

Položaj tolmača in usmerjenost njegovega pogleda v medicinskem okolju

Nike K. Pokorn, Lars Felgner, Marko Pokorn, Blanka Kores Plesničar, Uroš Ahčan

Abstract

The article focuses on the issue of the recommended position and the gaze of the interpreter in health-care settings. The traditional assumption in theoretical works and codes of conducts assumes that the ideal position of the interpreter in a medical environment is in a triadic position, i.e. in a perfect triangle where the patient, provider and interpreter can maintain appropriate eye contact. The article challenges this claim from the point of view of communication studies and by examining the reality of interpreting in the clinical setting, focussing on spatial constrictions in different health-care institutions and on the actual practice of 60 public-service interpreters working in health-care settings in Slovenia. Finally, suggestions how to address this topic in interpreter training are discussed.

Key words: healthcare interpreting, communication patterns, eye contact, seating arrangement, codes of conduct

Ključne besede: tolmačenje za zdravstvo, komunikacijski vzorci, usmerjenost pogleda, položaj tolmača v prostoru, kodeksi obnašanja

1 UVOD

Članek bo poskušal prispevati h kvalitetnejšemu izobraževanju tolmačev¹ za potrebe skupnosti, ki delujejo v medicinskem okolju, in sicer tako, da se bo osredotočil na problematiko določitve najprimernejšega položaja tolmača v prostoru in usmerjenosti pogleda udeležencev pri medicinskem tolmačenju. Obravnava te dokaj obrobne problematike bo na svoj način odgovorila na pobudo Claudie Angelelli, ki poziva, naj kritično premislimo napotke in smernice, ki jih uporabljamo pri usposabljanju tolmačev v medicinskem okolju, in sicer na osnovi empiričnih raziskav in opazovanj prakse (Angelelli 2008: 155; gl. tudi Valero-Garcés 2008: 165). Članek bo s stališča socialne psihologije in komunikologije ter dejanske prostorske danosti v zdravstvenih ustanovah ponovno pretehtal upravičenost obstoječih smernic glede priporočenega položaja in usmerjenosti pogleda vseh udeležencev pri tolmačenem pogovoru v medicinskem okolju. Z izrazom »položaj tolmača« ne zaznamujemo tega, kako tolmač konstruira, uravnava in ohranja svojo identiteto, medtem ko tolmači (gl. npr. Mason 2006), prav tako se ne bomo posvečali vprašanju konfliktnih položajev, ki lahko nastanejo pri tolmačenju (npr. Wadensjö 1998; Mason 2009), temveč nas bo zanimala le postavitvev tolmača v prostoru in usmerjenost njegovega pogleda in pogledov ostalih udeležencev tolmačenja.

2 OBSTOJEČE TEORETIČNE PREDPOSTAVKE

Tradicionalno in najbolj razširjeno prepričanje v tolmačeslovju je, da je najprimerneje, če tolmač, ki deluje v medicinskem okolju, oblikuje triado, tj. trikotnik, ki omogoča tolmaču, bolniku in zdravstvenemu delavcu najprimernejšo usmeritev pogleda. Poglavitni razlogi, ki jih raziskovalci navajajo v podporo temu prepričanju, so naslednji: trikotna postavitvev v prostoru simbolizira enakopravnost vseh treh udeležencev v tolmaški situaciji, zdravstveni delavec in bolnik lahko vzpostavita primerno usmeritev pogleda in stik z očmi, omogoča neposredno interakcijo med bolnikom in zdravstvenim delavcem, tolmač sicer ostaja v nevtralni poziciji, vendar mu ta položaj vseeno omogoča, da je udeležen v komunikacijskem procesu. Tolmač tako lahko, kot zapiše Wadensjö, zavzame »edinstveni, in potencialno zelo močan, srednji položaj« ([1993] 2002: 368). Glede na to zelo jasno izraženo preferenco do trikotne postavitvev v prostoru ni nič nenavadnega, da najdemo v skoraj vseh kodeksih ravnanja, namenjenih zdravstvenim delavcem, ki uporabljajo tolmače pri svojem delu, zahtevo, da morajo vedno usmerjati svoj pogled v bolnika in da se morajo tudi takrat, ko govorijo, naslavljalati nanj. Na primer, *Standardi prakse* Mednarodne zveze medicinskih tolmačev (*Standards of Practice* IMIA – International Medical

¹ V besedilu je uporabljena moška slovnična oblika samostalnikov, ki velja za oba spola.

Interpreters Association) poudarjajo, da mora tolmač zagotoviti »prostorsko ureditev, ki bo omogočala neposredno komunikacijo med zdravstvenim delavcem in bolnikom«, ter da se mora obenem potruditi, da se bosta »bolnik in zdravstveni delavec obračala eden na drugega neposredno«. Podobno najdemo tudi v *Etičnih principih, protokolih in smernicah glede izbranih vlog in delovanj Zveze tolmačev za zdravstvene potrebe Kalifornije (Ethical Principles, Protocols, and Guidance on Roles and Intervention)*, kjer tudi poudarjajo, kako pomembno je, da se zdravstveni delavec in bolnik naslavljata neposredno (2002: 35).

Številne smernice za izobraževanje tolmačev za zdravstvene potrebe in za zagotavljanje tolmačenja v zdravstvenih ustanovah (čeprav ne v vseh: izjema je, na primer, *Vodnik glede najustreznejšega položaja tolmača v zdravstvenem okolju*, ki je nastal pod okriljem Ameriškega narodnega sveta za tolmačenje v zdravstvenih ustanovah iz leta 2003 (Haffner et al. 2003), kjer najdemo zelo jasno izraženo navodilo, naj tolmač prilagodi svoj položaj glede na situacijo in okoliščine) tako promovirajo trikotno postavitev v prostoru in predlagajo, naj se tolmač izogiba neposrednemu stiku z očmi bolnika in zdravnika. Na primer, spletna stran ameriškega podjetja Foreign Language Specialists Inc. v dokumentu z naslovom *Izzivi medicinskega tolmačenja* zapiše, da je »idealna postavitev v prostoru popolni trikotnik, v katerem lahko bolnik, zdravstveni delavec in tolmač vzpostavijo primeren stik z očmi in kjer ni nihče zapostavljen.«² V tem dokumentu najdemo tudi eksplicitna navodila, kako naj ravnamo, če nam realna situacija ne omogoča vzpostavitve te idealne postavitve in zaželenosti pogleda vseh treh udeležencev: »Med samim tolmačenjem se lahko dogodi, da zdravstveni delavec ali bolnik začneta gledati samo v tolmača. Da preprečimo takšno nezaželeno obnašanje, priporočamo, da v takem primeru tolmač tiho premakne svoj stol (ali se prestavi v prostoru), tako da spodbudi stik z očmi med vsemi udeleženci. Menim tudi, da je zelo učinkovito, če tolmač naredi primerno kretnjo z roko ali pa prevzame iniciativo in pogleda proč od bolnika ali zdravstvenega delavca ter za trenutek usmeri svoj pogled v tla ali strop.« Podobno tudi *Vodnik najboljše prakse*, ki ga je objavila britanska nacionalna zdravstvena organizacija NHS, priporoča zdravstvenim delavcem, da »omogočijo v prostoru postavitev v trikotnik, ki bo omogočil vam in bolniku oz. skrbniku neposreden stik z očmi, medtem ko bo tolmač postavljen v vmesni nevtralni položaj« (Soondar 2008: 8), avstralska Zveza za pomoč žrtvam mučenja in travmatičnih izkušenj v dokumentu *Delo s tolmačem* pa zapiše, da je »idealna pozicija v prostoru trikotnik, v katerem vsi udeleženci sedijo v enaki razdalji eden od drugega, tako da se lahko stik z očmi vzpostavi v vsakem trenutku (seveda, če je to tudi kulturno primerno)«.³ Tudi v brošuri z naslovom *Delo s tolmači* iz leta 2002 Avstralske službe za pomoč migrantkam, ki nudi brezplačno pravno pomoč, svetovanje in pomoč imigrantkam in begunkam in njihovim otrokom iz neangleško govorečih okolij in ki so obenem

² <http://www.fsincorp.net> (dostop 18. 8. 2011).

³ <http://www.nutrition.asetts.org.au/resources/2-1-FactSheet-8.pdf> (dostop 18. 8. 2011).

žrtve spolnega in družinskega nasilja, najdemo navodila za vzpostavitev uspešnega tolmačenja. Med njimi so tudi napotki za postavitev vseh udeležencev v prostoru: »Priskrbite si zasebno mesto za intervju. Organizirajte postavitev stolov tako, da boste lahko vzdrževali kontakt z očmi klientke.« In na koncu tudi v evropskem projektu *Razvoj programa za medicinske tolmače*, ki ga je koordinirala Univerza v Gradcu in v katerem je bila ena izmed partneric tudi Univerza v Ljubljani, je bila v letu 2009 izoblikovana brošura v nemškem, angleškem, finskem in slovenskem jeziku, ki jo lahko najdemo na naslednjem naslovu: <http://www.medical-interpreting.eu/>. Ta letak, ki je v prvi vrsti namenjen zdravstvenim delavcem, ki uporabljajo tolmače pri svojem delu, obenem pa je tudi informativen za bolnike, ki potrebujejo tolmače, ter za tolmače, ki delujejo v medicinskem okolju, ponuja smernice za vzpostavitev uspešne komunikacije s pomočjo tolmača: med drugim tudi določa, da »se mora vzpostaviti sedežni red« (prva verzija je celo predlagala sedežni red v obliki trikotnika (»Sitzordnung am besten im Dreieck«)) in naroča, naj zdravstveni delavec »bolnika gleda neposredno v oči in nanj obrača neposredno«. In ravno ta dva nasveta sta sprožila, čeprav sta bila rezultat našega skupnega prizadevanja, samokritičen premislek teoretičnih izhodišč, ki so podstat tem trditvam.

3 USMERJENOST POGLEDA V KOMUNIKOLOGIJI

Komunikološke raziskave kažejo (Bot 2005), da poudarjanje pomembnosti ohranjanja neposrednega stika z očmi med primarnimi govorci (tj. bolnikom in zdravstvenim delavcem), pri čemer oba govorca ne upoštevata tega, da je v pogovoru udeležen tudi tolmač, zahteva od vseh udeležencev v pogovoru naslednje: (1) eden izmed primarnih govorcev mora usmeriti svoj pogled v osebo, kateri so njegove besede namenjene, ki pa ga vseeno ne razume; (2) eden izmed primarnih govorcev mora gledati v drugega udeleženca, ki posluša, medtem ko tolmač govori; (3) primarni govorci se obnašajo do tolmača, ki je fizično prisoten, kot da njegova prisotnost ni pomembna, tj. obnašajo se, kot da je tolmač »ne-oseba, stroj za prevajanje, čeprav je 'običajni' način obnašanja v pogovoru vedno interaktivna drža.« (Bot 2005: 132) Te zahteve, še posebej druga in tretja, so v popolnem nasprotju s temeljnimi dognanji različnih raziskav s področja socialne psihologije, komunikacijskih in retoričnih ved, ki se posvečajo opisovanju običajne usmerjenosti pogleda v pogovoru.

Izsledki raziskav kažejo, da je v pogovoru dveh oseb usmerjenost pogleda tesno povezana z vlogo poslušalca: na primer, Kendon (1967) ugotavlja, da poslušalec gleda v govorca, in sicer bolj pogosto, kot govorec gleda v poslušalca, ter da poslušalci v govorce usmerjajo dalj trajajoče poglede, ki so občasno prekinjeni s kratkimi pogledi v stran. V sedemdesetih letih sta Argyle in Cook (1976) ugotovila, da ljudje skoraj dvakrat dalj gledajo v svoje partnerje v pogovoru, če poslušajo (75 %), kot če govorijo (41 %). Podoben način obnašanja najdemo tudi pri pogovoru

z več kot dvema udeležencema, tj. kot takrat, ko je v pogovoru udeležen še tolmač. Vertegaal in drugi (2001) je s pomočjo programa za sledenje premika oči izmeril dolžino usmerjenosti pogleda posameznika v obraz svojih konverzacijskih partnerjev, medtem ko med njimi poteka običajen pogovor med štirimi osebami. Ugotovil je, da v takem tipu pogovorov obstaja velika verjetnost, da bodo pogledi usmerjeni v osebo, ki govori (88 odstotna verjetnost), ali pa v tistega, kateremu je posamezni govor namenjen (77 odstotna verjetnost). V povprečju so subjekti raziskave usmerjali svoje poglede sedemkrat pogosteje v posameznike, ki so jih poslušali, kot v druge udeležence v pogovoru. Rezultati navedenih raziskav torej kažejo, da usmerjenost pogleda deluje kot indikator pozornosti in da v običajnih pogovorih poslušalci z veliko verjetnostjo gledajo v govorca. To pomeni, da nam ti rezultati obenem sporočajo, da je zahteva, naj zdravstveni delavec in bolnik gledata eden v drugega, medtem kot tolmač govori, in ga obenem poslušata, v nasprotju z naravno in običajno prakso obnašanja v pogovorih. Nekateri strokovnjaki tudi opozarjajo, da je »usmerjenost pogleda v poslušalca neprimerna« (Goodwin 1981: 45) v pogovoru, v katerem je udeleženih več oseb, saj se morajo poslušalci posvetiti govorniku in ne eden drugemu.

4 KOMUNIKACIJSKI VZORCI V MEDICINSKI OZ. KLINIČNI TRIADI

Ker je narava tolmačenega pogovora v medicinskem okolju ponavadi zelo interaktivna, saj v najosnovnejšem primeru pokriva vsaj tri diadne odnose (tj. med zdravstvenim delavcem in bolnikom, med tolmačem in bolnikom in med zdravstvenim delavcem in tolmačem), se morajo primarni govorci načrtno potruditi, če se želijo obnašati tako, kot jim to predpisujejo različni vodniki za delo tolmačev in kodeksi obnašanja v tolmaških situacijah: tj. da se osredotočijo na drug drugega in obravnavajo tolmača kot neudeleženega v pogovoru, kot neke vrste prevodni stroj. Lee (1997: 483) poudarja, da je največja moč po naravi stvari dana tolmaču v takem trikotniku, saj je on edini udeleženec, ki obvlada oba jezika. Tolmač verbalno in neverbalno komunicira z obema primarnima govornicema, medtem ko »zdravnik in bolnik lahko med sabo komunicirata le neverbalno« (Lee 1997: 483). Če primarna govornica izključita tolmača iz pogovora tako, da se obrneta proč od tolmača in vanj nikoli ne usmerita pogleda, delujeta v nasprotju z notranjo komunikacijsko logiko trikotne postavitve v prostoru, v kateri običajno vsi trije udeleženci neprestano komunicirajo eden z drugim neverbalno. Drugače je v primeru konferenčnega tolmačenja: tam je tolmač skrit v tolmaški kabini in ni fizično prisoten v prostoru, v katerem se odvija pogovor, kar pomeni, da posledično primarni govorci veliko lažje dodelijo tolmaču položaj neudeleženca v pogovoru. V trikotnem položaju pa je tolmač viden, obenem pa tudi zavzema privilegiran položaj v pogovoru med bolnikom in zdravstvenim delavcem, zato

je zahteva po tem, naj se primarna govorca osredotočata zgolj eden na drugega, v nasprotju s temeljno logiko triadične komunikacije.

5 USMERJENOST POGLEDA TOLMAČA

Smernice za tolmaško delo ne predpisujejo samo usmerjenosti pogleda primarnih govorcev, temveč tudi usmerjenost pogleda tolmača. Na primer, *Tolmaške smernice*, ki so nastale v okviru NHANES-a (National Health and Nutrition Survey) na pobudo vlade ZDA leta 2006,⁴ navajajo naslednje: »Pri tolmačenju je popolnoma sprejemljivo, če tolmač usmeri svoj pogled v tla in se izogiba neposrednemu pogledu v oči. /.../ Druga možnost je, da tolmač usmeri svoj pogled v poslušalca in ne v govorca« (2006: 4). Smernice tudi navajajo, da ni »nič hudega«, če tolmač pogleda neposredno v oči zdravnika ali bolnika, vendar pa poudarjajo, da bi moral vsak tolmačen pogovor spodbujati neposreden stik z očmi med zdravnikom in bolnikom (2006: 4). Podoben nasvet najdemo tudi pri vzpostavitvi t. i. paralelne pozicije, ki jo priporočata Wiener in Rivera (2004) in Fung et al. (2010), kjer se tolmač postavi poleg in malce za bolnika, svoj pogled pa usmeri v tla, tako da omogoči kar se da neprekinjeno usmerjenost pogleda zdravnika v bolnika in obratno. Nasvet, ki ga dajejo ti priročniki, je torej ta, naj tolmač deluje kot neoseba, naj se popolnoma izloči iz pogovora.

Tudi ta nasvet je v nasprotju z logiko triadičnega srečanja, v katerem ponavadi vsi gledajo v osebo, ki govori, oz. v osebo, katero govorec ogovarja; obenem pa je to tudi v nasprotju z nekaterimi temeljnimi zahtevami, ki jih imajo konferenčni tolmači, glede ustreznih delovnih pogojev za tolmaško delo. Na primer, *Kodeks poklicne etike AIIC-a*, najuglednejšega mednarodnega združenja konferenčnih tolmačev, iz leta 2009 navaja v točki e 7. člena, »Če želijo zagotoviti najvišjo kvaliteto tolmačenja, morajo člani Združenja /.../ imeti neoviran pogled na govorca in dvorano...«,⁵ kar pomeni, da morajo konferenčni tolmači gledati govorca, če želijo ustrezno prenesti besedilo v drugi jezik. Zahteva, da mora tolmač v medicinskem okolju »usmeriti svoj pogled v tla«, medtem ko tolmači, torej resno ogroža ustreznost tolmačenja, saj tolmač na ta način lahko prezre nekatere pomembne neverbalne elemente pogovora. Priporočena usmerjenost pogleda lahko tako primora tolmača, da opravi svojo nalogo, ne da bi se pri tem lahko oprl na vizualne indikatorje pozornosti in odzive, ki jih ponavadi zaznamo pri poslušalcih.

Raziskave kažejo, da je vsak pogovor rezultat skupnega truda, v katerem vsi udeleženci prispevajo k vzpostavitvi pogovora; ti prispevki morajo biti potrjeni s strani ostalih udeležencev pogovora, saj se s tem zagotovi, da so pomen vsi udeleženci

⁴ http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/nhanes_07.../Interpretation_Guidelines.pdf (dostop 18. 8. 2011).

⁵ <http://www.aiic.net/ViewPage.cfm/page54.htm> (dostop 14. 9. 2011).

pogovora razumeli (Clark in Schaefer 1987; Clark in Wilkes-Gibbs 1986). Obrazna mimika, predvsem nasmeški in prikimavanja so najpogostejše kretnje, ki jih udeleženci uporabljajo za to, da pokažejo, da se je vzpostavilo vsesplošno razumevanje povedanega (Duncan 1974; Duncan in Fiske 1985; Krauss, Fussell in Chen 1995; Krauss et al. 1977). Več dokazov je, da govorci uporabljajo takšne vidne indikatorje zato, da si z njimi pomagajo izoblikovati govor, ki je prilagojen informativnim potrebam naslovljencev (Brunner 1979; Krauss, Fussell in Chen 1995). Posledično lahko sklepamo, da tudi tolmač potrebuje podobne povratne informacije kot neke vrste zagotovilo, da sogovorec razume tisto, kar mu tolmač sporoča. Ker pa te povratne informacije dojemamo vizualno, mora tudi tolmač pogosto pogledati v smeri svojih poslušalcev, še posebej takrat, ko je govor o temeljnih stvareh: npr. ko uporablja medicinsko terminologijo oz. razlaga terapijo, tj. v primeru, ko je razumevanje sporočenega posebno pomembno. Izogibanje pogleda, ki ga, na primer, predpisujejo smernice NHANES, onemogoča tolmaču, da bi uporabil pogled za preverjanje razumevanja sporočanega v pogovoru.

V pogovorih, v katerih sta več kot dva udeleženca, je usmerjenost pogleda nadalje pomembna tudi zaradi tega, ker se ta uporablja za konverzijsko urejanje. V triadičnih pogovorih se pogled pogosto uporablja zato, da se ugotovi, kdo govori s kom in kdo vodi pogovor. Številni raziskovalci poudarjajo, da v primeru, če eden izmed udeležencev preusmeri pogled, to večkrat pomeni, da s tem (in z drugimi neverbalnimi gestami) označuje, da želi, naj besedo sedaj prevzame nekdo drug (Brunner 1979; Duncan 1974; Duncan in Fiske 1977; Kendon 1967). Vidna zaznava različnih neverbalnih znakov, med njimi tudi takšnih iztočnic, ki nam jih daje preusmeritev pogleda, je zelo otežkočena, če ima tolmač med pogovorom pogled usmerjen v tla.

6 KULTURNOSPECIFIČNA USMERITEV POGLEDA

Pri komunikaciji s tujci se morata tako zdravstveni delavec kot tolmač zavedati, da v mnogih kulturah obstajajo posebna pravila glede usmerjenosti pogleda. Več raziskav nam kaže, da kulturno okolje, v katerem smo odraščali, vpliva na usmerjenost našega pogleda v pogovoru, in da ima smer našega pogleda tudi različne pomen v različnih kulturah (Argyle in Ingham 1972; Kendon 1967; Knapp in Hall 2002; LaFrance in Majo 1978). Še posebej izrazite so te razlike med azijskimi in zahodnimi kulturami. Watson (1970) tako določa azijske kulture kot nekontaktne kulture in zahodne kulture kot kontaktne kulture, kar pomeni, da Azijci ponavadi ne gledajo neposredno v sogovorca. Bond in Komai (1976) sta raziskovala učinke strmenja in gledanja v oči japonskih študentov med intervjujem in ugotovila, da so se študentje počutili neprijetno, če je sogovornik v njih strmel. Na Japonskem namreč velja pravilo usmeritve pogleda v višino vratu in

ne neposredno v oči (Elzinga 1978). Podobno sta tudi Pierson in Bond (1982) ugotovila, da med intervjujem Kitajci ponavadi ne gledajo sogovornika v oči, medtem ko je pri belcih, kot predstavnikih zahodne kulture, ravno obratno (Hall 1974; LaFrance in Majo 1978).

Kulturne razlike glede usmerjenosti pogleda se seveda lahko odražajo tudi pri tolmačenju za potrebe zdravstva. Na primer, v tolmačenem pogovoru z azijskim bolnikom mora zahodnjaški zdravnik vedeti, da ne sme vztrajati in neprekinjeno strmeli v oči bolnika. S spodbujanjem zdravstvenega delavca, da gleda v oči bolnika tudi takrat, ko govori tolmač, priročniki samo generalizirajo usmerjenost pogleda, ki je značilna za zahodno kulturo, ne pa tudi za druge kulture, iz katerih morda izhajajo bolniki. Takšna intenzivna usmerjenost pogleda bi namreč lahko bila celo sprejeta kot znak sovražnosti oz. vsiljivosti pri azijskih bolnikih: nekatere azijske kulture namreč označujejo nepretrgano strmenje kot nespoštljivo ali celo žaljivo (Watson 1970).

7 PROSTORSKE OMEJITVE V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH

Ker smo želeli ugotoviti, ali prostori, namenjeni sprejemu in pregledu bolnikov v bolnišnicah omogočajo vzpostavitev triadne postavitve, smo poustvarili tolmaške situacije v treh slovenskih zdravstvenih ustanovah: na pediatričnem oddelku Klinike za infekcijske bolezni in na Kliničnem oddelku za plastično kirurgijo in opeklino Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana ter na Psihiatrični kliniki Ljubljana. V vseh treh primerih smo ob prisotnosti pravih tolmačev in zdravstvenih delavcev tolmaške situacije umetno ustvarili. Od vseh prisotnih na fotografijah smo pridobili tudi pisno privolitev.

Za naš pregled ustreznosti prostorov smo torej uporabili dva akreditirana tolmača, ki oba delata za azilni dom. Prvi je tolmač za turški jezik; po poklicu je inženir in dela kot tolmač že več kot trideset let. Ponavadi tolmači dvakrat dnevno, večinoma za policijo, sodišče ali azil. Druga tolmačka je po izobrazbi jezikoslovka in akreditirana tolmačka za makedonski jezik. V zadnjih štirih letih je tolmačila za različne vladne službe, sodišče, policijo in azilni dom. Oba sta priznala, da ju redko pokličejo v zdravstvene ustanove, kar potrjuje dosedanje raziskave, ki ugotavljajo, da v Sloveniji zdravstveni delavci ponavadi improvizirajo in uporabljajo sorodnike in prijatelje bolnikov kot tolmače, ko bolniki govorijo jezike, ki jih zdravstveni delavci ne razumejo (gl. Pokorn et al. 2009). Rezultati raziskave v Nemčiji, Avstriji, Sloveniji in na Finskem v okviru evropskega projekta *Razvoj predmetnika za tolmače v zdravstvenih ustanovah* so pokazali, da v evropskem prostoru tolmače potrebujemo v skoraj vseh vejah medicine, da pa so najpotrebnejši v pediatriji. Ker smo želeli ugotoviti, ali sprejem in pregled bolnika v različnih

vejah medicine narekuje različne prostorske omejitve, smo pregledali sprejemne ambulante za kirurške, psihiatrične in pediatrične bolnike.

7.1 Kirurgija

6. marca 2012 smo pogledali sprejemno ambulanto na Kliniki za plastično kirurgijo Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani. Zdravnik, dr. Uroš Ahčan, specialist za plastično kirurgijo, je pregledal bolnika, ki naj bi navidezno bolen za sindromom karpalnega kanala. Pregled je zahteval tvorbo trikotnika med zdravnikom, bolniško sestro in bolnikom, tako da je bil tolmač četrti udeleženec v tem večjezikovnem pregledu. Akreditiranega tolmača za turški jezik smo prosili, naj se postavi tja, kjer meni, da je najbolj primerno. Tolmač se je tako najprej postavil levo ob bolniku (gl. slika 1). Zdravnik ga je prosil, naj se postavi na drugo stran, ker je s svojo postavo zastiral luč in tako oviral preiskavo. Tolmač se je tako postavil desno ob bolniku in s tem vzpostavil trikotnik (gl. sliko 2). Vzpostavitev trikotne postavitve v prostoru ni bila problematična, ko je bolnik ležal na preiskovalni mizi (gl. sliko 3). Zdi se torej, da opazovane situacije v kirurškem okolju ne predstavljajo večjega problema glede vzpostavitve predlagane triadne pozicije, če seveda tolmač upošteva navodila in predloge zdravstvenega osebja.



Slika 1: Izbrani položaj tolmača



Slika 2: Naknadni, dogovorjeni položaj

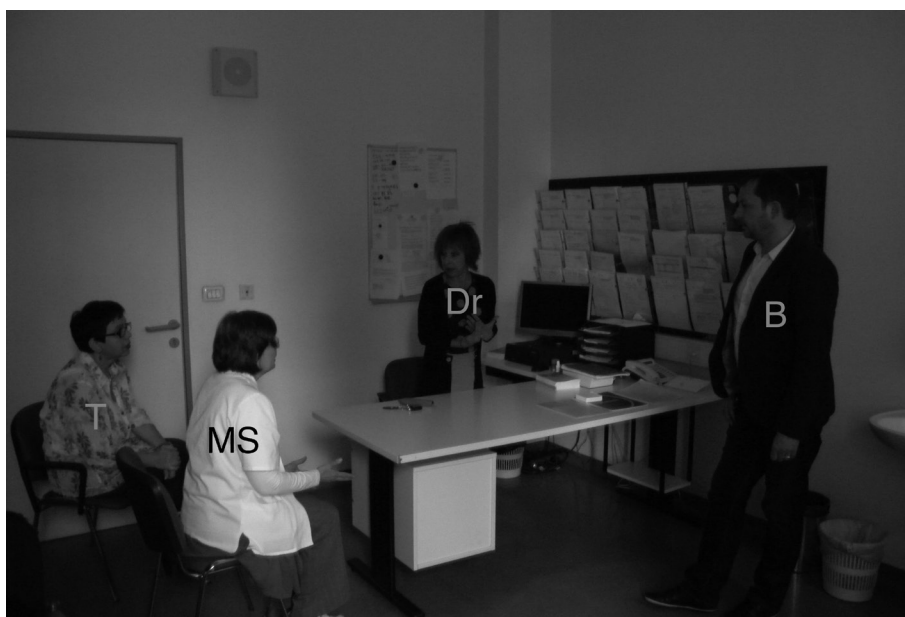


Slika 3: Položaj pri preiskovalni mizi

7.2 Psihiatrija

Univerzitetno psihiatrično bolnišnico smo obiskali 2. aprila 2012 z akreditirano tolmačko za makedonski jezik. Zdravnica, dr. Blanka Kores Plesničar, specialistka psihiatrije, ki je že imela izkušnje z delom s tolmači, in sicer predvsem z bolniki, ki so prišli iz azilnega doma, je poustvarila za našo raziskavo tipično okolje za psihiatrično preiskavo v urgentni ambulanti in običajni ambulanti.

Urgentni ambulantni pregled zahteva prisotnost medicinske sestre, tako da se že od vsega začetka ustvari trikotnik med zdravnikom, bolnikom in medicinsko sestro. Tolmač tako predstavlja četrtega v tej interakciji. Tolmačko smo zaprosili, naj se postavi na, po njenem mnenju, najprimernejše mesto. Nekateri izmed izbranih položajev so bili takoj odsvetovani: zdravstveni delavci so najprej poudarili, da tolmač ne sme sedeti blizu vrat. V primeru povečane tesnobe ali agresivnosti bolnika morajo namreč zdravstveni delavci in tolmač ohranjevati prost izhod iz sobe, in sicer, če bi morali zapustiti prostor zaradi lastne varnosti ali pa ker bi želeli poklicati pomoč (gl. sliko 4). Tolmačka je tudi predlagala, da bi se v primeru, če bolnik hodi gor in dol po sobi in ne more sedeti pri miru, postavila za zdravnika in mu šepetala v uho. Zdravstveni delavci so močno odsvetovali tudi to rešitev, ker bi uporaba tehnike šepetanja lahko samo še povečala tesnobo pri bolnikih s prividi (gl. sliko 5). Zdravniško osebje je predlagalo dve postavitvi v prostoru: tolmač naj sedi ob bolniku ali pa med zdravnikom in zdravstvenim tehnikom (gl. sliko 6 in 7).



Slika 4: Izbrani položaj tolmačke



Slika 5: Šepetanje zdravniku



Slika 6: Priporočeni položaj 1



Slika 7: Priporočeni položaj 2



Slika 8: Soba za ambulantno zdravljenje 1

Situacija v sobah, v katerih se izvaja ambulantno zdravljenje, je zopet zahtevala drugačno ravnanje. Psihiatrično ambulantno zdravljenje se v Ljubljani izvaja v dveh vrstah sob: prva je opremljena z mizo in tremi stoli. V takem prostoru je najnaravneje, če tolmač sedi ob bolniku (gl. sliko 8), kar v grobem ustreza poustvaritvi triade. V drugi ambulanti položaj stolov in mizice ni fiksna, tako da se ponavadi vpraša bolnika, kjer bi najraje sedel. Ker ima bolnik prioriteto, se morata tako zdravnik kot tolmač prilagoditi željam bolnika. Ponavadi bolniki izberejo stole, ki so blizu stene, in si tako zavarujejo hrbet; v takem primeru bi zdravnik izbral stol v sredini in pustil stol ob vratih za tolmača (gl. sliko 9).



Slika 9: Soba za ambulantno zdravljenje 2

7.3 Pediatrija

Pediatrično okolje je zdravstveno okolje, v katerem najpogosteje potrebujejo tolmaško pomoč, saj se matere iz pravkar priseljenih imigrantskih skupnostih praviloma kasneje, včasih pa tudi nikoli ne naučijo jezika novega okolja. Pediatrični pregled je poleg tega specifičen tudi zaradi tega, ker v primeru, če vsi udeleženci govorijo isti jezik, zahteva vzpostavitev triade, in sicer terapevtskega trikotnika med skrbnikom otroka, zdravstvenim delavcem in otrokom (gl. npr. De Civita in Dobkin 2004). Vzpostavitev pozitivnega odnosa, in sicer

predvsem sodelovanje vseh udeležениh (tj. zdravstvenih delavcev, staršev oz. skrbnikov in otrok), je namreč vitalnega pomena za uspešno zdravljenje. Ta primarni terapevtski trikotnik, ki se odraža tudi v prostorski postavitvi udeležencev v pregledu, onemogoča vzpostavitev trikotne postavitve zdravnika, bolnika in tolmača.⁶ Pri pediatričnem pregledu je torej tolmač praviloma četrti ali pa celo peti udeleženec v pogovoru. Nadalje, osredotočenost zdravnika je razdeljena med bolnika in njegovega skrbnika. Zaradi običajne časovne stiske v bolnišnicah, pogosto pa tudi zaradi urgentnega stanja bolnika, se anamneza določi med samim pregledom: zdravnik tako zastavlja vprašanja skrbniku ali skrbnikom, ki so prisotni ob pregledu, pa tudi otroku, ki ga pregleduje.

Tolmaško situacijo smo poustvarili v sprejemni ambulanti terciarne slovenske zdravstvene institucije, tj. Pediatričnega oddelka Klinike za infekcijske bolezni Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani. Opravili smo dva ogleda: prvega 10. junija 2010 in drugega 28. marca 2012, ob prisotnosti dveh dežurnih zdravnikov, dr. Marka Pokorna, specialista pediatrije in infektologije, in dr. Nine Kmet, specialiste infektologije, ter tolmačke za makedonski jezik.

Sprejemna ambulanta Pediatričnega oddelka Klinike za infekcijske bolezni je velika 5 krat 4 metre in ne dopušča postavitve stolov tako, da bi lahko vsi udeleženci v tem tolmačenem pregledu vzpostavljali stik z očmi (gl. sliki 10 in 11). Vprašanja zdravnika so namenjena skrbniku otroka in otroku, ki ga zdravnik pregleduje (glej sliko 12), tudi če se otroka pregleduje na preiskovalni mizi (gl. sliko 13). V tem primeru se zdi najpriročneje, če tolmač ostaja ob skrbniku. Še bolj zapleten pa je pregled dojenčka. V tem primeru se skrbnik običajno postavi ob previjalno mizo, na kateri poteka pregled (gl. sliki 14 in 15). Tudi tu se zdi, da je najprimerneje, če tolmač stoji tik za skrbnikom. Tako kot v zgornjih primerih je najlažje, če tolmač upošteva navodila in smernice zdravstvenega osebja in se postavi tja, kamor mu svetujejo.

⁶ Zdravstveni delavci opozarjajo, da ni pri pregledu prisoten le skrbnik, temveč še ostali člani družine: npr. mati, oče, brat, sestra, stari starši itd.



Slika 10: Pediatrična sprejemna ambulanta



Slika 11: Pediatrična sprejemna ambulanta



Slika 12: Pogovor zdravnika z bolnikom in skrbnikom



Slika 13: Pregled bolnika



Slika 14: Preiskovalna miza za dojenčka



Slika 15: Pregled dojenčka

Ta kratki pregled potencialnih delovnih okolij tolmača v slovenskih zdravstvenih ustanovah kaže, da specifični pregledi zahtevajo od tolmača in drugih udeležencev v pregledu specifične postavitve v prostoru. Zdi se, da je morda trikotna postavitev primerna za nekatere primere terapije z uporabo tolmača (gl. npr. Wadensjö 2001), vendar pa je lahko vztrajanje na tem, da bi moral tolmač vzpostaviti takšno postavitev v vseh primerih tolmačenja v zdravstvenem okolju, škodljivo in neproduktivno. V našem primeru je analiza sprejemnih ambulant prikazala, da je v nekaterih primerih trikotna postavitev priporočljiva (npr. v ambulantnem psihiatričnem pregledu), včasih izvedljiva (npr. pri kirurškem pregledu), včasih pa neizvedljiva (npr. pri pediatričnem pregledu). V nekaterih situacijah se je izkazalo, da je paralelna pozicija, tj. položaj, v katerem se tolmač postavi ob skrbnika oz. bolnika, priporočljivejša. Zaključimo lahko, da so priporočila NCIHC *Vodnika za tolmače glede postavitve v medicinskem okolju*, kjer najdemo naslednje: »ker se situacije tako močno razlikujejo ena od druge, se morajo tolmači zanesti na svojo lastno presojo in se odločiti, kateri položaj najbolj ustreza določenemu namenu (2003: 7),« veliko bolj veljavna in v skladu z realnostjo tolmačenja v medicinskem okolju.

8 ANKETA

V Sloveniji do sedaj še ni bilo nobenega izobraževanja tolmačev za delo v zdravstvenih ustanovah, prav tako nimamo nobenega etičnega kodeksa ali kodeksa ravnanja, namenjenega tolmačem za potrebe skupnosti. Zanimalo nas je, kakšno stališče zavzemajo do vprašanja položaja v prostoru in priporočene usmerjenosti pogleda pri medicinskem tolmačenju tolmači, ki delujejo v Sloveniji in tolmačijo za potrebe skupnosti. Da bi dobili odgovor na to vprašanje, smo izoblikovali vprašalnik, ki smo ga 9. oktobra 2012 naslovili na vse akreditirane sodne tolmače, ki imajo objavljen elektronski naslov v *Imeniku sodnih tolmačev* na spletni strani Ministrstva za pravosodje in javno upravo. To pomeni, da smo vprašalnik poslali na 539 naslovov in prejeli 69 (13 %) odgovorov. V anketi smo zastavili 10 vprašanj.

8.1 Rezultati

S prvim vprašanjem smo skušali ugotoviti, ali so v Sloveniji akreditirani sodni tolmači že prišli v stik s tolmačenjem za potrebe zdravstva: 9 od 69 respondentov je odgovorilo, da se v svojem profesionalnem življenju še niso srečali s tolmačenjem v zdravstvenem okolju, zato smo jih izločili in v nadaljevanju analizirali odgovore le preostalih 60 anketirancev. Glede na dejstvo, da v Sloveniji zdravstveno osebe

zelo redko uporabi tolmače pri nudenju zdravstveni pomoči, je število odgovorov presenetljivo visoko.

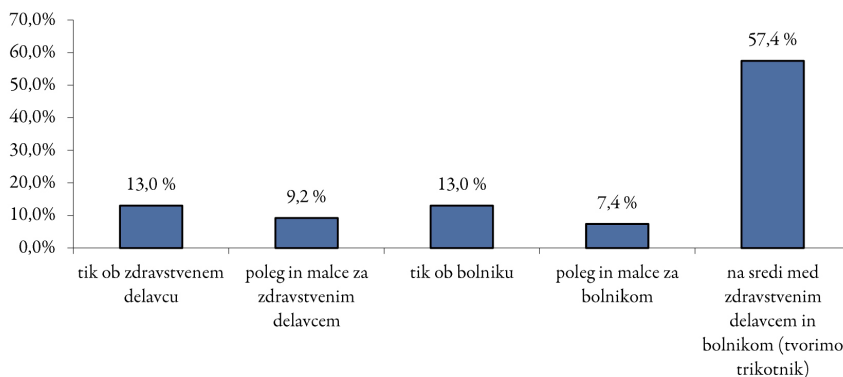
Nadaljnja štiri vprašanja so bila namenjena določitvi položaja tolmača pri tolmačenju v medicinskem okolju. Najprej nas je zanimalo, ali tolmači v slovenskem okolju določijo oz. zahtevajo določen položaj v prostoru.

Tabela 1: Določitev položaja

Ali se pred pričetkom tolmačenja pogovorite z zdravstvenim delavcem (npr. zdravnikom ali medicinsko sestro) in določite, kako boste sedeli oziroma kako se boste postavili pri tolmačenju?		
Odgovori	%	Število odgovorov
Nikoli	16,9 %	10
Včasih	44,1 %	26
Vedno	39,0 %	23
skupaj št. odgovorov		59
brez odgovora		1

Izkazalo se je, da le redki (17 % respondentov) nikoli dejavno ne posežejo v prostorsko postavitev udeležencev v tolmaški situaciji.

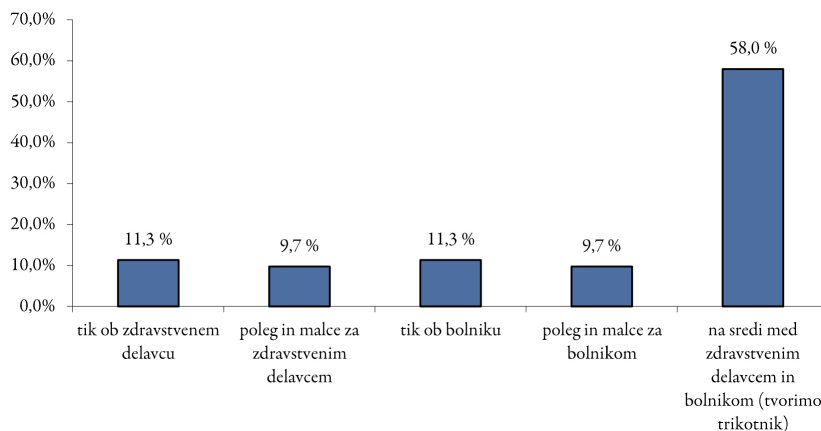
Odgovori na tretje vprašanje so razkrili, da tolmači, ne glede na to, ali se vnaprej dogovorijo za določen položaj v prostoru ali ne, v malce več kot polovici primerov tvorijo trikotnik v prostoru in se postavijo med bolnika in zdravstvenega delavca (tj. 57,4 %), ostali respondenti (tj. 42,6 %) pa se v prostoru postavljajo v druge položaje.



Graf 1: Kje ponavadi stojite ali sedite v razmerju do zdravstvenega osebja in bolnika? Označite položaj, ki je najpogostejši v vaših profesionalni praksi.

Štirje respondenti so podali podrobnejša pojasnila: trije so poudarili, da se prilagajajo tipu oz. željam bolnika (»odvisno, za kakšnega bolnika gre«, »prilagojeno situaciji, največkrat gre za otroke in matere ali oba starša«, »za špansko steno, na željo bolnika«), eden je poudaril pomembnost prostora (»Odvisno, kje se odvija pogovor (v ambulanti ob samem pregledu ali v zdravnikovem kabinetu – po pregledu)«).

Zelo podobno sliko smo dobili, ko smo spraševali po njihovem mnenju najidealnejšem položaju tolmača v prostoru.

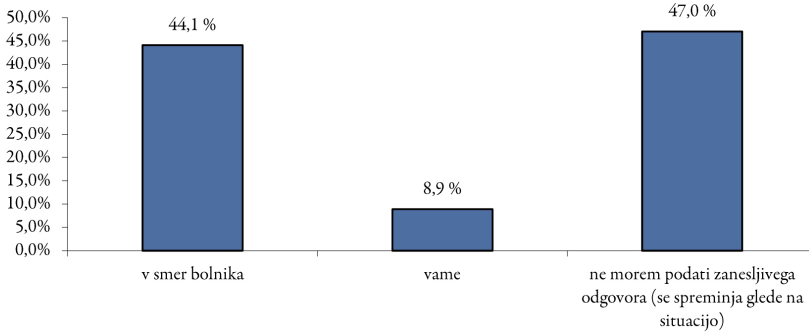


Graf 2: Kateri položaj naj bi v najidealnejšem primeru zavzel tolmač?

58 % tolmačev je odgovorilo, da se jim zdi trikotna postavitve najidealnejša, ostali pa so se odločali za drugačne postavitve v prostoru.

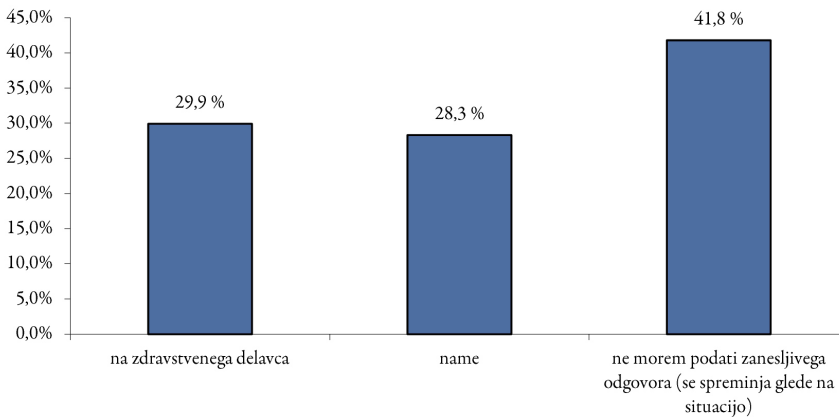
Odgovori na peto, odprto vprašanje »Zakaj se vam zdi zgoraj označeni položaj najprimernejši?«, so dodatno prikazali, da tisti, ki menijo, da je trikotni položaj najprimernejši, kot razlog najpogosteje navajajo nevtralnost položaja (45 % respondentov). Tipičen odgovor je: »Ponazarja nevtralen položaj in oba sogovornika (zdravnik in bolnik) sta na enakovrednih pozicijah«. Odgovori so pokazali, da se petina respondentov zaveda, da ni najidealnejšega položaja, saj vedno isto postavitve udeležencev v tolmačenem pogovoru onemogoča prostorska omejitev oz. stanje bolnika (20 % respondentov): najpogostejši odgovor je torej bil: »Odvisno od situacije, prostora.« Nekateri izmed tolmačev pa poudarjajo, da se mora tolmač postaviti tako, da ne ovira zdravnika pri delu in ne posega »v kontaktno polje med zdravnikom in bolnikom« (13,3 % respondentov).

Nadaljnji sklop vprašanj se je osredotočil na usmerjenost pogleda pri tolmačenju za potrebe zdravstva. Najprej nas je zanimalo, kam usmerja pogled zdravstveni delavec v tolmačenem pogovoru.



Graf 3: Kam usmeri pogled zdravstveni delavec (tj. zdravnik ali medicinska sestra), ko govori?

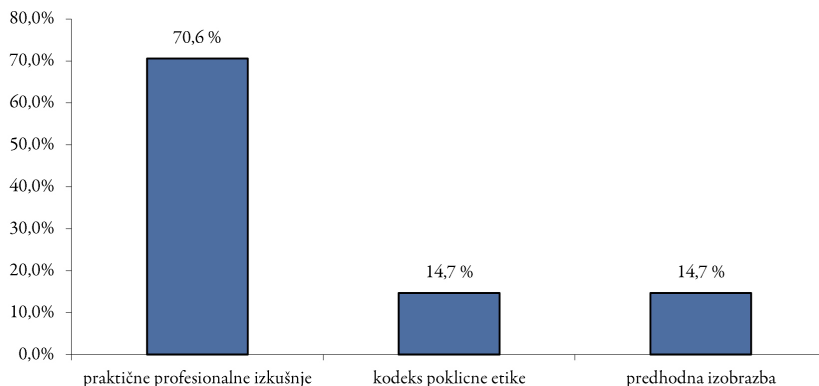
Če se zdi, da zdravstveni delavci še v skoraj polovici primerov usmerjajo svoj pogled, medtem ko govorijo, v bolnika, pa je situacija drugačna pri bolniku.



Graf 4: Na koga usmeri pogled bolnik, ko govori?

Bolniki le v približno eni tretjini primerov usmerjajo svoj pogled v zdravstvenega delavca. Skoraj enako pogosto, po mnenju tolmačev, usmerijo pogled v tolmače same ali pa se usmerjenost njihovega pogleda spreminja.

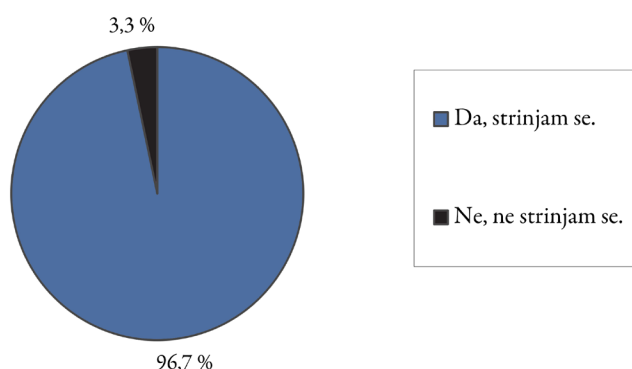
Na koncu nas je zanimalo, ali so na prepričanje tolmačev, kateri položaj oz. usmerjenost pogleda je najprimernejša pri tolmačenju za potrebe zdravstvenega varstva, vplivale njihove izkušnje ali pa različni kodeksi ravnanja in izobraževanje.



Graf 5: Kateri dejavnik je najpomembnejše vplival na izoblikovanje vašega mnenja, katera pozicija in usmerjenost pogleda je najprimernejša pri tolmačenju za potrebe zdravstvenega varstva?

Odgovori jasno kažejo, da tolmači v slovenskem prostoru izoblikujejo svoja prepričanja predvsem na osnovi profesionalnih izkušenj (70,6 %), saj izobraževanja tolmačev za potrebe skupnosti in kodeksov poklicne etike na Slovenskem še nimamo.

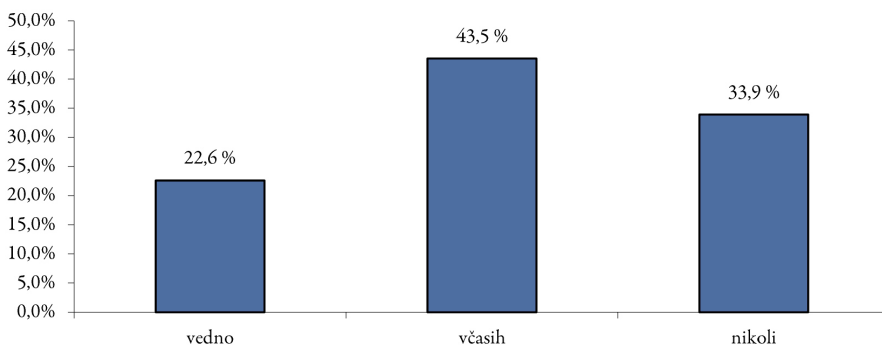
Kljub temu da tolmači pri svojem delu ugotavljajo, da zdravstveni delavci v manj kot polovici primerov usmerjajo svoj pogled v bolnika, se vseeno v veliki večini strinjajo z napotkom, da bi morali zdravstveni delavci bolnika naslavlјati neposredno in se pogovarјati z njim kot z nekom, ki razume jezik, ki ga govori zdravnik (96,7 %).



Graf 6: Ali se strinjate z naslednjim nasvetom, ki se ga daje zdravnikom in/ali medicinskim sestram: "Bolnika naslavlјate neposredno in se pogovarјate z njim, kot z nekom, ki razume vaš jezik. Izogibajte se temu, da bi usmerjali svoj pogled na tolmača." Podajte tudi obrazložitev svojega odgovora.

V obrazložitvi so tolmači, akreditirani v Sloveniji, največkrat navajali, da je vizualno ignoriranje tolmača nujno, saj »tolmač le tolmači in ne govori«, »tolmač je le 'sredstvo' za uspešno komunikacijo«, »tolmač je samo orodje za sporazumevanje«, »samo naš glas je pomemben, tolmačeva osebnost mora ostati v ozadju«, »tolmač je vendarle zgolj medij«, »prevajalec je samo 'tehnični pripomoček'«, »tolmač je samo posrednik«, »tolmač je samo medij za prenos informacije«. Samo eden izmed respondentov je poudaril, da je dobro, če ga zdravstveno osebje gleda, medtem ko tolmači. Razlog, ki ga navaja, je naslednji: »Bolnik mora imeti občutek, da je vključen v pogovor/posvet. Vendar menim, naj zdravnik/medicinska sestra med mojim prevajanjem gleda mene; s tem pokaže bolniku, da me pozorno posluša.«

Z zadnjim vprašanjem pa smo poskušali preveriti, ali tolmači dejavno posegajo v tolmaško situacijo in ali podučijo bolnika in/ali zdravstvenega delavca, naj usmeri pogled drugam ali pa se postavi na drugo mesto, če po njihovem mnenju stoji na neprimernem mestu ali če gleda v napačno smer.



Graf 7: Ali podučite bolnika in/ali zdravstvenega delavca, naj usmeri pogled drugam ali pa se postavi na drugo mesto, če po vašem mnenju stoji na neprimernem mestu ali če gleda v napačno smer?

Rezultati so pokazali, da tolmači za potrebe skupnosti večkrat (tj. včasih in vedno, in sicer v 66,1 %) posežejo v tolmaško situacijo in predlagajo položaj udeležencev v prostoru in skušajo vplivati na usmerjenost njihovega pogleda.

8.2 Diskusija rezultatov ankete

Iz ankete v slovenskem prostoru lahko torej zaključimo naslednje: presenetljivo veliko število akreditiranih tolmačev ima izkušnje s tolmačenjem za potrebe zdravstva. Glede na dejstvo, da v slovenskem prostoru ne izobražujemo tolmačev za

potrebe skupnosti in nimamo nobenega kodeksa ravnanja, ki bi postavljalo standarde in določalo postavitev tolmača v prostoru in priporočalo usmerjenost pogleda, nam rezultati ankete kažejo, da obnašanje tolmačev v pretežni meri (72,7 %) določajo izkušnje, ki jih pridobijo ob delu. Kljub temu da je njihovo prepričanje o najidealnejšem položaju v prostoru in usmerjenosti pogleda izoblikovano na osnovi izkušenj in ne priporočil, pa vseeno večina (83 %) tolmačev vedno ali občasno predlaga prostorsko postavitev udeležencev v tolmačenem pogovoru v medicinskem okolju, prav tako skušajo vplivati na usmerjenost pogleda primarnih udeležencev v tolmačenem pogovoru (v 69.5 % primerov). Odgovori so tudi pokazali, da več kot polovica tolmačev najpogosteje ustvari trikotno postavitev v prostoru; trikotna postavitev je tudi najpogosteje (v 58,6 %) izbrana kot najidealnejša postavitev v prostoru, in sicer zato, ker tolmači menijo, da je takšna postavitev najnevturalnejša (45 % respondentov). Glede usmerjenosti pogleda nam tolmači poročajo, da zdravstveni delavci, ko govorijo, v skoraj polovici primerov usmerjajo svoj pogled v bolnika, medtem ko bolniki v približno dveh tretjinah primerov usmerjajo svoj pogled v tolmača ali pa z očmi begajo od tolmača do zdravstvenega delavca in nazaj. Velika večina tolmačev (tj. 96,4 %) je tudi prepričanih, da je prav, če zdravstveni delavci bolnika naslavljajo neposredno in se z njim pogovarjajo, kot če bi jih razumel, in sicer zato, ker so prepričani, da je tolmača v tolmaški situaciji potrebno ignorirati, saj je tolmač le »sredstvo«, »medij«, »tehnični pripomoček« ali »orodje za sporazumevanje« in mora »ostati v ozadju«.

9 ZAKLJUČKI

Eden izmed namenov kodeksov ravnanja je tudi vpliv na izobraževanje tolmačev za potrebe zdravstva. Na primer: v ameriških *Nacionalnih standardih prakse za tolmače v medicinskem okolju* iz leta 2005 najdemo naslednji predlog: »Pozivamo vse mentorje, učitelje in izobraževalne ustanove, da prevzamejo in promovirajo te standarde in da jih upoštevajo pri izobraževanju tolmačev za potrebe zdravstva.« (NCIHC 2005: 9) Kritični pregled izsledkov iz komunikoloških študij in analiza realnega stanja v slovenskem zdravstvu kaže, da ni primerno, če v izobraževanju tolmačev vztrajamo na tem, da bi moral zdravstveni delavec v tolmaški situaciji neprestano ohranjati neposreden stik z očmi s pacientom in da bi moral tolmač zahtevati vzpostavitev trikotne prostorske postavitev udeležencev v pogovoru, kar pogosto najdemo v različnih kodeksih ravnanja. To vztrajanje namreč lahko privede tolmača v neprijetne situacije, saj lahko drugi udeleženci dojemajo to željo kot nerazumno, neuresničljivo in neprijetno za druge udeležence. Pregledani izsledki raziskav kažejo, da lahko napotek, naj zdravstveni delavec skozi celotni tolmačeni pogovor vedno zre v bolnika, medtem ko naj tolmač usmeri svoj pogled na tla, vodi do težav v interakciji med udeleženci. Razlogi za to so večplastni: takšno vedenje je v nasprotju s temeljnimi pravili pogovora, preprečuje

preverjanje odzivov, otežkoča izmenjavanje besede (*turn-taking*) med sogovorniki ter nenazadnje razkriva popolno medkulturno brezobzirnost, saj vsiljuje zahodni prevladujoči vzorec glede usmerjenosti pogleda vsem ostalim in ga predstavlja kot splošno sprejeto sprejemljivo oz. priporočljivo obnašanje.

Rezultati ankete kažejo, da akreditirani sodni tolmači v Sloveniji, ki imajo izkušnje iz tolmačenja za potrebe zdravstva, kljub temu da na Slovenskem nimamo še izoblikovanega kodeksa ravnanja in izobraževanja tolmačev za to dejavnost, pri svojem profesionalnem delu v zdravstvenem okolju dejavno posegajo v interakcijo med udeleženci pogovora, in sicer s tem, da pogosto predlagajo trikotno postavitev v prostoru in se izogibajo neposrednemu stiku z očmi s primarnimi udeleženci v tolmačenem pogovoru. Poglavitni razlogi, ki jih navajajo v obrambo takšnega ravnanja, so, da je trikotna postavitev najbolj nevtralna in da izogibanje neposrednega stika z očmi odraža dejstvo, da je tolmač le »orodje za sporazumevanje«. Podobno ugotavlja tudi Claudia Angelleli, ki opaza dejstvo, da so tolmači za potrebe zdravstva pojmovani kot zgolj prevodniki ali »duhovi« v tolmaški interakciji (gl. Angelleli 2008: 151) in da tudi izobraževanje in kodeksi ravnanja, namenjeni tolmačem v medicinskem okolju, odsevajo standarde in načela izobraževanja, ki veljajo za konferenčne in sodne tolmače, ki pa se ne zdijo primerni tudi za tolmače v medicinskem okolju. S tem prispevkom se želimo pridružiti pozivu Claudie Angelleli, naj se ločeno obravnava sodno, konferenčno, medicinsko tolmačenje in tolmačenje za skupnost, saj ostajajo pomembne razlike med okolji in okoliščinami, v katerih posamezni tip tolmačenja poteka (ibid.: 152).

Tolmači za potrebe zdravstva bodo pri svojem delu naleteli na različne in nepredvidljive situacije in prostorske omejitve, zato se zdi priporočljivo, da se tudi izobraževanje tolmačev osredotoči na omogočanje in spodbujanje praktičnega usposabljanja študentov v resničnih medicinskih okoljih. Takšna praksa lahko tudi postavi pod vprašaj mnoge teoretične predpostavke (gl. npr. Valero-Garcés 2008: 175). Namesto da strogo sledimo različnim kodeksom prakse, bi bilo mnogo bolje, če bi učitelji vztrajali na izoblikovanju fleksibilnosti študentov in spodbujali njihovo pripravljenost za prilagajanje obstoječim situacijam in prostorskim omejitvam, na katere bodo naleteli v svojem poklicnem udejstvovanju.

Okrajšave, uporabljene na fotografijah:

T – tolmač

Dr – zdravnik

B – bolnik

MS – medicinska sestra

S – skrbnik otroka

Literatura

- Angelelli, Claudia, 2008: The role of the interpreter in the healthcare setting: A plea for a dialogue between research and practice. Valero-Garcés, Carmen in Anne Martin (ur.): *Crossing borders in community interpreting: Definitions and dilemmas*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. 147–164.
- Argyle, Michael in Mark Cook, 1976: *Gaze and mutual gaze*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Argyle, Michael in Roger Ingham, 1972: Gaze, mutual gaze and proximity. *Semiotica* 6. 32–49.
- Bond, Michael H. in Hiroshi Komai, 1976: Targets of gazing and eye contact during interviews: Effects on Japanese nonverbal behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology* 34. 1276–1284.
- Bot, Hanneke, 2005: *Dialogue interpreting in mental health*. Amsterdam/New York: Rodopi.
- Brunner, Lawrence J., 1979: Smiles can be backchannels. *Journal of Personality and Social Psychology* 37. 728–734.
- California Healthcare Interpreters Association, 2002: *Ethical principles, protocols, and guidance on roles & intervention*. <http://www.chiaonline.org/standards/>. (dostop 6. 7. 2010).
- Clark, Herbert H. in Deanna Wilkes-Gibbs, 1986: Referring as a collaborative process. *Cognition* 22. 1–39.
- Clark, Herbert H. in Edward F. Schaefer, 1987: Collaborating on contributions to conversation. *Language and Cognitive Process* 2. 19–41.
- De Civita, Mirella in Patricia L. Dobkin, 2004: Pediatric adherence as a multidimensional and dynamic construct, involving a triadic partnership. *Journal of Pediatric Psychology* 29. 157–169.
- Duncan, Starkey in Donald W. Fiske, 1977: *Face-to-face interaction: Research, methods, and theory*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Duncan, Starkey in Donald W. Fiske, 1985: *Interaction structure and strategy*. New York: Cambridge University Press.
- Duncan, Starkey, 1974: On the structure of speaker-auditor interaction during speaking turns. *Language in Society* 3. 161–180.
- Elzinga, Robert H., 1978: Temporal organization of conversation. *Sociolinguistics Newsletter* 9. 29–31.
- Foreign Language Specialists: *Challenges in the medical interpreting session*. http://www.flincorp.net/fls_docs/Challenges_in_the_Medical_Interpreting_Session.pdf (dostop 18. 8. 2011).
- Fung, Cha-Chi, Lagha R. Richter, Paula Henderson in Arthur G. Gomez, 2010: Working with interpreters: How student behavior affects quality of patient interaction when using interpreters. *Medical Education Online* 2010, 15. http://www.med-ed-online.net/index.php/meo/article/view/5151/html_6 (dostop 12. 7. 2010).

- Goodwin, Charles, 1981: *Conversational organization: Interaction between speakers and hearers*. New York: Academic Press.
- Haffner, Linda, Karin Ruschke, Shiva Bidar-Sielaff, Maria-Paz Avery, Bruce Downing, Cariola Green in Cynthia Roat, 2003: *The National Council on Interpreting in Health Care Working Paper Series: Guide to interpreter positioning in health care settings*. Washington, DC: National Council on Interpreting in Health Care. <http://www.ncihc.org/assets/documents/> (dostop 4. 4. 2013).
- Hall, Edward T., 1974: *Handbook for proxemic research*. Washington, DC: Society for the Anthropology of Visual Communication.
- International Association of Conference Interpreters, 2009: *Code of professional ethics AIIC*. <http://www.aiic.net/ViewPage.cfm/page54.htm> (dostop 14. 9. 2011).
- Kendon, Adam, 1967: Some functions of gaze direction in social interaction. *Acta Psychologica* 26. 22–63.
- Knapp, Mark L. in Judith A. Hall, 2002: *Nonverbal communication in human interaction*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Krauss, Robert M., Susan R. Fussell in Yihsiu Chen, 1995: Coordination of perspective in dialogue: Intrapersonal and interpersonal processes. Markova, Ivana, Carl F. Graumann in Klaus Foppa (ur.): *Mutualities in dialogue*. Cambridge, Eng.: Cambridge University Press. 124–145.
- Krauss, Robert M., Connie M. Garlock, Peter D. Bricker in Lee E. McMahon, 1977: The role of audible and visible back channel responses in interpersonal communication. *Journal of Personality and Social Psychology* 35. 523–529.
- LaFrance, Marianne in Clara Mayo, 1978: Gaze direction in interracial dyadic communication. *Ethnicity* 5. 167–173.
- Lee, Evelyn, 1997: Cross-cultural communication: therapeutic use of interpreters. Lee, Evelyn (ur.): *Working with Asian Americans: A guide for clinicians*. New York, NY: The Guilford Press: 477–489.
- Mason, Ian, 2006: Projected and perceived identities in dialogue interpreting. House, Juliane, M. Rosario Martín Ruano in Nicole Baumgarten (ur.): *Translation and the construction of identity*. Seoul: IATIS. 30–52.
- Mason, Ian, 2009: Role, positioning and discourse in face-to-face interpreting. De Pedro Ricoy, Raquel, Isabelle A. Perez in Christine Wilson (ur.): *Interpreting and translating in public service settings*. Manchester: St. Jerome. 52–73.
- Massachusetts Medical Interpreters Association (zdaj International Medical Interpreters Association) and Education Development Center, Inc. (1996, 1997, 1998, 2007). *Medical interpreting: Standards of practice*. <http://www.imiaweb.org/standards/ASTM.asp> (dostop 6. 7. 2010).

- Migrant Women's Emergency Support Service Inc., 2002: *Fact sheet 8, working with an interpreter*. ASETTS, Association for Services to Torture and Trauma Survivors Inc. <http://www.nutrition.asetts.org.au/resources/2-1-FactSheet-8.pdf> (dostop 18. 8. 2011).
- NCIHC, The (the National Council on Interpreting in Health Care), 2003: *Guide to interpreter positioning in health care settings*. <http://www.ncihc.org/assets/documents/> (dostop 11. 7. 2010).
- NCIHC, The (the National Council on Interpreting in Health Care), 2005: *National standards of practice for interpreters in health care*. <http://www.commonwealthfund.org/Content/Innovations/Tools/2005/Nov/National-Standards-for-Medical-Interpreters.aspx> (dostop 6. 7. 2010).
- NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey: Interpretation Guidelines, 2006. http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/nhanes_07.../Interpretation_Guidelines.pdf (dostop 18. 8. 2011).
- Pierson, Herbert D. in Michael H. Bond, 1982: How do Chinese bilinguals respond to variations of interviewer language and ethnicity? *Journal of Language and Social Psychology* 1. 123–139.
- Pokorn, Nike K., Mojca Matičič in Marko Pokorn, 2009: Medical interpreting in a new member state: A plea for a proactive approach. Andres, Dörte in Sonja Pöllabauer (ur): *Spürst Du, wie der Bauch rauf-runter?: Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich./Is everything all topsy turvy in your tummy?: Health care interpreting*. München: M. Meidenbauer. 171–180.
- Soondar, Jordan, 2008: *Best practice guide*. East London: NHS Foundation Trust. http://www.eastlondon.nhs.uk/uploads/documents/best_practice_guide.pdf (dostop 18. 8. 2011).
- Valero-Garcés, Carmen, 2008: Hospital interpreting practice in the classroom and the workplace. Valero-Garcés, Carmen in Anne Martin (ur): *Crossing borders in community interpreting: Definitions and dilemmas*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. 165–186.
- Vertegaal, Roel, Robert Slagter, Gerrit van der Veer in Anton Nijholt, 2001: Eye gaze patterns in conversations: There is more to conversational agents than meets the eyes. *Proceedings of CHI'01*. Seattle, WA: ACM. 301–308.
- Wadensjö, Cecilia, [1993] 2002: The double role of a dialogue interpreter. Pöschhacker, Franz in Miriam Shlesinger (ur): *The interpreting studies reader*. London/New York: Routledge. 354–370.
- Wadensjö, Cecilia, 1998: *Interpreting as interaction*. London/New York: Longman.
- Wadensjö, Cecilia, 2001: Interpreting in crisis: The interpreter's position in therapeutic encounters. Mason, Ian (ur.). *Triadic exchanges: Studies in dialogue interpreting*. Manchester: St. Jerome. 71–86.

- Watson, Michael O., 1970: *Proxemic behaviour: A cross-cultural study*. The Hague: Mouton.
- Wiener, Ethan S. in Maria I. Rivera, 2004: Bridging language barriers: How to work with an interpreter. *Clinical Pediatric Emergency Medicine* 5. 93–101.