

PREMAGOVANJE JEZIKOVNIH OVIR

Davorina Petek¹

MULTIKULTURNOST – ZNAČILNOST SODOBNEGA SVETA

Eno od osrednjih področij delovanja družinskega zdravnika predstavlja posvet. Bolniki ne prihajajo k nam na zahtevne preiskave visoke medicine, ampak kot prvim svetovalcem za svoje težave. Da lahko opredelimo bolnikove težave in ga primerno obravnavamo, je dobro sporazumevanje ključnega pomena. Iz velikokrat široke palete simptomov, občutij in razmišljanj bolnikov moramo izluščiti, kakšno vrsto pomoči potrebuje. Nikjer drugje ni razgovor tako pomemben in v nobeni drugi stroki se toliko ne kvarjajo s sporazumevanjem, kot prav v družinski medicini. Moč besede je velika, nekateri jo primerjajo z orožjem. In vendar v sodobnem svetu prepletanja narodov, nacionalnosti in različnih jezikov prav to zdravnikovo orožje izgubi ostrino, če zadene ob jezikovne ovire.

20. stoletje je bilo stoletje velikih migracij. Predvidevajo, da trenutno 90 milijonov ljudi živi izven rojstne države, 13 milijonov jih je beguncev (1). Za mnoge sodobne države je značilna multikulturalna struktura prebivalstva različnih etničnih skupin. Nekateri med njimi živijo relativno izolirano, po svojih navadah, kulturi, jeziku. Tuje študije potrjujejo, da imajo osebe, ki ne govorijo jezika večinskega naroda, nižjo izobrazbeno stopnjo, nižji dohodek in večkrat nepopolno zavarovanje. Zaradi mnogih kulturno ekonomskih dejavnikov imajo pogosto slabši dostop do zdravstvene službe in slabšo kvaliteto zdravstvene oskrbe. To velja tudi za otroke staršev, ki ne govorijo večinskega jezika (2). Velikokrat je epidemiološka slika obolevnosti precej drugačna kot pri večinskem prebivalstvu. Ob tem pa naj bi v razvitih družbah imeli vsi prebivalci zagotovljeno enakopravno pravico do zdravstvene oskrbe.

POMEN JEZIKA V SPORAZUMEVANJU

Jezikovne ovire otežujejo sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom in slabšajo kvaliteto zdravstvene oskrbe (3). Če je bilo nekoč realno pričakovanje, da zdravnik prihaja iz istega kulturnega okolja in govori isti jezik kot njegovi bolniki, to sedaj ni več samo po sebi umevno.

¹ Asist. Davorina Petek, dr.med., Zdravstveni zavod Zdravje, Smoletova 18, 1000 Ljubljana.

V zadnjem desetletju se je po celem svetu povečalo zanimanje zdravstvenih delavcev za pomen kulturi primerne in pravilne izražanja. Pomembna je že pravilna uporaba besed, da smo uglaseni s kulturno sprejemljivim vljudnostnim izrazoslovjem. Npr: za našo kulturo je vikanje izraz spoštovanja sogovornika, za Angleže je obvezna uporaba besed prosim v stiku z bolniki ipd. Pomen določene besede v neki kulturi je lahko precej drugačen kot v drugi. Ob jezikovnih ovirah se poveča verjetnost, da to, kar smo rekli in mislili, ni isto, kot to, kar razume bolnik. Iste besede imajo lahko različne pomene v različnih jezikih in kulturah. In ne le v izbiri besed, razlike so lahko tudi v načinu pogovora – v redkobesednem pogovorno hladnem severnjaškem ali vročekrvnem južnjaškem temperamentu.

Z besednim in nebesednim sporazumevanjem bolnik ter zdravnik vzpostavita medsebojni odnos, na katerega vplivajo jezikovne ovire. Moteno je pridobivanje anamnestičnih podatkov, ugotavljanje in spremljanje bolnikovih težav in poučevanje bolnika. Zaradi jezikovnih ovir v sporazumevanju ima zdravnik lahko težave pri razlagi bolnikovega stanja, zato težje pridobi bolnikov informiran pristanek k zdravljenju.

Bolnik težje vzpostavi zaupanje do zdravnika, večkrat je ovirana bolnikova zavzetost in pripravljenost za sodelovanje pri zdravljenju, kar vse vpliva na izid zdravljenja. Razen jezikovnih ovir je lahko moteče tudi to, da sta bolnikov in zdravnikov pogled na določeno težavo zaradi njune pripadnosti različnim kulturam zelo različna.

UPOŠTEVANJE ETNIČNE PRIPADNOSTI

Ko govorimo o k bolniku usmerjeni oskrbi, ne upoštevamo le patofizioloških znakov bolezni, ampak tudi bolnikove osebnostne značilnosti, njegovo življenje in kulturno okolje, iz katerega prihaja. Zdravstveno osebje je s tem postavljeno pred izziv, ko ni dovolj le poznavanje značilnosti bolezni in bolnika kot posameznika, pač pa tudi kulture, ki ji le-ta pripada.

Tudi ob prisotnih medkulturnih razlikah veljajo osnovna pravila dobrega sporazumevanja, ob katerih pa je potrebna posebna pozornost na nekaj dodatnih dejstev:

- Pri obravnavi bolnikov sicer moramo upoštevati njihovo pripadnost etnični skupini oziroma njihovi kulturi, vendar pa so ti bolniki tudi samostojne osebnosti. Ne predvidevajmo, da nam njihova etnična pripadnost a priori pove, kakšne so kulturne vrednote posameznika.
- Osebe v določenem okolju vsaj delno privzemajo kulturne vrednote le-tega in združujejo dva kulturna vrednostna sistema.
- Za delo z bolnikom so pomembnejši nekateri vidiki kulturnih vrednot, zgodovine in življenjskega sloga.

- Razmislimo o lastnih pogledih na kulturni pluralizem: ali se nam zdi pomembna asimilacija ljudi z večinsko kulturo ali zagovarjamo možnost, da vzdržujejo tradicionalne kulturne vrednote.

Kot smo že omenili, etnične manjšine redkeje uporabljajo zdravstvene storitve. Kako izboljšati ta dostop?

Prvi pogoj se zdi poznavanje, katerim etničnim skupinam pripadajo prebivalci, ki so uporabniki določene zdravstvene službe. Že tukaj se večkrat zaplete zaradi pomanjkljivih informacij. Ambulante morajo pridobiti podatke o etničnih skupinah, ki jim nudijo zdravstvene storitve in predvideti potrebo po premagovanju jezikovnih ovir v sporazumevanju z drugimi etničnimi skupinami. Ta postopek ni tako enostaven, kot se morda zdi na prvi pogled. Študije so ugotovile, da bolniki in osebje večinoma menijo, da je koristno pridobiti podatke o etnični pripadnosti bolnikov. Oboji menijo, da bolniki, ki se jih povpraša o etnični pripadnosti, morajo vedeti, zakaj so ti podatki pomembni. Obveščeni morajo biti tudi, da lahko odgovor odklonijo. Poznavanje etnične pripadnosti bolnikov ni pomembno le zaradi premagovanja jezikovnih ovir, ampak tudi zato, ker je incidenca različnih bolezni med etničnimi skupinami različna. Le če poznamo etnične značilnosti, lahko upoštevamo različna stališča pripadnikov etničnih skupin do zdravljenja z zdravili, do izražanja simptomov in do uporabe komplementarne medicine (4).

Ob vsem morebitnem poznavanju kulture pa je vendarle potrebno najti skupen jezik z bolnikom – v dobesednem pomenu besede. Izbiramo lahko med več nepopolnimi rešitvami.

UPORABA PROFESIONALNEGA TOLMAČA

Klasična rešitev za premagovanje jezikovne ovire je uporaba tolmača. Pri tem se pojavi več težav:

- Problem primerne organizacije dostopa do tolmača v primeru potrebe. Mreža tolmačev, s katerimi sodeluje določena ambulanta ali skupina ambulant, običajno pokriva največje etnične skupine, ki uporabljajo storitve ambulante (5). Nemogoče je priskrbeti tolmače za vse mogoče etnične skupine in jezike. Organizacija službe, kjer jo imajo, je običajno vezana na redni delovni čas. Ponekod organizirajo prevajalsko službo po telefonu.
- Obveščanje bolnikov o možnosti uporabe tolmača. Idealno bi bilo, da bi v zdravstvenih organizacijah na vidnem mestu visela obvestila, da imajo bolniki pravico do brezplačne uporabe tolmaške službe.
- Jasen naj bi bil odnos bolnika do uporabe tolmača. Bolniku je potrebno ob prvem stiku razložiti vlogo in pomen tolmača. V nekaterih etničnih skupinah je za ženske bolnice prisotnost tolmača nesprejemljiva.

Tolmači ne le prevajajo, ampak tudi interpretirajo oziroma razlagajo bolnikove simptome v kontekstu njegove kulture. Obvezuje jih kodeks etike prevajalcev, kjer je poudarjena predvsem zaupnost, pravilno in celostno prevedeno besedilo. Kodeks jih zavezuje tudi k etičnemu odnosu do stranke (bolnika), brez ocenjujočega ali celo obsojajočega odnosa. Ugodno je, če si stalni tolmači pridobijo nekaj dodatne izobrazbe za tolmačenje medicinskih podatkov. Kljub pomanjkljivostim je uporaba tolmača, posebej medicinsko dodatno podkovanega, najboljša rešitev, kjer je zadovoljstvo s kvaliteto sporazumevanja med bolnikom in zdravnikom najvišje (6).

LAIČNI (NAKLJUČNI) TOLMAČI

Bolniki velikokrat pridejo v ambulantno z lastnimi tolmači, ki so običajno prijatelji, znanci, sorodniki, večkrat tudi mladoletni otroci. Posebej otroci so lahko čustveno in intelektualno nedorasli za interpretacijo razgovora, razen tega lahko prisotnost otrok zmanjša odkritost staršev, ki ne želijo razpravljati o vseh težavah pred svojimi otroki.

Vsak tolmač v razgovor doda nekaj svojega. Pri nepoklicnih tolmačih se lahko že časovna dolžina prevoda znatno razlikuje od originalnih podatkov. Včasih se začne razgovor kar med tolmačem in bolnikom, ko tolmač skuša sam razjasniti, kaj želi bolnik povedati. Nepoklicni prevajalci lahko preslišijo zdravnikova vprašanja, delno spremenijo bolnikove odgovore, dodajo kaj svojega ali skrajšajo bolnikovo razlago. Bolnikova zasebnost je zagotovo motena že med razgovorom ob prisotnosti tretje osebe; ko pa ta med telesnim pregledom bolnika običajno odide, ostane zdravnik nem in brez podatkov, ki bi jih morda želel dobiti od bolnika ob pregledu samem. Vendar so nepoklicni tolmači največkrat edina rešitev, posebej v primeru redkejših jezikov manjših etničnih skupin.

Zdravnik naj od neprofesionalnega tolmača zahteva, da je prevod čimbolj natančen, dobeseden. Sam naj uporablja jasen jezik, ki v prevodu ne bo nerazumljiv. Ugotovi naj, katere pripombe prihajajo od bolnika, katere pa od tolmača. Ključna vprašanja lahko ponovi. Zavedati se mora, da je takšno posredno sporazumevanje ne le bolj naporno, pomanjkljivo, ampak tudi časovno zahtevnejše, kar je potrebno upoštevati v dnevnem urniku ambulante. Morda je najtežje vzpostaviti ali ohraniti čustveno noto, ki jo sicer odlikuje sporazumevanje v družinski medicini.

Tolmaška služba je ob tehnološkem napredku postala uporabnejša. Konferenčni telefon omogoča simultano prevajanje brez neposredne prisotnosti tolmača. S tem je bolnikova potreba po zaupnosti gotovo bolj spoštovana. Tolmač mora imeti vsaj osnovni trening v medicinskem izrazoslovju. Nekatere države so osnovale učni program za tolmače zdravstvenih informacij in so v ta program vključevale študente medicine, ki so s tem ne le pomagali reševati jezikovne probleme, ampak tudi razvijali svoje znanje o drugih kulturah (7). V splošnem so profesionalni tolmači

bolj zaželeni kot laični (družinski člani). Več bolnikov želi tudi tolmača, ki je istega spola (8).

Omenili smo že, da je zdravstvena oskrba etničnih skupin, posebej tistih bolj izoliranih, slabša. Eden od kazalcev je tudi udeležba v preventivnih programih (npr. cepljenje proti gripi ali bris materničnega vratu). Seveda bi bilo veliko poenostavljanje trditi, da je jezikovna ovira edino, kar zmanjšuje udeležbo pripadnikov drugih kultur v preventivnih programih. Ovire so zagotovo bolj kompleksne in se razlikujejo med različnimi etničnimi skupinami. Značilno pa je, da se zaradi težav v sporazumevanju zdravniki pogosteje poslužujejo laboratorijskih ali slikovnih preiskav in s tem nadomeščajo pomanjkljivosti v posvetu. Študije kažejo, da organizirana dostopnost do tolmačev izboljša zdravstveno oskrbo etničnih skupin. To se kaže v povečanem številu obiskov ambulant in z večjo uporabo preventivnih posegov (9).

DVOJEZIČNO ZDRAVSTVENO OSEBJE

Pomočnika pri prevajanju se večkrat poišče kar med zdravstvenim osebjem ali drugimi osebami, zaposlenimi v zdravstvu, kar je s pravno etičnega vidika lahko vprašljivo. Bolniki lahko problem jezika rešijo tudi tako, da poiščejo zdravnika, ki je njihove etnične pripadnosti. S tem odpade vmesni, manj prijetni člen v posvetu (10). Enostavna in praktična rešitev je, da se pri zaposlovanju osebja, posebej to velja za medicinske sestre, upoštevajo jezikovne potrebe populacije, ki koristi zdravstvene usluge.

SPORAZUMEVANJE Z GLUHIMI

Posebno rešitev zahteva sporazumevanje z gluхими. Možne rešitve so sledeče:

- Branje z ustnic, ki zahteva primerno usposobljenost obeh partnerjev posveta.
- Pisanje kot edini način sporazumevanja ima številne pomanjkljivosti. Po količini izmenjanih informacij je močno okrnjeno; zahteva potrpežljivost, ker je počasno, običajno se zreducira le na bistvene podatke oziroma želje, razlage z zdravnikove strani je manj. Naročanje in posveti po telefonu niso mogoči.
- Prevajanje prijateljev ali znancev.
- Profesionalni tolmači jezika znakov bi sodili v organizirano službo tolmačev. Ta rešitev velja za najkvalitetnejšo (11). Seveda ne pride v poštev običajna telefonska tolmaška služba, potrebni so modernejši tehnološki pristopi (12).

BEGUNCI

Klasična okoliščina, kjer je pogosto potrebno sodelovanje tolmača, je zdravstvena oskrba beguncev. Posebej, če gre za manjšo, redkejšo etnično skupino, je lahko pomanjkanje primernih tolmačev pomembna ovira za kakovostno zdravstveno oskrbo. Begunci predstavljajo posebno skupino bolnikov, ki so zelo verjetno

preživeli marsikaj hudega. Za proces zdravljenja je pomembno, da razumemo okoliščine, v katerih je živel bolnik in pridobimo vpogled v občutljive, pogosto težke dogodke, ki jih je preživiljal. To zahteva čas, potrpežljivost in poslušanje bolnikove življenjske zgodbe. Ti bolniki pogosto kažejo psihološke posledice doživetih dogodkov. Posebej pri oceni duševnega zdravja je potrebna dobra interpretacija bolnikovih besed, saj so kulturne razlike v opisovanju in uporabi besed za določena duševna stanja po svetu lahko zelo različna (najbolj znan primer je npr. opisovanje depresivnega razpoloženja, ki pri nekaterih afriških narodih uporablja besedo, ki pomeni tudi biti zmešan, nor) (13).

PRI NAS

Slovenija je bila etnično dokaj homogena država. Etnične skupine, ki so živele tukaj že v preteklosti, so govorile jezik, dovolj soroden, da smo se z malo dobre volje vsi razumeli. Zadnja leta se stanje močno spreminja. V naši državi živijo številni tujci, od katerih dober delež ne govori angleščine ali drugega svetovnega jezika.

Težavo za sporazumevanje večkrat predstavlja tudi ostalo osebje, zaposleno v zdravstvu. Če lahko predvidevamo, da večina zdravnikov govori enega od tujih jezikov, pa to ne velja v taki meri za medicinsko osebje, zaposleno na sprejemnih mestih za bolnike. Bolniki tako ob prvem stiku niso razumljeni niti če govorijo npr. angleško, kontakt po telefonu je onemogočen. Seveda lahko po telefonu s tujcem govori zdravnik. To pomeni, da je moten med delom v ambulanti in da podaja preproste informacije, kot je npr. delovni čas ali prisotnost določenega zdravnika na delovnem mestu.

Ni mi znano, da bi obstajala organizirana služba prevajalstva na osnovnem nivoju zdravstva. Morda bodo prve, ki bodo imele mrežo prevajalcev, večje bolnišnice. Zaenkrat večinoma s tujci prihajajo svojci ali prijatelji v vlogi tolmača.

Literatura

1. Jones D. Breaking down the language barriers. *BMJ* 1998; 316: 1476-80.
2. Yu SM, Nyman RM, Kogan MD, Huang ZJ, Schwalberg RH. Parent's Language of Interview and Access to Care for Children With Special Health Care Needs. *Ambulatory Pediatrics* 2004, 4: 181-7.
3. Timmins CL. The impact of language barriers on the health care of Latinos in the United States: a review of the literature and guideline for practise. *J Midwifery Womens Health* 2002; 47: 80-96.
4. Pringle M, Rothera I. Practicality of recording patient ethnicity in general practise: descriptive intervention study and attitude survey. *BMJ* 1996; 312: 1080-2
5. Free C. Some ethnic groups may have problems in getting as far as consultation. *BMJ* 1998; 317: 816.

6. Hornberger J, Itakura H, Wilson SR. Bridging language and cultural barriers between physicians and patients. *Public Health Rep.* 1997; 112: 410-7.
7. Monroe AD, Shirazian T. Challenging linguistic barriers to health care: students as medical interpreters. *Acad Med* 2004; 79: 118-122.
8. Ngo-Metzger Q, Massagli MP, Clarridge BR, Manocchia M, Davis RB, Iezzoni LI, Philips RS. Linguistic and cultural barriers to care. *J Gen Intern Med* 2003; 18: 44-52.
9. Jacobs EA, Lauderdale DS, Meltzer D et al. Impact of Interpreter Service on Delivery of Health Care to Limited-English-proficient Patients. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 468-74.
10. Bhui K. The public favours bilingual staff over interpreters. *BMJ* 1998; 317: 816.
11. Ebert DA, Heckerling PS. Communication with deaf patients. Knowledge, beliefs and practises of Physicians. *JAMA* 1995; 273: 227-9.
12. Carter J, Hare-Cockburn K. Sign here, please. *BMJ* 1998; 317: 816.
13. Adams K, Gardiner LD, Assefi N. Healthcare challenges from the developing world: post-immigration refugee medicine. *BMJ* 2004; 328:1548-52.

**21. učne delavnice za mentorje družinske medicine:
DRUŽINSKA MEDICINA NA STIČIŠČU KULTUR
Delavnice**

Strunjan, Hotel Krka - Zdravilišče Strunjan, 9. – 11. 12. 2004, ob 13.00

Vodje Marko Kocijan, dr. med., Irena Vatovec-Progar, dr. med., asist. Tonka Poplas-Susič, dr. med., Janez Rifel, dr. med., doc. dr. Janko Kersnik, dr. med., Ljubica Kolander-Bizjak, dr. med.

Otočec, Hotel Šport, 21. - 22. 1. 2005, ob 9.00

Vodje dr. med., asist. Davorina Petek, dr. med., Nadja Pfajfar-Križnič, dr. med., Nevenka Šečer-Dolenc, asist. mag. Andrej Kravos, dr. med., dr. med., doc. dr. Janko Kersnik, dr. med., Alenka Simonič, dr. med.

Ljubljana, Katedra za družinsko medicino, 9. – 11. 12. 2004, ob 9.00

Vodje prof. dr. Igor Švab, dr. med., asist. Ksenija Tušek-Bunc, dr. med., asist. mag. Maja Petek-Šter, dr. med., Tadeja Čerin, dr. med., Tamara Fras, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med., dr. med., asist. Dean Klančič, dr. med.

Strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem zdravstvu in mentorje družinske medicine. Posebej vabljeni specializanti in kandidati za specializacijo iz družinske medicine ter sekundariji.

Organizatorji:

Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD,
Katedra za družinsko medicino MF UL,
Katedra za družinsko medicino MF UM,
Zavod za razvoj družinske medicine.

Naslov za prijave: Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, kdrmed@mf.uni-lj.si.

Kotizacije ni.