcjonowanie w społeczeństwie. Dzięki niemu możliwe jest porozumiewanie się i przekazywanie informacji, rozwój poznawczy, kulturowy i społeczny. Odgrywa on także kluczową rolę w procesach socjalizacji, kształtowania tożsamości oraz poznawania i interpretowania otaczającego świata. Może być czynnikiem integrującym i dezintegrującym społeczeństwo, w zależności od sytuacji (Bergier, Karpiszek, 2025).

Terminologia medyczna z założenia powinna być obiektywna i neutralna. Określenia, które mogą być postrzegane jako stygmatyzujące lub nacechowane negatywnie nie powinny być używane. Tego rodzaju sformułowania mogą wpływać na sposób postrzegania choroby przez pacjenta, a także pośrednio kształtować postawy wobec osób z niepełnosprawnościami czy wariantami anatomicznymi. Stygmatyzujący język w opiece zdrowotnej – nawet wtedy, gdy wydaje się klinicznie obiektywny – może w rzeczywistości nadawać osobom z określonymi schorzeniami negatywne konotacje, co utrwala stereotypy i może negatywnie wpływać na podejmowane decyzje kliniczne i relację pacjent-lekarz (Hatzenbuehler, Phelan, Link, 2013). Unikanie określeń mogących budować negatywne czy wartościujące skojarzenia i zastępowanie ich neutralnymi sformułowaniami poprawia komunikację i zmniejsza ryzyko stygmatyzacji (NIH, 2023).

Twierdzenie, że terminologia medyczna z założenia powinna być obiektywna i neutralna, choć powszechnie akceptowane w dyskursie praktycznym, stanowi istotne uproszczenie z punktu widzenia teorii terminologii. W klasycznym ujęciu terminologicznym, zakładano istnienie jednoznacznych, jasno zdefiniowanych pojęć, którym odpowiadają precyzyjne terminy, co miało zapewniać maksymalną jednoznaczność i „obiektywność” komunikacji specjalistycznej. Jednak współczesne teorie terminologiczne wskazują, że terminologia nie jest prostym odzwierciedleniem obiektywnej rzeczywistości, lecz rezultatem konceptualizacji wiedzy w określonym kontekście naukowym, kulturowym i komunikacyjnym. Cabré podkreśla, że terminy funkcjonują jednocześnie w systemie pojęciowym, językowym i komunikacyjnym, a ich znaczenie oraz użycie zależą od celu komunikacji i grupy użytkowników, co podważa założenie ich absolutnej neutralności (Cabré, 1999). Podejście kognitywne w terminologii, reprezentowane m.in. przez Temmerman, wskazuje, że terminologia odzwierciedla sposoby konceptualizacji rzeczywistości, które mogą być zmienne, historycznie uwarunkowane i podatne na wartościowanie (Temmerman, 2000). W praktyce terminograficznej neutralność i obiektywność terminów nie są więc punktem wyjścia, lecz celem normatywnym, do którego dąży się poprzez standaryzację, redefinicję pojęć oraz aktualizację nomenklatur. Normy międzynarodowe, takie jak ISO 704, podkreślają potrzebę precyzji, spójności i jednoznaczności

terminów, nie zakładając jednak ich aksjologicznej neutralności jako cechy immanentnej, lecz jako efekt świadomych decyzji terminologicznych (ISO, 2009). Oznacza to, że terminologia medyczna nie jest z natury neutralna, lecz staje się taka w wyniku określonych praktyk naukowych, normatywnych i społecznych. Karwacka wskazuje na trudności z określeniem cech ogólnych języka medycznego, m.in. z uwagi na znaczne zróżnicowanie gatunków tekstów charakterystycznych dla komunikacji w środowisku związanym z medycyną (podręczniki akademickie dla studentów medycyny, ulotki leków, dokumentacja szpitalna, opisy badań diagnostycznych, publikacje naukowe) (Karwacka, 2020).

W ostatnich latach coraz większą uwagę zwraca się na znaczenie „języka inkluzywnego” w środowisku akademickim i medycznym. „Język inkluzywny” definiuje się jako wolny od uprzedzeń i stereotypów, nieutrwalający dyskryminujących przekonań oraz odzwierciedlający różnorodność pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. W praktyce oznacza to stosowanie określeń „osoba z...” zamiast „chory na...” (np. „osoba z niepełnosprawnością” zamiast „niepełnosprawny”), unikanie języka oceniającego, a także używanie neutralnych form. W wielu krajach opracowano wytyczne dotyczące języka wolnego od uprzedzeń, organizacje naukowe publikują zalecenia w tym zakresie (Rużycki, Holroyd-Leduc, Chu, 2022).

Oczko wykazał, iż zagadnienie opisu języka polskiego do celów specjalistycznych jest bardzo złożonym procesem i niezbędne są dalsze badania, dotyczące m.in. warstwy stylistycznej polskiego języka medycznego, kompetencji socjolingwistycznej, socjokulturowej i realioznawczej (Oczko, 2021).

Przeciwieństwem „języka inkluzywnego” jest „język wykluczający”. Jego używanie może prowadzić do utrwalania stereotypów, uprzedzeń oraz marginalizacji niektórych grup społecznych. Analizy materiałów dydaktycznych wykazały, że zdecydowana większość przedstawianych w nich postaci to osoby białe i mężczyźni. Używanie stygmatyzującego języka w odniesieniu do pacjentów negatywnie wpływa na ich samoocenę, zaangażowanie w leczenie i relacje z personelem medycznym (Rużycki, Holroyd-Leduc, Chu, 2022).

W celu wspierania zmiany kultury komunikacji w akademickiej medycynie opracowano politykę Inclusive Language and Images Policy (ILIP), obejmującą zasady stosowania inkluzywnego języka i obrazów w prezentacjach, materiałach dydaktycznych, podpisach e-mail oraz dokumentach instytucjonalnych. Dokument ten kładzie nacisk na edukację, dostęp do przykładów dobrych praktyk, wspieranie kadry akademickiej oraz monitorowanie stosowania wytycznych. Wdrożenie takich zasad stanowi ważny krok w kierunku budowania środowiska nauczania opartego na szacunku, różnorodności i równości, co jest kluczowe zarówno dla jakości kształcenia medycznego, jak i dla przyszłej praktyki lekarskiej (Rużycki, Holroyd-Leduc, Chu, 2022).

Wyniki badania przeprowadzonego przez Jankowską i Doroszewską w grupie polskich pracowników ochrony zdrowia wskazują, że praktyczne zastosowanie języka inkluzywnego zależy od grupy wiekowej oraz płci. Kobiety oraz młode osoby wykazują większą tendencję do jego używania. Język, którym posługują się pracownicy ochrony zdrowia zależy od sytuacji zawodowej, celów i priorytetów komunikacyjnych (Jankowska, Doroszevska, 2024).

Przykładem rosnącej świadomości znaczenia języka w praktyce klinicznej w Polsce są rekomendacje dotyczące języka niedyskryminującego osób z zaburzeniami psychicznymi opisane w artykule „*Wrażliwi na słowa. Wrażliwi na ludzi*”. Autorzy podkreślają, że język używany w komunikacji medycznej jest kluczowym elementem budowania zaufania, szacunku i partnerskich relacji z pacjentem i powinien być empatyczny, precyzyjny i wolny od stygmatyzujących określeń (Doroszevska, Dudek, Jabłoński, 2021).

Język stygmatyzujący to sposób mówienia, który przypisuje ludziom negatywne etykiety i utrwała stereotypy, przez co prowadzi do ich marginalizacji. W takim ujęciu jest on formą języka wykluczającego, ponieważ nie tylko opisuje grupę w sposób deprecjonujący, lecz także wzmacnia społeczne podziały i poczucie „inności”. Stygmatyzujące określenia – na przykład wobec osób z wadą wrodzoną, osób z niepełnosprawnościami czy osób uzależnionych – wpływają na to, jak są one postrzegane oraz mogą skutkować faktycznym ograniczeniem ich udziału w życiu społecznym. Sposób użycia języka ma konsekwencje m.in. w relacjach społecznych czy funkcjonowaniu, ponieważ może wzmacniać uprzedzenia i wpływać na jakość interakcji. Może ograniczyć postrzeganie pacjenta tylko poprzez pryzmat jego „choroby” czy „wady wrodzonej”. A przecież sam fakt, że osoba ma wadę wrodzoną (analogicznie do osoby z niepełnosprawnością) nie definiuje tego, kim jest dany człowiek. Oprócz tego, że jest „osobą z wadą wrodzoną”, może być córką, synem, bratem, siostrą, uczniem, sportowcem, koleżanką, przyjacielem. A to wszystko „z wadą wrodzoną” (Galasiński, 2013).

Ponadto należy unikać określeń, które porównują pacjenta do zwierząt lub nadają jego cechom biologicznym wartościujące, deprecjonujące konotacje. Terminy takie jak „zajęcza warga” czy „małpia bruzda”, dawniej stosowane w języku medycznym, obecnie uważa się za nieodpowiednie, ponieważ mogą być odbierane jako nieludzkie, stygmatyzujące i naruszające godność pacjenta. Zastępuje się je neutralnymi i opisowymi nazwami anatomicznymi, które nie zawierają elementów porównawczych ani pejoratywnych.

W kontekście edukacji medycznej i kształcenia przyszłych lekarzy istotnym zagadnieniem staje się świadomość językowa studentów – rozumiana jako zdolność do krytycznej analizy używanego słownictwa i identyfikowania terminów anatomicznych, które mogą być odebrane jako potencjalnie stygmatyzujące. Liczne przykłady takich określeń można znaleźć m.in. w dawnych podręcznikach anatomii. Terminy opisujące zaburzenia funkcji tarczycy, takie jak „matołectwo”, „charłactwo”, nie są już w powszechnym użyciu (Marciniak, 1991).

Optymalnie byłoby nie używać określeń stygmatyzujących i zastępować je terminologią neutralną. Język, którym posługują się osoby zawodów medycznych, ma ogromny wpływ na budowanie relacji z pacjentem. Tymczasem porozumienie między lekarzem i pacjentem jest kluczem do postawienia właściwej diagnozy i rozpoczęcia procesu leczenia (Bralczyk, Mamcarz, 2023). Jednak wymaga to dużej świadomości językowej, wrażliwości, a także uważności.

## **Cel badań**

Celem badania pilotażowego była ocena terminologii stosowanej do opisu cech anatomicznych mogących mieć znaczenie diagnostyczne w kontekście chorób genetycznych, mimo że mogą one występować również u osób z prawidłowym kariotypem.

## **Metoda badań**

Badanie miało charakter pilotażowy i zostało zaprojektowane w celu wstępnej oceny poziomu wiedzy oraz umiejętności rozpoznawania anomalii anatomicznych wśród studentów wydziału lekarskiego. Uczestnictwo w badaniu było dobrowolne i anonimowe. Udział w nim nie pociągał za sobą żadnych konsekwencji, w tym nie wpływał na ocenę. Przed rozpoczęciem badania studenci zostali poinformowani o jego celu oraz sposobie wykorzystania uzyskanych danych.

Narzędzie badawcze stanowiła autorska ankieta opracowana w wersji elektronicznej przy użyciu formularza internetowego, która zawierała pytania jednokrotnego i wielokrotnego wyboru, zadania polegające na rozpoznawaniu przedstawionych na fotografiach anomalii anatomicznych. W procesie opracowania i selekcji pytań do ankiety uczestniczył lekarz pracujący z dziećmi, pracownik Zakładu Anatomii oraz studenci wydziału lekarskiego.

Każdy uczestnik badania mógł wypełnić ankietę jednorazowo, korzystając z własnego urządzenia elektronicznego (komputera, tabletu lub smartfona). Czas potrzebny na udzielenie odpowiedzi wynosił około 10 minut.

Ankieta została przeprowadzona wśród 72 studentów wydziału lekarskiego w maju 2025 roku. Zebrane dane opracowano przy użyciu programów Microsoft Office Excel (wersja 2007) oraz PAST (wersja 3.0; University of Oslo, Norwegia). Przeprowadzono analizę częstości występowania odpowiedzi oraz ich rozkładu procentowego. W celu porównania danych między grupami zastosowano test chi-kwadrat lub – w przypadku niewielkich liczebności – test Fishera dla zmiennych jakościowych. Za istotny statystycznie uznano poziom istotności  $p < 0,05$ .

## Wyniki

W badaniu udział wzięło 72 studentów kierunku lekarskiego z lat I-VI. Liczebność poszczególnych roczników przedstawiała się następująco: I rok – 5 osób; II rok – 19 osób; III rok – 35 osób; IV rok – 5 osób; V rok – 5 osób; VI rok – 3 osoby. Na potrzeby analizy porównawczej studentów podzielono na dwie grupy. Grupę I ( $n=59$ ) stanowili studenci lat I-III przed ukończeniem kursu „Genetyka z genetyką kliniczną”. Grupę II ( $n=13$ ) stanowili studenci lat IV-VI (po zdaniu egzaminu z w/w przedmiotu).

Respondenci często posługiwali się określeniami o pejoratywnym wydźwięku, które wspólnie uznawane są za niezalecane w komunikacji medycznej. 16,67% studentów (12 osób) użyło określenia „zajęcza wargą” w odniesieniu do rozszczepu wargi, 48,61% (35 osób) posłużyło się terminem „małpia bruzda” zamiast „pojedyncza bruzda dłoniowa”, 29,17% (21 osób) opisało zmarszczkę nakątną jako „mongoidalna szpara powiekowa”.

Porównanie wyników między grupami studentów (I-III vs. IV-VI) nie wykazało istotnych różnic statystycznych w nazewnictwie stosowanym przez studentów do opisu widocznych na zdjęciu wariantów anatomicznych i wad (tabela 1). Termin „mongoidalna szpara powiekowa” był jedynym znanym określeniem dla aż 19 studentów (26,39%). Różnice między grupami nie były istotne statystycznie ( $p=0,768$ ). Dla 26 studentów (36,11%) „małpia bruzda” była jedynym znanym terminem dla opisu pojedynczej bruzdy dłoniowej. Także w tym przypadku nie odnotowano istotnych różnic pomiędzy grupami studentów młodszych i starszych roczników ( $p=0,729$ ). Rozpoznanie „zajęcza wargą” jako jedyne stosowało 5 studentów (6,94%), wyłącznie z młodszych roczników (I-III).

Analiza odpowiedzi na pytania sprawdzające wiedzę wykazała, że tylko 41,67% studentów było świadomych, że pojedyncza bruzda dłoniowa może występować także u osób z prawidłowym kariotypem, a 72,22% studentów wiedziało, że zmarszczka nakątna nie musi świadczyć o nieprawidłowościach genetycznych. Nie wykazano istotnych różnic między studentami niższych i wyższych roczników w zakresie wiedzy dotyczącej występowania zmarszczki nakątnej (69,49% vs. 84,62%;  $p=0,330$ ) oraz pojedynczej bruzdy dłoniowej (38,93% vs. 53,85%;  $p=0,325$ ) u osób o prawidłowym kariotypie.

**Tabela 1.** Zestawienie odpowiedzi na pytania ankietowe

|                                                                                 | Grupa I<br>studenci lat I-III (n=59) |       | Grupa II<br>studenci lat IV-VI (n=13) |       |       |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------|---------------------------------------|-------|-------|
|                                                                                 | n                                    | %     | n                                     | %     | p     |
| Pytanie polegające na rozpoznaniu zmarszczki nakątnej na fotografii.            |                                      |       |                                       |       |       |
| odpowiedzi prawidłowe, neutralne                                                | 36                                   | 61,02 | 7                                     | 53,85 | 0,469 |
| odpowiedzi o stygmatyzującym charakterze („mongoidalna szpara powiekowa”)       | 16                                   | 27,12 | 5                                     | 38,46 |       |
| nie wiem                                                                        | 7                                    | 11,86 | 1                                     | 7,69  |       |
| Pytanie polegające na rozpoznaniu rozszczepu wargi górnej na fotografii.        |                                      |       |                                       |       |       |
| nie wiem                                                                        | 0                                    | 0,00  | 0                                     | 0,00  | 0,493 |
| odpowiedzi prawidłowe, neutralne                                                | 50                                   | 84,75 | 10                                    | 76,92 |       |
| odpowiedzi o stygmatyzującym charakterze („zajęcza wargą”)                      | 9                                    | 15,25 | 3                                     | 23,08 |       |
| Pytanie polegające na rozpoznaniu pojedynczej bruzdy dłoniowej na fotografii.   |                                      |       |                                       |       |       |
| odpowiedzi prawidłowe, neutralne                                                | 23                                   | 38,98 | 4                                     | 30,77 | 0,296 |
| odpowiedzi o stygmatyzującym charakterze („małpia bruzda”)                      | 26                                   | 44,07 | 9                                     | 69,23 |       |
| nie wiem                                                                        | 10                                   | 16,95 | 0                                     | 0,00  |       |
| Czy zmarszczka nakątna może występować u osób z prawidłowym kariotypem?         |                                      |       |                                       |       |       |
| tak                                                                             | 41                                   | 69,49 | 11                                    | 84,62 | 0,952 |
| nie                                                                             | 4                                    | 6,78  | 1                                     | 7,69  |       |
| nie wiem                                                                        | 12                                   | 20,34 | 1                                     | 7,69  |       |
| Czy pojedyncza bruzda dłoniowa może występować u osób z prawidłowym kariotypem? |                                      |       |                                       |       |       |
| tak                                                                             | 23                                   | 38,98 | 7                                     | 53,85 | 0,309 |
| nie                                                                             | 21                                   | 35,59 | 3                                     | 23,08 |       |
| nie wiem                                                                        | 15                                   | 25,42 | 3                                     | 23,08 |       |

Źródło: opracowanie własne.

## Omówienie

Wyniki badania wskazują na stosunkowo niską świadomość językową studentów kierunku lekarskiego. Niestety, kompetencja nazywania wariantów anatomicznych nie wzrasta istotnie z rokiem studiów. Termin „zajęcza wargą” nie był używany przez studentów wyższych roczników dla określenia wady – rozszczepu wargi górnej.

„Małpia bruzda” to określenie nietypowego przebiegu bruzdy dłoniowej, znanej jako bruzda poprzeczna pojedyncza, często występującej u osób z zespołem Downa, ale mogącej także być zjawiskiem niepatognomonicznym (Świetliński, 2021; Kozłowska-Rup, Gabryel, Świetliński, 2024; Bartel, 2009). Określenie to wciąż jest używane w podręcznikach neonatologii z 2024 roku czy embriologii z 2020 roku (Bartel, 2020; Kozłowska-Rup, Gabryel, Świetliński, 2024). Jednak użycie przymiotnika „małpia” ma charakter pejoratywny, może budzić negatywne skojarzenia, dehumanizujące osoby, u których występuje ta cecha anatomiczna.

Podobnie jak potoczne określenie „zajęcza wargą” dla nazwania rozszczepu wargi górnej, które można znaleźć w podręcznikach anatomii z XX wieku oraz wydrukowanych w 2010 roku (Marciniak, 1991; Narkiewicz, 2010), a także w podręcznikach neonatologii z 2021 roku (Świetliński, 2021). Jest to najczęstsza wada rozwojowa twarzy, szczelina wargowa boczna powstająca w wyniku niezrośnięcia się powierzchownych warstw fałdu nosowego przyśrodkowego z wyrostkiem szczękowym (Bochenek, Reicher, 2010; Świetliński, 2021).

A zatem terminy, które były przedmiotem badania pojawiają w podręcznikach, które są lekturą obowiązkową dla badanych studentów. W przyszłości należałoby rozważyć, czy nie bardziej istotna byłaby analiza treści podręczników przez Wydawców ze szczególnym zwróceniem uwagi na to, że pojawiają się w nich pojęcia stygmatyzujące.

Sandhu i wsp. podkreślają, że używana nomenklatura może prowadzić do stygmatyzacji, bagatelizowania schorzenia oraz mniejszego uwzględniania go w polityce zdrowotnej. Choć używanie terminu „zajęcza warga” w odniesieniu do rozszczepu wargi uznawane za przestarzałe i obraźliwe, wciąż bywa używane do opisu osób z wrodzonym rozszczepem wargi i/lub podniebienia. Obecnie zalecane i akceptowane są neutralne, precyzyjne określenia: „rozszczep wargi” oraz „rozszczep podniebienia” (Sandhu, Kouvroukoglou, Campodonico, Mehendale, 2022).

Negatywny wydźwięk ma także sformułowanie „mongoidalna szpara powiekowa” używane do opisu kształtu szpary powiekowej u osób z zespołem Downa. W podręcznikach wciąż można znaleźć informacje, że zespół ten dawniej nazywany był „mongolizmem” (Kozłowska-Rup, Gabryel, Świetliński, 2024), a u dzieci „fałd mongolski” rozciąga się przyśrodkowo od górnej do dolnej powieki i często zakrywa przyśrodkowy kąt oka, co zdarza się u 1/3 niemowląt poniżej 6-go miesiąca życia, a następnie w miarę rozwoju zanika (Bochenek Reicher, 2010). Termin ten został uznawany za nieodpowiedni ze uwagi na swoje rasistowskie konotacje (nawiązanie do rzekomego podobieństwa do cech osób pochodzenia mongolskiego) (Miller, 2003).

Ankieta zawierała kilka sformułowań wybranych jako przykłady najczęściej stosowanej terminologii potencjalnie stygmatyzującej. Liczba i dobór określeń zostały ograniczone, żeby ankieta nie była długa, co obniżałoby prawdopodobieństwo odpowiedzi na wszystkie pytania przez respondentów. Celowo wybrano te warianty anatomiczne, które kojarzone są jako występujące u osób z zespołem Downa, ale mogą także występować u osób zdrowych (pojedyncza bruzda dłoniowa, zmarszczka nakątna). Ponadto badanie miało charakter pilotażowy, co pozwoliło skupić się na wybranych przykładach i zachować przejrzystość wyników.

J. Bralczyk zwraca uwagę na fakt, że do pewnego stopnia nazwa choroby identyfikuje pacjenta, klasyfikuje go, a czasami także stygmatyzuje. Pewne połączenia słów, związki frazeologiczne działają zachęcająco lub zniechęcająco. W stygmatyzacji mamy do czynienia z redukcją innych cech – sprowadzaniem człowieka tylko do jednej cechy głównej (Bralczyk, Mamcarz, 2023). Wydaje się to istotne w rozmowie np. z rodzicami dziecka dotkniętego wadą/anomalią. Sposób przekazania informacji przez lekarza może mieć wpływ na stosunek rodziców do sytuacji, w której się znaleźli, a także na ich późniejszą relację z dzieckiem. Wydaje się, że wobec rozległego zakresu wiedzy teoretycznej, którą musi opanować student medycyny, kompetencje komunikacyjne nadal pozostają niedostatecznie eksponowanym elementem kształcenia.

Przedstawione powyżej badanie ma liczne ograniczenia. Przede wszystkim jest nim niewielka i liczebność grupy badanej. Choć ogólna liczba respondentów (n=72) pozwoliła na przeprowadzenie analizy statystycznej, grupa studentów z wyższych roczników studiów (IV-VI) była mniej liczna niż grupa studentów roczników niższych (I-III). Może to ograniczać moc statystyczną porównań międzygrupowych oraz prowadzić do trudności w interpretacji wyników. Ponadto jednoosrodkowy charakter badania ogranicza możliwość uogólnienia wyników na studentów innych ośrodków akademickich w Polsce. Różnice programowe mogą mieć wpływ na świadomość językową studentów w różnych uczelniach. Zastosowana metoda badawcza (ankieta) nie pozwalała na uzyskanie pogłębionych wypowiedzi studentów, które mogłyby lepiej wyjaśnić motywacje używania określonych terminów lub ich rozumienie.

Włączenie elementów badania jakościowego (np. wywiadów) mogłoby wzbogacić interpretację danych.

Do atutów przeprowadzonego badania należy podjęcie aktualnego i społecznie istotnego tematu, zwrócenie uwagi na problem stosowania przestarzałej i potencjalnie stygmatyzującej terminologii w środowisku medycznym. Terminologia ta, powszechnie stosowana w XX wieku, jest nadal powielana w nowszych wydaniach podręczników akademickich. Zagadnienie to było rzadko analizowane w kontekście kształcenia studentów kierunku lekarskiego. Tym samym wypełnia lukę w literaturze dotyczącej języka używanego przez przyszłych lekarzy. Ponadto w pracy wykorzystano fotografie przedstawiające konkretne cechy anatomiczne, co umożliwiło ocenę nie tylko deklaratywnej wiedzy studentów, ale również ich praktycznego rozpoznania i nazewnictwa, co zwiększa wartość diagnostyczną badania. Porównanie studentów młodszych i starszych roczników pozwoliło na wstępną ocenę skuteczności edukacji w zakresie świadomości językowej przyszłych lekarzy. Anonimowy charakter ankiety pozwolił na uzyskanie bardziej szczerych odpowiedzi, co zwiększa wiarygodność uzyskanych wyników.

W planach jest przeprowadzenie ankiety na większej liczbie respondentów z uwzględnieniem danych demograficznych, takich jak m.in. wykształcenie rodziców, studiowanie na innym kierunku studiów.

Pomimo wyżej wspomnianych ograniczeń uzyskane dane mogą stanowić punkt wyjścia do modyfikacji programów nauczania w zakresie anatomii, genetyki klinicznej, pediatrii oraz komunikacji medycznej, a także do opracowania materiałów edukacyjnych promujących neutralną terminologię.

Wyniki wskazują na konieczność wzmocnienia elementów kształcenia medycznego związanych ze świadomym używaniem terminologii anatomicznej. Wielu studentów wciąż posługuje się przestarzałymi lub stygmatyzującymi określeniami, co nie dziwi w obliczu obecności tych określeń w podręcznikach. Sugeruje to potrzebę integracji zagadnień językowych z przedmiotami klinicznymi i teoretycznymi, zwłaszcza gdy omawiane są cechy fenotypowe, wady wrodzone i zaburzenia rozwojowe, a także wprowadzenia modułów poświęconych komunikacji medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem języka inkluzywnego i neutralnego.

Optymalnym byłoby, żeby zajęcia z komunikacji medycznej z uwzględnieniem zagadnień świadomości językowej odbywały się w trakcie pierwszego roku studiów, zanim studenci będą mieli kontakt z pacjentem, np. w czasie praktyk wakacyjnych po pierwszym roku studiów. Aktualnie w czasie pierwszego roku studiów adepci medycyny wyposażani są przede wszystkim w wiedzę teoretyczną. Warto jednak zauważyć, że to w czasie zajęć z anatomii czy embriologii następuje pierwszy kontakt z terminologią, która utrwalana w ciągu kolejnych lat nauki, może być następnie stosowana przez studentów bezrefleksyjnie przyczyniając się do stygmatyzacji pacjentów. Kompetencje językowe powinny być rozbudowywane wraz z rosnącym doświadczeniem klinicznym. Dobrym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie warsztatów poświęconych językowi medycznemu i komunikacji z pacjentem, które mogłyby odbywać się w formie zajęć praktycznych. Celem utrwalenia prawidłowych postaw wydaje się zasadne, by takie zajęcia proponować także studentom, którzy zaczynają zajęcia kliniczne na trzecim roku studiów. Bez wątpienia komunikacja z pacjentem to kompetencja, którą należy rozwijać i pielęgnować w czasie całej praktyki lekarskiej, także po zakończeniu studiów. Ponadto godna rozważenia wydaje się analiza treści podręczników akademickich i materiałów dydaktycznych pod kątem obecności niezalecanej terminologii – co mogłoby wyjaśnić źródła utrwalania niektórych określeń wśród studentów. Wskazana byłaby aktualizacja materiałów dydaktycznych tak, aby promowały terminologię zgodną z obecnymi standardami naukowymi i społecznymi. Nieocenioną rolę w kształtowaniu świadomości językowej odgrywają

wykładowcy, nauczyciele akademicki poprzez własny przykład i świadome używanie języka w procesie nauczania.

W przyszłości warto byłoby zaprojektować kwestionariusz dedykowany dla innej grupy badanej – wykładowców, nauczycieli przedmiotów teoretycznych i klinicznych. Tak, aby sprawdzić, w jakim stopniu ich praktyki językowe wpływają na edukację przyszłych lekarzy. Konieczne są dalsze badania nad świadomością językową studentów medycyny na większej liczbie respondentów w różnych ośrodkach akademickich, co umożliwiłoby porównanie skuteczności metod stosowanych przez wykładowców/programów nauczania w kształtowaniu tej umiejętności u przyszłych lekarzy.

W przyszłości warto uwzględnić analizę wpływu czynników takich jak miejsce pochodzenia, doświadczenie kliniczne, udział w zajęciach z komunikacji medycznej, ekspozycja na „język inkluzyjny” w trakcie studiów, studiowanie na innym kierunku studiów, wykształcenie rodziców czy rolę różnic kulturowych w komunikacji medycznej. Cenne byłoby rozszerzenie ankiety o pytania z w/w zagadnień. Uzupełnieniem badań ilościowych mogłyby być badania jakościowe – np. wywiady pogłębione lub analiza treści wypowiedzi studentów – pozwalające lepiej zrozumieć motywacje, postawy i trudności związane ze stosowaniem języka precyzyjnego i empatycznego w praktyce medycznej. Tego rodzaju podejście umożliwiłoby kompleksową ocenę skuteczności programów dydaktycznych oraz opracowanie rekomendacji wspierających rozwój kompetencji komunikacyjnych przyszłych lekarzy.

Warto podkreślić, że posługiwanie się językiem niestygmatyzującym stanowi wyzwanie nie tylko dla lekarzy, lecz dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia. Dotyczy ono nie tylko komunikacji z pacjentem i jego opiekunem, ale również wzajemnych relacji i sposobu porozumiewania się między członkami zespołu terapeutycznego.

## Wnioski

Znaczna część studentów kierunku lekarskiego posługuje się terminologią anatomiczną o charakterze stygmatyzującym, taką jak: „małpia bruzda” (48,71% respondentów), „mongoidalna szpara powiekowa” (29,17% respondentów) czy „zajęcza wargą” (16,67% respondentów). Część studentów znała wyłącznie określenia o nacechowaniu pejoratywnym. Przyszli lekarze powinni być uwrażliwieni na nieużywanie określeń stygmatyzujących („zajęcza wargą”, „mongoidalna szpara powiekowa”, „małpia bruzda”).

Ma to znaczenie zwłaszcza w czasie nauki przedmiotów takich jak anatomia, embriologia, neonatologia, pediatria, w czasie których studenci mają kontakt z medyczną terminologią używaną do opisu cech anatomicznych pacjentów. Z uwagi na obecność określeń stygmatyzujących w literaturze medycznej konieczne wydaje się zwiększanie świadomości językowej wykładowców, nauczycieli akademickich przedmiotów teoretycznych i klinicznych, by używali określeń neutralnych, tym samym przyczyniając się do kształtowania prawidłowych postaw studentów.

Brak istotnych różnic w stosowaniu nieprawidłowych określeń w zależności od roku studiów, wskazuje na potrzebę wprowadzenia do programu kształcenia zagadnień związanych ze świadomością językową oraz aktualną, inkluzywną terminologią medyczną. Zagadnienie powinno także być uwzględnione w programie zajęć dedykowanych komunikacji medycznej (istniejące programy nauczania z zakresu komunikacji powinny zostać uzupełnione) z uwzględnieniem jego znaczenia dla budowania relacji lekarz-pacjent oraz wpływu na proces leczenia.

**Literatura:**

1. Bartel, H. (2009). *Embriologia medyczna: ilustrowany podręcznik*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
2. Bartel, H. (red.). (2012). *Embriologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
3. Bartel, H. (red.). (2020). *Embriologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
4. Bergier, M., Karpiszek, I. (2025). Społeczny wymiar języka. Przegląd literatury. *Rozprawy Społeczne / Social Dissertations*, 19(1), 148-156. <https://doi.org/10.29316/rs/204307>
5. Bralczyk, J., Mamcarz, A. (2023). *Zdrowy język. Dla lekarza, dla pacjenta*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
6. Bochenek, A., Reicher, M. (2010). *Anatomia człowieka. Tom 4*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
7. Cabré, M. T. (1999). *Terminology: Theory, methods and applications*. John Benjamins Publishing Company.
8. Doroszevska, A., Dudek, D., Jabłoński, M. J. (2021). Wrażliwi na słowa. Wrażliwi na ludzi [Sensitive about words. Sensitive about people]. *Psychiatria*, 18(2), 163-167.
9. Galasiński, D. (2013). Osoby niepełnosprawne czy z niepełnosprawnością? *Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania*, IV(9), 3-6.
10. Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
11. ISO. (2009). *ISO 704: Terminology work – Principles and methods*. International Organization for Standardization.
12. Jankowska, Z., Doroszevska, A. (2024). Język inkluzywny w komunikacji medycznej – czynniki wpływające na postawy językowe w polskiej ochronie zdrowia. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 30(1), 63-71. <https://doi.org/10.26444/monz/186023>
13. Karwacka, W. (2020). *Wybrane cechy języka medycznego – terminologia, normalizacja, gatunki tekstów medycznych i relacje międzygatunkowe*. Uniwersytet Łódzki. <http://hdl.handle.net/11089/35292>
14. Kozłowska-Rup, D., Gabryel, E., Świetliński, J. (red.). (2024). *Neonatologia praktyczna dla pielęgniarek i położnych. Tom 2*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
15. Marciniak, T. (1991). *Anatomia prawidłowa człowieka. Tom 2*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
16. Narkiewicz, O. (red.). (2010). *Anatomia człowieka. Tom 4*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
17. NIH. (2023). *NIH Style Guide: Person-first and Destigmatizing Language*. National Institutes of Health.
18. Miller F. A. (2003). Dermatoglyphics and the persistence of 'Mongolism'. *Social studies of science*, 33(1), 75-94. <https://doi.org/10.1177/0306312703033001311>
19. Oczko, P. (2021). Język medycyny (medyczny) – dyskusja nad definicją. *Acta Universitatis Lodzensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców*, 28, 207-219. <https://doi.org/10.18778/0860-6587.28.14>
20. Ruzycki, S. M., Holroyd-Leduc, J., Chu, P. (2022). The Importance of Developing and Implementing an Inclusive Language and Image Policy in Medical Schools. *Academic Medicine*, 97(1), 9. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004351>

21. Sandhu, S. K., Kouvroukoglou, N., Campodonico, M., Mehendale, F. (2022). Lost in translation: a caution against using automated and commercial translation services for medical communications. *BMJ Global Health*, 7(1), e008067. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-008067>
22. Świetliński, J. (2021). *Neonatologia. Tom 1*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
23. Temmerman, R. (2000). *Towards new ways of terminology description: The sociocognitive approach*. John Benjamins Publishing Company.