

Dostosowanie zgody pacjenta na znieczulenie do standardu prostego języka

Wojciech Romanik¹, Tomasz Piekot², Radosław Tymiński³

¹II Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

²Pracownia Prostej Polszczyzny, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław

³Radosław Tymiński Kancelaria Prawna

Wprowadzenie. W artykule opisujemy proces redagowania i walidacji dokumentów, na podstawie których pacjent wyraża świadomą zgodę na znieczulenie przed operacją. Naszym celem było dostosowanie takiej dokumentacji do standardu prostego języka, dzięki czemu będą one przystępne dla przeciętnego pacjenta.

Materiał i metody. Stworzyliśmy dwa dokumenty: *Informacja o znieczuleniu* i *Zgoda na znieczulenie*. W procesie redagowania wykorzystaliśmy opracowane dla języka polskiego zasady prostej polszczyzny.

Wyniki. Zebraliśmy dostępne w polskich placówkach medycznych analogiczne dokumenty. Do walidacji porównywalnych tekstów wykorzystaliśmy nową w Polsce formułę *readability*: Plain Language Index. Algorytm ten mierzy 10 cech stylu i na tej podstawie ocenia w procentach prostotę tekstu.

Wnioski. Oba zaprojektowane przez nas dokumenty osiągnęły normę prostego języka (PLI 50% i więcej). Okazały się też najprzystępniejsze ze wszystkich badanych tekstów.

Słowa kluczowe: prosty język, czytelność, świadoma zgoda, znieczulenie

Wprowadzenie

Problem jakości informacji udzielanych pacjentowi jest dość często poruszany w orzecznictwie polskiego Sądu Najwyższego [1–5]. W artykule tym omawiamy językowy aspekt dokumentów, na podstawie których dorosły pacjent wyraża świadomą zgodę na znieczulenie do planowej operacji. Naszym celem jest opracowanie i zweryfikowanie dokumentacji spełniającej wymagania międzynarodowego standardu prostego języka (w momencie powstawania tego tekstu niemal gotowa była norma ISO określająca standard prostego języka: <https://www.iso.org/standard/78907.html>).

Przegląd literatury

W ochronie zdrowia świadoma zgoda jest dokumentem ważnym zarówno dla nadawcy, jak i odbiorcy. Dobrze poinformo-

wani pacjenci dokonują świadomych wyborów w zakresie własnego zdrowia. Mają też bardziej realistyczne oczekiwania, większą satysfakcję po zabiegu, a ponadto wykazują się lepszą współpracą w trakcie leczenia [6]. Z drugiej strony, wysokie koszty ubezpieczenia od potencjalnych błędów wymuszają na placówkach świadczących usługi medyczne precyzyjne i skuteczne poinformowanie pacjentów o procedurze medycznej, która związana jest z ryzykiem wystąpienia powikłań zdrowotnych.

Z tego powodu w wielu krajach urzędy odpowiedzialne za służbę zdrowia tworzą standardy redagowania świadomych zgód [7–9]. W innych krajach to przepisy prawa narzucają dostosowanie języka informacji medycznych do poziomu wykształcenia przeciętnego obywatela, zwykle na poziomie 6–8 lat edukacji [10]. Wobec tego uzasadnione wydaje się także przygotowanie

Jak cytować / How to cite:

Romanik W, Piekot T, Tymiński R. *Adaptation of informed consent for anaesthesia to plain language standard*. NOWOTWORY J Oncol 2022; 72: 265–273.

tych informacji w języku polskim w sposób, który umożliwi ich zrozumienie przez jak najszersze grono pacjentów.

Niestety, badania z zakresu *health literacy* wskazują, że umiejętność rozumienia informacji medycznych jest w wielu krajach słaba lub zbyt zróżnicowana. Badania WHO w Europie wykazały, że w 10 krajach odsetek osób z nieodpowiednim lub problematycznym poziomem kompetencji czytelnicych mieści się w przedziale między 30% (Niderlandy) a 60% (Bułgaria) – średnia to ok. 48% [11].

Niski poziom *health literacy* w populacji nie jest jedynym problemem. Powszechnie przyjmuje się, że niezrozumiałość świadomych zgód wynika także ze sposobu ich przygotowania jako dokumentów dla pacjentów [12]. Badania potwierdzają, że świadome zgody mają bardzo niski poziom *readability* [13–15], nie przekazują wszystkich wymaganych informacji (zwłaszcza w zakresie ryzyka) [16], a sami pacjenci tuż po ich lekturze są z informacji zadowoleni, ale niewiele z treści pamiętają [17–18]. Trudny język, rozwlekłość i zła kompozycja powodują, że pacjentom brakuje motywacji do wnikliwej lektury [19]. W pewnym stopniu skuteczna okazuje się zmiana semiotycznej postaci dokumentu, czyli odejście od formy werbalnej na rzecz komunikacji multimedialnej, a zwłaszcza wizualnej [20].

W artykule tym opisujemy proces redagowania i walidacji polskojęzycznych dokumentów, które przekazują pacjentowi wymagane informacje medyczne, zgodnie ze standardem prostego języka, tzn. przystępnie i w sposób ustrukturyzowany. Zakładamy przy tym, że tego typu teksty powinny być zrozumiałe dla przeciętnego w sensie statystycznym pacjenta [21].

Kontekst prawny

Przepisy polskiego prawa przewidują konieczność udzielenia przez pacjenta zgody na wykonanie świadczenia zdrowotnego, choć wskazują również, że formy tej zgody mogą być różne: pisemna, ustna, a nawet dorozumiana [22]. W przypadku zabiegów operacyjnych oraz zabiegów o podwyższonym ryzyku prawo nakazuje uzyskać od pacjenta zgodę pisemną [23].

W praktyce medyczno-prawnej nie budzi wątpliwości, że zgoda pacjenta na znieczulenie do zabiegu wymaga formy pisemnej. Stanowisko to wynika z treści przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, które nakazują dołączenie do historii choroby „dokumentu zawierającego zgodę pacjenta na znieczulenie” [24]. Stąd konieczne jest sporządzanie dokumentów zgody na znieczulenie.

Co więcej – przepisy polskiego prawa w pewnym stopniu precyzują wymogi, którymi musi cechować się zgoda pacjenta, żeby zostać uznana za prawnie skuteczną. I tak, na podstawie analizy sfery *de lege lata* można stwierdzić, że zgoda jest skuteczna, jeżeli pacjent:

- jest osobą uprawnioną do jej wyrażenia,
- wyraził ją przed zabiegiem, którego zgoda dotyczy,
- wyraził ją świadomie,

- wyraził ją w sytuacji umożliwiającej swobodne powzięcie decyzji [25–26].

W rozważaniach istotnych z punktu widzenia tematyki naszego artykułu szczególnie istotny jest aspekt świadomości pacjenta, który został sprecyzowany prawnie. Jak bowiem wynika z przepisów prawa, przed wyrażeniem zgody pacjent musi być poinformowany o „rozpoznanie, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu” [27–28].

Co istotne, przepisy wprost statuują także wymóg sformułowana zgody w sposób przystępny [27–28]. Prawidłowe poinformowanie pacjenta przed zabiegiem ma pierwszorzędne znaczenie, ponieważ w orzecznictwie sądowym podkreśla się, że sama aprobaty pacjenta dotycząca dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda w rozumieniu art. 32 i 34 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i dentysty [3, 29].

Pojęcie „przystępności” informacji nie doczekało się jak dotąd szerszych rozważań w piśmiennictwie prawniczym, choć większość autorów podkreśla, że chodzi o sposób przekazania informacji przez lekarza, który musi być dostosowany do konkretnego odbiorcy, znajdującego się w określonej sytuacji zdrowotnej [26, 30]. Ważne jest bowiem to, żeby pacjent przekazaną mu informację rozumiał. Tym samym, przedstawiając informację, lekarz powinien uwzględnić nie tylko stan zdrowia pacjenta (np. wpływ bólu na świadomość pacjenta), lecz także jego wykształcenie, stan psychiczny czy też rodzaj i charakter zabiegu [26, 30].

Mając powyższe na uwadze, wyszliśmy z założenia, że sednem obowiązku informowania pacjenta przed procedurą medyczną jest uzyskanie przez pacjenta świadomości co do jej: potrzeby, przebiegu, ryzyka i możliwych alternatyw. Zgodnie jednak z wytycznymi formułowanymi w piśmiennictwie prawniczym, „wszelkie informacje pozyskane do celu przygotowania formularzy, powinny być przetworzone tak, aby były one zrozumiałe, nawet dla osoby posiadającej ograniczoną wiedzę, medyczną, biologiczną, fizyczną itd.” [31].

Mamy przy tym świadomość, że nawet najlepiej napisane dokumenty nie są w stanie zastąpić rozmowy lekarza z pacjentem, mają za to jednak znaczenie dowodowe, tj. wykazują zakres informacji, które zostały pacjentowi udzielone.

Kontekst anestezjologiczny

Znieczulenie wymagane jest do przeprowadzenia wielu zabiegów operacyjnych. Przed każdą operacją odbywa się standardowo konsultacja anestezjologiczna, której celem jest kwalifikacja pacjenta do znieczulenia. Przed rozmową z anestezjologiem, pacjent wypełnia ankietę dotyczącą stanu zdrowia oraz zapoznaje się z pisemną informacją o znieczuleniu. Rozmowa z lekarzem kończy się zazwyczaj podpisaniem przez pacjenta zgody na ustalony sposób znieczulenia.

Opisana procedura stanowiąca szkielet standardowego postępowania przedoperacyjnego może być w dużym stop-

niu oraz w wielu punktach modyfikowana i dostosowywana do potrzeb i charakterystyki danego podmiotu medycznego. W związku z tym zarówno ankieta, informacja, jak i sam formularz świadomej zgody są często opracowywane przez poszczególne jednostki. Niemniej wspólnym mianownikiem tych dokumentów jest specjalistyczne słownictwo oraz związane z nim zagadnienia medyczne.

Ze względu na założony cel, należy ustrukturalizować w świadomości pacjenta przekazywane informacje o znieczuleniu przez czytelne tytułowanie kolejnych akapitów, ich logiczne powiązanie i spójność wywodu. Piszemy o tym w dalszej części artykułu. W informacji o rodzajach znieczulenia, należy zrezygnować np. z drobiazgowego tłumaczenia różnicy pomiędzy znieczuleniem podpajęczynówkowym i zewnątrzoponowym. Od strony pacjenta opis wykonania obu znieczuleń jest podobny, co dotyczy również znacznej liczby możliwych powikłań. Jeśli anestezjolog przewiduje możliwość wykonania danego znieczulenia, w czasie obligatoryjnej rozmowy powinien dokładnie zaznajomić pacjenta ze szczegółami wybranej procedury. Szczegółowe opisywanie przebiegu obu wymienionych wyżej rodzajów znieczulenia znacznie ogranicza możliwość zrozumienia i na tym etapie wydaje się niepotrzebne.

Brak zrozumienia staje się zauważalny, gdy podany tekst „zmusza” pacjenta do interakcji. Dzieje się tak np. w przypadku wypełniania ankiety medycznej. Wielokrotnie można spotkać się z brakiem odpowiedzi, zaznaczeniem fałszywej informacji czy błędnym zrozumieniem poleceń. Takie sytuacje jednoznacznie pokazują konieczność rozmowy lekarza z pacjentem i wyjaśnienia problematycznych fragmentów przed podpisaniem zgody na działania anestezjologiczne.

Z naszej praktyki wynika, że najtrudniejszą do zrozumienia dla odbiorcy częścią informacji o znieczuleniu jest opis ryzyka, w tym lista możliwych powikłań i działań niepożądanych. Bardzo trudno wytłumaczyć laikowi wiele zwrotów medycznych, nie uciekając się do złożonych opisów. Poza tym liczba możliwych powikłań, stopień ich wpływu na stan zdrowia oraz prawdopodobieństwo wystąpienia stawiają przed projektantami dokumentacji kolejne wyzwania. Co więcej, podczas znieczulenia używanych jest wiele leków, z których każdy posiada własną listę działań niepożądanych. Oznacza to, że niemożliwe jest zapoznanie i wytłumaczenie pacjentowi każdego możliwego powikłania [32].

Zaleceniem godnym uwagi, wskazywanym przez praktyków, jest ujmowanie stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia powikłań w postaci procentowej lub ułamkowej [33]. Niektóre podręczniki czy broszury anestezjologiczne idą krok dalej – poza oceną procentową, podają sytuacje z życia, które odpowiadają danej wartości, np. jedna osoba na duże miasto, szansa wyrzucenia szóстки przy rzucie kostką, szansa wylosowania nagrody w loterii. Nie do przecenienia jest dodawanie w tym aspekcie infografik, które zwiększają możliwości zrozumienia tekstu [34].

Raz jeszcze podkreślamy, że informacja pisemna pozostaje tylko narzędziem, dzięki któremu stopień uświadomienia

pacjenta może być wyższy. Niezbędny jest jednak osobisty kontakt lekarza z pacjentem. Biorąc pod uwagę wyżej wspomniane problemy, wydaje się, że kluczem do ich rozwiązania jest rozmowa anestezjologa z pacjentem. Rozmowa zindywidualizowana, w trakcie której jest czas na analizę odpowiedzi z ankiety, czas na zadanie pytań przez pacjenta, czas na udzielenie wyjaśnień oraz czas na dobranie optymalnej formy znieczulenia dla konkretnej osoby i danego zabiegu. Dobrze skonstruowana informacja o znieczuleniu jest punktem wyjścia do rozmowy z pacjentem, który może zadać pytania adekwatne do swoich indywidualnych cech osobowościowych, stanu zdrowia i potrzeb poznawczych. Zadanie przedstawienia ostatecznych informacji, zwłaszcza odnośnie do rodzaju znieczulenia i jego ryzyka, pozostaje w gestii anestezjologa, który zapoznał się ze stanem jego zdrowia, historią medyczną oraz badaniami dodatkowymi [35].

Od sprawności komunikacyjnej lekarza, od jego doświadczenia, od czasu, który poświęci na rozmowę z pacjentem zależy to, w jakim stopniu ten pacjent będzie miał poczucie zaspokojenia potrzeby informacji, potrzeby bezpieczeństwa, potrzeb emocjonalnych i poczucia kontroli. Lekarz powinien także pamiętać, że pozawerbalne elementy budujące relację z pacjentem, tj. dystans, pozycja ciała, spojrzenia, dotyk, gesty i mimika, mają niebagatelny wpływ na poczucie zrozumienia i szacunku, przekonanie o kompetencji lekarza oraz zaufanie do zaproponowanego leczenia [36].

Materiał i metody

Wstępne założenia

Naszym celem było zaprojektowanie i zredagowanie dokumentacji anestezjologicznej zgodnej z wymaganiami standardu prostego języka. Będzie ona adresowana do dorosłych pacjentów oczekujących na planową operację, posługujących się językiem polskim.

Przed rozpoczęciem prac redakcyjnych przyjęliśmy kilka istotnych założeń.

1. Dokumentacja tego typu powinna się składać z dwóch tekstów:
 - informacji – czyli opisu działań podejmowanych wobec pacjenta w związku ze znieczuleniem,
 - zgody – czyli formalnego oświadczenia woli, w którym pacjent potwierdza uzyskanie wszystkich podanych informacji i akceptuje proponowane działania anestezjologiczne.
2. Z projektowanej dokumentacji wyłączyliśmy ankietę medyczną, ponieważ nie ma ona charakteru ciągłego tekstu, co uniemożliwia przeprowadzenie wiarygodnych badań ilościowych.
3. Wynikające z przeglądu literatury wnioski skłoniły nas do zastosowania radykalnego podejścia językowego. Wyraża je przekonanie, że niewystarczające będzie skorzystanie z powszechnej w studiach z zakresu prostego języka i w praktyce medycznej metody upraszczania istniejącego tekstu [37–38]. Przeredagowywanie oryginału wywoła-

łoby efekt powierzchniowego tłumaczenia, a zatem nie rozwiązałoby problemów z nieudaną kompozycją tekstu czy przesadnie formalną relacją: lekarz–pacjent. Przygotowanie skutecznej świadomej zgody wymaga zaprojektowania tekstu od podstaw – z uwzględnieniem problemów strukturalnych i relacyjnych.

- Ostatecznie zrezygnowaliśmy z kryterium wykształcenia jako czynnika weryfikującego komunikatywność języka opracowywanej dokumentacji. W Polsce odsetek osób z wykształceniem wyższym szybko rośnie, nie poprawiają się jednak dane dotyczące czytelności. W 2009 roku w Polsce było 9,9% osób z wykształceniem wyższym, w 2011 – 16,8%, a w roku 2020 odsetek ten wynosił 39% (u osób w wieku 25–54). Mimo to czytelność książek utrzymuje się od 2008 roku na tym samym poziomie (7 i więcej książek czyta 9–12% populacji) [39–41]. Rozbieżność taka stawia pod znakiem zapytania stosowane wzory oparte na wykształceniu, które w Polsce wydają się niezbyt wiarygodnym wskaźnikiem umiejętności czytania ze zrozumieniem.
- Nowe dokumenty przygotowaliśmy zgodnie z modelem prostej polszczyzny opracowanym na Uniwersytecie Wrocławskim.

Metoda redagowania tekstu

Redagując tekst informacji oraz zgody, stosowaliśmy trzy strategie prostego języka. Każdej z nich podporządkowane były szczegółowe techniki redakcyjne. Metodę tę opracowała Pracownia Prostej Polszczyzny na Uniwersytecie Wrocławskim

[42–43]. Stosują ją z powodzeniem nie tylko najważniejsze polskie urzędy, ale też banki, firmy ubezpieczeniowe, a nawet autorzy tekstów naukowych [44–45].

Strategia pierwsza polega na przygotowaniu tekstu do wielokrotnego przeglądania w poszukiwaniu potrzebnych informacji. Na tym poziomie wprowadziliśmy więc zasady efektywnej strukturyzacji tekstu, takie jak śródtytuły, wyczerpania w formie list, tabele itp.

Strategia druga polega na upodobnieniu gramatyki tekstu do tekstów najpopularniejszych, tzn. czytanych w czasie wolnym (np. popularne serwisy internetowe, dzienniki i tygodniki). Owa językowa akomodacja dotyczy przede wszystkim długości zdania i frekwencji form gramatycznych typu strona bierna, nominalizacja czy imiesłowy.

Strategia trzecia prowadzi do wzmocnienia relacyjnego wymiaru tekstu. Celowi temu służą zwroty bezpośrednio do czytelnika, użycie formy 1 os. l. mn. (my), a także różne zabiegi leksykalne, np. unikanie słownictwa urzędowego na rzecz codziennego czy użycie wyrażenia empatycznych.

Szczegółową listę technik redakcyjnych odpowiadającą poszczególnym strategiom prezentujemy w tabeli I. Zastosowane przez nas techniki ilustrujemy przykładami z tekstu.

Wyniki

Metoda walidacji dokumentów

Kolejnym etapem po zredagowaniu obu tekstów była weryfikacja przystępności ich języka. Użyliśmy do tego Plain Language Index (dalej: PLI), tj. wskaźnika, który ocenia, w ilu procentach

Tabela I. Strategie i techniki prostego języka zastosowane w trakcie redagowania nowych dokumentów

Strategia prostego języka	Techniki redagowania tekstu	Przykład
Tekst redaguj tak, by czytelnik mógł go łatwo przeglądać	1. Dokument rozpocznij od edukacyjnego wstępu.	<i>Niedługo masz operację. W tym dokumencie znajdziesz najważniejsze informacje o znieczuleniu. Przeczytaj go uważnie. Nie musisz wszystkiego zapamiętywać. Po prostu zachowaj ten dokument, by w razie potrzeby do niego zajrzeć. Miej go przy sobie w trakcie rozmowy z anestezjologiem.</i>
	2. Śródtytułom nadaj formę pytań.	<i>Co to jest znieczulenie? Kim jest anestezjolog? Jak się przygotować do spotkania? Jakie możesz mieć powikłania po transfuzji?</i>
	3. Złożone zdarzenia prezentuj jako chronologiczne procesy.	Treści w podrozdziale pt. <i>Jak wygląda znieczulenie ogólne?</i> podzieliłiśmy na trzy etapy: <i>Przed operacją, W trakcie operacji, Po operacji.</i>
	4. Prozę zamieniaj na tabele.	W jednej tabeli porównaj powikłania po obu typach znieczulenia (porządkuj je prawdopodobieństwem występowania).
	5. Prozę zamieniaj na listy numerowane.	W informacji lista pojawia się średnio raz na stronę. Cały tekst zgody jest zredagowany w formie listy – z ciągłą numeracją.
Naśladuj gramatykę tekstów chętnie czytanych w czasie wolnym	6. Twórz krótkie zdania (poniżej 16 wyrazów). Jedną myśl zamykaj w jednym zdaniu.	<i>Zmyj makijaż. Nie nakładaj nowego. Nie nakładaj kremu na twarz ani na rękę. Zmyj lakier z paznokci.</i>
	7. Unikaj zjawisk gramatycznych typowych dla bezosobowych stylów formalnych (np. urzędowego).	<i>wyrazić zgodę -> zgodzić się w celu wybrania znieczulenia -> aby wybrać znieczulenie zostaniesz zawieszony -> pielęgniarka zawieszę Cię</i>
	8. Wzmacniaj spójność międzyzdaniową – pokazuj relacje logiczne (używaj zaimków, spójników, wyrazów nawiązujących).	<i>Niektóre drobne zabiegi i badania możemy wykonywać bez znieczulenia. Lekarze powiedzą Ci o <u>takiej</u> możliwości. Możesz <u>wtedy</u> wybrać, czy chcesz otrzymać znieczulenie. Większość zabiegów i operacji wymaga <u>jednak</u> znieczulenia.</i>

Tabela I. cd. Strategie i techniki prostego języka zastosowane w trakcie redagowania nowych dokumentów

Strategia prostego języka	Techniki redagowania tekstu	Przykład
Naśladuj gramatykę tekstów chętnie czytanych w czasie wolnym	9. Unikaj terminów medycznych lub je definiuj.	<i>Czasem w trakcie operacji możesz stracić dużo krwi. Trzeba Ci będzie wtedy zrobić transfuzję krwi (inaczej: przetoczenie krwi, podanie krwi). Transfuzja to wstrzyknięcie nowej krwi do żyły przez kroplówkę. Czasem wstrzykuje się też inne preparaty z krwi.</i>
	10. Unikaj terminów 2-wyrazowych o szyku rzeczownik + przymiotnik.	<i>W dniu operacji pielęgniarka zaprowadzi Cię na <u>salę operacyjną</u>. Może też zaproponować, że zawiezie Cię na <u>wózku szpitalnym</u>. Na <u>sali operacyjnej</u> położysz się na <u>łóżku operacyjnym</u>. -> <i>W dniu operacji pielęgniarka zaprowadzi Cię na <u>salę operacyjną</u>. Może też zaproponować, że zawiezie Cię na <u>szpitalnym wózku</u>. Na <u>sali</u> położysz się na <u>łóżku operacyjnym</u>.</i></i>
Dbaj o relacje interpersonalne	11. Często zwracaj się do czytelnika bezpośrednio.	<i>Tuż przed operacją lekarz anestezjolog poda Ci do oddychania maskę tlenową. Od tej chwili <u>rozpoczniesz</u> przyjmowanie narkozy. <u>Zażniesz</u> kilka chwil później. Lekarz włoży wtedy Ci przez usta rurkę do oddychania. Aparat do znieczulenia będzie oddychał za Ciebie. <u>Otrzymaś</u> konieczne lekarstwa.</i>
	12. Unikaj generycznego rodzaju męskiego. Pisz językiem neutralnym płciowo.	<i>będziesz potrzebował-> będą Ci potrzebne będziesz mógł wybrać-> będzie można wybrać nie będziesz niczego czuł-> nie będziesz niczego czuć</i>
	13. O swojej instytucji pisz per „my”.	<i>Badania naukowe pokazują, że niektóre powikłania zdarzają się częściej, inne rzadziej, a niektóre bardzo rzadko. <u>Opisujemy</u> tu większość znanych powikłań. <u>Nie robimy</u> tego, by Cię przestraszyć. Po prostu <u>chcielibyśmy</u> Cię o nich uprzedzić.</i>
	14. Unikaj słownictwa formalnego (urzędowego).	<i>Jestem świadom, że reakcja mojego ciała na ww. znieczulenie jest nieprzewidywalna. -> Rozumiem, że nikt nie może przewidzieć reakcji mojego ciała na to znieczulenie.</i>
	15. Pisz szczerze i empatycznie.	<i>Gdyby Ci coś dolegało, powiedz o tym personelowi. Personel jest po to, aby przynieść Ci ulgę i opiekować się Tobą. Po pewnym czasie pielęgniarki zawiozą Cię na oddział chirurgiczny.</i>

badany tekst spełnia wymagania prostej polszczyzny. Wskaźnik PLI mierzy 10 cech stylu, przy czym osiągnięcie normy przez każdą cechę, oznacza przyznanie tekstowi 10 punktów procentowych. PLI ocenia teksty w języku polskim i dostępny jest w aplikacjach Logios (<https://logios.dev/>). Wynik procentowy PLI wyliczany jest na podstawie 10 cech stylu:

Dobór słów

1. Urzędowy (FORMAL) – parametr ten pokazuje, jak dużo jest w tekście wyrazów urzędowych. To one sprawiają, że styl staje się formalny i urzędowy.
2. Terminologizacja stylu (TERMS) – parametr ten pokazuje, jak dużo jest w tekście 2-wyrazowych wyrazów specjalistycznych o szyku: rzeczownik + przymiotnik. To one sprawiają, że tekst staje się niezrozumiały dla nieprofesjonalisty.
3. Wyrazy najczęstsze (TOP100) – parametr ten oblicza, jak dużo jest w tekście słów najczęstszych (z listy frekwencyjnej 100 wyrazów). To one sprawiają, że tekst ma łatwą tematykę.
4. Wyrazy trudne (DWORDS) – parametr ten pokazuje, jak dużo jest w tekście słów rzadkich i jednocześnie długich. Ich obecność zwiększa mglistość języka.

5. Zaimkowość (PRON) – parametr ten mierzy w tekście odsetek zaimków. Wysoka frekwencja tej części mowy sprawia, że język jest naturalny, a tekst spójny.

Budowa zdań

6. Rzeczownikowość stylu (N/V) – parametr ten wskazuje, czy styl tekstu jest czasownikowy (cecha pożądana) czy rzeczownikowy (cecha niepożądana). Czasowniki są informacyjnym sercem zdania, więc w tekście powinno być ich jak najwięcej.
7. Nienaturalna gramatyka (GRAM) – parametr ten zlicza, ile nazw czynności występuje w tekście w postaci imiesłowów, strony biernej, rzeczowników odczasownikowych i form bezosobowych.
8. Długość zdania (ASL) – parametr ten oblicza średnią długość zdania, czyli liczbę wyrazów w zdaniu. W atrakcyjnych tekstach nie spotykamy zbyt wielu zdań dłuższych niż 15 wyrazów.

Relacje

9. Obecność nadawcy (SENDER) – parametr ten pokazuje, jak często nadawca ujawnia w tekście swoją obecność. Mogą to być zaimki (ja, mnie, nasz) lub czasowniki (proszę,

witam) pierwszej osoby. Im więcej nadawcy, tym tekst bardziej relacyjny.

10. Obecność odbiorcy (RECEIVER) – parametr ten pokazuje, jak często w tekście nadawca zwraca się bezpośrednio do odbiorcy. Mogą to być zaimki (Ty, Ciebie, Wasz, Pan, Pani) lub czasowniki (prześlij, weź) drugiej osoby. Im więcej takich zwrotów, tym tekst jest bardziej relacyjny.

Zredagowane przez nas tekst pod względem wskaźnika PLI i jego 10 składowych porównaliśmy z analogicznymi tekstami używanymi obecnie w Polsce w publicznych i niepublicznych placówkach medycznych. Za pomocą wyszukiwarki Google zebraliśmy 20 informacji edukacyjnych oraz 15 zgód. Jedną ze zgód wyłączyliśmy z badanej próby ze względu na niewystarczającą długość tekstu (poniżej 30 wyrazów). Ostatecznie zbadaliśmy więc 20 informacji i 14 zgód.

Wnioski

Informacja o znieczuleniu

Analiza przystępności informacji o znieczuleniu wskazuje, że obecnie używane teksty w niewielkim stopniu realizują standard prostego języka (tab. II). Wyrażona medianą typowa informacja uzyskuje 10% PLI, a najprostszą informacją o znieczuleniu: 28% PLI (Szpital 3). Zredagowany przez nas tekst osiągnął PLI na poziomie 50%, to akceptowalny poziom prostoty (który definiuje się na poziomie co najmniej 40%). W naszej wersji normy prostego języka osiągnęło pięć z dziesięciu cech: zaimkowość, stosunek rzeczowników do czasowników, nieprzystępna gramatyka i zwroty do czytelnika. Pozostałe cechy nie uzyskały wymaganych przez standard prostego języka wartości, choć wypadły dużo lepiej niż typowa informacja (wyrażona medianą wyliczoną dla badanych dokumentów).

Tabela II. Ranking przystępności informacji o znieczuleniu. Zestawienie zawiera Plain Language Index (PLI) i jego 10 składowych. Skróty w nagłówkach tabeli objaśnione są powyżej (część: Materiał i metody)

Tekst	PLI	FORMAL	TERMS	TOP100	DWORDS	PRON	N/V	GRAM	ASL	SENDER	RECEIVER
nasza wersja	50%	3,55%	<u>39,40%</u>	40,60%	8,42%	<u>4,02%</u>	<u>1,61</u>	16,60%	<u>8,51</u>	<u>1,12%</u>	10%
szpital 3	28%	9,07%	63,10%	30,70%	16,30%	1,05%	2,09	48,40%	17,1	0,26%	2%
szpital 1	24%	8,22%	53,40%	30,30%	15,40%	0,77%	2,41	49,70%	14,2	0,39%	2,57%
szpital 11	20%	7,46%	53,50%	32,30%	12,30%	1,22%	2,27	44,20%	18,6	1,37%	1,29%
szpital 2	20%	5,68%	47,10%	33,30%	14,50%	0%	2,09	40,90%	12,4	0,46%	0,68%
szpital 6	17%	7,98%	59%	26,90%	16,40%	0,50%	2,49	51,90%	15	0,82%	2,23%
szpital 9	17%	7,93%	54,50%	28,20%	17,90%	1,01%	2,16	48,30%	16,7	0%	0%
szpital 16	16%	8,72%	55,80%	28,70%	15,80%	0,54%	2,45	49,40%	16,9	0,86%	2,21%
szpital 4	15%	7,71%	52,10%	30,10%	13,60%	1,15%	2,51	46,50%	18,6	0%	0,53%
szpital 12	11%	8,60%	58,80%	30,90%	15,30%	0,46%	2,32	48%	15,1	0,53%	1,70%
szpital 17	10%	9,64%	53,20%	28,60%	18,10%	0,53%	2,02	52,10%	16,4	0,60%	0,30%
szpital 18	10%	12,30%	63,30%	24,70%	20,80%	1,39%	3,41	56,90%	16	0%	0%
szpital 10	6%	8,54%	56,90%	27,70%	15,10%	0,36%	2,48	46,50%	16	0,62%	0,41%
szpital 19	6%	9,90%	54%	27,60%	17,10%	0,17%	2,48	53,70%	15,7	0%	0,39%
szpital 20	6%	8,89%	58,50%	30,90%	14,10%	0,28%	2,44	50,80%	17,4	0,48%	0,64%
szpital 7	6%	6,69%	59,10%	29,80%	13%	0,55%	2,47	46,60%	18,7	0,63%	1,03%
szpital 8	5%	5,61%	57%	28,80%	13,30%	0,41%	2,52	40%	16,1	0,64%	0,48%
szpital 15	4%	7,93%	56,70%	27,10%	17,80%	0,18%	2,56	52,40%	19,7	0%	0,10%
szpital 14	3%	8,35%	49,50%	31,10%	15,80%	0,78%	2,71	52%	17,9	0,76%	1,39%
szpital 13	0%	6,46%	58%	28,20%	13,30%	0,53%	3,19	43,90%	19,9	0,12%	0,85%
szpital 5	0%	7,96%	61,70%	26,80%	15,20%	0,58%	2,98	56,40%	19,2	0,90%	0,11%
średnia	11,2%	8,2%	56,3%	29,1%	15,6%	0,6%	2,5	48,9%	16,9	0,5%	0,9%
mediana	10,0%	8,1%	56,8%	28,8%	15,4%	0,5%	2,5	48,9%	16,8	0,5%	0,7%

Dane w tabeli posortowaliśmy malejąco według wartości Plain Language Index (PLI). Przy naszej wersji tekstu informacji o znieczuleniu (pierwszy wiersz tabeli) wyróżniamy (podkreśleniem) wartości, które osiągnęły normy prostego języka. Średnia i mediana obliczone są dla porównywanych tekstów: szpital 1–szpital 20.

Tabela III. Ranking przystępności zgód na znieczulenie. Zestawienie zawiera Plain Language Index (PLI) i jego 10 składowych. Skróty w nagłówkach tabeli objaśnione są powyżej (część: Materiał i metody)

Placówka	PLI	FORMAL	TERMS	TOP100	DWORDS	PRON	N/V	GRAM	ASL	SENDER	RECEIVER
nasza wersja	50%	6,55%	<u>24,00%</u>	43,90%	10%	<u>2,17%</u>	<u>1,95</u>	34%	<u>12,6</u>	<u>10,90%</u>	0,87%
szpital 10	45%	14,10%	42,90%	33,80%	11,30%	3,53%	1,05	45,80%	14,2	12,70%	2,82%
szpital 9	43%	13,60%	28,60%	33,90%	13,60%	1,41%	0,818	39,10%	14,8	16,90%	0%
szpital 3	38%	8,25%	44,40%	39,20%	10,30%	3,54%	1,58	40,90%	13,6	9,28%	0%
szpital 12	36%	10,80%	33,30%	36,50%	16,20%	2,38%	1,73	57,90%	18,5	10,80%	0%
szpital 8	35%	9,03%	50%	33,30%	16%	2,37%	2,04	48,30%	14,1	9,03%	0%
szpital 1	30%	10,20%	46,70%	40,60%	14,20%	4%	1,15	37,80%	25,4	13,40%	0%
szpital 11	30%	13,70%	37,50%	36,60%	14,90%	2,53%	1,87	55,30%	21,1	7,43%	0%
szpital 13	30%	11,10%	52,90%	34,40%	19,40%	1,30%	1,65	55,20%	16,9	10,30%	0%
szpital 14	30%	11,70%	40%	41,70%	16,70%	3,55%	1	42,50%	17,1	15,80%	0%
szpital 6	30%	9,29%	41,20%	40,40%	14,20%	3,30%	1,43	42,60%	17,4	11,90%	0%
szpital 7	30%	9,33%	53,30%	42%	19,20%	3,03%	1,21	48,30%	17,5	13%	0%
szpital 2	27%	8,80%	60%	28%	22,40%	1,31%	2,43	59,30%	15,6	6,40%	0%
szpital 4	27%	11,60%	45,80%	33,50%	13,40%	1,02%	1,68	51,20%	18,2	10,40%	0%
szpital 5	27%	15,70%	52,40%	30,90%	21,90%	1,46%	2,38	56,40%	17,4	6,18%	0%
średnia	32,7%	11,2%	44,93%	36,06%	15,98%	2,48%	1,57	48,61%	17,27	10,97%	0,20%
mediana	30,0%	11,0%	45,1%	35,5%	15,5%	2,5%	1,62	48,3%	17,25	10,6%	0,0%

Dane w tabeli posortowaliśmy malejąco według wartości Plain Language Index (PLI). Przy naszej wersji tekstu zgody na znieczulenie (pierwszy wiersz tabeli) wyróżniamy (podkreśleniem) wartości, które osiągnęły normy prostego języka. Średnia i mediana obliczone są dla analizowanych tekstów: szpital 1–szpital 14.

Zgoda na znieczulenie

Różnice między analizowanymi tekstami zgód w porównaniu z tekstem naszej zgody nie są tak duże (tab. III). Wyrażona medianą przeciętna zgoda osiąga 30% PLI, jednak dwie najlepsze zgody uzyskały zadowalający poziom prostoty (PLI 40%), tj. 43% (szpital 9) i 45% (szpital 10). Opracowana przez nas zgoda znajduje się na pierwszym miejscu rankingu z wynikiem PLI 50%.

W porównaniu do informacji – nasza zgoda osiągnęła normy prostego języka w odniesieniu do terminologii i obecności nadawcy, a gorzej wypadła pod względem nieprzystępnej gramatyki i zwrotów do czytelnika. Różnice te są jednak wytłumaczalne. Tekst zgody jest oświadczeniem woli, a zatem podlega rygorowi formalnemu większemu od edukacyjnego tekstu informacji o znieczuleniu. Stąd prawie o połowę wyższy poziom nienaturalnej gramatyki (informacja: 16,6% GRAM, zgoda: 34% GRAM). Specyfiką gatunku należy też wyjaśnić niespełnienie norm relacyjnych zwrotów do czytelnika. Ponieważ wyrazicielem zgody jest sam pacjent, tekst jest pisany z perspektywy 1 os. lp. (ja). Nie jest zatem możliwe częste zwracanie się do pacjenta.

Dyskusja

Zredagowane zgodnie ze standardem prostego języka dokumenty anestezyjologiczne okazały się wystarczająco przystępne. Co więcej, zarówno informacja, jak i zgoda uzyskały podob-

ny poziom prostoty języka. W porównaniu z analizowanymi dokumentami używanymi obecnie przez polskie placówki medyczne udało nam się znacznie uprościć przede wszystkim tekst informacji o znieczuleniu (50% PLI vs. mediana analizowanych tekstów: 10% PLI). Różnica 40 p.p. PLI obiecuje dobrą skuteczność nowego tekstu.

Wysoka wartość Plain Language Index nie oznacza jednak, że są zredagowane przez nas teksty są zrozumiałe. Zrozumiałości, czy szerzej – skuteczności tego typu dokumentów nie da się badać bez użytkowników. Docenienie w pełni jego walorów będzie możliwe po weryfikacji klinicznej. Kolejnym etapem walidacji powinno być zatem przeprowadzenie testów z potencjalnymi oraz rzeczywistymi pacjentami. Przydatne mogłyby się tu okazać metoda odpamiętywania (przywoływania treści z pamięci) i testy zadaniowe.

Kolejnym etapem projektowania badanych dokumentów powinno być uzupełnienie tekstu informacji o inne kody semiotyczne typu infografika czy ilustracja, dobranie odpowiedniej wielkości i rodzaju czcionki, zastosowanie podkreśleń, wyróżnień, ramek oraz ostateczny układ graficzny. Połączenie naszego tekstu z wymienionymi komponentami wizualnymi powinno stać się przedmiotem odrębnych badań.

Osobnym celem powinno być radykalne uproszczenie opracowanych dokumentów tak, by były one zrozumiałe przez osoby ze specjalnymi potrzebami komunikacyjnymi. Mamy tu

na myśli chociażby afazję, demencję czy niepełnosprawność intelektualną. Zasady komunikacji z tak zróżnicowaną grupą odbiorczą reguluje odrębny standard (tzw. *easy language*), a w Polsce – ustawa o zapewnieniu dostępności [46]. Z tej perspektywy zarówno informacja, jak i zgoda powinny występować w dwóch wariantach. Pierwszym jest standard prostego języka, drugim zaś – języka łatwego.

Dokumenty służące uzyskaniu świadomej zgody powinny podlegać okresowej aktualizacji i weryfikacji przez kompetentne gremia interdyscyplinarne. Współcześnie medycyna rozwija się nie tylko na płaszczyźnie technicznej i merytorycznej (np. *evidenced based medicine* [EBM] – medycyna oparta na faktach), ale również pod względem komunikacji medycznej (np. świadomość istotnej wagi kompetencji miękkich) oraz holistycznego i indywidualnego podejścia do pacjenta (czego przykładami mogą być multidyscyplinarne zespoły Heart Teams), jak również organizacji opieki zdrowotnej (np. protokołów kompleksowej opieki okołoperacyjnej dla poprawy wyników leczenia [*enhanced recovery after surgery* – ERAS]). Daje to nadzieję, zwłaszcza pacjentom i ich rodzinom, na lepsze efekty leczenia, wsparcie emocjonalne i wypełnienie luki informacyjnej.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Tomasz Piekot

Uniwersytet Wrocławski
Pracownia Prostej Polszczyzny
pl. Uniwersytecki 1
50-148 Wrocław, Poland
e-mail: tomasz.piekot@uwr.edu.pl

Otrzymano: 23 lutego 2022

Zaakceptowano: 16 Marca 2022

Piśmiennictwo

- Wyrok SN z 18.01.2013. IV CSK 431/12. LEX nr 1275006.
- Wyrok SN z 24.09.2015. V CSK 738/14. LEX nr 1796881.
- Wyrok SN z 20.05.2016. II CSK 654/15. LEX nr 2067781.
- Wyrok SN z 31.06.2017. V CSK 619/16. LEX nr 2389607.
- Wyroki SN z 24.09.2020. IV CSK 49/19. LEX nr 3057399.
- Kessler TM, Nachbur BH, Kessler W. Patients' perception of preoperative information by interactive computer program-exemplified by cholecystectomy. *Patient Educ Couns.* 2005; 59(2): 135–140, doi: 10.1016/j.pec.2004.10.009, indexed in Pubmed: 16257617.
- Yentis SM, Yentis SM, Hartle AJ, et al. AAGBI: Consent for anaesthesia 2017: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. *Anaesthesia.* 2017; 72(1): 93–105, doi: 10.1111/anae.13762, indexed in Pubmed: 27988961.
- ANZCA. PS26 Guidelines on Consent for Anaesthesia or Sedation: Australian and New Zealand College of Anaesthetists. 2005. [http://www.anzca.edu.au/documents/ps26-2005-guidelines-on-consent-for-anaesthesia-or-\(22.02.2022\)](http://www.anzca.edu.au/documents/ps26-2005-guidelines-on-consent-for-anaesthesia-or-(22.02.2022)).
- AANA. Informed consent for anesthesia care, policy and practice considerations: American Association of Nurse Anesthetists. 2016. <http://www.aana.com/resources2/professionalpractice/Pages/Informed-Consent-for-Anesthesia-Care.aspx> (30.05.2017).
- Plain Language at AHRQ. 2022. <https://www.ahrq.gov/policy/electronic/plain-writing/index.html> (22.02.2022).
- Europe, WHO. Health literacy—the solid facts. WHO Regional Office for Europe: Geneva, Switzerland. 2013. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.
- Foe G, Larson E. Reading Level and Comprehension of Research Consent Forms. *J Empir Res Hum Res Ethics.* 2016; 11(1): 31–46, doi: 10.1177/1556264616637483, indexed in Pubmed: 27106889.
- Paasche-Orlow MK, Taylor HA, Brancati FL. Readability standards for informed-consent forms as compared with actual readability. *N Engl J Med.* 2003; 348(8): 721–726, doi: 10.1056/NEJMsa021212, indexed in Pubmed: 12594317.
- Eltorai AEM, Naqvi SS, Ghanian S, et al. Readability of Invasive Procedure Consent Forms. *Clin Transl Sci.* 2015; 8(6): 830–833, doi: 10.1111/cts.12364, indexed in Pubmed: 26678039.
- Hopper KD, TenHave TR, Tully DA, et al. The readability of currently used surgical/procedure consent forms in the United States. *Surgery.* 1998; 123(5): 496–503, doi: 10.1067/msy.1998.87236, indexed in Pubmed: 9591001.
- Loughran D. Surgical consent: the world's largest Chinese Whisper? A review of current surgical consent practices. *J Med Ethics.* 2015; 41(2): 206–210, doi: 10.1136/medethics-2013-101931, indexed in Pubmed: 25205390.
- Tait A, Voepel-Lewis T, Gauger V. Parental Recall of Anesthesia Information. *Anesthesia & Analgesia.* 2011; 112(4): 918–923, doi: 10.1213/ane.0b013e31820a9193.
- Sherlock A, Sherlock A, Brownie S. Patients' recollection and understanding of informed consent: a literature review. *ANZ J Surg.* 2014; 84(4): 207–210, doi: 10.1111/ans.12555, indexed in Pubmed: 24812707.
- Lavelle-Jones C, Byrne DJ, Rice P, et al. Factors affecting quality of informed consent. *BMJ.* 1993; 306(6882): 885–890, doi: 10.1136/bmj.306.6882.885, indexed in Pubmed: 8490411.
- Nishimura A, Carey J, Erwin PJ, et al. Improving understanding in the research informed consent process: a systematic review of 54 interventions tested in randomized control trials. *BMC Med Ethics.* 2013; 14: 28, doi: 10.1186/1472-6939-14-28, indexed in Pubmed: 23879694.
- Schenker Y, Fernandez A, Sudore R, et al. Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: a systematic review. *Med Decis Making.* 2011; 31(1): 151–173, doi: 10.1177/0272989X10364247, indexed in Pubmed: 20357225.
- Art. 17 ust. 1, ust. 4 ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 849 ze zm.).
- Art. 18 ust. 1. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 849 ze zm.).
- § 9 pkt 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 940 ze zm.).
- Baron K. Zgoda pacjenta. *Prokuratura i Prawo.* 2010(9): 45.
- Lis W. Zgoda pacjenta na czynność medyczną w polskim porządku prawnym. *Zeszyty Naukowe KUL.* 2020; 61(3): 39–58, doi: 10.31743/zn.2018.61.3.39-58.
- Art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 849 ze zm.).
- Art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyści (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 790 ze zm.).
- Wyrok SN z 16.05.2012. III CSK 227/11. LEX nr 1211885.
- Tymiński R. Informacja lekarska w praktyce. *Medycyna Praktyczna, Kraków* 2012: 42.
- Siwiec M. Formularz zgody pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego – zasady tworzenia. 2021. <https://sip.lex.pl/komentarze-i-publicacje/komentarze-praktyczne/formularz-zgody-pacjenta-na-udzielenie-swadczenia-470076460>.
- Dunn HP. Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów. *Biblos, Tarnobrzeg* 1997: 59.
- Tymiński R. Zgoda na zabieg planowy pacjenta pełnoletniego, świadomego. 2020. <https://prawalekarzy.pl/artykuly/zgoda-na-zabieg-planowy-pacjenta-pelnoletniego-swiadomego-420>.
- The Royal College of Anaesthetists. O znieczuleniu. 2020. <https://rcoa.ac.uk/media/14486>.
- Jurgielaniec E. Jakie korzyści daje prawidłowo wyrażona zgoda i jak ją uzyskać. 2020. <https://paragrafbeznieczulenia.pl/jakie-korzysci-daje-prawidlowo-wyrazona-zgoda-i-jak-ja-uzyskac/>.
- Barański J, Waszyński E, Steciwka A. Komunikowanie się lekarza z pacjentem. *Astrum, Wrocław* 2000: 90–91.
- Zimmermann A, Pilarska A, Gaworska-Krzemińska A, et al. Written Informed Consent-Translating into Plain Language. A Pilot Study. *Healthcare (Basel).* 2021; 9(2), doi: 10.3390/healthcare9020232, indexed in Pubmed: 33672624.
- Moroń E. (Świadoma) zgoda pacjenta. Jak realnie zwiększyć alfabetyzm zdrowotny w polskiej służbie zdrowia. *Oblicza Komunikacji.* 2020(12).

39. Czubkowska S. Wykształcenie Polaków: studia przestały być furtką do społecznego awansu. 2014. <https://forsal.pl/artykuly/799385,wykształcenie-polakow-studia-przestaly-byc-furtka-do-spoecznego-awansu.html>.
40. Bankier.pl. Coraz mniej osób kończy studia. Polska w połowie europejskiej stawki. 2021. <https://www.bankier.pl/wiadomosc/Wykształcenie-wyzsze-w-2020-r-Polska-w-polowie-europejskiej-stawki-8142230.html>.
41. Biblioteka Narodowa. Stan czytelnictwa w Polsce w 2020 roku. 2021. Pobrano z: [bn.org.pl](https://www.bn.org.pl) <https://www.bn.org.pl/raporty-bn/stan-czytelnic-twa-w-polsce/stan-czytelnic-twa-w-polsce-w-2020-r>.
42. Piekot T. W poszukiwaniu uniwersalnej metody upraszczania pism urzędowych i decyzji administracyjnych. *Poznańskie Studia Poloni-
styczne. Seria Językoznawcza*. 2021; 28(1): 109–122, doi: 10.14746/
ppspj.2021.28.1.8.
43. Piekot T, Zarzeczny G. Upraszczenie tekstu użytkowego jako (współ) działanie. *Perspektywa prostej polszczyzny*. In: Niebrzegowska-Bartmińska S, Nowosad-Bakalarczyk M, Piekot T. ed. *Działania na tekście. Przekład – redagowanie – ilustrowanie*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015: 99–116.
44. Wrzesień A, Piekot T, Wysocki W. Dlaczego artykuły naukowe warto pisać prostym językiem. *Biuletyn PTO NOWOTWORY*. 2021; 6(1): 78–79.
45. Wrzesień A, Piekot T, Wysocki WM. Językowa mgła w tekstach naukowych. *Biuletyn PTO NOWOTWORY*. 2021; 6(2): 157–159.
46. Ustawa z dnia 19 lipca 2019 roku o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz.U. 2019, poz. 1696 z późn. zm.).