

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Diplomová práce

2015

Dita Kostelníková

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta
Ústav translatologie

Diplomová práce

Dita Kostelníková

Vícejazyčná komunikace a kvalita tlumočnických a jazykových služeb ve
zdravotnických zařízeních v Praze (případová studie)
Multilingual communication and quality of interpreter-mediated interaction in
healthcare settings in public and private hospitals in Prague (a case study)

2015

vedoucí práce: Prof. PhDr. Ivana Čeňková, CSc.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala především prof. PhDr. Ivaně Čeňkové, CSc., za podnětné, vstřícné a trpělivé vedení, a dále Ing. Janě Zahradníčkové, za cenné rady během vytváření statistické části. Moje poděkování patří i všem zdravotníkům, kteří mi věnovali svůj čas a zúčastnili se tohoto experimentu, a v neposlední řadě i mému příteli Michalovi, jenž mi po celou dobu přípravy této práce poskytoval jistotu a morální podporu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

Ve Slaném dne 28.7.2015

podpis

Tuto diplomovou práci autorka věnuje svým rodičům,
matce Karin a otci Jiřímu.

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá tématem vícejazyčné komunikace v pražských zdravotnických zařízeních – jedním z jejích hlavních cílů je provést srovnání situace ve státním a v soukromém sektoru.

Teoretická část této práce představuje tlumočení ve zdravotnictví jakožto jeden z nejdůležitějších a nejfrekventovanějších typů komunitního tlumočení. Autorka se zaměřuje zejména na to, jaký je stav výzkumu v této oblasti v jednotlivých regionech světa, a následně analyzuje specifika tlumočnické situace v daném prostředí. Nedílnou součástí tohoto oddílu práce je také globální pohled na aktuální situaci z hlediska výskytu zahraničních pacientů v pražských nemocnicích, včetně představení vybraných z tohoto hlediska relevantních demografických údajů. V závěru teoretické části se diplomantka stručně zabývá fenoménem tzv. „medical tourism“.

Empirická část vychází z dotazníkového šetření, realizovaného mezi zaměstnanci nemocničních zařízení v Praze – cílem této analýzy je zjistit, jaký je současný stav z hlediska zajišťování komunikace s cizinci, a provést konfrontaci státního a privátního sektoru. Výzkum se zaměřuje především na to, do jaké míry jsou vnímání tohoto stavu a spokojenost se zajišťováním komunikace podmíněny některými konkrétními faktory, zejména pracovní pozicí respondenta a jeho individuální jazykovou vybaveností. Autorka v tomto ohledu dospívá k celé sérii zajímavých a mnohdy překvapivých zjištění, na základě nichž se zamýšlí nad možnostmi zlepšení stávající situace a udílí konkrétní doporučení pro praxi.

Klíčová slova: komunitní tlumočení, tlumočení ve zdravotnictví, zdravotnické instituce státní, zdravotnické instituce soukromé, jazykové kompetence zdravotníků

Abstract

The thesis focuses on multilingual communication in healthcare centres in Prague. One of its main objectives is to compare and contrast the situation in the public- and the private sector.

The theoretical part of the thesis presents interpreting in healthcare settings as one of the most important and most frequent types of community interpreting. The author focuses mainly on the current state of research in diverse world regions, and subsequently analyses the specific aspects of interpreting situations in the setting in question. An integral constituent of the theoretical part of the thesis is a global overview of the current situation in terms of quantity of foreign patients in Prague hospitals, including selected relevant demographic data. In conclusion of the theoretical part, the author briefly elaborates on the phenomenon of medical tourism.

The empirical part of the thesis is based on a questionnaire survey carried out among hospital employees in Prague, the aim of which was to analyse the current situation in terms of communication with foreign country nationals and to compare and contrast the public- and the private sector in this respect. The main focus of the research is to find out how the respondents perceive the situation and whether they are satisfied with it and to what extent this is conditional upon certain factors – namely their post and language competences. In this regard, the author has made a wide range of interesting and often surprising discoveries, which have inspired her to seek possibilities to improve the current situation and to develop recommendations for the practice.

Key terms: community interpreting, interpreting in healthcare settings, public healthcare institutions, private healthcare institutions, language competences of healthcare personnel

Obsah

0	Úvod.....	10
1	Teoretická část	11
1.1	Tlumočení ve zdravotnictví – současný stav výzkumu ve světě a v České republice.....	11
1.1.1	Spojené státy americké, Kanada, Austrálie.....	13
1.1.2	Itálie	15
1.1.3	Rakousko.....	17
1.1.4	Česká republika.....	20
1.2	Poskytování zdravotnických služeb cizincům – situace ve státním a soukromém sektoru v Praze	21
1.2.1	Mezinárodní dokumenty v péči o zdraví a jejich aplikace na systém zdravotní péče v České republice	21
1.2.2	Praha a cizinci	23
1.2.3	Cizinci v pražských nemocnicích a pojem „medical tourism“	23
1.3	Tlumočení ve zdravotnictví – specifika tlumočnické situace	25
1.3.1	Objektivní faktory tlumočnické situace	27
1.3.2	Subjektivní faktory tlumočnické situace.....	28
1.3.2.1	„Řečník“ – zdravotník	29
1.3.2.2	„Posluchač“ – pacient	31
1.3.2.3	„Tlumočník“ – tlumočník.....	32
1.3.2.3.1	Role tlumočníka	33
2	Empirická část.....	37
2.1	Popis výzkumu.....	37
2.1.1	Hypotézy	37
2.1.2	Metodika	39
2.1.2.1	Metodika dotazníku	39
2.1.2.2	Metodika statistické analýzy	40
2.1.2.2.1	Metodika – kategoriální proměnné	40
2.1.2.2.2	Metodika – závislosti proměnných	42
2.2	Dotazníkové šetření	43
2.2.1	Organizace dotazníkového šetření	43
2.2.2	Klasifikace respondentů	44
2.2.3	Výsledky dotazníkového šetření a diskuse	44
2.2.3.1	Jazyková vybavenost nemocničního personálu	46
2.2.3.1.1	Situace ve státním sektoru.....	46
2.2.3.1.2	Situace v soukromém sektoru	52

2.2.3.1.3	Analýza závislosti vybraných faktorů a interpretace	57
2.2.3.2	Výskyt zahraničních pacientů.....	59
2.2.3.2.1	Situace ve státním sektoru.....	60
2.2.3.2.2	Situace v soukromém sektoru	63
2.2.3.3	Komunikace se zahraničními pacienty	67
2.2.3.3.1	Situace ve státním sektoru.....	67
2.2.3.3.2	Situace v soukromém sektoru	76
2.2.3.3.3	Analýza závislosti vybraných faktorů a interpretace	84
2.2.3.4	Hodnocení aktuálního stavu, názor na využití tlumočnicků	86
2.2.3.4.1	Situace ve státním sektoru.....	87
2.2.3.4.2	Situace v soukromém sektoru	96
2.2.3.4.3	Kontext zdravotní péče a vnímání změn souvisejících se vstupem do EU – analýza závislosti a interpretace.....	101
2.2.4	Závěry	103
2.2.4.1	Závěry dotazníkového šetření.....	103
2.2.4.2	Shrnutí statistických závěrů.....	105
2.3	Doporučení pro praxi	106
3	Seznam použité literatury a elektronické zdroje	109
4	Přílohy.....	115

0 Úvod

Tato diplomová práce má povahu teoreticko-empirické studie. Teoretická část je zaměřena na představení stěžejních domácích i zahraničních studií věnovaných problematice tlumočení ve zdravotnictví, stručnému zmapování současného stavu v oblasti poskytování zdravotnických služeb cizincům v České republice a analýze specifík tlumočnické situace ve zdravotnickém kontextu.

Empirická část sestává z popisu hypotéz a metodiky výzkumu realizovaného ve vybraných pražských nemocnicích a analýzy sebraných dat. Pozornost je zaměřena zejména na srovnání situace ve státním a soukromém sektoru; mezi zkoumané aspekty patří především jazyková vybavenost nemocničního personálu, výskyt zahraničních pacientů a strategie při komunikaci se zahraniční klientelou. Součástí empirické analýzy je rovněž statistické zpracování. Prostřednictvím tohoto zpracování bylo možné sledovat, zda mezi jednotlivými faktory existují vztahy závislosti, a případně určit jejich sílu.

Hlavním cílem této práce je popsat současnou situaci v oblasti zajišťování komunikace se zahraničními pacienty v Praze a vymezit, do jaké míry jsou vnímání této situace a názor na kvalitu komunikace podmíněny konkrétními faktory – pracovní pozicí respondenta (např. *Liší se názor lékaře a zdravotní sestry?*), jeho individuální jazykovou vybaveností, kontextem státního / soukromého zdravotnického zařízení, a dalšími.

1 Teoretická část

1.1 Tlumočení ve zdravotnictví – současný stav výzkumu ve světě a v České republice

Tlumočení ve zdravotnictví představuje jeden z nejčastějších typů komunitního tlumočení. I přes význam, který je disciplíně komunitního tlumočení přikládán v současné době, zůstával tento specifický druh tlumočení v rámci výzkumu dlouho opomíjen – bývalo na něj pohlíženo jako na okrajový způsob zprostředkování mezikulturní komunikace, kdy hlavní pozornost byla věnována tlumočení konferenčnímu.

Bádání v oblasti komunitního tlumočení v evropských zemích mělo přímou souvislost s historickou zkušeností daného státu s přistěhovalci a po dlouhou dobu bylo vnímáno jako jeden z nástrojů přistěhovaleckých politik (Rudvin, Tomassini, in Valero-Garcés, Martin, 2008, s. 248). Jak se ukázalo, zdravotnická zařízení navíc hrála klíčovou roli při integraci imigrantů, uprchlíků a žadatelů o azyl do společnosti hostitelské země – s opuštěním asimilačního konceptu a přijetím integrace jakožto imigrační politiky vzrostla důležitost tlumočnicka, jenž má zprostředkovat nejenom komunikaci, ale také pomoci s pochopením odlišné kultury (Bischoff, Kurth, Henley, in *Interpreting*, vol. 14, n. 2, 2012). V současné době snahy četných studií směřují k tomu, aby komunitní tlumočení, respektive tlumočení ve zdravotnictví, přestalo být vnímáno jako služba, již mohou poskytovat ad hoc vybrané bilingvní osoby (tj. osoby, které neprošly předchozím tlumočnickým výcvikem), a stalo se zaměstnáním v pravém slova smyslu (Pöchhacker, in *Interpreting*, vol. 4, n. 1, 1999).

Počátky bádání v oboru tlumočení ve zdravotnictví spadají do poloviny 70. let 20. století, výzkumné práce z tohoto období se zaměřují zejména na kvalitu tlumočení a na výkon tlumočnicka. Jedna z nejranějších studií (Lang 1975) realizovaná ve dvou nemocnicích na Papui-Nové Guineji se zabývá tlumočnickým výkonem nemocničních ošetřovatelů, tlumočících mezi dvěma místními jazyky. Autor se věnuje zejména otázkám úplnosti a přesnosti převodu, vynecháváním, respektive přidáváním informací a komplexní roli zaměstnance–tlumočnicka (Pöchhacker 2006, s. 137). Podobný přístup jako Lang ve své studii zaujímá také Princeová (1986). Na základě rozboru audionahrávek tlumočených rozhovorů autorka vymezuje sedm typů

komunikačních problémů, z nichž tři podle jejího mínění vznikají v důsledku chování tlumočnicka. Mezi tyto problémy Princeová řadí poskytnutí odpovědi na místo přetlumočení otázky, neúplný převod informace, a dále převod nesprávný (Pöchhacker 2006, s. 137).

V počátečním období výzkumu se řada autorů věnuje analýze tlumočnické situace v kontextu psychiatrické péče. Kromě drobné studie ze 60. let (Bloom 1966) se tímto tématem zabývá výzkum Price (1975), realizovaný v nemocnicích na Novém Zélandu – za hlavní chyby vznikající při tlumočení autor považuje vynechané či naopak doplněné části výpovědi, zkreslení předávané informace apod. Ve Spojených státech amerických byl pilotním projektem v oblasti psychiatrie výzkum Marcose (1979), jenž přináší srovnání situací, kdy tlumočí bilingvní psychiatrická sestra, asistent sestry (neznalý oboru psychiatrie) a příbuzný pacienta; studie byla zaměřena zejména na převod klinicky relevantních informací. Autor zde dospívá ke zjištění, že při tlumočení dochází k významným a z klinického hlediska velmi podstatným zkreslením, a to nejvýrazněji v případě tlumočnicků – příbuzných pacienta. V průběhu 80. a zvláště 90. let na Marcosovy závěry navázalo několik vědců ve Spojených státech (Westermeyer 1990) i v ostatních zemích světa (Holzmann 1994; Drennan, Swartz 1999; Baxter, Cheng 1996; Leyer 1990; Tribe 1999).

Z nejvýznamnějších prací první poloviny 90. let, které na téma tlumočení ve zdravotnictví vznikají v rámci evropského regionu, stojí za zmínku zejména přínos Cecilie Wadensjöové, švédské badatelky v oblasti komunitního tlumočení – díky této autorce se hlavním tématem vědeckých studií stala role tlumočnicka zprostředkovávajícího komunikaci mezi pacientem a lékařem. Svou prací Wadensjöová navázala na Goffmanovy studie, v nichž kanadský sociolog definuje typologii tří základních rolí řečníka (Goffman 1979) a stanovuje participační rámec (Goffman 1981) jakožto komunikační situaci, v níž nejen mluvčí a posluchač, ale též adresát a náhodný posluchač zastávají určitou roli, která má přímou návaznost na obsah sdělení (Goffman 1981, s. 3). Tyto sociologické termíny Wadensjöová aplikovala na oblast translologie – ve svém výzkumu (1998) se zaměřuje na tlumočnický výkon a na roli profesionálních, švédským státem certifikovaných komunitních tlumočnicků; kromě nemocničních zařízení přitom mapuje také situaci na místních policejních stanicích. Na základě analýzy rozsáhlého korpusu rozhovorů tlumočených mezi švédštinou a ruštinou demonstruje, že funkce jazykového převodu informace je v daném kontextu zcela neoddělitelná od tlumočnickovy role

koordinátora celé interakce. Jak uvádí Pöchhacker (2004, s. 150), tato koordinační funkce se projevuje tím, že tlumočnick se nesoustřeďuje jen na samotný převod, ale do dynamiky rozhovoru rovněž aktivně zasahuje. Tlumočnickovy „vstupy“ přitom mohou být motivovány dvěma faktory: může se jednat o textově orientované vstupy (např. žádost o upřesnění informace), či o vstupy orientované na interakci (např. žádost o přerušlení toku řeči). Přínos Cecilie Wadensjöové spočívá především v tom, že se její výzkum stal základem řady studií, v nichž autoři analyzovali roli tlumočnicka v rámci zprostředkování komunikace mezi lékařem a pacientem (Drennan, Swartz 1999; Weiss, Stuker 1999; Leanza 2005; Hsieh 2006).

Od druhé poloviny 90. let se výzkum tlumočení ve zdravotnickém prostředí dostává do centra zájmu mnoha špičkových světových translatoLOGŮ. V současné době se bádání v této oblasti koncentruje do pěti hlavních center, a to do Spojených států amerických, Kanady, Austrálie, Itálie a Rakouska. Stěžejní studie, jež na toto téma vznikly v rámci jednotlivých regionů, čtenáři stručně přiblížíme na následujících stranách.

1.1.1 Spojené státy americké, Kanada, Austrálie

Jednou z nejvýznamnějších oblastí, v níž od raného období pozorujeme živý zájem o problematiku tlumočení ve zdravotnictví, jsou Spojené státy americké; těžištěm tamního výzkumu je kalifornská univerzita v San Diegu (San Diego State University). Nejvýraznější představitelkou této univerzity z hlediska tlumočení ve zdravotnictví je Claudia V. Angelelliová, autorka mnoha článků zabývajících se úkoly a komplexní rolí tlumočnicka v daném kontextu. Ve své disertační práci vycházející z dotazníkového šetření a intenzivní terénní práce se Angelelliová zaměřuje na to, jak sami tlumočnicki vnímají a hodnotí svou úlohu v komunikaci, a dochází k jednoznačnému závěru – tlumočnicki svou roli pocít'ují a charakterizují jako roli viditelného zprostředkovatele interakce (Pöchhacker 2004, s. 149). Problematika viditelnosti, respektive neviditelnosti tlumočnicka je klíčovým tématem výzkumu, v němž Angelelliová (in Brunette, Bastin, Hemlin, Clarke, 2003) zkoumala, jak své postavení při tlumočení ve zdravotnických zařízeních vnímají profesionální tlumočnicki z Kanady, Spojených států amerických a Mexika. Na základě

dotazníkového šetření, jehož se účastnili konferenční a soudní tlumočníci, tlumočníci ve zdravotnictví a osoby provozující tlumočení po telefonu (podmínkou nebylo tlumočnické vzdělání respondentů) zjišťovala, zda jsou tlumočníci v rámci komunikační situace „neviditelnými“ aktéry, jak tvrdily předchozí výzkumy v oblasti tlumočení, či se této interakce účastní „viditelně“. „Neviditelný“ tlumočník se přitom aktivně nezapojuje do konverzace, pouze ji převádí z jednoho jazyka do druhého, na druhé straně „viditelný“ tlumočník se na komunikační situaci přímo podílí a ovlivňuje ji. Claudia V. Angelelliová „viditelného“ tlumočníka popisuje jako zprostředkovatele komunikace, jenž se přiklání na jednu ze zúčastněných stran, navazuje vzájemnou důvěru a respekt, zprostředkovává nejenom sdělení, ale i emoce, vysvětluje odlišnou kulturu a stanovuje pravidla komunikační situace (id.). Vyhodnocení dotazníků dokázalo, že ani konferenční, ani soudní tlumočníci se nepovažují za „stroje“, které jen mechanicky převádějí sdělení z jednoho jazyka do druhého, ale vnímají svoji roli jakožto aktivního, a tudíž „viditelného“ účastníka komunikace. Jedním ze závěrů této studie, velmi relevantním z hlediska naší diplomové práce je to, že nejvíce „viditelně“ vnímají svoji roli právě tlumočníci ve zdravotnictví.

Americká výzkumnice zároveň upozorňuje na důležitý, avšak v rámci dosavadního výzkumu zcela přehlížený fakt, a to, že tlumočení neprobíhá ve vakuu, ale je součástí širšího sociálního kontextu. Angelelliová (in Valero-Garcés, Martin, 2008) definuje proces tlumočení ve zdravotnictví jako tzv. *interpreted communicative events* (ICEs). Tento proces je ovlivňován nejenom společenskými a kulturními normami a stereotypy, ale i osobními charakteristikami všech účastníků komunikačního aktu (gender, rasa, etnicita či socioekonomický status), tlumočníka nevyjímaje. Pozoruhodná je též autorčina studie (in Baraldi, Gavioli, 2012) věnovaná problematice rozdílného vnímání bolesti v rámci různých komunit, zejména poté potíží, jímž právě tlumočníci při popisu bolesti a vyjádření její intenzity mnohdy čelí.

Z dalších amerických translatologů, kteří se věnují otázkám tlumočení ve zdravotnictví, lze zmínit např. Bretta Rosensberga či Brada Davidsona.

Zaměříme-li svou pozornost na oblast Kanady, zkoumanou problematikou se zabývá např. Danielle-Claude Bélangerová působící na quebecké univerzitě v Montrealu (Université du Québec à Montréal) či Sarah Bowenová a Joseph M. Kaufert z univerzity v Manitobě (University of Manitoba). Pozornost Bélangerové (in Brunette, Bastin, Hemlin, Clarke, 2003) se soustřeďuje zejména na problematiku

tlumočení mezi francouzštinou a quebeckým znakovým jazykem; translátologové z Manitoby se zaměřují na ekonomické aspekty problematiky tlumočení ve zdravotnictví a vyhodnocují náklady a zisky spojené s realizací programů na zajištění tlumočnicků. Kaufert se zabývá rovněž tématem role tlumočnicka ve zdravotnických službách a otázkou dodržování etických standardů při výkonu této profese.

Pokud jde o situaci v australské translátologii, tématu tlumočení ve zdravotnických službách se věnuje např. Helen Tebbleová. Australská badatelka zdůrazňuje význam vlivu lékaře na pacienta, a to i v rámci komunikace zprostředkované tlumočnickem. Dochází ke zjištění, že právě tlumočnick ve velké míře rozhoduje o tom, zda pacient přistoupí na lékařem navrhovanou léčbu, či nikoliv. Tuto hypotézu potvrdila na základě vyhodnocení nahrávek třinácti lékařských konzultací, v nichž profesionální tlumočníci zprostředkovávali komunikaci mezi pacienty a lékaři různých specializací (onkologie, nefrologie, neurologie, psychiatrie, angiologie a kardiologie). Tebbleová zároveň tvrdí, že lékařské vyšetření je typem diskurzu, při němž je komunikace mezi dvěma osobami zprostředkovávána tlumočnickem (jehož úlohou je naslouchat, pochopit a předat informaci) a jenž probíhá v rámci určitého sociokulturního prostředí. Pozornost zaměřila nejenom na diskurz samotný, ale též na metajazykové stránky tlumočení, psycholingvistickou, neurolingvistickou a sociokulturní složku (in *The Translator*, vol. 5, n. 2, 1999).

Kromě problematiky diskurzu se Tebbleová zabývá také otázkou kulturní mediace – schopnost překonávat kulturní odlišnosti považuje za klíčovou složku tlumočnickovy identity (Pöchhacker 2004, s. 148). Pro úplnost uvedme, že pozornost této australské autorky se zaměřuje rovněž na otázky vzdělávání, a to zejména na vzdělávání lékařů za účelem efektivní spolupráce s tlumočníky.

1.1.2 Itálie

Přesuneme-li nyní svou pozornost na evropský kontinent, intenzivní výzkumnou činnost v této disciplíně zaznamenáváme zejména v Itálii a v Rakousku. Mezi nejdůležitější italská střediska patří Boloňská univerzita (Università di Bologna) a Univerzita v Modeně (Università di Modena e Reggio Emilia).

Díky své geografické poloze má Itálie velmi bohatou zkušenost s imigranty – jakožto stát situovaný na samé hranici Evropské unie je tato středomořská země domovem řady přistěhovalců, kteří si ještě neosvojili hostitelský jazyk, a je tedy třeba jim zprostředkovat komunikaci s úřady, nemocničními zařízeními apod. Právě z tohoto důvodu se v italské translatoologii vyvinula terminologie odlišná od té, již používají západní translatoologové. V oblasti tlumočení ve zdravotnictví italští badatelé podtrhují mediační funkci tlumočnicka, hovoří o roli mezi/kulturního mediátora (*mediatore culturale/interculturale*), jazykového mediátora (*mediatore linguistico*) a konečně také jazykově-kulturního mediátora (*mediatore linguistico-culturale*).

Jak popisují italské translatoložky Mette Rudvinová a Elena Tomassiniová z Università di Bologna, potřeba zprostředkovávat jazykovou a kulturní komunikaci mezi úřady a migranty se v Itálii objevila na počátku 70. a 80. let minulého století – zpočátku ji prostřednictvím organizace Caritas zajišťovala katolická církev či lokální politická uskupení. Obecným názorem totiž v tomto období bylo, že přistěhovalectví představuje dočasný fenomén, který nepotřebuje institucionální zakotvení. S postupem času se však povaha migrantů změnila, již se nejednalo pouze o uprchlíky ze zemí zasažených válkou, či o obyvatele bývalých afrických kolonií, novou vlnu představovali ekonomičtí migranti, kteří do Evropy směřovali za zlepšením své socioekonomické situace. V Itálii, podobně jako například ve Velké Británii, zvítězila politika multikulturalismu – veškeré snahy byly tudíž orientovány k tomu, aby se podařilo překonat kulturní rozdíly mezi přistěhovalci a obyvateli hostitelské země. Nástrojem této integrace se přitom stal právě mediátor, od něhož se očekávalo, že bude aktivním aktérem v komunikační situaci, a jako takový bude předcházet nedorozuměním či kulturním konfliktům. Mediátor je tedy určitým spojujícím článkem mezi oběma kulturami, disponujícím velkou odpovědností – kromě výše zmíněného je jeho posláním vytvořit kulturně-kognitivní rámec, díky němuž bude docházet k vzájemnému pochopení mezi hostitelskou institucí v Itálii a přistěhovalcem (Rudvin, Tomassini, in Valero-Garcés, Martín, 2008, s. 247–249).

Třetí významnou autorkou působící na boloňské univerzitě je Daniela Zorziová. V jedné ze svých stěžejních studií (in Baraldi, Gavioli, 2012) tato badatelka zkoumá, jakým způsobem se utváří identita tlumočnicka a jaké sociální funkce může komunitní tlumočnick v oblasti zdravotní péče zastávat. Na základě analýzy konkrétního typu promluv, ke kterým v rámci tlumočnické situace dochází –

sekvencí, v nichž lékař vyjadřuje hodnotící stanovisko nebo určitým způsobem kriticky reflektuje chování pacienta – autorka vymezuje tři druhy „provizorních identit“ (*provisional identities*), jež může tlumočnick v závislosti na potřebách konkrétní situace aktivovat: roli „pomocného diagnostika“ (*co-diagnostician*), roli „kulturního zprostředkovatele“ (*cultural broker*) a roli „spoluorganizátora“ (*co-organiser*) interakce.

Pokud jde o univerzitu v Modeně, problematikou tlumočení ve zdravotnictví se zabývají především Claudio Baraldi, Laura Gavioliová a Frederico Farini; stejně jako u výše zmíněných boloňských translatoologů se tito autoři zaměřují především na otázky mezikulturní mediace. Baraldi a Gavioliová ve svých nejnovějších studiích shrnují způsoby, jakými tlumočnick/mediátor zasahuje do interakce, a analyzují důsledky těchto zásahů na zapojení ostatních účastníků; důraz je kladen také na koordinační funkci tlumočnicka/mediátora. Koordinací rozhovoru mezi lékařem a pacientem se zabývá rovněž Farini; ve svém článku (in *The Interpreter's Newsletter*, vol. 17, 2012) na toto téma zkoumá, do jaké míry může tlumočnick umocnit „hlas pacienta“ či naopak podpořit přizpůsobení se pacienta „hlasu medicíny“.

1.1.3 Rakousko

Nejvýznamnějším rakouským badatelem v oblasti tlumočení ve zdravotnictví a zcela klíčovou postavou celé zastřešující disciplíny komunitního tlumočení je Franz Pöchhacker. I přesto, že tlumočení ve zdravotnictví není v Rakousku rozsáhlým fenoménem, jelikož se nejedná o stát se silným zastoupením minorit¹, u tohoto badatele pozorujeme živý zájem o danou problematiku; Pöchhacker je autorem řady studií mapujících vývoj disciplíny, stejně jako mnoha empirických výzkumů.

Ve své studii *Research and methodology in healthcare interpreting* (2006) podtrhuje interdisciplinární povahu disciplíny tlumočení ve zdravotnictví a vyzdvihuje různé přístupy badatelů v tomto ohledu (zaměřuje se na vývoj v oblasti ošetřovatelství, psychiatrie, obecné medicíny, přínos lingvistiky, sociálních a

¹ Na konci minulého století tvořily menšiny pouhých 5 % rakouského obyvatelstva, těmito minoritami byli přistěhovalci z bývalé Jugoslávské federace, Turecka, Bosny a Hercegoviny a Chorvatska; největší počet menšinového obyvatelstva se přitom koncentroval v téměř dvoumilionové Vídni (Pöchhacker 1997, s. 217)

komunikačních studií, translatologie, apod.). Pöchhacker navíc přináší definici některých základních témat tohoto výzkumu, zejména produktu tlumočení a tlumočnického výkonu, charakterizuje metody využívané v rámci tlumočení ve zdravotnictví (ať už ze strany lékaře či ze strany tlumočnicků), a to včetně jejich vlivu na kvalitu poskytované péče. V závěru této studie Pöchhacker dokumentuje pestrost metodologie, již badatelé používají při výzkumu v této oblasti.

Nejvýraznějším přínosem tohoto autora na poli tlumočení ve zdravotnictví je bezpochyby rozsáhlý projekt Vídeň – zdravé město. Jak uvádí Kousalová (2013), v rámci šetření realizovaného ve dvanácti vídeňských nemocnicích, Pöchhacker oslovil celkem 765 zaměstnanců, jichž se v sedmistránkovém formuláři dotazoval na nejrůznější aspekty komunikace s cizojazyčnými pacienty. Po vyhodnocení výsledků dospěl ke zjištění, že tlumočení v naprosté většině případů zajišťují „ad hoc“ tlumočníci, a to nejčastěji příbuzní pacienta či úklidový personál. Na otázku, jaký by byl podle jejich názoru optimální nástroj k překonání komunikační bariéry mezi personálem a pacientem, přitom většina respondentů odpověděla, že nejvhodnějším řešením by bylo zřízení tlumočnické služby v nemocnici. Z toho vyplývá, že i laici jsou si nedostatků v komunikaci se zahraničními pacienty vědomi a uvítali by zkvalitnění těchto služeb (Kousalová 2013). Jak Kousalová dále připomíná, součástí projektu byla rovněž případová studie založená na rozboru videozáznamů dvou vyšetření, v nichž komunikace probíhá přes jazykového prostředníka – v prvním případě tlumočil příbuzný pacienta, ve druhém zaměstnankyně nemocničního úklidového personálu. Po analýze obou výkonů Pöchhacker shledal, že v těchto situacích dochází k naprosto zásadním lingvistickým a kulturním odchylkám, jež mohou potenciálně vést k závažným důsledkům v pacientově léčbě. Jak Kousalová dodává, tento závěr významným způsobem nbourává zažitě představy o tom, že v podstatě jakákoli osoba ovládající dva jazyky je schopna mezi nimi tlumočit. Sám Pöchhacker uvedenou studií poukazuje na skutečnost, že i v případě na první pohled běžných vyšetření hrozí velké nebezpečí stanovení nesprávné diagnózy a následné nevhodné léčby.

Detailní přehled o výzkumné činnosti tohoto významného rakouského badatele přináší diplomová práce/monografie Karolíny Kousalové (2013).

Univerzitní pracoviště v Itálii a v Rakousku představují největší badatelská centra zabývající se problematikou tlumočení ve zdravotnictví, bylo by však

nesprávné domnívat se, že jinde v Evropě k výzkumu v této oblasti nedochází. Za zmínku stojí například případová studie Anny Martinové a Isabely Abril Martíové (in Valero-Garcés, Martin, 2008) z výzkumné skupiny GRETI na Univerzitě v Granadě, v níž se autorky na základě dotazníkové metody snaží definovat status quo tlumočnicků ve španělských nemocnicích, na policii či ve školách, a popsat, jak svou roli vnímají samotní tlumočníci. Z výsledků studie vyplývá, že tlumočení ve zdravotnických zařízeních ve Španělsku zajišťují ad hoc tlumočníci, kteří většinou nemají tlumočnickou kvalifikaci – tuto činnost nevykonávají jako své hlavní zaměstnání, ale spíše jako aktivitu dobrovolnickou či službu společnosti; sami tlumočníci se přitom nesnaží pouze zprostředkovat sdělení mezi různými jazyky, ale též přiblížit odlišné kultury. V závěru studie poté autorky zdůrazňují nutnost zaměstnávat tlumočníky, kteří prošli tlumočnickým tréninkem. K tomuto stanovisku se připojuje i práce Carmen Valero-Garcésové (in Valero-Garcés, Martin, 2008) z výzkumné skupiny FITISPos na Univerzitě v Alcalá, jež na základě analýzy obsáhlého korpusu potvrzuje efektivitu tlumočnického tréninku při tlumočení v tomto kontextu.

Z autorů pocházejících ze zemí postkomunistického bloku můžeme jmenovat Malgorzatu Tryukovou z Univerzity ve Varšavě, mapující situaci komunitního tlumočení v Polsku. Tato translatoložka (in *The Interpreter's Newsletter*, vol. 17, 2012) poukazuje na „začarovaný kruh“ při poskytování tlumočnických služeb v nemocnicích, kdy lékaři nevyhledávají přítomnost profesionálních tlumočnicků, jelikož s nimi mají špatné zkušenosti (zejména při tlumočení odborné zdravotnické terminologie). Tato nedůvěra v komunitní tlumočení pak představuje hlavní překážku ve snaze prosadit tlumočnický trénink ve výše zmíněné oblasti na akademické půdě. Obdobnou situaci popisuje i případová studie slovinských autorů (Morel, Gorjanc, Pokorn, in *The Interpreter's Newsletter*, vol. 17, 2012) z Univerzity v Ljubljani, v níž badatelé analyzují stav tlumočení ve zdravotnictví ve své zemi. Tímto svým výzkumem autoři připravují půdu pro spuštění rozsáhlého projektu realizovaného pod záštitou Ústavu slovanských studií, Univerzitní nemocnice a Univerzitního psychiatrického ústavu v Ljubljani – cílem tohoto projektu je připravit studijní materiál a otevřít odpovídající studijní obor, a tím přispět k celkovému zlepšení poskytovaných služeb v rámci tlumočení ve zdravotnictví.

1.1.4 Česká republika

Na domácí půdě se problematice tlumočení ve zdravotnictví dosud systematicky nevěnovala žádná studie, o některých jejích aspektech však pojednávají závěrečné práce Terezy Janáčkové (2012), Dity Kotašové (2008) a Michaely Perníkové (2012).

Janáčková se ve své případové studii zabývá problematikou tlumočení a cizojazyčné komunikace ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Na základě dotazníkového šetření a strukturovaných rozhovorů se zaměstnanci nemocnice autorka vymezuje čtyři hlavní postupy, které nemocnice k zajištění vícejazyčné komunikace využívá (tlumočí doprovod, tlumočí zaměstnanec FN HK, tlumočí interní tlumočnick FN HK, tlumočí nezisková organizace / tlumočnická agentura). Výzkum Janáčkové je velmi cenný také díky tomu, že autorka ve své klasifikaci zohledňuje specifika jednotlivých tlumočnických situací – provádí analýzu této interakce v rámci běžných konzultací, předoperačních vyšetření, akutních příjmů, tlumočení po telefonu, tlumočení pro pacienty se sluchovým postižením atd.

Problematikou tlumočení ve zdravotnickém kontextu se ve své práci okrajově zabývá také Kotašová (2008). V rámci studie zaměřené na komunitní tlumočení pro státní správu ve styku s cizinci autorka oslovila pět pražských nemocnic a zjišťovala, jakým způsobem probíhá komunikace se zahraničními pacienty. Pozornost je věnována zejména tomu, zda konkrétní zdravotnické zařízení disponuje cizineckou recepcí, zda je personál schopen komunikovat v angličtině, popřípadě jaké je jeho další jazykové vybavení. Na základě provedeného dotazníkového šetření a po analýze informací poskytnutých odpovědnými pracovníky nemocnic Kotašová dospěla k závěru, že zástupci zdravotnických zařízení by jednoznačně uvítali zřízení kurzů pro komunitní tlumočnické a následné využití těchto tlumočnicků v daných zařízeních. Jak autorka dále podotýká, dotazovaní zaměstnanci v tomto ohledu často poukazovali na nutnost řešit finanční otázky, spojené se zřízením této tlumočnické služby v rámci nemocnic (Kotašová 2008, s. 65).

Závěrem této podkapitoly připomeňme, že problematice komunikace ve zdravotnických zařízeních se velmi stručně věnuje i výzkum Perníkové (2012), jež se v rámci své studie zaměřuje na využívání služeb tlumočení po telefonu.

1.2 Poskytování zdravotnických služeb cizincům – situace ve státním a soukromém sektoru v Praze

V následujícím oddíle naší práce se podrobněji zaměříme na některé konkrétní aspekty související s poskytováním zdravotní péče zahraničním klientům.

1.2.1 Mezinárodní dokumenty v péči o zdraví a jejich aplikace na systém zdravotní péče v České republice

Nejvýznamnější organizací zabývající se problematikou podpory zdraví na mezinárodní úrovni je Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation, dále WHO). V roce 1998 představila tato instituce *Světovou deklaraci zdraví*, v níž formuluje právo na zdraví jako jedno z nejzákladnějších práv člověka, a to bez rozdílu rasy, náboženství, politického přesvědčení, hospodářského a sociálního postavení; za zdraví svých obyvatel jsou přitom podle WHO odpovědny vlády příslušných států. Právě *Světová deklarace zdraví* tvoří metodický základ, z něhož vychází koncepce zdravotní péče o cizince v České republice, stejně jako koncepce celé řady zdravotních programů, usilujících o dosažení plného zdravotního potenciálu pro všechny v 21. století (Ivanová 2005, s. 88–89).

Programy na podporu zdravotní péče vznikají v rámci WHO už od roku 1977, kdy byla na valném shromáždění této organizace vyhlášena celosvětová strategie *Zdraví pro všechny do roku 2000*. Prostřednictvím tohoto programu WHO formulovala svůj cíl na následující dvě desetiletí: „Všichni lidé na světě by měli dosáhnout do roku 2000 takové úrovně zdraví, která by jim dovolila vést společensky a ekonomicky plodný život.“ (Ivanová 2005, s. 89). V souladu s touto vizí WHO v roce 1978 reformulovala pojetí základní zdravotní péče a zároveň vyzvala vlády všech členských států, aby přizpůsobily svou národní zdravotní politiku, zejména pak, aby upevnily základní zdravotní péči jako součást národní zdravotní péče (Ivanová 2005, s. 89).

Také v současné době plní WHO funkci jakéhosi panelu, v rámci něhož dochází k analýze a k řešení zdravotnických problémů na mezinárodní úrovni. Mezi hlavní cíle organizace patří: napomáhat vládám nést odpovědnost za zdraví občanů,

posílit účast všech složek společenského života na realizaci zdravotnických programů, povzbudit aktivní účast veřejnosti na péči o zdraví (Ivanová 2005, s. 91–92).

Druhou z institucí, jež mají zásadní vliv na podobu a fungování českého systému zdravotní péče, je bezpochyby Evropská unie (dále EU). Jak uvádí Ivanová (2005, s. 92), Česká republika jakožto člen Evropské unie musí uplatňovat ve vztahu k cizincům principy, které přijala Evropská rada a jež mají zajistit integraci cizinců do společenství přijímající země. Evropská integrační politika přitom předpokládá nastolení rovného přístupu ke zdravotnictví, v důsledku čehož mají nově příchozí imigranti právo na zdravotní služby ve stejné kvalitě jako ostatní občané. Se vstupem České republiky do EU bylo nezbytné zkoordinovat vnitrostátní právní předpisy a pravidla v rámci celého systému sociálního a zdravotního zabezpečení, aby mezi jednotlivými členskými státy nedocházelo ke kolizi právních norem; při harmonizaci předpisů byl přitom kladen velký důraz na migraci osob, jejíž nárůst byl se vstupem do EU očekáván. Klíčovým dokumentem EU, jež měla Česká republika tímto způsobem implementovat do své legislativy, bylo nařízení Rady č. 1408/71 EEC a prováděcí nařízení 547/72 EEC. Podstata celé úpravy spočívala jednoduše v respektování zásady volného pohybu osob v rámci států EU, tj. jedné ze čtyř svobod, na nichž tato instituce stojí – v oblasti zdravotnických služeb se jednalo konkrétně o zachování práv, kterých migrující občan požívá ve státě, z něhož přichází a zároveň zaručení takového postavení migrující osoby (pracovníka), které nebude méně výhodné než postavení pracovníka zůstávajícího celý život ve své zemi. Tímto způsobem tedy v rámci společenství nedochází k ohrožení volného pohybu pracovních sil (Ivanová 2005, s. 92–93).

Z praktického hlediska vyplývá z uvedeného nařízení zejména skutečnost, že občané EU mohou čerpat zdravotnické služby na základě pojištění, které vzniklo v jiném členském státě s tím, že příslušné státy mezi sebou zajistí vypořádání nároků na úhradu poskytnuté péče. Vzhledem ke značné komplikovanosti a mnohým specifickým systémům sociálního zabezpečení v jednotlivých členských státech ponechává Unie státům možnost upravit vzájemné vztahy prostřednictvím bilaterálních smluv, je-li současně zajištěno dodržení podmínek určených v uvedených nařízeních (Knajflová 2001, s. 26–28, in Ivanová 2005, s. 94–95). Jen pro úplnost uveďme, že sociálním právům člověka, z nichž mimo jiné právu na ochranu zdraví a právu na sociální a lékařskou pomoc se detailně věnuje též *Evropská sociální charta*, jeden z pilířů ochrany lidských práv v členských zemích Rady Evropy a významný dokument z

hlediska rozvoje evropské sociální politiky.

Závěrem této podkapitoly telegraficky zmíníme další organizace, jež se spolu s WHO a EU zabývají problematikou migrace, respektive zdravotní péčí o cizince: *Mezinárodní organizace pro migraci* (IOM), *Mezinárodní společnost cestovní medicíny* (ISTM), *Mezinárodní organizace pro migraci a zdraví* (ICMH), *Rada Evropy* (CoE), *Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj* (OECD). (Ivanová 2005, s. 97)

1.2.2 Praha a cizinci

V letech, kdy probíhal výzkum, žilo na území hlavního města Prahy 162 715 (r. 2012), resp. 161 004 cizinců (r. 2013)². Cizinci se státním občanstvím země Evropské unie představovali v rámci prvního uvedeného období průměrně 27, 8 % z celkového počtu všech cizinců v Praze, ve druhém roce poté průměrně 30, 8 % cizinců v Praze³. Počet cizinců žijících v celé České republice činil pro srovnání v uvedených letech 438 076 (2012) a 441 536 (2013)⁴.

1.2.3 Cizinci v pražských nemocnicích a pojem „medical tourism“

Po stručném vhledu do demografické situace hlavního města se v této podkapitole blíže zaměříme na to, jaké konkrétní skupiny cizinců představují potenciální klientelu pražských nemocnic. Úvodem si ještě dovolíme zmínit klíčová statistická data: podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR bylo v roce 2012 v pražských nemocnicích ošetřeno celkem 43 521 cizinců⁵,

² <http://www.czso.cz/x/krajedata.nsf/oblast2/cizinci-xa>

³ <http://www.czso.cz/x/krajedata.nsf/oblast2/cizinci-xa>

⁴ [http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/t/9A003F3C19/\\$File/29002714_t1-04.pdf](http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/t/9A003F3C19/$File/29002714_t1-04.pdf)

⁵ publikace Čerpání zdravotní péče cizinci v roce 2012, <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/cerpani-zdravotni-pece-cizinci>

v následujícím roce se jejich počet nepatrně snížil, a to na 43 445⁶. Uvedená čísla vyjadřují výskyt zahraničních klientů souhrnně v rámci státního i soukromého sektoru; data týkající se rozložení pacientů v závislosti na příslušném sektoru bohužel nebylo možné dohledat.

Zahraníční klientelu pražských nemocnic, ať už státních či soukromých, představují vedle cizinců žijících v Praze zejména zahraniční turisté, pobývající v hlavním městě. V posledních letech rovněž nabývá na významu fenomén tzv. *medical tourism* (někdy též *health tourism*), zahrnující situace, kdy pacient-cizinec přicestuje do České republiky, respektive do Prahy, za účelem podrobení se lékařskému zákroku. Podle výzkumu realizovaného agenturou CzechTourism (2012) v rámci Integrovaného operačního programu s názvem „Rebranding a marketingová podpora příjezdového cestovního ruchu“, jenž je zároveň prvním výzkumem na téma *medical tourism* u nás, nejvíce zahraničních pacientů podstoupilo chirurgické výkony, následovaly zákroky z oblastí ortopedie, gynekologie, oční a kožní chirurgie, reprodukční medicíny, plastické a estetické chirurgie, neurologie a dalších (agentura CzechTourism 2012, s. 49). Jak vyplývá z grafu znázorňujícího zastoupení příslušných lékařských oborů podle krajů, z hlediska výskytu zahraničních turistů právě hlavní město naprosto drtivě poráží všechny ostatní regiony; snad pouze v oblasti bariatrické (chirurgické) léčby obezity a reprodukční medicíny Praze důstojně konkuruje kraj Jihomoravský, potažmo Brno (agentura CzechTourism 2012, Příloha č. 2, s. 88).

Z dotazníkového šetření, jež bylo provedeno v rámci uvedeného výzkumu, vyplývá, že nejvíce ošetřených pacientů-cizinců pocházelo z Německa (10 %), se shodným 8% zastoupením následovali pacienti z Ruska, Slovenska a Velké Británie, dále z Ukrajiny (6 %), Polska (6 %), Rakouska (5 %) a Vietnamu (5 %). (agentura CzechTourism 2012, s. 49)

V souvislosti s uvedeným výčtem je na místě zmínit jeden překvapivý a z našeho pohledu poněkud nešťastný aspekt této práce. Autoři totiž poznamenávají, že „Pacienti z některých výše uvedených zemí jako Slovensko, Ukrajina nebo Vietnam jsou z velké části cizinci dlouhodobě žijící v České republice,“ (agentura CzechTourism 2012, s. 53), z čehož vyplývá, že tato studie profilovaná jako první

⁶ publikace Čerpání zdravotní péče cizinci v roce 2013, <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/cerpani-zdravotni-pece-cizinci>

výzkum na téma *medical tourism* u nás nedokázala na základě dotazníkového šetření stanovit, jaký je reálný počet tzv. *medical turistů*, tj. že nedokázala odlišit pacienty-cizince dlouhodobě pobývajících v České republice, a ty, kteří jsou skutečnými *medical turisty* – tedy turisty, pro něž je lékařský zákrok samotným *raison d'être* jejich pobytu v naší zemi; označení *medical turista* používají autoři analýzy zcela indiferentně pro obě kategorie osob. Na druhou stranu, v důsledku tohoto nedostatku se pro nás daný výzkum stává z jistého úhlu pohledu zajímavějším; tím, že „pouze“ uvádí původ pacientů a jejich procentuální zastoupení ve zkoumaných zdravotnických zařízeních, získává stejný účel jako výzkum, na nějž je zaměřena tato diplomová práce. Díky této skutečnosti a vzhledem k časové blízkosti obou studií se pro nás výzkum agentury CzechTourism stává relevantním materiálem z hlediska možnosti porovnání výsledků.

Na závěr této podkapitoly krátce zmíníme hlavní důvody, které cizince a zahraniční pacienty motivují k volbě České republiky jakožto země, v níž se podrobí léčbě či lékařskému zákroku: 41 % klientů se rozhodlo na základě finančního hlediska, ve 35 % sehrála hlavní roli kvalita péče, v 18 % případů pacienty přesvědčily krátké čekací lhůty. V menší míře motivací klientů byla též dostupnost některých léčebných technik, akutní péče a návaznost na lázeňské zdroje (agentura CzechTourism 2012, s. 51).

1.3 Tlumočení ve zdravotnictví – specifika tlumočnické situace

Odborná literatura definuje tlumočení jakožto komunikační proces, jehož se účastní subjekt (jímž je „vysílatel“, „mluvčí“, případně „řečník“), objekt, jenž je představován „příjemcem“, „adresátem“ či „posluchačem“, a tlumočnick. Zatímco o řečníkovi, tlumočnickovi a posluchači se hovoří jako o tzv. subjektivních prvcích komunikačního aktu, ostatní faktory podílející se na komunikační situaci (situační kontext, typ projevu, pasivní versus aktivní forma řeči atd.) představují prvky objektivní, a jako takové se dají přesněji definovat a zkoumat (Čeňková 2008, s. 38).

Nejdůležitější složkou ovlivňující kvalitu a průběh tlumočení je situační kontext. Ten má vliv na všechny typy tlumočení, od konferenčního až po komunitní; správné uchopení situačního kontextu (zejména v případě tlumočení komunitního)

tlumočnickovi umožňuje vhodně aplikovat dostupné tlumočnické strategie (pravděpodobnostní prognózování, princip ekonomie, řečové komprese či dekomprese, vyčkávání, tzv. „chunking“ atd.), využívat suprasegmentální intonace a extralingvistických prostředků, a napomáhá tak k dosažení zamýšleného komunikačního efektu (Čeňková 2008, s. 38).

S nástupem komunitního tlumočení jakožto nového typu zprostředkované komunikace se objevuje také nový náhled na komunikační situaci a na význam situačního kontextu – v souvislosti s tím je redefinováno také postavení tlumočnicka. Do popředí se nově dostává téma role, již tlumočnick v rámci komunikační situace zastává, respektive představy a očekávání, které o jeho výkonu mají účastníci komunikace, a dále názor, s nímž k tlumočnickovi přistupuje společnost jako celek; zájem o tuto analýzu postavení tlumočnicka v rámci komunikační situace je patrný zejména ze studií týkajících se komunitního tlumočení, a tedy i tlumočení ve zdravotnictví.

Komunitní tlumočení (tlumočení ve zdravotnictví) představuje určitý druh dialogického (konsekutivního) tlumočení, které se odehrává nejčastěji mezi institucí určitého státu a osobami s nedostatečnou znalostí jazyka tohoto státu, jež se zde, ať již přechodně, či trvale vyskytují (imigranty, uprchlíky, žadatele o azyl apod.). Jak zdůrazňuje Čeňková, pro tlumočnicka je velice těžké zachovat si během své práce neutrální postoj, vzhledem k tomu, že zprostředkovává komunikaci mezi zástupci instituce (v našem případě zdravotníky) a osobami, které nejsou na přítomnost tlumočnicka zvyklé, a navíc se mnohdy ocitají ve velmi náročné životní situaci (Čeňková 2008, s. 17). I proto v některých státech, zejména v Itálii, došlo k posunu role tlumočnicka, který již nezastává pouze funkci zprostředkovatele sdělení z jednoho jazyka do druhého, ale je též sociokulturním mediátorem mezi pacientem a hostitelskou společností.

Dalším specifíkem tlumočnické situace ve zdravotnickém kontextu je povaha jazyků, z nichž a do kterých se tlumočí – velmi často se totiž jedná o exotické jazyky, pro něž je velmi těžké najít profesionální tlumočnicky, kteří prošli tlumočnickým tréninkem, či vůbec mají vysokoškolské vzdělání. Jejich úlohu tak často zastávají rodilí mluvčí, tzv. ad hoc tlumočnicki, ať se již jedná o příbuzné pacientů, pracovníky poskytující úklidové služby v nemocnici, případně o zaměstnance z řad zdravotníků.

1.3.1 Objektívni faktory tlumočnické situace

V rámci komunikační situace rozlišujeme individuální, tzv. subjektivní faktory, a dále prvky měřitelné, tedy objektivní. Pokud se podíváme na tlumočení obecně, objektivním faktorem je bezpochyby projev ve výchozím jazyce, zejména jeho lingvistické znaky, a dále extralingvistické vlastnosti konkrétní komunikační situace. Výchozí projev řečníka se vždy vyznačuje určitou mírou připravenosti, od připraveného a čteného projevu na konferencích při konferenčním tlumočení, po nepřipravenou výpověď při komunitním tlumočení či tlumočení ve zdravotnictví. V této souvislosti odborná literatura hovoří o produktivní a pasivní formě řeči, tedy o projevu nepřipraveném, do kterého do jisté míry zasahují i subjektivní charakteristiky řečníka (produktivní forma řeči), a o předem písemně připraveném projevu (pasivní forma řeči), jenž je o přídavné informace vyjádřené zvukovými prostředky ochuzen (intonace výpovědi je zploštěna, tempo je rychlejší, projev působí nepřirozeně atd.). (Čeňková 2008, s. 39–40)

Mezi další faktory ovlivňující příjem a analýzu výchozího sdělení patří akustická kvalita projevu a vizuální přístup k řečníkovi. Na tomto místě je třeba upozornit na rozdíl mezi simultánním tlumočením, jež je často poskytováno pomocí nejrůznější tlumočnické techniky usnadňující příjem řečnickova sdělení, a konsekutivním tlumočením „tváří v tvář“, kde kvalitu přenosu informace mohou narušovat vnější ruchy a šумы (Pöchhacker 2004, s. 127). I při simultánním tlumočení se tlumočnick nicméně může setkat s takovými akustickými podmínkami, které jsou pro jeho práci nedostačující a negativním způsobem ovlivňují kvalitu jeho tlumočnického výkonu. Za průkopníka výzkumu v této oblasti je označován britský badatel David Gerver (1971, 1974).

Dalším důležitým faktorem je vizuální stránka, tedy to, zda tlumočnick má či nemá přímý výhled na řečníka a na příjemce sdělení, a zda tedy může vnímat i jejich extrajazykové projevy (mimiku a gestiku). Ačkoli se osobně domníváme, že z hlediska samotných tlumočnicků představuje vizuální kontakt s řečníkem a posluchači důležitý faktor přispívající k jejich celkové jistotě během tlumočení, jenž jim umožňuje se maximálně koncentrovat na vlastní jazykový převod, empirický výzkum (Pöchhacker 2004, s. 128) dosud žádnou souvislost mezi kvalitou tlumočnického výkonu a dobrými vizuálními podmínkami neprokázal.

Tím se dostáváme k největšímu specifiku tlumočení ve zdravotnictví, a to k

situačnímu kontextu. Tlumočení v nemocničních zařízeních totiž vždy probíhá za více či méně stresujících okolností, kdy je situace mnohdy emočně velmi vypjatá – každé sdělení se tak vyznačuje specifickými metajazykovými vlastnostmi, které tlumočnick dokáže jen velmi obtížně verbalizovat. Zde máme na mysli například otázku vnímání bolesti, jež představuje subjektivní pocit každého z nás, objektivně se však jedná o běžný lékařský dotaz při zjišťování zdravotního stavu pacienta či během samotné léčby. Schopností tlumočnicka formulovat a s co nejmenším zkreslením předat vyjádření bolesti se zabýval výzkum americké badatelky Claudie V. Angelelliové (in Baraldi, Gavioli, 2012); autorka přitom vycházela z hypotézy, že bolest je v různých společnostech vnímána a popisována odlišně. Při své práci tedy tlumočnick musí čelit této překážce, jako pomocný nástroj mu přitom slouží tzv. numerická škála bolesti (*the Numeric Pain Rating Scale – NPRS*) – o užitečnosti této metody však Angelelliová polemizuje. Za hlavní problém, s nímž se tlumočnicki ve zdravotnických zařízeních setkávají, autorka považuje rozdílná očekávání a představy související se samotnou lékařskou péčí, a to u lékařů (zdravotnického personálu) na straně jedné a u pacientů na straně druhé. Pokud navíc vezmeme v potaz jazykovou a kulturní odlišnost společností, z nichž komunikační partneři pocházejí, je zcela pochopitelné, že v rámci této komunikační situace nezdědky dochází k nedorozumění. Jazyková komunita je totiž stejně jako kultura socio-lingvistickým celkem, a jako taková je definována jedinečnými rysy. Při lékařských konzultacích se tak může stát, že téma bolesti (její povaha, její intenzita) bude oběma stranami uchopeno zcela odlišně (Angelelli, in Baraldi, Gavioli, 2012, s. 252) – a právě do tohoto delikátního situačního kontextu vstupuje postava tlumočnicka, jehož úkol z výše zmíněných důvodů nespočívá v pouhém jazykovém převodu výchozího sdělení do cílového jazyka, ale zejména v propojení dvou odlišných kultur.

1.3.2 Subjektivní faktory tlumočnické situace

Tlumočnickou situaci dotvářejí vedle objektivních faktorů také individuální rysy jednotlivých účastníků. U tlumočnicka jsou tyto rysy do jisté míry vrozené, v případě profesionálních konferenčních tlumočnicků se nicméně dají osvojit v rámci speciálního tlumočnického výcviku. Tlumočení ve zdravotnictví v tomto ohledu

představuje výjimku – jak již bylo řečeno výše, tuto službu vykonávají ve většině případů ad hoc tlumočníci, tj. v tlumočnické disciplíně neproškolené bilingvní osoby, jimiž jsou nejčastěji příbuzní pacienta či zástupci zdravotnického personálu.

1.3.2.1 „Řečník“ – zdravotník

Jak zdůrazňuje odborná literatura (Čeňková 2008, Pöchhacker 2004), úspěšnost tlumočnické situace z velké části závisí na tom, jaká je osobnost samotného autora výchozího sdělení, tedy řečníka. Právě řečník rozhoduje o tom, jakým způsobem bude výchozí projev vystavěn, vybírá si téma a volí jazykové, stylistické a zvukové prostředky, které určují výslednou podobu jeho sdělení. Důležitou úlohu hraje také fakt, zda se řečník vyjadřuje ve své mateřštině, či ve světovém jazyce. Pokud totiž řečník příslušný cizí jazyk dostatečně neovládá, může docházet ke zkreslení již ve fázi produkce výchozího sdělení, což zásadním způsobem znesnadňuje práci tlumočnicka a do značné míry ohrožuje celkovou kvalitu jazykového převodu. Nahlížíme-li na tlumočení ve zdravotnictví jako na určitý druh mezikulturní a mezispolečenské mediace, je zřejmé, že výkon tlumočnicka může komplikovat i situace, kdy řečník do své promluvy vnáší svůj osobní idiolekt, popřípadě to, že používá dialektické výrazy či regionalismy (Čeňková 2008, s. 39).

Viděli jsme, že osobnost mluvčího významným způsobem ovlivňuje charakter celého komunikačního aktu – studie zaměřené na tlumočení ve zdravotnictví však úlohu řečníka, respektive lékaře či jiného zdravotníka, detailněji neanalyzují. V případě, že translatoologové zahrnují lékaře a jiné zástupce zdravotnického personálu do svých hypotéz, ptají se po reputaci, již mají tlumočníci ve zdravotnických zařízeních, a zjišťují, jaká je zkušenost zdravotníků, pokud jde o tlumočení ze strany profesionálních tlumočnicků. Jak ukázala studie Malgorzaty Tryukové (in *The Interpreter's Newsletter*, vol. 17, 2012), v Polsku se tlumočníci u lékařů velké oblibě netěší – je jim vyčítána nedostatečná znalost příslušné odborné terminologie a dále snaha zastoupit při lékařských vyšetřeních roli samotných lékařů. Respondenti podotýkali, že s tlumočnickými mají velice špatnou zkušenost, a proto je při interakci s osobou, s níž nesdílejí stejný komunikační kód, ani nevyhledávají. Autorka studie nicméně poznamenává, že tato nedůvěra zdravotníků je z velké části způsobena

nedostatečnou, či spíše nulovou, právní úpravou tlumočení ve zdravotnictví, a obecně celkovou neznalostí tlumočnické profese (in *The Interpreter's Newsletter*, vol. 17, 2012).

Zajímavý úhel pohledu v této souvislosti nabízí článek italské badatelky z Univerzity v Sienně, Laurie Andersonové (in Baraldi, Gavioli, 2012), která zkoumala, do jaké míry kvalitu tlumočení a úspěšnost komunikační situace ovlivňuje způsob, jakým lékař během vyšetření „přepíná“ (code-switching) z mateřského jazyka do jazyka pacienta. V zemích s určitou imigrační historií se totiž jedná o poměrně častý fenomén – k využití cizího jazyka přitom dochází i tehdy, je-li tlumočen „větší“ světový jazyk. V tomto svém výzkumu vycházejícím ze závěrů předchozích studií (Pym 1999, Mason 1999, Baker 2006) Andersonová sleduje 35 zprostředkovaných interakcí (kdy pacienti pocházeli z Ghany a Nigérie, jazykem mediace byla angličtina) na odděleních reprodukční medicíny v nemocnicích na severu Itálie a analyzuje užívání „cizího“ jazyka, a to podle několika kritérií: směru „přepínání“ (do italštiny, do angličtiny), autora „přepnutí“ (lékař, pacient, zdravotní sestra), typu takové změny (od pouhého slova, po celou výpověď), momentu, kdy k přepnutí do jiného jazyka došlo, a konečně také podle toho, jakou reakci v rámci komunikačního aktu tato situace vyvolala.

Andersonová dochází k závěru, že přepínání do cizího jazyka je z hlediska komunikace jednoznačně žádoucím jevem, a považuje jej za významný postup přispívající k celkové úspěšnosti komunikačního aktu. K tomu, aby lékař mohl správně diagnostikovat potíže pacienta a nastavit odpovídající léčbu, je totiž podle autorky zapotřebí vybudovat vzájemnou spolupráci mezi oběma stranami, čemuž právě přepínání mezi jazyky do značné míry napomáhá. Z výsledků studie vyplývá, že přepínání do jazyka hostitelské země, tedy do italštiny, je u pacientů zcela běžnou praxí a u ostatních účastníků komunikace je vnímáno zcela přirozeně; ani řečník, ani tlumočnick tento fakt nijak nekomentují. K použití italštiny se posluchači nejčastěji uchylují při odpovídání na otázky lékařů – často se přitom jedná o jednoslabičné či jednoslovné reakce (Anderson, in Baraldi, Gavioli, 2012, s. 143). Jazyk tlumočení (v experimentu jím byla angličtina) je naopak využíván zejména v případech, kdy lékaři chtějí urychlit celý proces vyšetření, zejména tehdy, kdy potřebují získat informace o příznacích a celkovém zdravotním stavu pacientů. Závěrem svého výzkumu Andersonová shrnuje, že přepínání mezi jazyky představuje zcela klíčový faktor mezijazykové komunikace, jenž zásadním způsobem ovlivňuje správné určení

diagnózy a nastavení odpovídající léčby (in Baraldi, Gavioli, 2012, s. 145).

1.3.2.2 „Posluchač“ – pacient

Druhým článkem námi zkoumané zprostředkované interakce je posluchač, tedy osoba, již je sdělení adresováno a jejíž informační základ a komunikační postoj tlumočnický zohledňuje během svých tlumočnických rozhodnutí v průběhu mezijazykového převodu; pro úspěšnost komunikačního aktu je přitom důležité i to, aby tlumočnický věnoval náležitou pozornost také extralingvistickým prvkům komunikační situace (Čeňková 2008, s. 44).

V případě tlumočení ve zdravotnictví je subjekt posluchače představován osobou pacienta. Jak jsme shledali výše, tento pacient se často nachází ve velmi složité životní situaci, a v nemocničním zařízení hledá pomoc a útěchu – jak doufá, právě díky návštěvě lékaře dojde k vyřešení problémů, s nimiž se potýká. V souvislosti s tím je zřejmé, že komunikace mezi lékařem a pacientem může být úspěšná pouze tehdy, panuje-li mezi partnery alespoň minimální náklonnost a především vzájemná důvěra.

Osobě posluchače-pacienta odborná literatura dosud nevěnovala větší pozornost – výjimkou je výzkum Bernda Meyera, zabývající se roli tlumočnicka při tlumočení mezi mluvčím a posluchačem, který do jisté míry ovládá jazyk mluvčího. Meyer (in Baraldi, Gavioli, 2012) ve své stati odporuje názoru předchozích výzkumníků, již hovořili o tom, že mezi mluvčím a posluchačem stojí jazyková bariéra, kterou může prolomit pouze tlumočnický (Wadensjö 1998, Bolden 2000) a naopak tvrdí, že tato bariéra je „propustná“, a to právě díky jazykovým znalostem posluchače. V této souvislosti je nicméně nutné podotknout, že v praxi tato situace nastává jen zcela ojediněle – jak vyplývá z celkového korpusu odborných článků a studií, které jsou analyzovány v teoretické části této závěrečné práce, subjekt posluchače ve zdravotnickém kontextu nejčastěji zastupují přistěhovalci z exotických oblastí, kteří zpravidla jazyk hostitelské země neovládají vůbec, nebo jen minimálně. Tyto osoby navíc mnohdy pocházejí ze zcela jiného kulturního či náboženského prostředí – z toho důvodu dochází i k rozšíření role tlumočnicka, který již v rámci komunikačního aktu neplní funkci pouhého „stroje“, zajišťujícího převod do cizího

jazyka, ale stává se viditelným aktérem, jehož úkolem není pouze zprostředkovat sdělení, ale také přemostit kulturní, společenské či náboženské rozdíly.

1.3.2.3 „Tlumočník“ – tlumočník

V případě, že řečník (zdravotník) a posluchač (pacient) nesdílejí stejný kód, komunikace mezi nimi by byla nemožná, pokud by se jí neúčastnil také tlumočník – ten se stává třetím článkem celé interakce, zastávajícím funkci jakéhosi „spojovníku“ mezi řečníkem a posluchačem. V souvislosti s tím, jak klíčovou roli v rámci komunikačního aktu zastává, je zcela nezbytné, aby tento tlumočník splňoval určitá kritéria a předpoklady. Kromě dokonalé znalosti pracovních jazyků je důležité, aby jazykový prostředník prošel určitým tlumočnickým výcvikem, díky němuž si osvojí odpovídající komunikační a tlumočnické dovednosti, seznámí se s tlumočnickými strategiemi, vytrénuje svou paměť a naučí se analyzovat výchozí sdělení. Pouhý bilingvismus tedy nestačí – profesionální tlumočník musí umět pracovat s celou škálou výrazových prostředků, uvědomuje si funkční a stylistickou hodnotu těchto prostředků, a teprve na základě jejich důkladné analýzy přistupuje k vlastnímu jazykovému převodu (Čeňková 2008, s. 42).

V případě komunitního tlumočení, respektive tlumočení ve zdravotnictví, je situace nicméně poněkud odlišná; jak jsme shledali, profesionální tlumočníci v lékařských zařízeních tlumočí pouze výjimečně, jejich úlohu nejčastěji zastávají *ad hoc* tlumočníci, především rodinní příslušníci pacienta a zdravotnický či úklidový personál. Pokud o konferenčních tlumočnících můžeme tvrdit, že jejich úkol spočívá v pouhém zprostředkování kontaktu mezi mluvčím a posluchačem, během něhož zaujímají neutrální pozici a pouze převádějí sdělení z jazyka A do jazyka B (např. Knapp-Potthoff, Knapp, 1985), v případě komunikace ve zdravotnictví tlumočníci z tohoto stínu vystupují a stávají se viditelnými a aktivními účastníky komunikační situace (Angelelli 2001). Při analýze příslušných studií shledáváme, že v zemích, kde má tlumočení ve zdravotnictví delší tradici, je úloha těchto tlumočnicků chápána širěji než ve státech, kde je tato disciplína zastoupena méně – v oblastech s určitou historií oboru tlumočení ve zdravotnictví tak již tyto osoby nejsou pouhými tlumočníky, ale jazykovými a kulturními mediátory, jejichž úkolem je nejenom zprostředkovat

jazykové sdělení, ale také přiblížit odlišné kultury a společenské normy (Rudvin, Tomassini, in Valero-Garcés, Martin, 2008).

Již na počátku 80. let 20. století označili Joseph Kaufert a William Koolage (1984) tlumočnický za kulturní zprostředkovatele (*cultural brokers*), již do značné míry překračují roli tlumočnicků a svým působením přemostují odlišné kultury, světové názory a životní zkušenosti. Jak vysvětlují Claire Penková a Jennifer Watermeyerová (in Baraldi, Gavioli, 2012, s. 270), role zprostředkovatele hraje důležitou úlohu především ve zdravotnictví – představy lékařů a pacientů, pokud jde o to, co konkrétně stojí za jejich bolestí či nemocí, se totiž často velice liší. Zatímco lékař na problematiku nahlíží z medicínského hlediska, posluchač pocházející z odlišného kulturního a náboženského prostředí za hlavní příčinu svého stavu mnohdy považuje zásah vyšší síly či rány osudu.

1.3.2.3.1 Role tlumočnicka

V souvislosti s výše řečeným můžeme tvrdit, že role tlumočnicka ve zdravotnickém kontextu je poměrně specifická – tlumočnick předává sdělení a zároveň také koordinuje dynamiku celé komunikační situace. Zatímco konferenční tlumočnick vystupuje v nestranné pozici, a proto při tlumočení vždy hovoří v první osobě, v případě komunitního tlumočení zastává též roli jakéhosi komunikačního pomocníka, což se projevuje tím, že objasňuje možná nedorozumění a kulturní a společenské odlišnosti. Z toho důvodu při tlumočení často používá i třetí osobu, jak ve svých výzkumech dokazují Knapp-Potthoffová a Knapp (1986) či Dorien Van De Mieroop (in *Interpreting*, vol. 14, n. 1, 2012).

V průběhu lékařských vyšetření tlumočnick komunikačním partnerům napomáhá ke správné diagnostice zdravotních komplikací pacienta a ke stanovení vhodné léčby (Davidson 1998). Jak prokázal výzkum Pöchlhacker a Kadricové (in *The Translator*, vol. 5, n. 2, 1999) analyzující roli úklidového personálu jakožto jazykových prostředníků lékařských vyšetření, tlumočnick v dané situaci nezřídka zastává také funkci poradce či asistenta.

Úlohou tlumočnicka ve zdravotnických zařízeních se však zabývají i další odborníci – nejvýznamnější koncepty role tlumočnicka čtenáři přiblížíme v

následujícím přehledu.

Vůbec nejranější klasifikaci role tlumočnicka ve zkoumaném kontextu přináší výše zmíněná studie Josefa Kauferta a Williama Koolage (1984), v níž autoři analyzují, jaké postavení mají původní obyvatelé Kanady. Tlumočníci podle jejich mínění splňují roli:

1. přímých jazykových tlumočnicků (*direct linguistic translators*);
2. kulturních zprostředkovatelů (*culture broker-informants*); tuto roli tlumočníci zastávají v situaci, kdy přibližují a vysvětlují kulturu a jazyk původních obyvatel lékařům v nemocnicích;
3. kulturních a biomedicínských zprostředkovatelů (*culture broker-biomedical interpreters*), kdy pacientovi objasňují nejrůznější otázky spojené s lidským tělem a zdravím; a konečně roli
4. pacientových obhájců (*patient advocates*), kdy zastupují zájmy pacienta, rodiny či zájmy určitého společenského celku.

Mírně odlišnou typologii role tlumočnicků ve zdravotnictví v roce 1999 představuje Gerard Drennan a jeho kolegové z jihoafrické univerzity (in *Transcultural Psychiatry*, vol. 36, n. 1, 1999). Tlumočníci podle jejich názoru zastávají roli:

1. jazykových odborníků (*language specialists*);
2. kulturních expertů (*culture specialists*);
3. zástupců pacienta (*patient advocates*) a oproti předchozímu rozdělení též
4. terapeutů (*institutional therapists*).

V návaznosti na toto své pojetí role tlumočnicka Drennan upozorňuje na potíže spojené se zastáváním či obhajováním pacienta, a dále zejména na nesnáze, v nichž se tlumočnick ocitá v důsledku odlišných očekávání ze strany pacientů a zástupců zdravotnické instituce.

Americká Národní rada pro tlumočení v oblasti zdravotnictví (*US National Council on Interpretation in Health Care NCIHC*) definuje roli tlumočnicků následovně (Bischoff, Kurth, Henley, in *Interpreting*, vol. 14, n. 1, s. 3, 2012):

1. tlumočnick jako prostředník (*the interpreter as conduit*);
2. tlumočnick jako zprostředkovatel kulturního a jazykového setkání v lékařském zařízení (*manager of the cross-cultural/cross-language mediated clinical encounter*);

3. tlumočník jakožto subjekt s rolí postupného zasahování a ovlivňování (*the incremental intervention role*); jak upozorňuje Beltran Avery (id.), při zprostředkované komunikaci je důraz kladen na jasnost a přesnost sdělení, a v souvislosti s tím je mnohdy nezbytné, aby tlumočník objasňoval kulturní odlišnosti, dovysvětloval nejasnosti a částečně také obhajoval pacienta, a to vždy s ohledem na zájmy jednotlivých účastníků i celého společenství.

Čtvrtou důležitou funkcí, již tlumočník v komunikaci zastává, je podle Americké Národní rady pro tlumočení v oblasti zdravotnictví funkce

4. tlumočnicka jakožto subjektu pevně zakořeněného ve své kulturně-jazykové komunitě (*the interpreter as embedded in his/her cultural-linguistic community*).

Se zajímavým pojetím role tlumočnicka přicházejí na konci 90.let 20. století švýcarské badatelky Weisssová a Strukerová (in *Sozial- und Präventivmedizin*, vol. 44, n. 6, 1999), jež tlumočnický považují za osoby poskytující:

1. překlad / jazykový převod (*translation*);
2. kulturní zprostředkování (*cultural mediation*);
3. asistenci či pomoc (*advocacy*), a na rozdíl od předcházejících autorů nově též
4. pomocného lékařského odborníka (*co-therapy*). Ačkoli o této tlumočnickové funkci náznakovitě hovoří již Drennan, v konceptu švýcarských translatoložek je role „pomocného lékařského odborníka“ či „terapeuta“ nepochybně chápána poněkud závažněji než u prvního z badatelů – jak autorky uvádějí, tuto funkci tlumočník získává ve chvíli, kdy je mezi ním a oběma partnery (pacientem a lékařem / zdravotníkem) již vybudována určitá vzájemná blízkost a intimita, v souvislosti s tím, že k jejich kontaktu dochází po delší dobu (např. několik měsíců). V daném případě jsme svědky toho, že tlumočník se začne v lékařské problematice orientovat, získává další a další potřebné informace, a to takové míry, že je v tomto ohledu schopen samostatně jednat (např. odpovídat na dotazy pacientů); to vše je nicméně podmíněno tím, že samotný lékař s tímto rozšířením tlumočnickovy role souhlasí a toto řešení více či méně podporuje.

Americká badatelka Claudia V. Angelelliová (2004) obohatila výzkum v oblasti tlumočení ve zdravotnictví o koncept viditelnosti tlumočnicka, jenž byl popsán v podkapitole 2.1, její pozornosti však neuniklo ani téma role tlumočnicka v tomto kontextu – ve své snaze přiblížit tuto roli autorka používá následující metafory:

1. tlumočník jako detektiv (*detective*), tedy osoba, jejíž úlohou je vyhledávat informace a s jejich pomocí vyřešit situaci;
2. tlumočník jako univerzální most (*multipurpose bridge*), který vytváří cestu od pacienta k lékaři a naopak;
3. tlumočník jako znalec diamantů (*the diamond connoisseur*), který vnímá informaci obsaženou v pacientově výpovědi jako hodnotu; a konečně
4. tlumočník jako horník (*the miner*), jenž se k důležité informaci musí dostat a „prokopat“ pomocí řady otázek podobně jako horník ke zlatu.

Závěrem tohoto oddílu čtenáři přiblížíme pojetí kanadského profesora Yvana Leanzý (in *Interpreting*, vol. 7, n. 2, 2005), jenž výzkum role tlumočnicka ve zdravotnictví významným způsobem obohatil díky tomu, že jako první a dosud jediný z autorů explicitně hovoří rovněž o integrační dimenzi tlumočnickovy role. Na základě šetření realizovaného na dětské klinice v Lausanne totiž dospěl ke zjištění, že kromě role jazykového zprostředkovatele (*linguistic agent*) a komunitního aktéra (*community agent*, jehož funkce se v hrubých obrysech shoduje s funkcí výše několikrát zmíněného kulturního zprostředkovatele) zastává tlumočník také dvě dosud neznámé funkce, a to roli integračního (*integration agent*) a systémového aktéra (*system agent*). V rámci své role integračního aktéra tlumočník přistěhovalcům vysvětluje a přibližuje otázky související s nejrůznějšími aspekty života v nové zemi a napomáhá tak jejich úspěšnému včlenění do hostitelské kultury a společnosti. Jakožto systémový aktér poté tlumočník plní rovněž roli nositele norem a hodnot této společnosti, a ve svém převodu je předává pacientovi.

2 Empirická část

2.1 Popis výzkumu

2.1.1 Hypotézy

Jak jsme předestřeli výše, empirická část této studie je zaměřena na analýzu současné situace z hlediska čtyř aspektů komunikace se zahraničními pacienty – na jazykovou vybavenost nemocničního personálu, výskyt zahraničních pacientů, vlastní komunikaci s těmito klienty a konečně na hodnocení stavu z pohledu různých skupin personálu. V souladu s touto strukturou nyní formulujeme základní a podružné hypotézy, z nichž náš výzkum vycházel.

Pokud jde o jazykovou vybavenost zaměstnanců, naší základní hypotézou je, že lékařský personál⁷ – a to ve státním i v soukromém sektoru – ovládá větší množství cizích jazyků než zdravotní sestry a zástupci jiných, nelékařských zdravotnických profesí. Tuto hypotézu vyslovujeme hned z několika důvodů: zaprvé předpokládáme, že budoucí lékaři (LP) se ve většině případů rekrutují z absolventů gymnázií, kde je obecně zajištěna kvalitnější výuka cizích jazyků než na zdravotnických školách, v nichž se vzdělává nelékařský zdravotnický personál⁸; dále se domníváme, že velké množství LP mělo zároveň příležitost se v jazykových dovednostech zdokonalit v rámci studijních či pracovních stáží během studia medicíny, případně po jeho ukončení. Při těchto studiích se lékaři rovněž dostávají do kontaktu s odbornými cizojazyčnými články, setkávají se se zahraničními studenty či odborníky, a podobně.

Zároveň jsme toho názoru – a tím prezentujeme svou druhou hypotézu v otázce jazykových dovedností – že v soukromém sektoru bude situace příznivější než ve státních zařízeních, jinými slovy, že personál privátních zařízení je lépe jazykově vybaven než zaměstnanci nemocnic státních.

Obě tyto hypotézy jsou podpořeny i naší dosavadní zkušeností s oběma kontexty, a to zejména reakcemi zástupců těchto sektorů, poté, co jsme jim s žádostí o spolupráci představili svůj výzkumný záměr. Z přístupu představitelů státních institucí bylo totiž možné jasně vyčíst, že jazykové schopnosti některých skupin

⁷ Dále pouze LP

⁸ Dále pouze NZP

personálu nejsou ideální, naproti tomu chování zástupců privátních institucí naznačovalo, že jsou svým způsobem hrdi na to, jakými jazykovými znalostmi disponuje jejich personál, a to napříč jednotlivými kategoriemi zaměstnanců.

Informace získané v rámci zmíněných rozhovorů částečně využijeme i při formulaci hypotéz týkajících se výskytu zahraničních pacientů v příslušných sektorech. V první řadě usuzujeme, že množství cizinců směřujících do privátních zařízení bude výrazně vyšší než v případě státních nemocnic. Tato hypotéza je v určitém slova smyslu jen druhou stranou mince naší domněnky týkající se jazykových dovedností – domníváme se totiž, že právě díky lepší jazykové vybavenosti personálu jsou soukromá zdravotnická zařízení na přijetí cizinců lépe připravena, a že velké množství těchto klientů bude tudíž preferovat jejich služby.

Druhá naše hypotéza v otázce výskytu cizinců se týká konkrétních jazykových skupin; očekáváme, že nejmasivněji zastoupeni budou pacienti hovořící anglicky, německy a rusky. Vedlejší hypotézou, podepřenou rozhovory s odpovědnými pracovníky nemocnic, je to, že se ve státním sektoru setkáme s relativně pozoruhodnými čísly pokud jde o mongolsky hovořící klientelu; téměř všichni tito pracovníci na zastoupení mongolských pacientů totiž v tom či onom ohledu upozorňovali (nejčastěji v souvislosti s problémy při komunikaci). Zároveň se domníváme, že naopak do rukou zaměstnanců soukromého sektoru bude směřovat značné množství rusky mluvících osob pobývajících v Praze, a to jednoduše z toho důvodu, že se často jedná o movité osoby, které si svým způsobem budou chtít dopřát „luxus“ péče v rámci privátních center.

Dalším zkoumaným faktorem je otázka samotné komunikace s cizinci. Základní, a velmi silnou hypotézou, již formulujeme v tomto ohledu je, že náš výzkum potvrdí, jak zásadní komplikací v komunikaci s cizinci představuje kulturní odlišnost obou účastníků; jsme tedy toho názoru, že bariéra mezi pacientem a zdravotníkem (popřípadě zaměstnancem zastávající administrativní funkci⁹) zdaleka není „pouze“ jazyková. Tato naše hypotéza souvisí zejména s tím, jak velkou pozornost kulturním otázkám a obecně problematice „mediace“ věnují teoretikové při analýze role tlumočnicka v tomto kontextu.

Druhotná hypotéza související s otázkami komunikace se týká problematických jazykových skupin – jak jsme již naznačili, předpokládáme, že jako

⁹ Dále pouze AP (administrativní personál)

z komunikačního hlediska problematičtí budou v rámci obou sektorů vnímání zejména mongolští pacienti, dále v tomto ohledu očekáváme masivní zastoupení Vietnamců, v menší míře též Francouzů, Španělů, a dalších. Co se týče jednotlivých způsobů dorozumění s cizinci, jsme toho názoru, že ve státních institucích bude převažovat komunikace v angličtině, spolu s výpomocí kolegů na oddělení, využití tlumočnicků bude podle našeho odhadu zmiňováno spíše okrajově. Pokud jde o soukromý sektor, očekáváme, že náš výzkum v tomto kontextu prokáže téměř monopolní postavení angličtiny, významnější zastoupení jiných způsobů dorozumění zde neočekáváme.

Přejdeme nyní k hypotézám týkajícím se hodnocení stávající situace. Vzhledem k výše řečenému očekáváme, že v soukromých zařízeních bude spokojenost zaměstnanců obecně vyšší než v případě personálu institucí státních. Z útržkovitých informací, které nám byly sděleny během hovorů se zástupci nemocnic, usuzujeme, že ve státním sektoru by jednoznačně uvítali pomoc tlumočnicků, stejně tak jako možnost jazykového vzdělání pro své zaměstnance – to, který z obou způsobů budou zaměstnanci preferovat, na tomto místě nedokážeme odhadnout. Naproti tomu v případě privátních nemocnic vše nasvědčuje tomu, že o potřebě zlepšit jazykovou úroveň personálu uslyšíme jen minimálně, a zřejmě ani prostor pro využití tlumočnicků nebude významný, vzhledem k tomu, jak relativně solidním jazykovým zázemím tato zařízení patrně již v tuto chvíli disponují.

2.1.2 Metodika

2.1.2.1 Metodika dotazníku

Pro účely této práce byly vytvořeny dva typy dotazníků – první dotazník pro lékařský a nelékařský zdravotnický personál, druhý dotazník pro administrativní personál.

Dotazník pro LP a NZP zahrnuje devatenáct otázek, z toho tři otázky uzavřené, pět otevřených a jedenáct polootevřených. V sedmi případech je otázka podmíněna konkrétní volbou v některé z předchozích otázek, někteří respondenti u

tohoto typu dotazníku tedy mohou vyplnit pouze otázek dvanáct.

V dotazníku určeném pro AP je ve srovnání s prvním typem dotazníku vynechána jedna uzavřená a jedna polootevřená otázka, tento dotazník tedy zahrnuje sedmnáct otázek.

Otázky v dotaznících byly formulovány s cílem popsat tyto aspekty vícejazyčné komunikace: jazykový profil zaměstnance (mateřský jazyk, schopnost komunikovat v cizím jazyce a případné využití tohoto jazyka při práci); výskyt zahraničních pacientů v daném zdravotnickém zařízení (frekvence výskytu, nejčastěji se vyskytující jazykové skupiny, konkrétní situace, v níž ke styku s těmito pacienty dochází); komunikace se zahraničními pacienty (nejproblematictější jazykové skupiny, způsob/y komunikace), hodnocení aktuálního stavu z hlediska zajišťování komunikace s cizinci (návrhy na zlepšení, názor na využití tlumočnicků, role tlumočnicka).

2.1.2.2 Metodika statistické analýzy

Pokud jde o statistickou analýzu vypracovanou pro účely této studie, veškerá metodika se řídí publikací *Analýza kategoriálních dat*¹⁰.

Pro analýzu byl využit program IBM SPSS Statistics 21 (Statistical Package for the Social Sciences).

2.1.2.2.1 Metodika – kategoriální proměnné

Námi realizovaný výzkum spadá do kategorie šetření z oblasti sociálních věd. Při analýze tohoto typu dotazníku se setkáváme s tzv. kategoriálními proměnnými. Kategorie jsou hodnoty znaku, respektive slovní nebo číselné proměnné, které jsou přiřazeny odpovědím respondenta. Kategorii, která je charakterizována statistickými znaky, může být:

- Národnost (česká, slovenská...)
- Úroveň vzdělání (základní, středoškolské, vysokoškolské)

¹⁰ ŘEZANKOVÁ, Hana. ANALÝZA KATEGORIÁLNÍCH DAT. *Analýza kategoriálních dat*. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2005, 99 s. ISBN 80-245-0926-1.

- Počet dětí (0, 1, 2)

Odpovědi respondentů tedy zaznamenáváme do tzv. kategoriálních proměnných. Určení kategorie (dle škály měření) je klíčové pro další analýzu dat, například pro určení závislosti mezi proměnnými. Dle klasifikace škál měření rozlišujeme následující kategoriální proměnné:

- Škála nominální – u jejíchž hodnot nelze určit pořadí
 - Nominální proměnná – typ profese, druh výrobku
- Škála ordinální – u jejíchž hodnot je možné určit pořadí, nelze však říct, zda je jedna hodnota větší než druhá
 - Ordinální (pořadová) proměnná – stupeň spokojenosti, dosažený stupeň vzdělání
- Škála intervalová – u jejíchž hodnot je možné určit, o kolik je jedna hodnota větší než druhá
 - Kvantitativní intervalová proměnná – počet dětí v rodině
- Škála poměrová – u jejíchž hodnot je možné určit, kolikrát je jedna hodnota větší než druhá
 - Kvantitativní poměrová proměnná – počet členů domácnosti

Pro účely našeho šetření budeme rozlišovat následující proměnné:

- Nominální:
 - Respondent hovoří/nehovoří cizím jazykem
 - Respondent pracuje ve státním/soukromém zdravotnickém zařízení
 - Pracovní pozice respondenta
 - Jazyková vybavenost respondenta
 - Vnímání změny v oblasti péče o zahraniční pacienty po vstupu do EU
 - Využití cizího jazyka při výkonu povolání respondenta
- Ordinální:
 - Spokojenost respondenta se zajišťováním komunikace s cizinci

2.1.2.2.2 Metodika – závislosti proměnných

Závislosti proměnných mohou být jednostranné nebo oboustranné. Pro naše účely budeme uvažovat pouze závislost jednostrannou.

Pro posouzení závislostí č. 2¹¹ a č. 5¹² (obě nominální proměnné) budeme používat chí-kvadrát test o nezávislosti. Testovaná hypotéza H_0 bude tedy hypotézou o nezávislosti. Tuto hypotézu testujeme oproti alternativní hypotéze H_1 : H_0 neplatí. Jako testovací kritérium použijeme Pearsonův koeficient. Sílu závislosti poté zhodnotíme za pomoci koeficientu Goodman-Kruskalovo tau. Tento koeficient nabývá hodnot z intervalu $\langle 0;1 \rangle$, přičemž hodnoty blízké nule značí slabou závislost, hodnoty blízké jedné naopak závislost silnou.

Speciálním případem chí-kvadrát testu o nezávislosti jsou tzv. čtyřpolní tabulky. Jedná se o tabulky typu 2×2 , obsahující dva sloupce a dva řádky. Tyto tabulky budeme používat pro závislosti č. 1¹³ a č. 4¹⁴. Existenci závislosti posoudíme Fischerovým exaktním testem; v případě, že se závislost prokáže, její sílu spočteme numericky dle tzv. procentního rozdílu:

$$\frac{n_{11}n_{22} - n_{12}n_{21}}{n_{11}n_{22} + n_{21}n_{12} + n_{11}n_{21} + n_{12}n_{22}},$$

kde první index značí řádek, zatímco druhý index označuje sloupec. Tento poměr nabývá hodnot z intervalu $\langle -1;1 \rangle$, přičemž hodnota 1 značí přímou závislost, hodnota -1 nepřímou závislost a hodnota 0 značí nezávislost.

Pro závislost č. 3¹⁵ použijeme analýzu rozptylu, tzv. ANOVA, což je závislost číselné (kvantitativní) proměnné na slovní (kategoriální) proměnné. Závislost posoudíme na základě Fischerova testu a sílu závislosti zhodnotíme koeficientem Eta. Tento koeficient nabývá hodnot z intervalu $\langle 0;1 \rangle$, přičemž hodnoty blízké nule značí slabou závislost a hodnoty blízké jedné závislost silnou.

Důležitým pojmem je hladina významnosti α . Hladina významnosti α vyjadřuje pravděpodobnost, že hypotézu H_0 zamítneme, i když platí. Obvykle se

¹¹ Závisí schopnost respondenta hovořit cizím jazykem na jeho pracovní pozici?

¹² Závisí to, zda respondent používá cizí jazyk, při výkonu své práce na jeho pracovní pozici?

¹³ Závisí schopnost respondenta hovořit cizím jazykem na tom, zda pracuje ve státním či soukromém zdravotnickém zařízení?

¹⁴ Závisí to, zda respondent pociťuje změny v oblasti péče o zahraniční pacienty po vstupu do EU na tom, zda pracuje ve státním / soukromém sektoru?

¹⁵ Závisí spokojenost respondenta se zajišťováním komunikace s cizinci v rámci jeho pracoviště na jeho vlastní jazykové vybavenosti?

stanovuje jako 0,05, tedy 5 %. Znamená to, že závěr dané hypotézy můžeme zamítnout / nezamítnout s pravděpodobností 95 %.

Závěrečné rozhodnutí o hypotéze probíhá následujícím způsobem:

- Je-li hodnota testu vyšší než zvolená hladina významnosti, hypotézu H_0 nezamítáme
- Je-li hodnota testu nižší než zvolená hladina významnosti, hypotézu H_1 zamítáme

Hladina významnosti α	Hodnota testu Sig. ¹⁶	Závěr
0,05	0,27	Nezamítáme H_0
0,05	0,003	Zamítáme H_0

2.2 Dotazníkové šetření

2.2.1 Organizace dotazníkového šetření

Dotazníkové šetření k této diplomové práci probíhalo od listopadu 2012 do června 2013.

S žádostí o distribuci dotazníků jsme oslovili přednosty, primáře či manažery pěti státních nemocnic a třidvaceti soukromých zdravotnických zařízení. Svolení k realizaci dotazníkového šetření jsme získali ve čtyřech státních nemocnicích (Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Institut klinické a experimentální medicíny, Nemocnice Na Homolce, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze) a čtyřech privátních zařízeních (Canadian Medical Care, Evropské centrum stomatologie, GENNET¹⁷ Centrum lékařské genetiky a reprodukční medicíny, Sanatorium PRONATAL¹⁸).

¹⁶ Hodnota Sig. je minimální hladina významnosti, od které zamítáme hypotézu H_0 .

¹⁷ dále pouze GENNET

¹⁸ dále pouze PRONATAL

2.2.2 Klasifikace respondentů

Primární klasifikace respondentů souvisí s existencí dvou typů dotazníku, dotazníku pro lékaře a ostatní zdravotníky na jedné straně, a dotazníku pro administrativní personál na straně druhé.

Jak již bylo řečeno výše, cílem našeho výzkumu bylo zjistit také to, zda dochází k rozdílu ve vnímání situace mezi jednotlivými skupinami zdravotníků. Naším záměrem bylo zejména určit, zda/do jaké míry se liší názory lékařů a ostatního zdravotnického personálu. Do kategorie *lékařského personálu* byly v zájmu větší přehlednosti zařazeny všechny lékařské pozice, tj. *vedoucí lékaři, primáři, lékaři na oddělení, sekundární lékaři, lékaři-stážisté* aj., včetně pozice *mediků* (ačkoli medik není doktorem medicíny, vystupuje v pozici lékaře, pro účely tohoto výzkumu je tedy klasifikován jako lékař). Všichni ostatní respondenti-zdravotníci byli začleněni do kategorie *nelékařského zdravotnického personálu*. Tato kategorie tedy zahrnuje *zdravotní sestry, zdravotnické asistenty, porodní asistentky*, ale také *terapeuty, dentální hygienisty / hygienistky, instrumentářky, zdravotnické záchranáře* aj. Pokud jde o respondenty z řad *administrativního personálu*, názor na téma vícejazyčné komunikace jsme získali od *koordinátorů / koordinátorek, analytiků, personalistů, dokumentátorů / dokumentátorek, sekretářek, asistentů / asistentek, recepčních, marketingových specialistů a pracovníků klientského centra*.

2.2.3 Výsledky dotazníkového šetření a diskuse

Při dotazníkové akci realizované v rámci této diplomové práce jsme získali celkem 199 dotazníků. Během zpracování dat byly dva dotazníky z výzkumu vyloučeny, a to z následujících důvodů: první z příslušných respondentů uvedl, že se zahraničními pacienty „nepřichází do pracovního kontaktu“, ve druhém případě bylo důvodem nezařazení dotazníku to, že odpovídající nesdělil svou pracovní pozici a nebylo tedy možné klasifikovat, do jaké kategorie respondentů spadá.

Soubor 197 dotazníků, na základě jehož zpracování nyní prezentujeme výsledky realizovaného šetření a následně formulujeme vlastní závěry, byl složen z těchto typů dotazníku:

Státní sektor	Celkem - 137 dotazníků		
	Lékařský personál	Nelékařský zdrav. personál	Administrativní personál
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (KPCL)	9	5	0
Institut klinické a experimentální medicíny	2	4	2
Nemocnice Na Homolce (<i>int. odd.</i>)	5	5	0
Všeobecná fakultní nemocnice (<i>oční odd., I.chir. JIP, ORL, KÚČOCH</i>)	40	60	5

Tab. 1 – Respondenti státních nemocnic

Použité zkratky:

KPCL – Klinika pracovního a cestovního lékařství, *int. odd.* – Interní oddělení, *I. chir.* – I. chirurgická klinika (klinika hrudní, břišní a úrazové chirurgie), ORL – Oddělení otorinolaryngologie, KÚČOCH – Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie)

Soukromý sektor	Celkem – 60 dotazníků		
	Lékařský personál	Nelékařský zdrav. personál	Administrativní personál
Canadian Medical Care	4	7	10
Evropské centrum stomatology	4	5	2
GENNET	0	11	0
PRONATAL	6	4	7

Tab. 2 – Respondenti soukromých zdravotnických zařízení

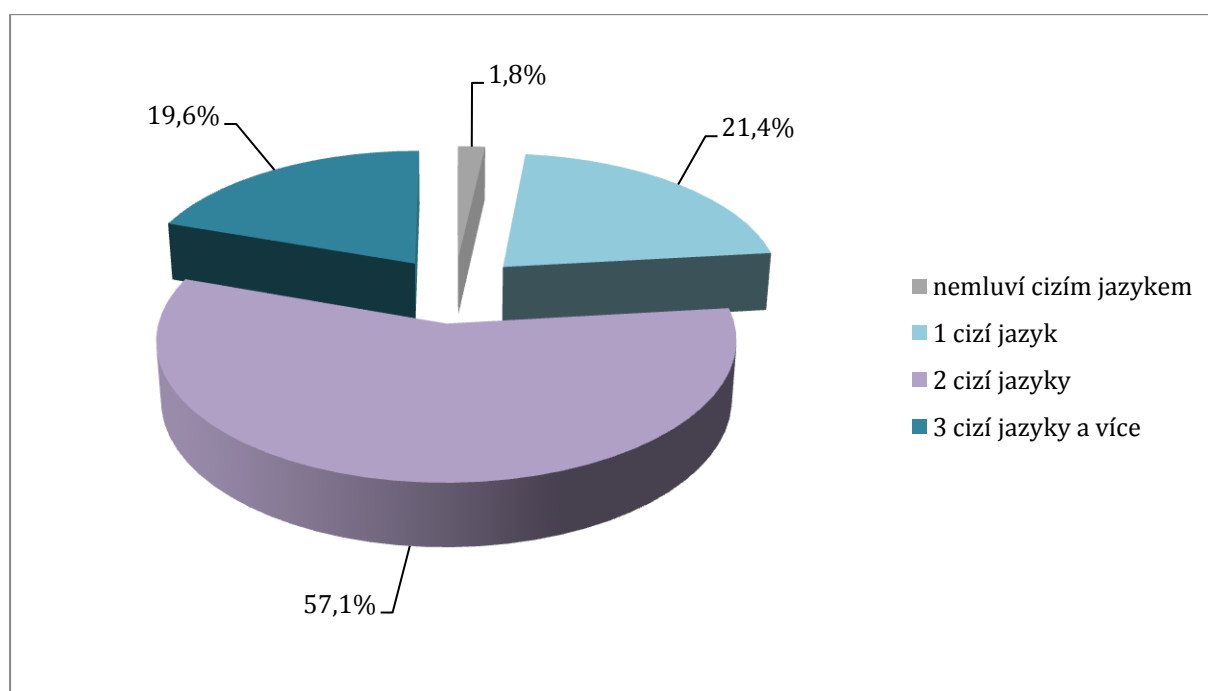
V následujících podkapitolách přejdeme k samotné analýze výsledků šetření; naše pozornost se postupně zaměří na čtyři klíčové aspekty vícejazyčné komunikace

v nemocnicích, a to na jazykovou vybavenost personálu, frekvenci výskytu cizinců, komunikaci s těmito pacienty a závěrem na hodnocení současné situace z pohledu různých skupin zdravotnického personálu. Aniž bychom chtěli zpochybnit význam této práce, jsme si vědomi toho, že pracujeme pouze s omezeným vzorkem respondentů – náš výzkum tedy považujeme spíše za případovou studii, nikoli za obecný přehled situace v pražských nemocnicích.

2.2.3.1 Jazyková vybavenost nemocničního personálu ^{19 20}

2.2.3.1.1 Situace ve státním sektoru

Jak je uvedeno již v předcházejícím oddíle této práce, první skupina námi analyzovaných osob je složena ze zástupců lékařských profesí (znovu podotýkáme, že zahrnuta je i kategorie mediků). Podívejme se tedy nyní na to, do jaké míry tito respondenti hovoří cizími jazyky,

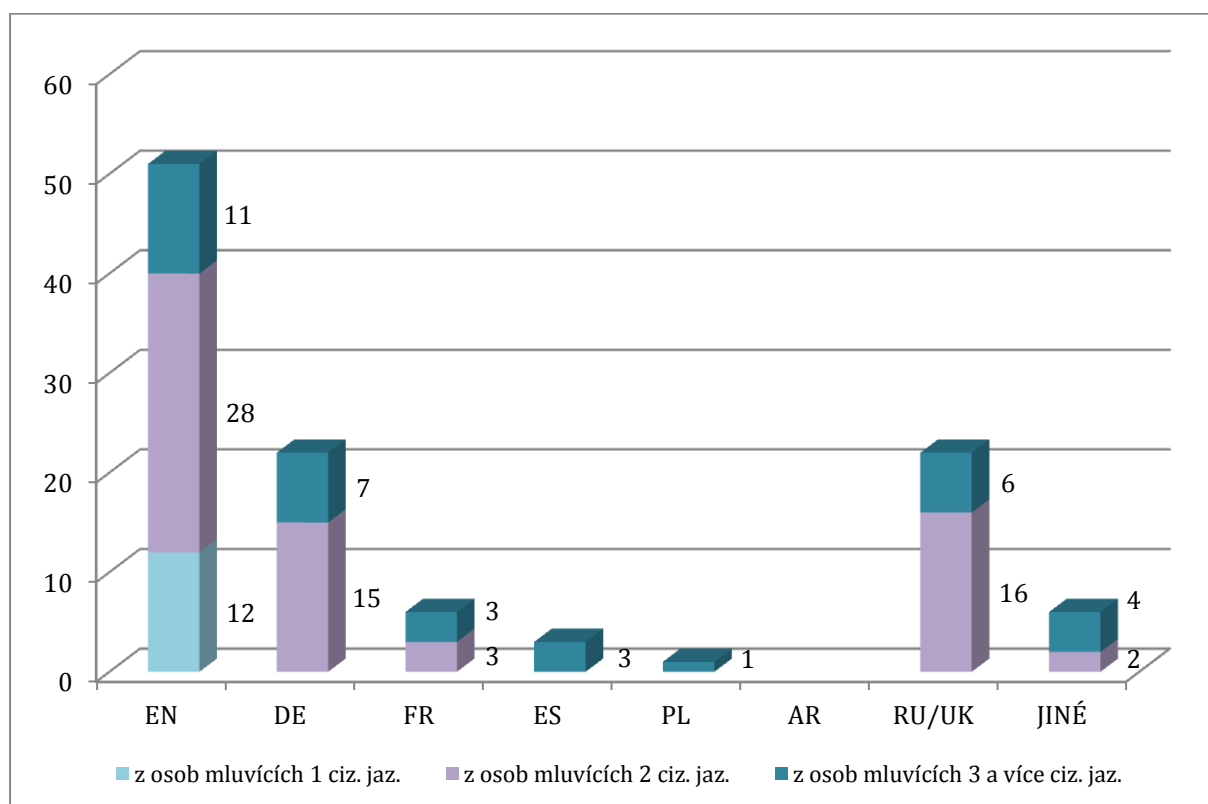


Graf 1 – Jazyková kompetence lékařského personálu

¹⁹ Pozn. k metodice 1: V textu jsou použity kódy jazyků podle normy ISO 639-1.

²⁰ Pozn. k metodice 2: Respondenty, kteří jako mateřský jazyk jmenovali SK, považujeme za rodilé mluvčí CS, přičemž CS jimi uvedený jako ovládaný cizí jazyk nezapočítáváme; obdobně SK nepokládáme za cizí jazyk u rodilého mluvčího CS.

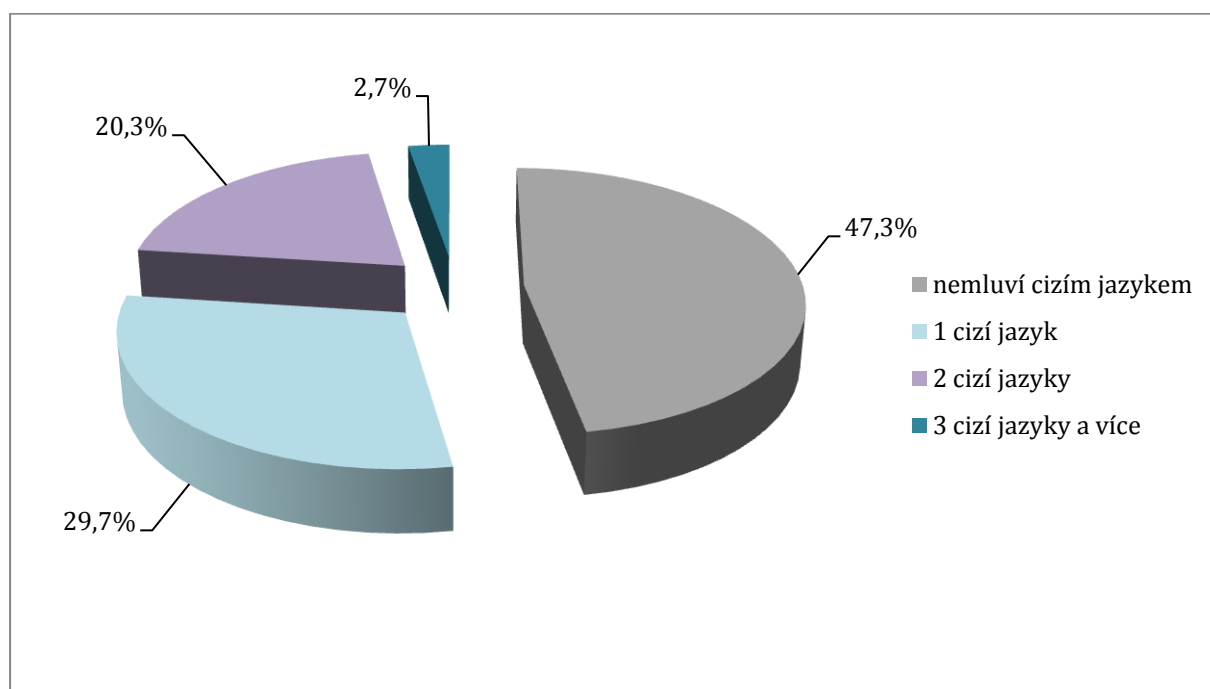
a následně rovněž na to, jaké z těchto cizích jazyků jsou mezi jimi ovládanými nejfrekventovanější:



Graf 2 – Cizí jazyky ovládané lékařským personálem

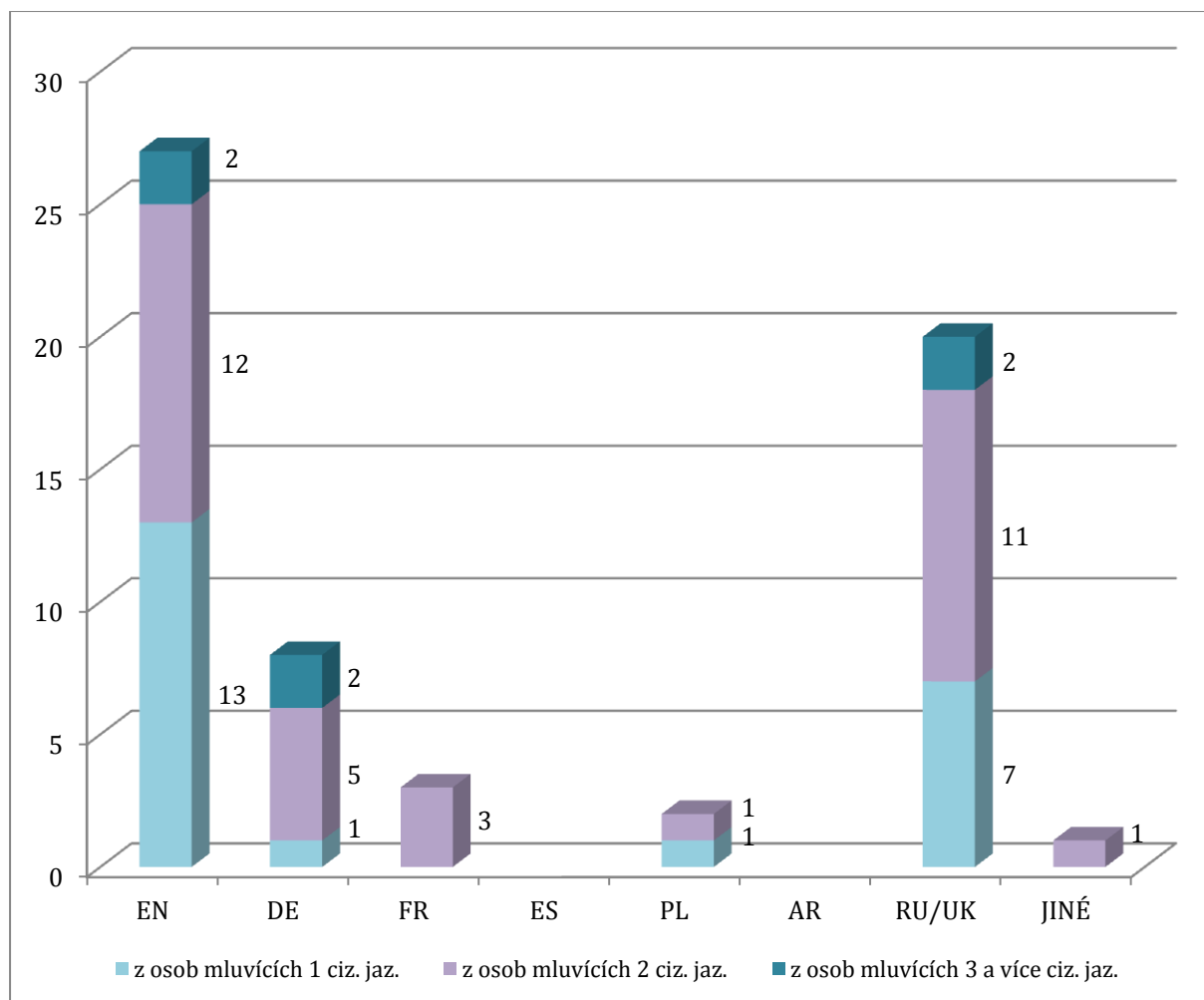
Z uvedených grafů vyplývá hned několik zajímavých závěrů. V první řadě pozorujeme, že lékaři pracující ve státním sektoru vykazují relativně velmi uspokojivou znalost cizích jazyků – pouze necelá 2 % z nich nehovoří žádným cizím jazykem. Za zmínku stojí bezpochyby také to, že všichni námi analyzovaní lékaři (zástupci LP) hovořící jedním cizím jazykem uvedli jako ovládaný jazyk angličtinu, jinými slovy, žádný z LP – hovoří-li pouze jednou cizí řečí – nemluví např. pouze německy, rusky, polsky atd. Z této skutečnosti můžeme usoudit, že i starší generace lékařů působící v rámci státních nemocnic je vedena k tomu, aby v dnešní době všudypřítomnou angličtinu ovládala, přestože tito lékaři hovoří již například jazykem ruským, který se v tehdejší společnosti povinně učili v rámci svých studií.

Jak je zřejmé z letného pohledu na následující graf, v případě sester a ostatních reprezentantů NZP je aktuální stav velmi odlišný:



Graf 3 – Jazyková kompetence nelékařského zdravotnického personálu

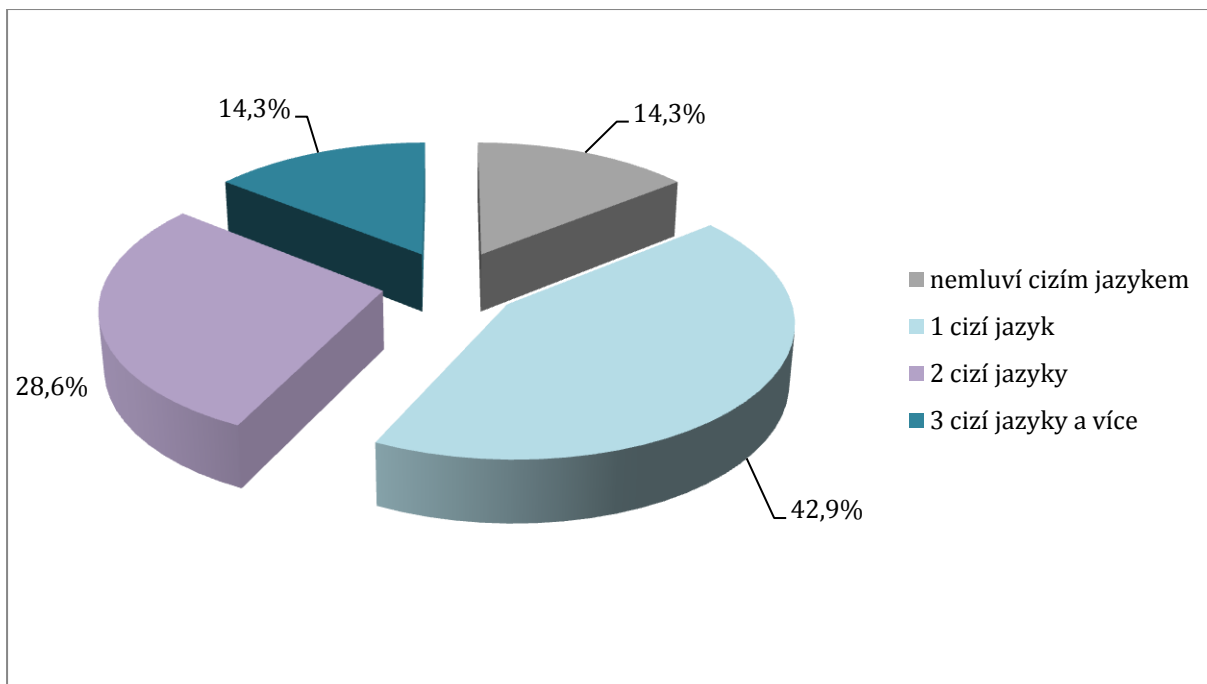
Co se týče procentuálního zastoupení jednotlivých cizích jazyků, situace vyhlíží v případě kategorie NZP následovně:



Graf 4 – Cizí jazyky ovládané nelékařským zdravotnickým personálem

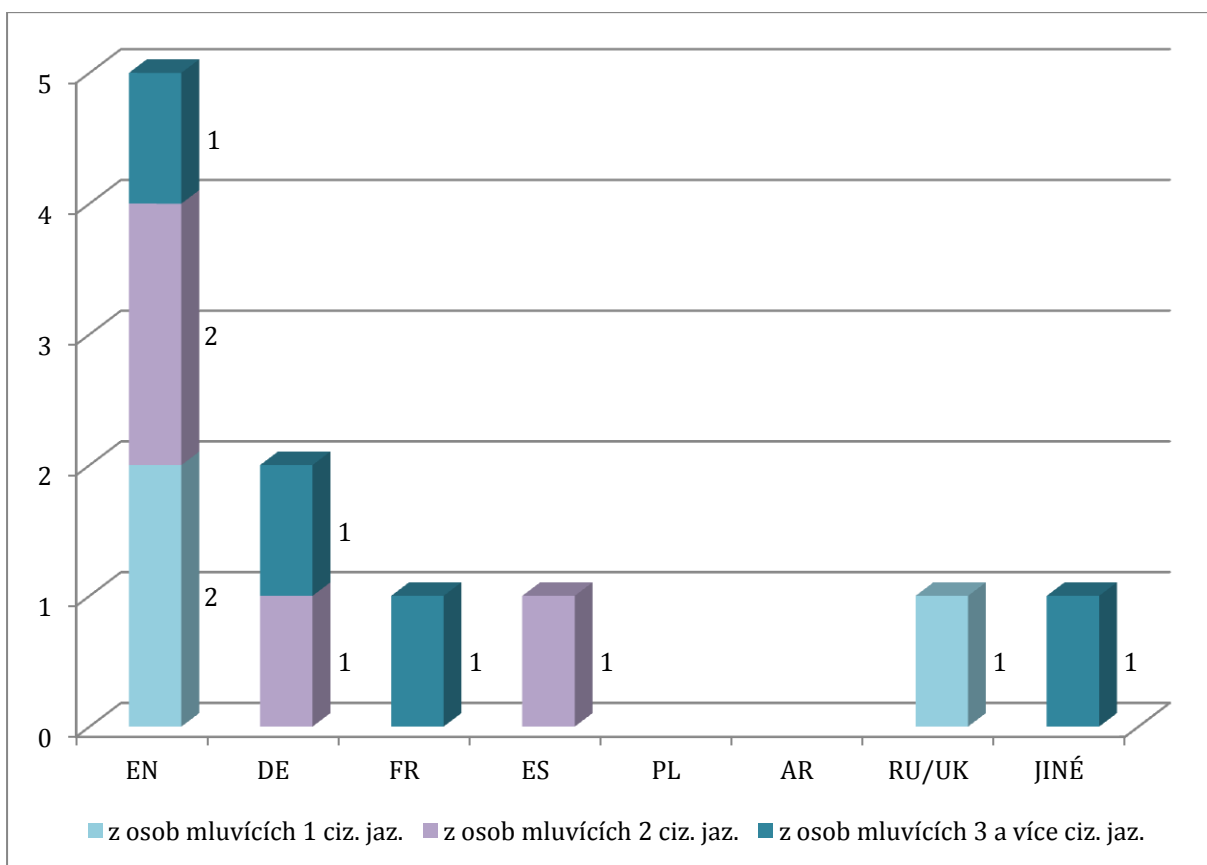
Situace je tím palčivější, že právě tyto zaměstnanci, jak uvidíme v následující podkapitole, tvoří kategorii, která se s cizinci setkává vůbec nejčastěji. Absence jazykových znalostí u zdravotních sester a ostatního NZP tak skutečně představuje závažnou překážku, jež komplikuje každodenní provoz těchto zařízení. Na alarmující situaci poukazují – kromě údajů vyplývajících ze samotného dotazníkového šetření – též svědectví několika vrchních sester, s nimiž jsme měli možnost hovořit v rámci rozhovorů realizovaných při sběru dat.

V tuto chvíli se blíže podíváme na to, do jaké míry je znalost cizích jazyků rozšířena mezi zaměstnanci administrativy:



Graf 5 – Jazyková kompetence administrativního personálu

Zastoupení jednotlivých cizích jazyků je přitom následující:



Graf 6 – Cizí jazyky ovládané administrativním personálem

Z grafického znázornění je zřejmé, že administrativní pracovníci vykazují výrazně povzbudivější výsledky než zástupci druhé zkoumané kategorie, a to nejen z hlediska celkové jazykové vybavenosti, ale také z hlediska pestrosti a různorodosti zastoupených jazyků. Tento výsledek nicméně není nijak překvapivý, uvědomíme-li si, že v případě administrativních pozic bývá znalost anglického jazyka nezřídka vyžadována již při vstupním pohovoru v rámci přijímacího řízení na danou funkci. Znalostí dalších cizích jazyků získává kandidát přirozeně jen další plusové body nad svými konkurenty. Pokud jde o již zmíněné zdravotní sestry (a ostatní příslušníky skupiny NZP), s tímto požadavkem se naopak setkáváme jen ojediněle – během přijímacích procedur na tento typ pracovní pozice je maximální důraz kladen na jejich vzdělání v oblasti ošetrovatelství²¹.

Viděli jsme tedy, že v otázce jazykové vybavenosti personálu je situace ve státních nemocnicích dosti nevyrovnaná. Zatímco lékaři se z více než 98 % alespoň angličtinou s pacienty dorozumí, u sester a ostatních zástupců kategorie NZP je znalost cizích jazyků velmi omezená – téměř polovina všech dotázaných neovládá žádný cizí jazyk. Mezi osobami, které mluví jedním cizím jazykem si navíc u této kategorie respondentů povšimneme relativně výrazného zastoupení ruštiny na úkor západních evropských jazyků. Na problémy spojené s nevyvážeností jazykových znalostí u různých skupin personálu ostatně poukazují i sami respondenti ve svých komentářích v rámci dotazníku – pro ilustraci citujeme dva lékaře působící v jedné ze státních nemocnic, v nichž výzkum probíhal: „...Velký problém je to, že i když se pacient domluví např. anglicky s lékařem, nedomluví se se zdravotními sestrami a ostatním personálem.“; „Dle mého názoru minimální znalost 1 světového jazyka (př. anglicky) u všech zdravotních pracovníků by vyřešila jednoduchost dorozumívání a předešlo nedorozuměním a komplikacím; bohužel v praxi bývají často nulové znalosti cizího jazyka.“

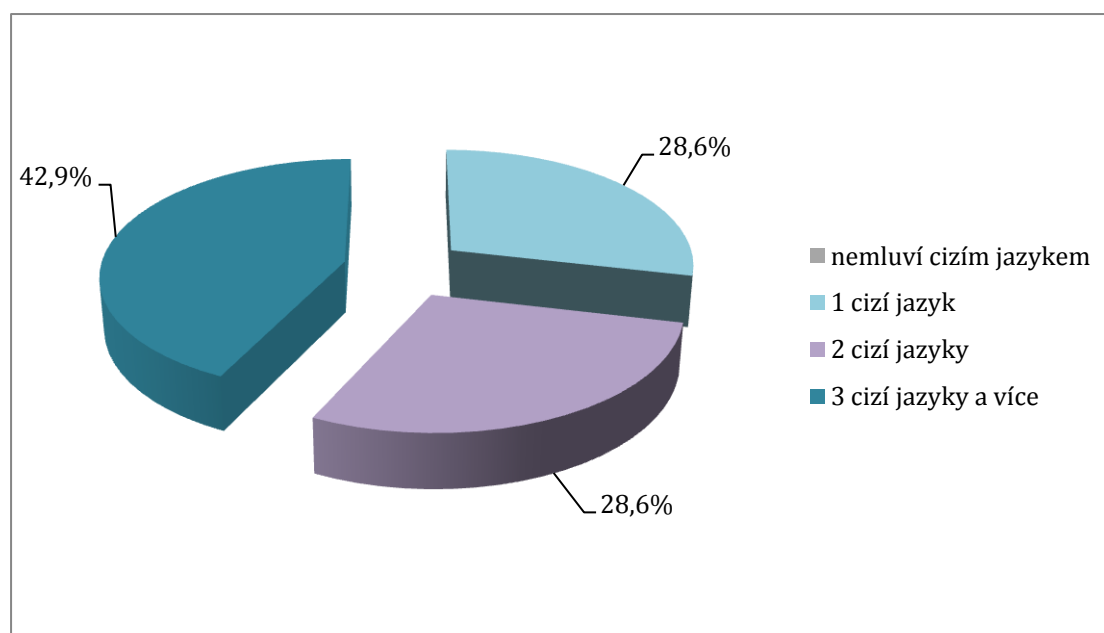
Z našeho šetření dále vyplývá, že u doplňkové skupiny analyzovaných osob, tj. u respondentů, již zastávají administrativní pozice, je situace ohledně jazykové vybavenosti víceméně uspokojivá. K tomuto výsledku je však nezbytné přistupovat s jistou obezřetností (stejně jako k dalším, níže zmíněným výsledkům týkajícím se této kategorie respondentů), vzhledem k malému počtu námi analyzovaných zástupců AP.

²¹ Tyto informace autorka získala v rámci diskusí vedených se zástupci jednotlivých oddělení během dotazníkové akce ve státních nemocnicích.

Pro přesvědčivou prezentaci a obhájení jakéhokoli tvrzení by v případě této kategorie bylo třeba provést rozsáhlejší výzkum.

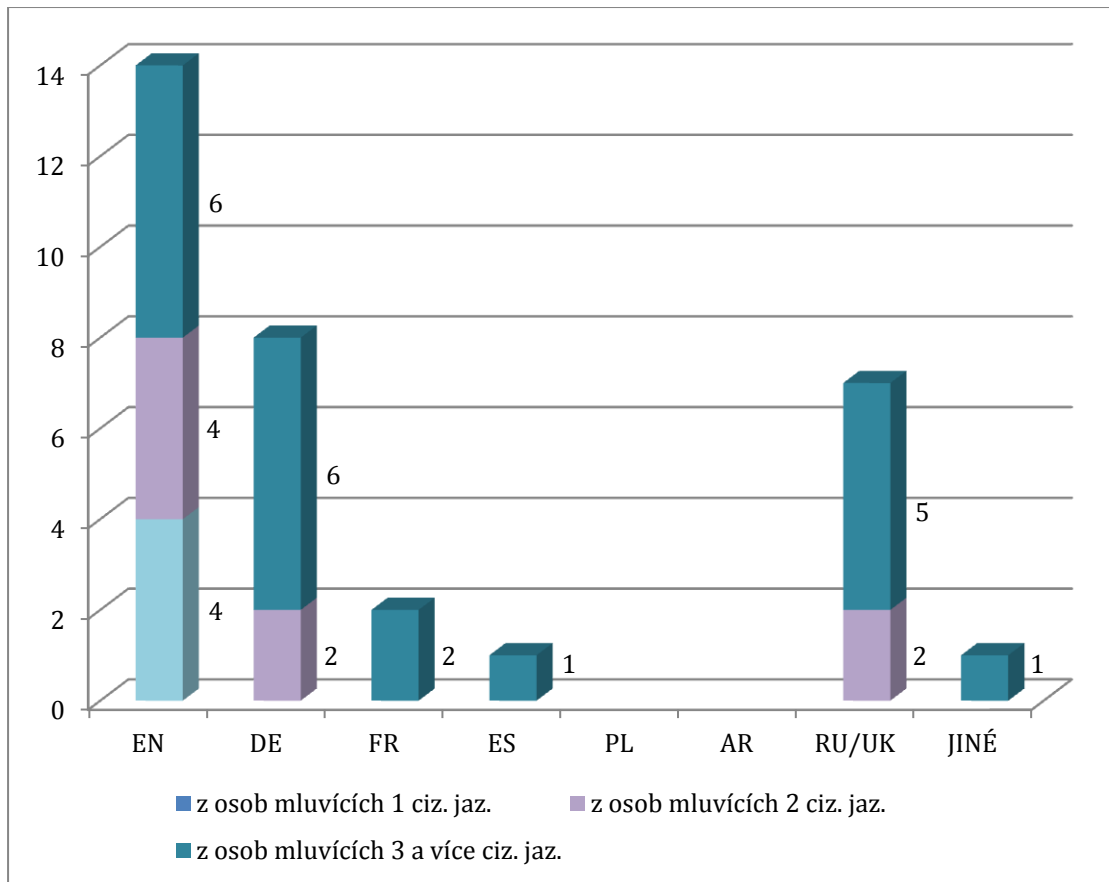
2.2.3.1.2 Situace v soukromém sektoru

Již na několika místech jsme čtenáře upozornili, že předmětem našeho výzkumu nebyly jen státní nemocnice, ale také privátní zdravotnická zařízení. Podívejme se tedy nyní na to, do jaké míry jsou jazykově vybaveny jednotlivé skupiny zaměstnanců soukromého sektoru. Nejprve se zaměříme opět na kategorii lékařského personálu:



Graf 7 – Jazyková kompetence lékařského personálu

Jednotlivé cizí jazyky jsou přitom zastoupeny následujícím způsobem:



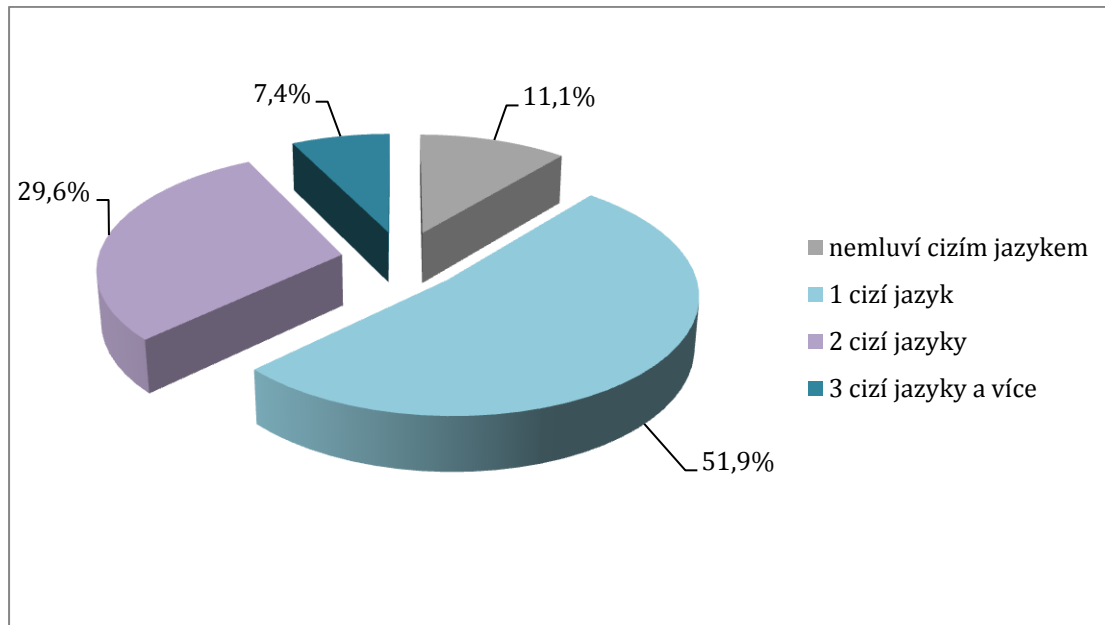
Graf 8 – Cizí jazyky ovládané lékařským personálem

V předcházející podkapitole jsme s potěšením shledali, že LP působící ve státních zdravotnických institucích disponuje relativně solidní znalostí cizích jazyků a zároveň jsme vyjádřili své uspokojení nad masivním zastoupením angličtiny mezi lékaři ovládanými jazyky. Po konfrontaci se situací v soukromých zařízeních však můžeme konstatovat, že lékaři z těchto nemocnic vykazují v daném ohledu ještě výrazně pozitivnější výsledky – po zhlédnutí příslušných grafů je takřka nemožné nepozastavit se zejména nad těmito dvěma aspekty: nad významným podílem zástupců LP, již ovládají více než tři cizí jazyky a dále nad nulovým zastoupením těch, kteří nehovoří jazykem žádným. Je zcela přirozené, že v případě více či méně zásadního rozšíření zkoumaného vzorku bychom takového respondenta i v soukromém sektoru objevili, na základě analýzy odpovědí námi vybraných lékařů však můžeme předpokládat, že jejich zastoupení by v tomto případě bylo naprosto minimální.

Jen pro úplnost dodejme, že stejně jako v případě státních nemocnic mezi zkoumaným LP nenajdeme jediného zástupce, který by, ovládaje jeden cizí jazyk,

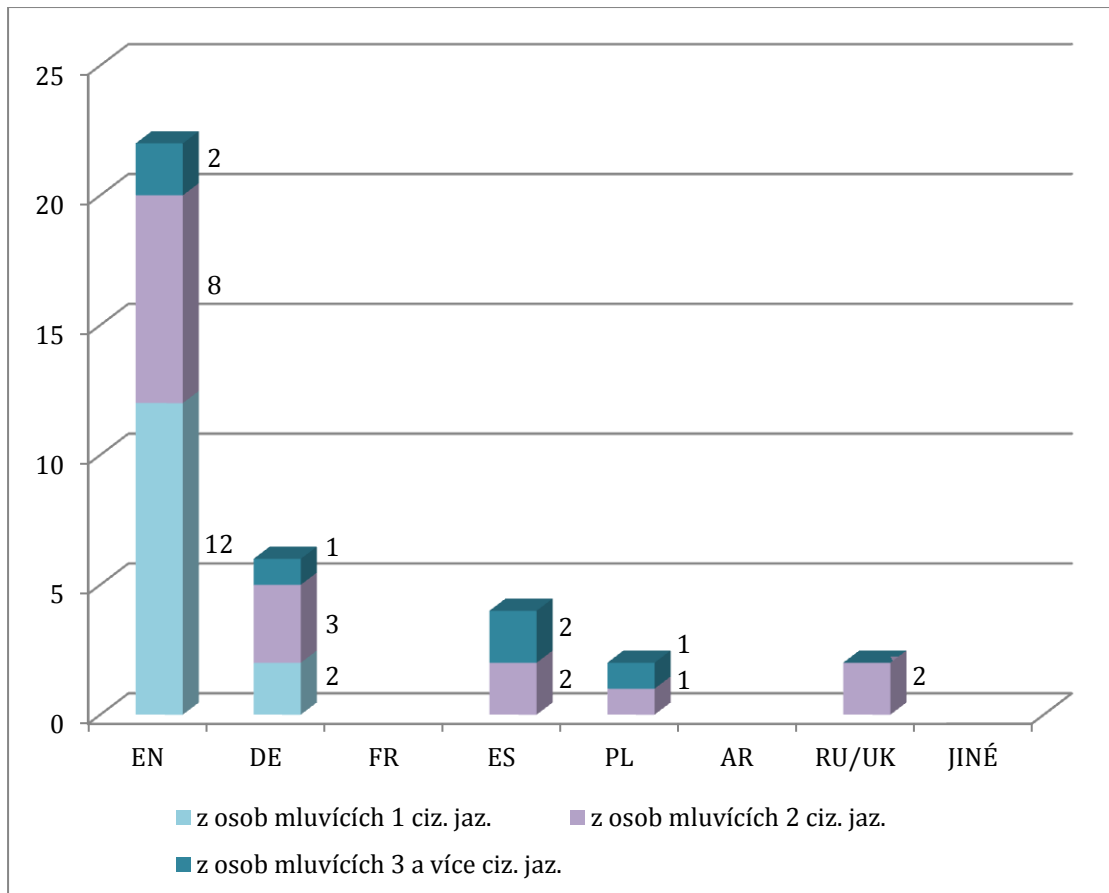
hovořil jiným jazykem, než je jazyk anglický. Situace v soukromém sektoru tedy jen potvrzuje, jak eminentní roli dnes angličtina na poli komunikace zastává.

Pokud jde o druhou analyzovanou kategorii, grafické znázornění jazykové vybavenosti vyhlíží následovně,



Graf 9 – Jazyková kompetence nelékařského zdravotnického personálu

s touto frekvencí výskytu příslušných jazyků:

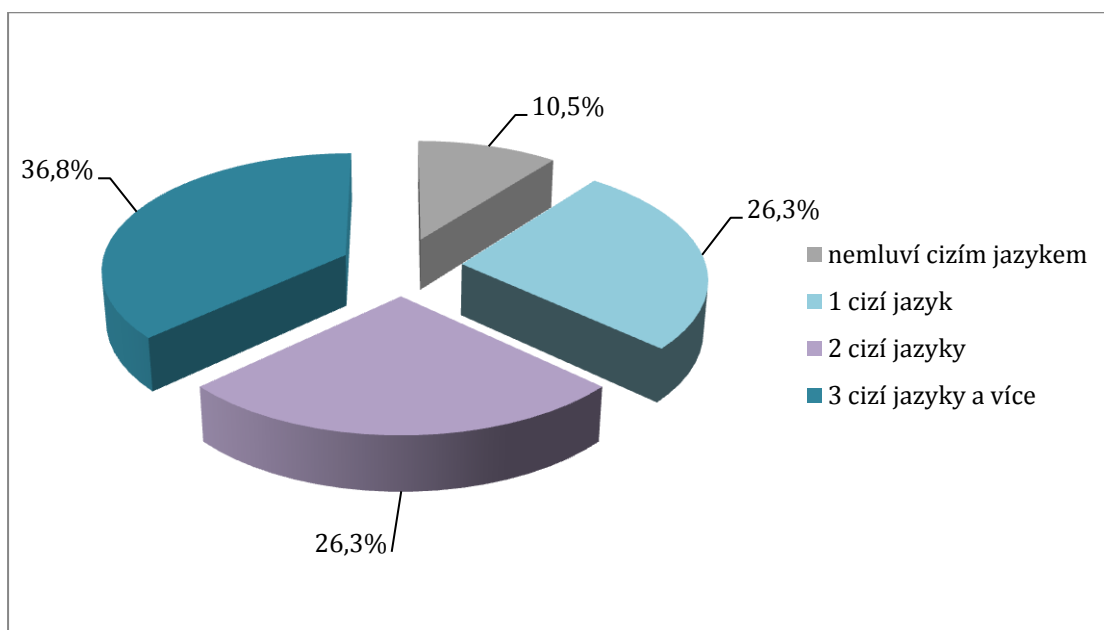


Graf 10 – Cizí jazyky ovládané nelékařským zdravotnickým personálem

Jak jsme viděli, jazykové dovednosti sester a jiných NZP jsou v případě státních nemocnic u valné většiny respondentů nedostačující, a to do takové míry, že představují podstatnou překážku v každodenní komunikaci.

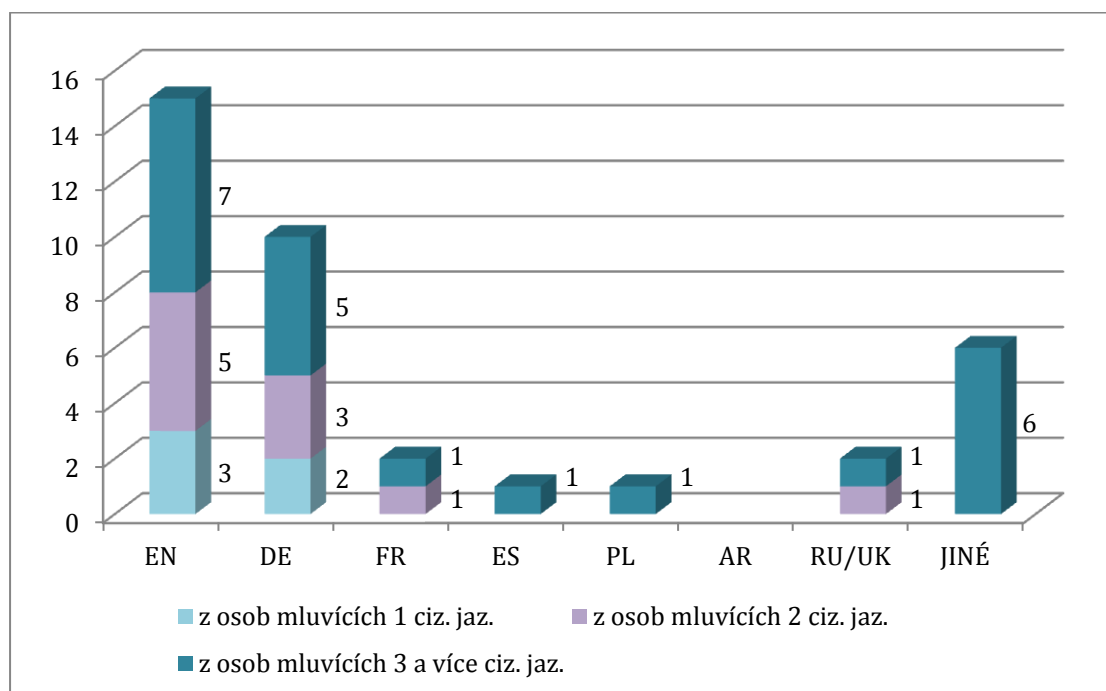
Z Grafu 10 je zcela zřejmé, že v privátních zařízeních je situace příznivější, s dominantním zastoupením (52 %) jednoho ovládaného jazyka oproti převažující nulové jazykové kompetenci, již ve 47 % případů uvedli NZP ve státním sektoru. Celých 30 % sester či jiných NZP působících v soukromých nemocnicích navíc hovoří dvěma cizími jazyky, necelých 10 % dokonce jazyky třemi. Z konkrétních ovládaných jazyků převažuje pochopitelně angličtina, relativně významné je nicméně i rozšíření němčiny a španělštiny. Ve srovnání se státními nemocnicemi pozorujeme rovněž podstatně nižší zastoupení ruského jazyka – v soukromých nemocnicích ruština zaujímá až 4.–5. příčku mezi zmíněnými jazyky, zatímco ve státních nemocnicích představuje jazyk, jež sestry ovládají hned po angličtině nejčastěji.

A zde je konečně znázornění jazykových dovedností u zaměstnanců administrativy:



Graf 11 – Jazyková kompetence administrativního personálu

Nejčastěji se přitom u této kategorie setkáváme s těmito cizími jazyky:



Graf 12 – Cizí jazyky ovládané administrativním personálem

Viděli jsme, že obě dosud analyzované skupiny zaměstnanců vykazují v kontextu privátních zařízení jednoznačně pozitivnější výsledky než jejich kolegové pracující ve státním sektoru – nejinak tomu je i v případě administrativního personálu. Pokud jde o počet jazyků, respondenti nejčastěji ovládají jazyky tři nebo více, se shodným procentuálním zastoupením se poté setkáme se znalostí jednoho jazyka a jazyků dvou. Kromě relativně velmi frekventované znalosti němčiny je pozoruhodné i poměrně významné rozšíření tzv. „jiných“ jazyků, a to konkrétně srbštiny, chorvatštiny, finštiny a řečtiny.

Závěrem této podkapitoly jen stručně připomeneme, že pokud jde o jazykovou vybavenost nemocničního personálu, u zaměstnanců soukromého sektoru – a to u všech analyzovaných kategorií – zaznamenáme výrazně povzbudivější výsledky než u pracovníků nemocnic státních. Tento závěr je nicméně nezbytné vnímat s vědomím skutečnosti, že privátní centra se často na péči o cizince přímo specializují – zacílení na zahraniční klientelu ostatně můžeme často poznat již ze samotných názvů těchto zdravotnických zařízení, případně také z toho, že v jejich vedení nezřídka stojí právě odborníci cizího původu, což mnohdy souvisí i s jakýmsi kosmopolitním charakterem dané instituce jako celku.

2.2.3.1.3 Analýza závislosti vybraných faktorů a interpretace

Závislost č. 1

Zkoumaná závislost:

Závisí schopnost respondenta hovořit cizím jazykem na tom, zda pracuje ve státním či soukromém zdravotnickém zařízení?

Budeme analyzovat závislost 2 nominálních proměnných ve čtyřpolní tabulce.

	Ano, hovoří	Ne, nehovoří	SUMA
Státní zařízení	103	35	138
Soukromé zařízení	55	5	60
SUMA	158	40	198

H_0 : schopnost respondenta hovořit cizím jazykem **nezávisí** na tom, v jakém sektoru

pracuje

H₁: schopnost respondenta hovořit cizím jazykem **závisí** na tom, v jakém sektoru

pracuje

Statistické hodnocení analýzy:

Statistika	Signifikance	Hladina významnosti	Zamítnutí testované hypotézy	Koeficient měřící sílu testu	Hodnota koeficientu
Fischerův exaktní test	0,006	0,05	ANO	Procentní rozdíl	0,17

Výsledek testu:

Fischerův exaktní test vyšel 0,006, což je nižší hodnota než zvolená hladina významnosti (0,05). Na 5% hladině významnosti tedy testovanou hypotézu o nezávislosti zamítáme: schopnost respondenta hovořit cizím jazykem závisí na tom, v jakém sektoru pracuje. Pomocí vzorce procentního rozdílu určíme sílu závislosti: $(103 \times 5 - 33 \times 55) / (103 \times 5 + 33 \times 55 + 103 \times 55 + 35 \times 5) = - 0,17$, což značí slabou nepřímou závislost.

Interpretace:

Mezi schopností respondenta hovořit cizím jazykem a typem zdravotnického zařízení **byla zjištěna** statisticky významná závislost. Nicméně tato závislost je **velmi slabá**, a to pouze 0,17, tedy 17 % (hodnoty procentního rozdílu blízké nule značí nezávislost, hodnoty blízké jedné/minus jedné značí závislost).

Závislost č. 2

Zkoumaná závislost:

Závisí schopnost respondenta hovořit cizím jazykem na jeho pracovní pozici?

V tomto případě analyzujeme závislost 2 nominálních proměnných.

	LP	NZP	AP	SUMA
Hovoří cizím jazykem	69	65	23	157
Nehovoří cizím jazykem	1	36	3	40
SUMA	70	101	26	197

H₀ : schopnost respondenta hovořit cizím jazykem **nezávisí** na jeho pracovní pozici

H₁ : schopnost respondenta hovořit cizím jazykem **závisí** na jeho pracovní pozici

Statistické hodnocení analýzy:

Statistika	Signifikance	Hladina významnosti	Zamítnutí testované hypotézy	Koeficient měřící sílu testu	Hodnota koeficientu
Pearsonův koeficient	0,000	0,05	ANO	tau	0,159

Výsledek testu:

Pearsonův chí kvadrát test vyšel 0,000, což je nižší hodnota než zvolená hladina významnosti (0,05). Testovanou hypotézu o nezávislosti tedy na 5% hladině významnosti zamítáme: schopnost respondenta hovořit cizím jazykem závisí na jeho pracovní pozici. Koeficient tau nabývá hodnoty 0,159, což značí slabou závislost, a to necelých 16 %.

Interpretace:

Mezi schopností respondenta hovořit cizím jazykem a jeho pracovní pozicí **existuje** statisticky významná závislost. Tato závislost je však **velmi slabá**; koeficient tau má hodnotu 0,159, tedy 15, 9 %. Schopnost respondenta hovořit cizím jazykem tedy na jeho pracovní pozici závisí z cca 16 %.

2.2.3.2 Výskyt zahraničních pacientů

Po analýze jazykových kompetencí se nyní věnujeme otázkám týkajícím se výskytu zahraničních pacientů v pražských nemocnicích.

Zaměříme se postupně na tyto konkrétní aspekty: na samotnou frekvenci výskytu zahraničních klientů (jakousi „navštevnost“ státních, resp. soukromých zařízení), výskyt těchto pacientů podle jazyka, jímž hovoří a následně na přehled situací, při nichž k setkání s příslušnými zaměstnanci dochází.

2.2.3.2.1 Situace ve státním sektoru

Úvodem této podkapitoly přinášíme tabulku reflektující frekvenci výskytu zahraničních pacientů z pohledu jednotlivých kategorií respondentů:

	max. 1x / měsíc	max. 5x / měsíc	6 – 20x / měsíc	denně
LP ²²	13	25	17	0
NZP	57	9	7	1
AP	2	4	1	0

Tab.3 – Frekvence výskytu zahraničních pacientů

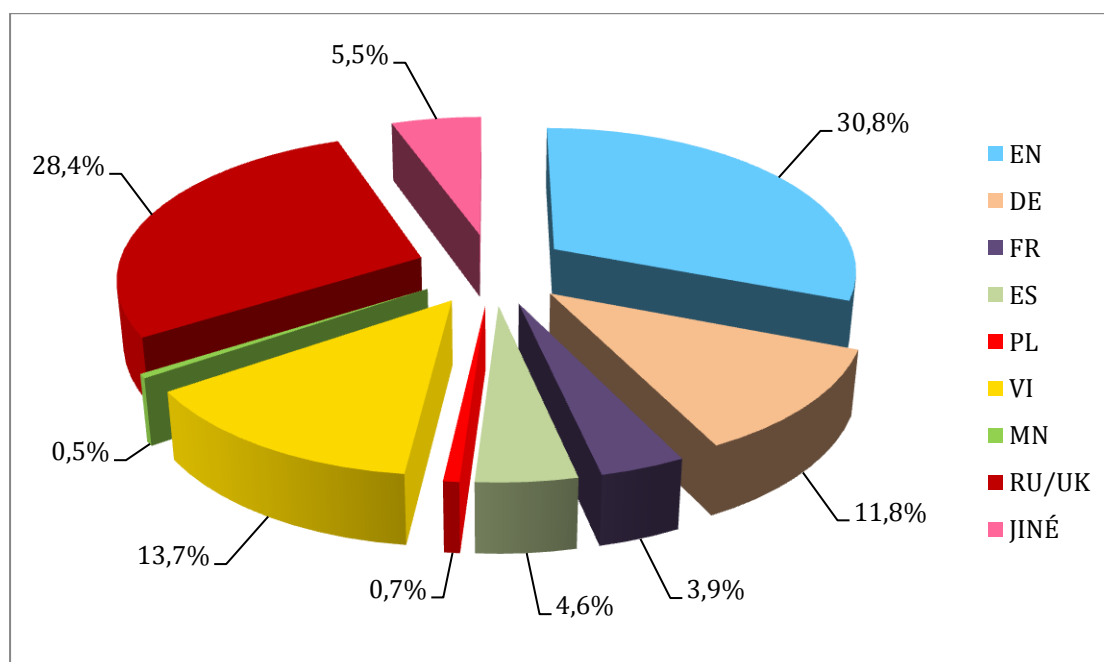
Z uvedené tabulky můžeme vyvodit dva hlavní závěry. Zaprvé pozorujeme, že počet zahraničních pacientů využívajících služeb pražských státních nemocnic není, obecně řečeno, nijak významně vysoký – naprostá většina dotázaných se s cizincem setkává maximálně 1x, případně maximálně 5x za měsíc.

Čtenáře bychom však rádi upozornili ještě na druhou zásadní skutečnost vyplývající z těchto čísel: oproti domněnce, již jsme formulovali v předchozí kapitole a která se týkala vyšší frekvence setkávání pacientů-cizinců se sestrami (resp. NZP) než s LP, konstatujeme, že reálný stav je téměř opačný. Drtivá většina NZP totiž do kontaktu s těmito pacienty přichází pouze maximálně 1x za měsíc, vyšší frekvence setkání je jen výjimečná. U lékařů naproti tomu pozorujeme spíše protichůdnou tendenci – zástupci této kategorie nejčastěji zvolili možnost 5x za měsíc a podstatná část z nich dokonce 6–20x za měsíc. Náš dojem vyslovený v oddílu 3.2.3.1.1 byl tedy jednoznačně mylný. Důvody, proč taková hypotéza vznikla, mohou být rozmanité a mnohé. Domníváme se, že náš přehnaný odhad do značné míry souvisí s důrazem a mírou emocí, s jakými o problému komunikace NZP s cizinci hovořili zástupci nemocnic, s nimiž jsme měli možnost se setkat. Samotný problém konečně možná

²² Jeden z lékařů na tuto otázku v dotazníku neodpověděl.

akcentují i oni sami – ačkoli se s cizinci setkávají de facto minimálně, vnímají toto téma jako velmi palčivé; již samotná myšlenka na komunikaci v cizím jazyce zdravotní sestry mnohdy velmi stresuje a vzbuzuje v nich obavy a stud. Jen stručně podotkněme, že situace zdravotních sester v kontextu našeho systému zdravotní péče není v mnohých případech nijak záviděníhodná. Kromě množství ošetrovatelských úkolů, které jsou jejich posláním vlastní, jsou sestry ve státních nemocnicích často zatíženy též rozsáhlou administrativní a dokumentační činností, vyplývající z programu kvality a bezpečí v prostředí zdravotnických zařízení. Jistě tedy můžeme pochopit, jak těžké pro ně může být zachovat si vstřícnou tvář a optimismus ve vztahu ke své práci. O tomto fenoménu ostatně svědčí mmj. i početné případy syndromu vyhoření u zástupců této profese.²³

Následující graf vyjadřuje frekvenci výskytu jednotlivých jazykových skupin:²⁴



Graf 13 – Výskyt zahraničních pacientů – jazykové skupiny

Závěry, které formulujeme po zhlédnutí grafu, čtenáře zřejmě nepřekvapí. V

²³ V rámci průzkumu, jež si nechal zpracovat Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče, 99 % zdravotních sester uvedlo, že někdy odcházejí z práce vyčerpané a celých 66 % z nich přiznalo, že tento stav prožívá téměř po každé službě. (MF Dnes, 26.8.2014, str. 1)

²⁴ Graf 13 znázorňuje odpovědi všech tří analyzovaných kategorií respondentů.

pražských státních nemocnicích se nejčastěji setkáme s anglicky mluvícími zahraničními klienty, relativně těsně následují rusky nebo ukrajinsky mluvící pacienti. Vyšší než desetiprocentní frekvenci výskytu vykazuje následně také vietnamsky a německy hovořící klientela. Jedna z hypotéz, s nimiž jsme čtenáře seznámili v úvodu empirické části této studie, se však očividně nepotvrzuje – uvedený graf totiž jednoznačně ukazuje, že námi vyslovená domněnka týkající se určitého, byť minimálně významného, zastoupení mongolsky mluvících klientů byla evidentně chybná.

Závěrem oddílu věnovaného státnímu sektoru přinášíme přehled situací, v nichž setkání s pacientem-cizincem nastává. Vzhledem k tomu, že předmětem našeho zájmu jsou kontexty různých typů lékařské či jiné zdravotní péče, analyzujeme v tomto případě pouze kategorii lékařů a NZP:

	plánovaná amb. péče	akutní amb. péče	lůžkové oddělení	jiná situace
LP ²⁵	9	35	8	0
NZP ²⁶	10	20	24	19

Tab.4 – Setkání s cizinci v kontextu nemocnice – typy situací

Ke kontaktu se zahraničním klientem tedy nejčastěji dochází v akutních situacích, kdy pacient vyhledá lékaře z toho důvodu, že pociťuje akutní potíže a potřebuje lékařské vyšetření, tj. při akutní ambulantní péči. Zároveň pozorujeme, že v případě kategorie LP tento kontext setkání jednoznačně dominuje; ostatní typy situací lékaři v dotazníku zmiňují spíše sporadicky. Naproti tomu zdravotní sestry a jiní zástupci NZP se s cizinci velice často setkávají v rámci péče na lůžkovém oddělení.

Co se týče plánované ambulantní péče, tj. v případech, kdy je pacient k lékaři předem objednan na konkrétní termín a čas, frekvence výskytu cizinců je výrazně nižší, a to u obou zkoumaných skupin. Všimneme si dále, že relativně velké množství sester a jiných NZP rovněž uvedlo, že do kontaktu s pacientem přichází v „jiné situaci“. Nejčastěji se přitom jednalo o přípravu na operaci či setkání přímo na

²⁵ Čtyři lékaři na tuto otázku nedopověděli.

²⁶ Jeden ze zástupců NZP odpověď neuvedl.

operačním sále, popřípadě akutní nebo pooperační péči na JIP. Je však nezbytné podotknout, že z komunikačního hlediska jsou tyto kontexty přirozeně méně relevantní než předchozí uvedené situace. Lze totiž předpokládat, že na operačním sále, resp. na oddělení JIP, je komunikace zdravotních sester (NZP) s pacienty zásadně omezena, pokud vůbec k nějaké komunikaci za těchto okolností dochází.

Jen pro úplnost uvedme, že několik respondentů jako „jinou situaci“ zmínilo kontakt se zahraničními studenty.

2.2.3.2.2 Situace v soukromém sektoru

Pojednání o situaci v soukromých zařízeních uvedeme přehledovou tabulkou znázorňující to, jak frekvenci výskytu pacientů-cizinců vnímají příslušné skupiny dotázaných:

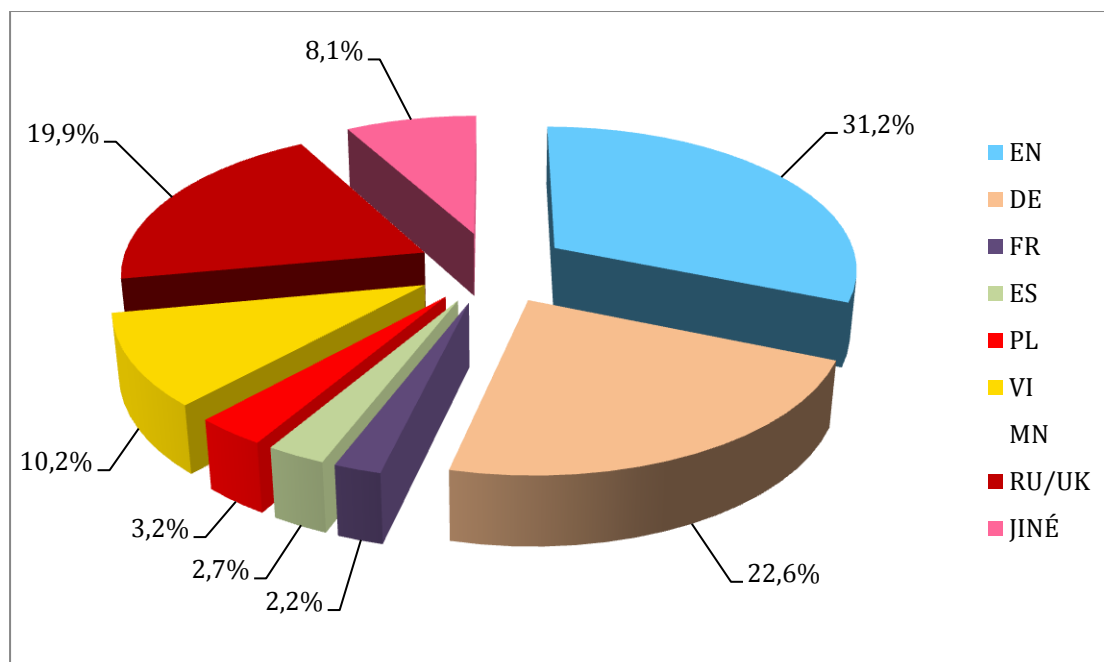
	max. 1x / měsíc	max. 5x / měsíc	6 – 20x / měsíc	denně
LP	1	4	4	5
NZP	3	10	5	9
AP	1	0	6	12

Tab. 5 – Setkání s cizinci v kontextu nemocnice – typy situací

Z Tabulky 5 je zcela patrné, že stejně jako u jazykových kompetencí personálu, také v případě výskytu zahraničních pacientů je situace ve státních a soukromých nemocnicích do značné míry odlišná. Na rozdíl od zaměstnanců státního sektoru totiž všechny zkoumané kategorie pracovníků soukromých zařízení uvádějí, že do kontaktu s cizinci přicházejí denně, naproti tomu odpověď max. 1x za měsíc je zmiňována jen zcela výjimečně. Naše hypotéza o jakémisi primárním zacílení soukromých zařízení na zahraniční klientelu je těmito čísly tedy jasně potvrzena.

Podívejme se nyní na to, s jakými jazykovými skupinami se zaměstnanci soukromého sektoru setkávají nejčastěji²⁷:

²⁷ Graf 14 znázorňuje odpovědi všech tří analyzovaných kategorií respondentů.



Graf 14 – Výskyt zahraničních pacientů – jazykové skupiny

Po zhlédnutí grafu shledáváme, že v soukromých nemocnicích, podobně jako ve státních zdravotnických zařízeních, tvoří téměř třetinu zahraničních klientů anglicky mluvící pacienti. Procentuální zastoupení této klientely je zároveň v obou sektorech až překvapivě podobné (30,8 a 31,2 %). Ve 23 % případů se v soukromých zařízeních setkáme s německy hovořícími pacienty, pětinu všech cizinců dále představují rusky hovořící klienti. Pokud jde o zastoupení posledních jmenovaných jazyků, při konfrontaci se situací ve státním sektoru odhalíme zajímavou symetrii – frekvence výskytu německy hovořících pacientů je přibližně o 10 % vyšší v soukromých institucích (22,6 ku 11,8 % ve státních zařízeních), naproti tomu v případě rusky (resp. ukrajinsky) hovořících osob je asi o 10 % nižší než ve státním sektoru (19,9 ku 28,4 %). Tento relativně velmi odlišný podíl je, zejména v případě ruské klientely, z našeho pohledu poněkud překvapivý. Předpokládali jsme totiž, že poměrně velké množství ruských klientů žijících v Praze pochází z movitějších společenských vrstev a bude tak mít tendenci preferovat privátní lékařskou péči v rámci soukromých institucí. Je nicméně možné, že tato naše hypotéza není zcela mylná – námi zjištěná čísla mohou být ovlivněna tím, že v dotazníku ruský a ukrajinský jazyk klasifikujeme do jediné, společné jazykové kategorie. Není tedy vyloučeno, že velké množství pacientů navštěvujících státní zařízení tvoří ukrajinsky hovořící osoby a naopak, že klientela soukromých nemocnic se primárně rekrutuje z kategorie Rusů.

V uvedeném grafu čtenáře možná udiví relativně významné zastoupení polsky hovořících pacientů (3,2 %) – připomeňme, že frekvence výskytu těchto klientů představovala v případě státních institucí pouhé necelé jedno procento. Příčiny této skutečnosti jsou však nasnadě a velice pravděpodobně souvisí s dominancí katolické víry v polské společnosti a z ní vyplývajícího zákazu interrupce a velmi omezeným možnostem léčby sterility v této zemi. Náš závěr si dovoluujeme prezentovat relativně přesvědčivě zejména díky tomu, že z analýzy odpovědí v dotaznících bylo možné jasně vysledovat, že podíl polských klientů využívajících služeb gynekologických a porodnických soukromých center (4,1 %) podstatně převažuje nad frekvencí, s níž se vyskytují v jiným způsobem zaměřených privátních institucích (2,3 %). Relativně velmi odlišné procentuální zastoupení polských pacientů v rámci státních zařízení následně může být jen přirozeným důsledkem toho, že ani v jedné ze státních institucí, v nichž byl výzkum realizován, šetření neprobíhalo na gynekologických a porodnických odděleních či klinikách.

V oddílu 2.2.3 této práce jsme představili pojem *medical tourism* a hovořili o analýze agentury Czechtoursim, orientované na tento fenomén. Po seznámení s příslušným materiálem jsme následně konstatovali, že předmětem dané studie nebylo vysledovat, odkud do ČR přijíždějí tzv. *medical touristé*, ale jednoduše to, z jakých destinací k nám směřují pacienti obecně. V reakci na toto zjištění jsme nastínili možnost srovnání výsledků se závěry této diplomové práce. Na tomto místě nicméně shledáváme, že konfrontace poznatků obou analýz by neměla valnou vypovídací hodnotu z toho prostého důvodu, že nezkoumá tutéž skutečnost, ale pouze dva jevy velmi blízké a úzce spojené – uvedená studie totiž analyzuje, z jakých zemí k nám pacienti přijíždějí, naproti tomu v této práci sledujeme jazyk, který daný pacient při komunikaci s personálem používá. Stejně jako tento jazyk nemusí nutně být mateřštinou příslušné osoby (což však zájem naší práce žádným způsobem neohrožuje), ani u klienta „přijíždějícího z Německa“ nemůžeme jednoznačně předpokládat, že s personálem hovoří německy, že španělský pacient komunikuje ve španělštině apod. Z tohoto důvodu zpětně hodnotíme danou konfrontaci jako nepříliš relevantní a v rámci naší práce ji tedy neprovádíme.

Nyní se zaměříme na to, za jakých okolností ke kontaktu se zahraničním pacientem dochází nejčastěji:

	plánovaná amb. péče	akutní amb. péče	lůžkové oddělení	jiná situace
LP	9	4	0	1
NZP ²⁸	24	1	0	1

Tab. 6 – Setkání s cizinci v kontextu nemocnice – typy situací

Z uvedené tabulky je čtenáři zřejmé, že v soukromých zařízeních kontext plánovaného lékařského vyšetření či zákroku zcela dominuje nad všemi ostatními typy péče, a to u obou analyzovaných skupin zaměstnanců. Zahraniční klienti do těchto institucí tedy přijíždějí na předem domluvený zákrok, k akutním zásahům dochází jen výjimečně. Jak dále vyplývá ze zmíněného přehledu, komunikace s cizinci v rámci lůžkových oddělení nastává jen naprosto ojediněle, z námi oslovených osob se s tímto kontextem neseťkal nikdo. Tento nulový výskyt však nesmí být interpretován tak, že by v uvedených zařízeních lůžková oddělení neexistovala – ačkoli jsou jejich kapacity jistě omezené a pravděpodobně se nevyskytují ve všech institucích, v nichž byl výzkum realizován, lůžková oddělení v soukromých zařízeních samozřejmě najdeme.

Přestože počet odpovědí „v jiné situaci“ je jen nepatrný, pro zajímavost si dovolueme zmínit komentář, jež uvedl zástupce LP: „konzultace s klinickým genetikem, telefonické dotazy, email komunikace“ – tato jednoduchá poznámka z našeho pohledu totiž zcela vystihuje to, v čem spočívá jeden ze základních rozdílů mezi privátní a státní péčí, a to konkrétně klientský přístup personálu k pacientovi. Tím, že se svěří do rukou soukromé instituce si tedy klient jistým způsobem platí a „rezervuje“ lékařův čas – čas, který by mu v rámci péče ve státním sektoru nemohl být věnován.

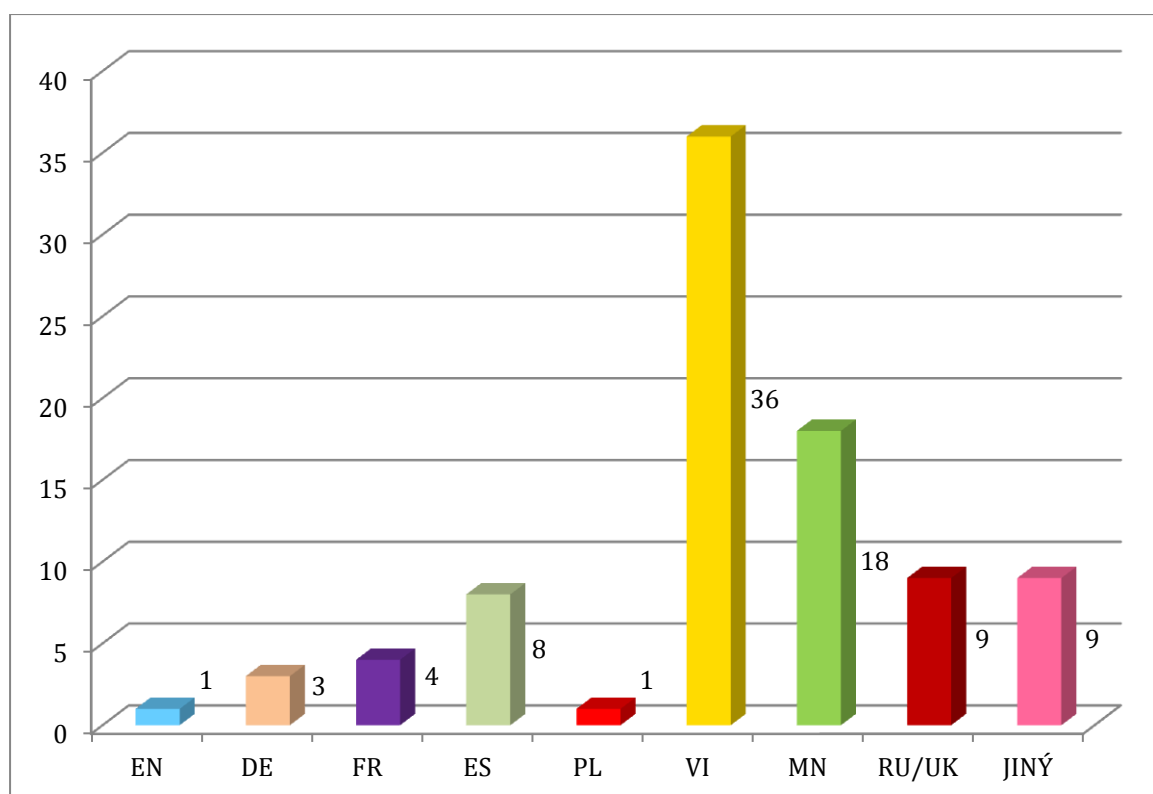
²⁸ Jeden NZP na tuto otázku neodpověděl.

2.2.3.3 Komunikace se zahraničními pacienty

Poté, co jsme prozkoumali, jaké jsou jazykové znalosti personálu nemocnic a to, jak často se zahraniční pacienti ve zdravotnických zařízeních vyskytují, se nyní zaměříme na samotné aspekty komunikace s cizinci v rámci těchto pracovišť. Své pojednání zahájíme opět analýzou situace ve státním sektoru.

2.2.3.3.1 Situace ve státním sektoru

Nejdříve se podívejme na to, jaké konkrétní jazykové skupiny jsou pro zaměstnance z hlediska komunikace nejnáročnější – níže představujeme graf vyjadřující mínění lékařského personálu:

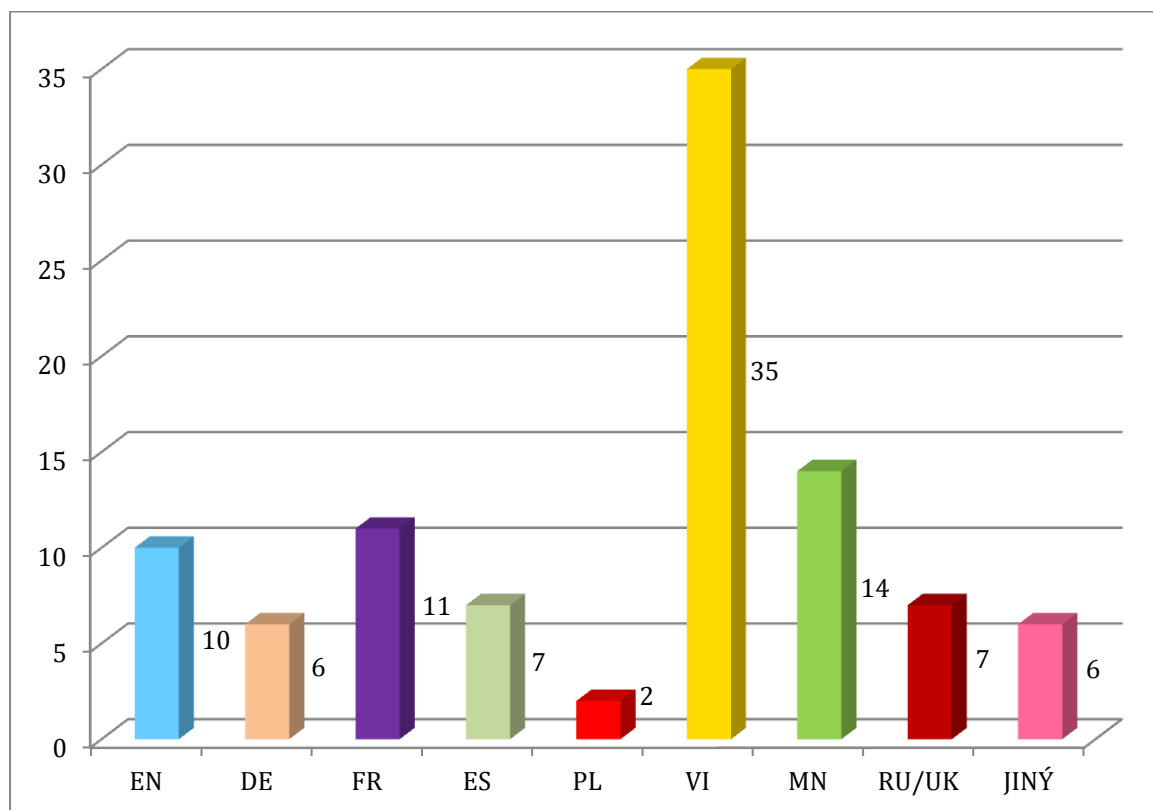


Graf 15 – Hodnocení problematičnosti komunikace se zahraničními pacienty (LP)

Lékaři a ostatní zástupci LP tedy jako nejobtížnější hodnotí komunikaci s vietnamsky mluvícími pacienty, po nichž následují klienti hovořící mongolsky, ruský

a španělsky. Pozorujeme zároveň, že prvenství vietnamské klientely je v tomto ohledu zcela nezpochybnitelné – ve srovnání s mongolskými pacienty hovoří o obtížnosti komunikace s Vietnamci celý dvojnásobek oslovených lékařů (resp. LP).

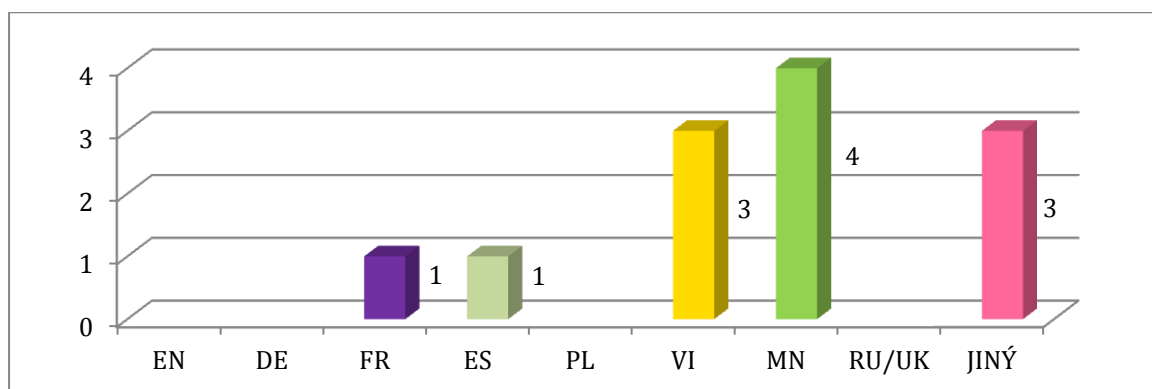
Ze zběžného pohledu na Graf 16 je zřejmé, že s podobným náhledem na problematičnost komunikace s cizinci se setkáme také u zástupců NZP:



Graf 16 – Hodnocení problematičnosti komunikace se zahraničními pacienty (NZP)

Shledáváme, že z hlediska komunikace nejnáročnějšími pacienty jsou pro zdravotní sestry a jiný NZP opět vietnamští klienti, dále pak pacienti hovořící mongolsky, francouzsky a anglicky. Relativně vysoká frekvence posledních dvou jmenovaných skupin není podle našeho názoru nijak překvapivá a koreluje s omezenějším jazykovým vybavením respondentů náležících do této kategorie.

Na závěr oddílu zaměřeného na situaci ve státním sektoru čtenáři přinášíme hodnocení náročnosti komunikace z pohledu administrativních pracovníků:

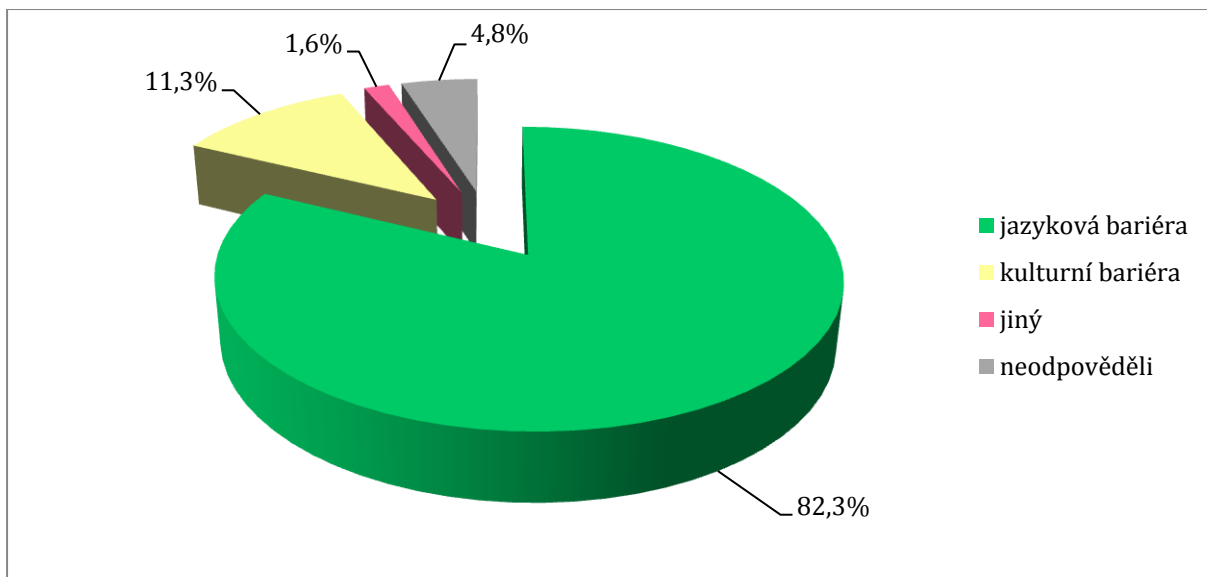


Graf 17 – Hodnocení problematičnosti komunikace se zahraničními pacienty (AP)

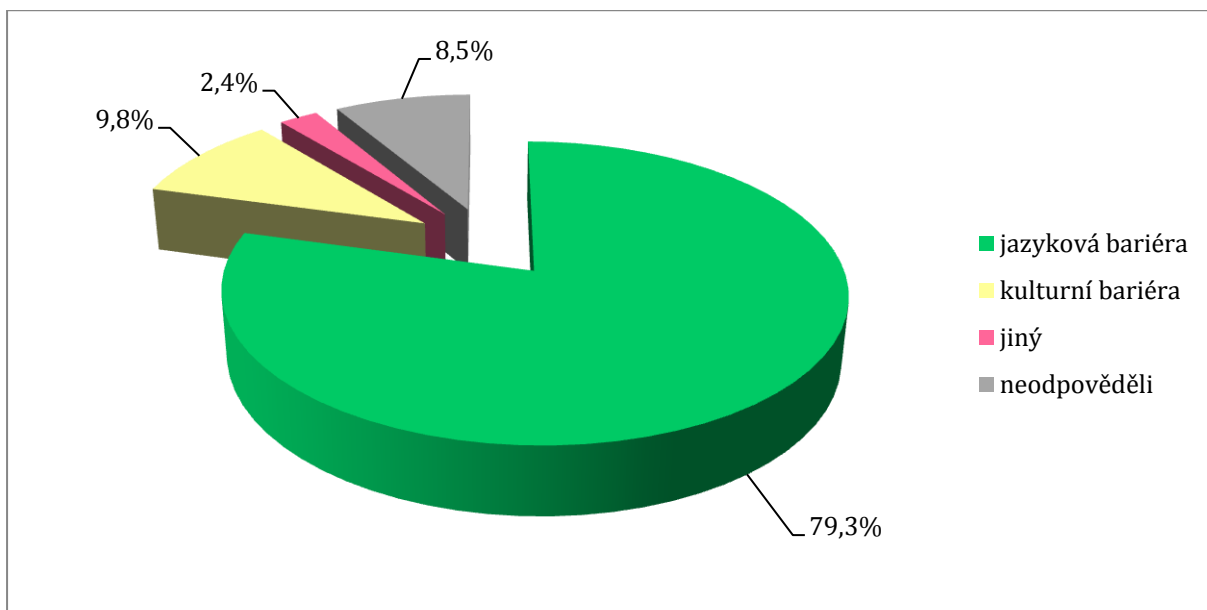
Stanovisko zástupců administrativních profesí jen potvrzuje, že z pohledu komunikace nejnáročnějšími pacienty jsou pro zaměstnance státních zdravotnických institucí vietnamsky a mongolsky hovořící pacienti, v menší míře poté pracovníkům skýtá problém také kontakt s frankofonní klientelou. Pro úplnost uvedme, že okrajově jsou v souvislosti s potížemi v komunikaci zmiňováni též ruští, angličtí a španělští mluvčí.

Na následujících stranách se konečně zaměříme na to, v čem zmíněné problémy v komunikaci podle mínění personálu spočívají, tedy na to, do jaké míry je v tomto ohledu rozhodující samotný jazyk a jak podstatně zde zasahují aspekty kulturní (případně jiné).

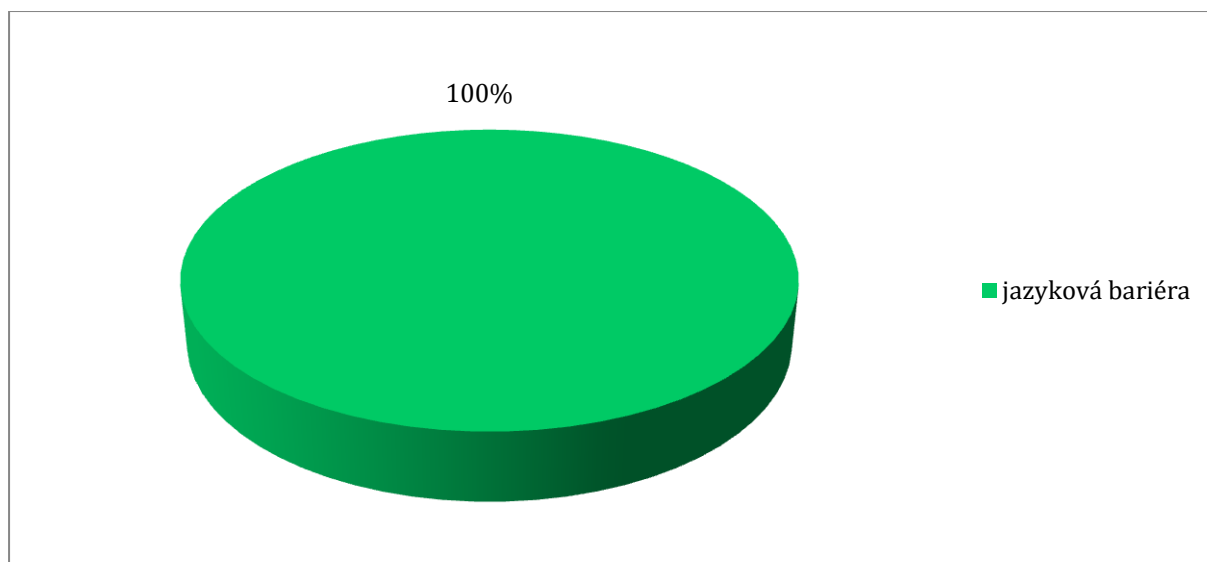
Vzhledem ke značné shodě v hodnocení lékařů (LP), zdravotních sester (NZP) i administrativních pracovníků nyní čtenáři představíme příslušné grafy a následně provedeme jejich společnou analýzu:



Graf 18 – Problematičnost komunikace s cizinci – relevance jazykových a kulturních aspektů (LP)



Graf 19 – Problematičnost komunikace s cizinci – relevance jazykových a kulturních aspektů (NZP)



Graf 20 – Problematičnost komunikace s cizinci – relevance jazykových a kulturních aspektů (AP)

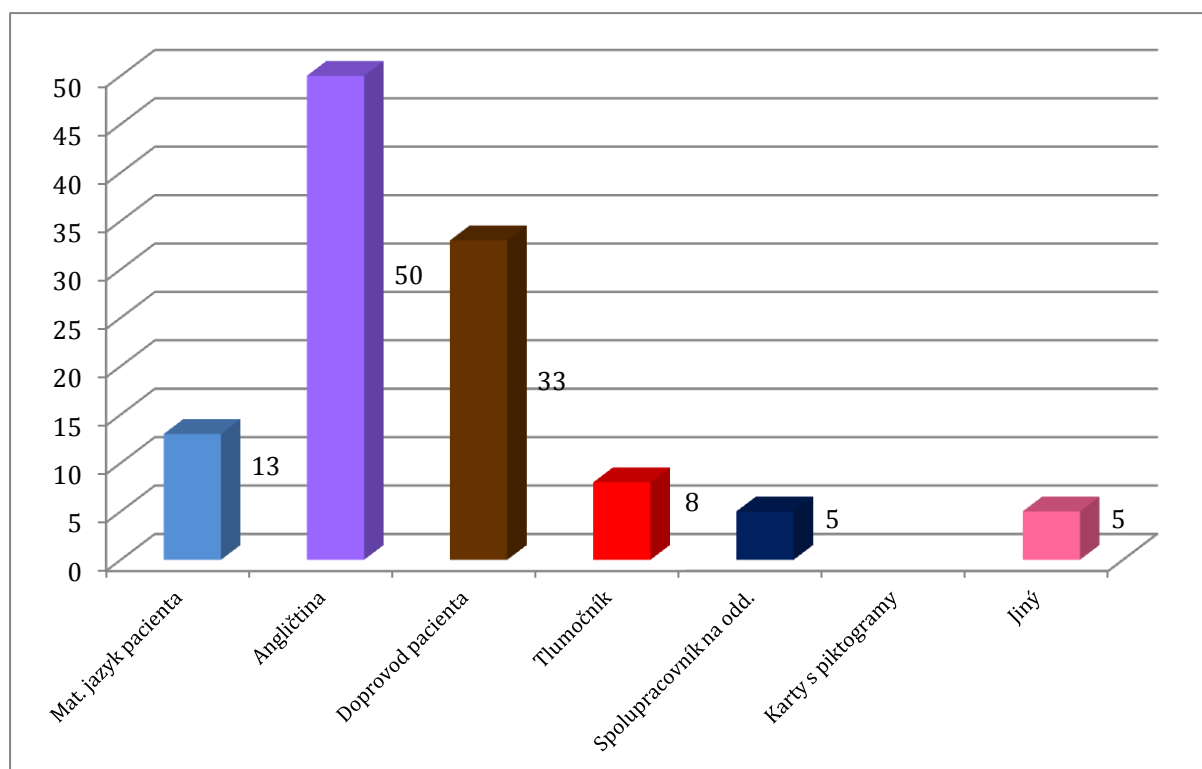
Z uvedených grafů vyplývá, že komunikační potíže se zahraničními klienty souvisejí téměř výhradně s problémem neznalosti příslušného cizího jazyka, respektive s absencí společného dorozumivacího kódu mezi zdravotníkem (případně zaměstnancem administrativy) a pacientem. Tento závěr významným způsobem zpochybňuje naši hypotézu o relevanci kulturních aspektů a jen dokládá, jak zásadní překážku samotná jazyková bariéra v kontextu zdravotnictví představuje.

Pokusíme-li se nyní shrnout výsledky grafů dosud uvedených v této podkapitole, dospíváme ke zjištění, že z hlediska komunikace nejobtížnější je kontakt s pacienty asijského, zejména vietnamského, původu, a to především z důvodu neexistence společného komunikačního prostředku mezi oběma účastníky interakce. Kulturní odlišnost obou partnerů hraje v tomto procesu spíše podružnou – avšak nikoli zanedbatelnou – úlohu. Jak ostatně dokládají i spontánní komentáře samotných respondentů, potíže v komunikaci s asijskou klientelou (v citovaném případě konkrétně vietnamskou) se leckdy týkají i poměrně kuriózních okolností, např. půjčování průkazů klienta zdravotní pojišťovny mezi příslušnými pacienty a z toho vyplývající nutnosti ověřovat pravost těchto průkazů.

Ve druhé části podkapitoly věnované situaci ve státních institucích

analyzujeme jednotlivé způsoby, jakými komunikace s cizinci v rámci těchto pracovišť probíhá.

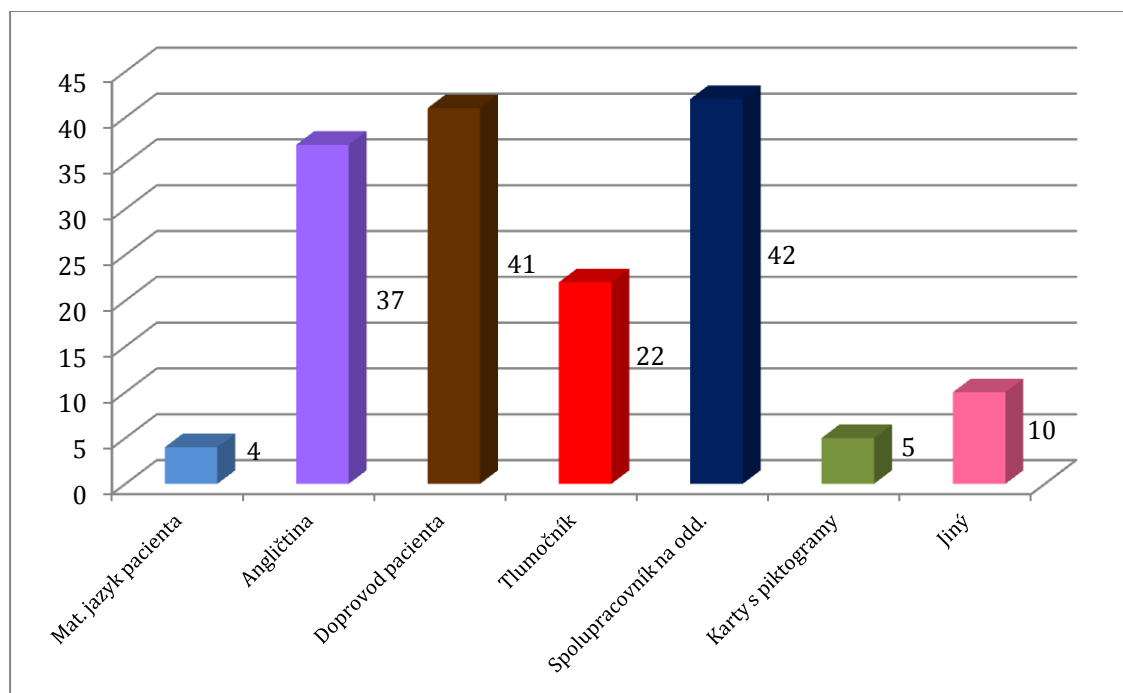
Nejprve se zaměříme opět na kategorii lékařského personálu:



Graf 21 – Prostředky komunikace se zahraničními pacienty (LP)

Konstatujeme, že lékaři a jiný LP ve většině situací s pacienty komunikují v angličtině. Toto zjištění pro nás není překvapivé, zejména poté, co jsme v podkapitole 3.2.3.1.1 zjistili, jak relativně významný podíl LP pracujících ve státních zařízeních anglický jazyk ovládá. Z dalších frekventovaných způsobů, jak překonat jazykovou překážku, jmenujme komunikaci prostřednictvím osoby doprovázející pacienta a dorozumívání v samotné mateřštině příchozího cizince. Kontakt skrze tlumočníka představuje spíše okrajové řešení komunikační bariéry, setkáváme se s ním jen v cca 7 % případů.

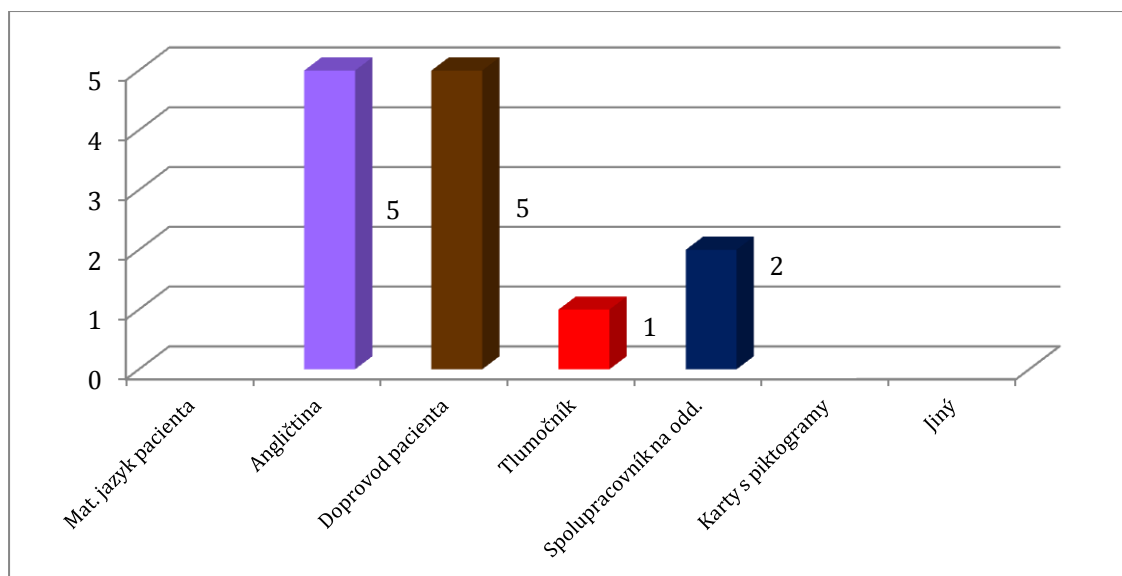
Pokud jde o zdravotní sestry a jiný NZP, situace vypadá následovně:



Graf 22 – Prostředky komunikace se zahraničními pacienty (NZZ)

Zástupci této kategorie personálu využívají tři, téměř shodně frekventované způsoby, jak vyřešit absenci jednotného dorozumívacího kódu, a to komunikaci v angličtině, prostřednictvím doprovázející osoby, případně za pomoci kolegy na oddělení, který mateřštinu pacienta ovládá. Hojněji než u předchozí skupiny zaměstnanců se u zdravotních sester (či jiného NZZ) setkáváme též s využitím tlumočnických služeb – ke kontaktu s cizincem pomocí tlumočnicka dochází v necelých 15 % situacích.

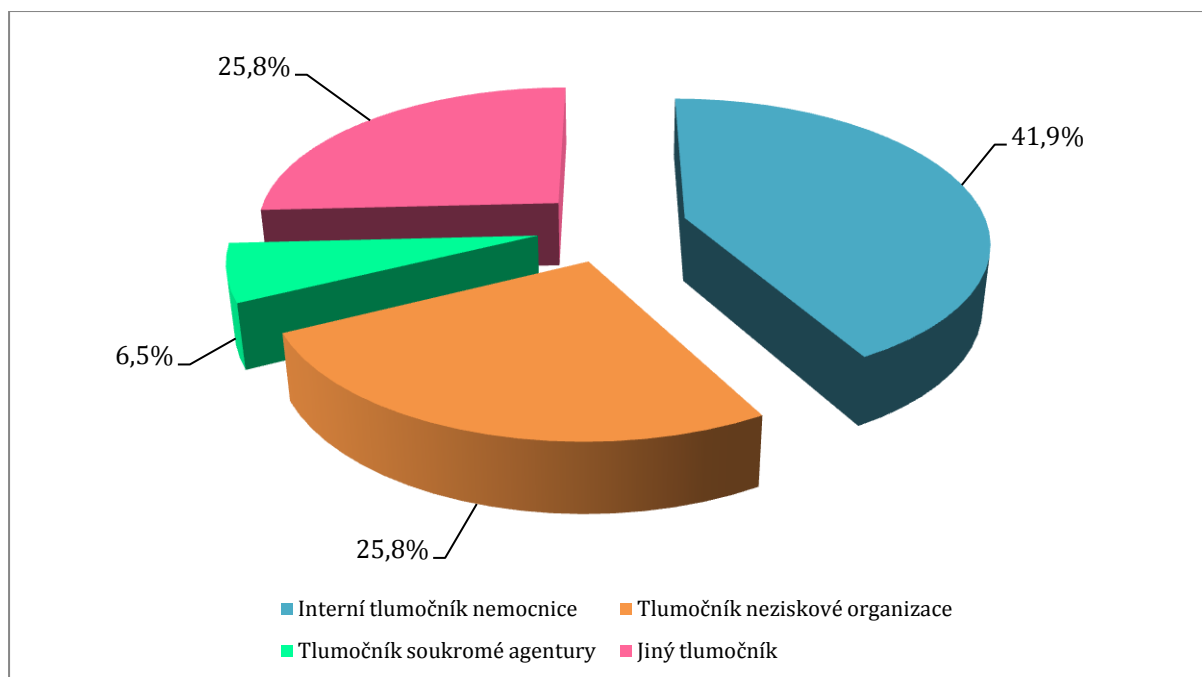
Pro úplnost uvádíme rovněž graf znázorňující stanovisko zaměstnanců administrativy:



Graf 23 – Prostředky komunikace se zahraničními pacienty (AP)

Podobně jako u předchozích analyzovaných kategorií dominuje i u těchto pracovníků dorozumívání v anglickém jazyce, popřípadě pomocí osoby, jež pacienta k lékaři doprovází.

Závěrem tohoto oddílu se ještě stručně věnujeme samotné problematice tlumočení ve státních nemocnicích a pokusíme se prozkoumat, jaké konkrétní subjekty mohou ve funkci tlumočnicka v tomto kontextu figurovat. Vzhledem k relativně omezené míře, s níž se zaměstnanci státního sektoru napříč jednotlivými kategoriemi s tlumočnickými setkávají, analyzujeme v Grafu 24 stanovisko všech tří skupin zároveň:



Graf 24 – Subjekty zajišťující tlumočení ve státních nemocnicích

Pozorujeme, že nejvýznamnější skupinu tlumočnicků tvoří tzv. *interní tlumočnicki nemocnice*. Tímto termínem rozumíme jakéhokoli zaměstnance nemocničního zařízení, tj. zdravotnického či nezdravotnického pracovníka (administrativního, technického apod.), který se na základě výzvy nemocnice přihlásil, že ovládá konkrétní cizí jazyk(y) a svolil k tomu, že bude veden v příslušném seznamu. Tato databáze interních tlumočnicků bývá k dispozici na vnitřních internetových stránkách dané instituce a může být využívána zaměstnanci všech oddělení nemocnice v případě, že si kmenový ošetřující personál s komunikací v cizím jazyce neporadí vlastními silami.

V menší míře než s interními tlumočnicki se ve státních zařízeních setkáváme též s tlumočnicki neziskových organizací a s tzv. *jinými tlumočnicki*. Tímto *jiným tlumočnickem* bývá nejčastěji zaměstnanec konzulátu či ambasády, případně tlumočnick, kterého si za účelem návštěvy lékaře zajistí sám pacient. Naprosto ojediněle ve funkci jazykových prostředníků figurují tlumočnicki soukromých agentur.

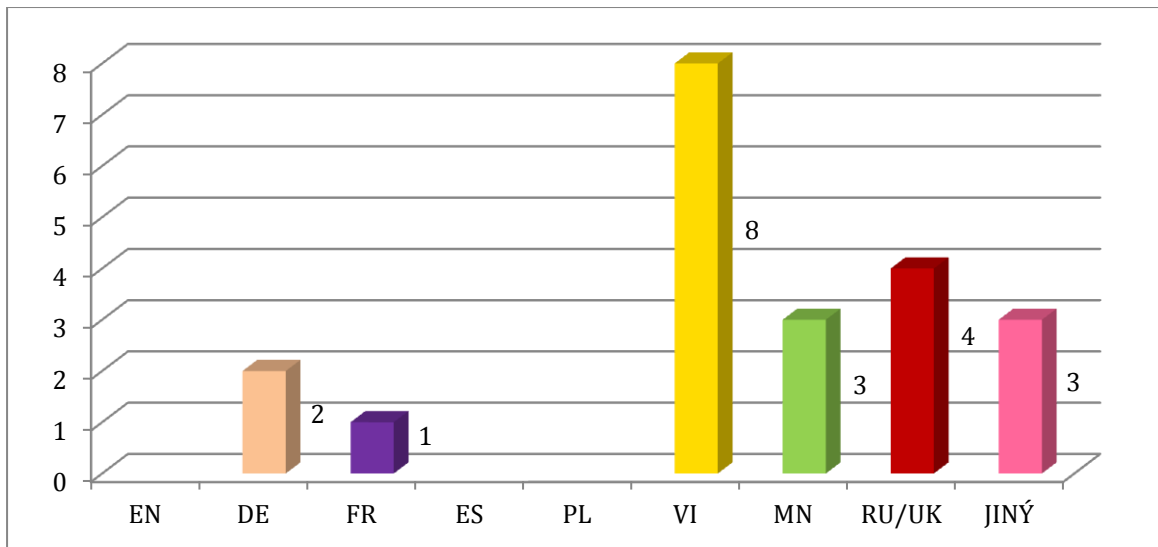
Pokusíme-li se nyní stručně hodnotit to, jakou roli tlumočení ve státním sektoru zastává, konstatujeme, že tento způsob komunikace s cizinci zůstává marginálním nástrojem k překonání jazykové bariéry, nad nímž výrazně převažuje

využití angličtiny či komunikace zprostředkovaná spolupracovníkem na oddělení, případně osobou doprovázející nemocného. Nejčastějšími situacemi, v nichž ke kontaktu prostřednictvím tlumočnicka dochází, jsou přitom případy, v nichž tlumočí tzv. *interní tlumočníci*, tedy samotní zaměstnanci daných zařízení. Na základě analýzy grafů týkajících se jazykové vybavenosti personálu a grafů, které znázorňují využívané způsoby komunikace se nicméně domníváme, že tento omezený prostor, jenž je tlumočení v rámci státního sektoru vyhrazen, je pouze logickým důsledkem nedostatku finančních prostředků ve zdravotnickém systému a v žádném případě jej nelze interpretovat jakožto projev negativního postoje či nedostatku zájmu o služby tlumočnicků ze strany samotného ošetřujícího personálu. Tématu tlumočení v kontextu zdravotnictví a konkrétním možnostem, jak zlepšit současnou úroveň komunikace se zahraničními pacienty se podrobněji věnujeme v následující kapitole.

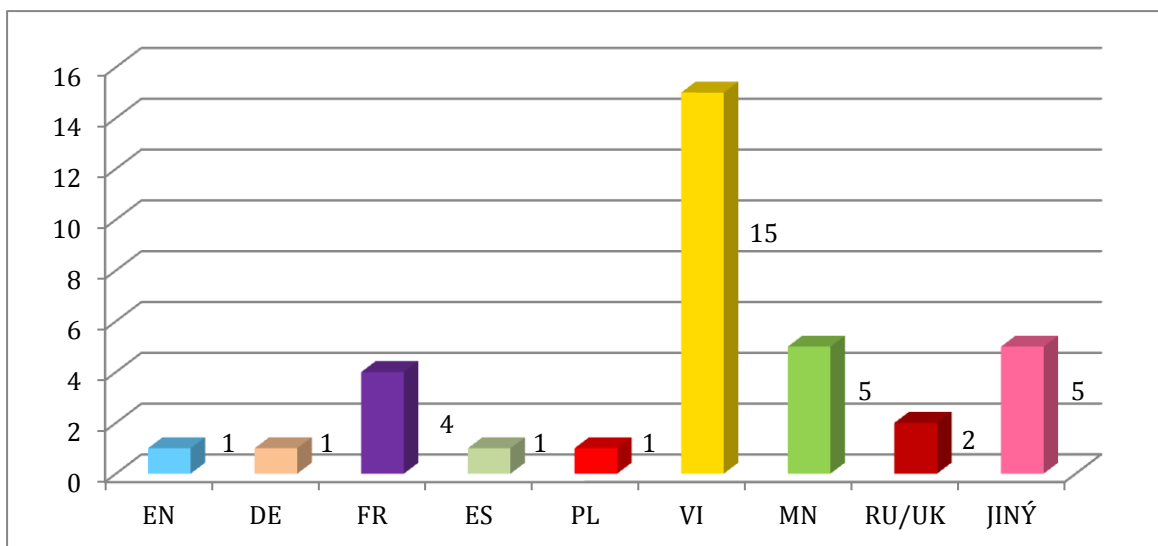
2.2.3.3.2 Situace v soukromém sektoru

Poté, co jsme čtenáře seznámili se situací ve státních institucích, nyní pojednáme o stavu v soukromém sektoru.

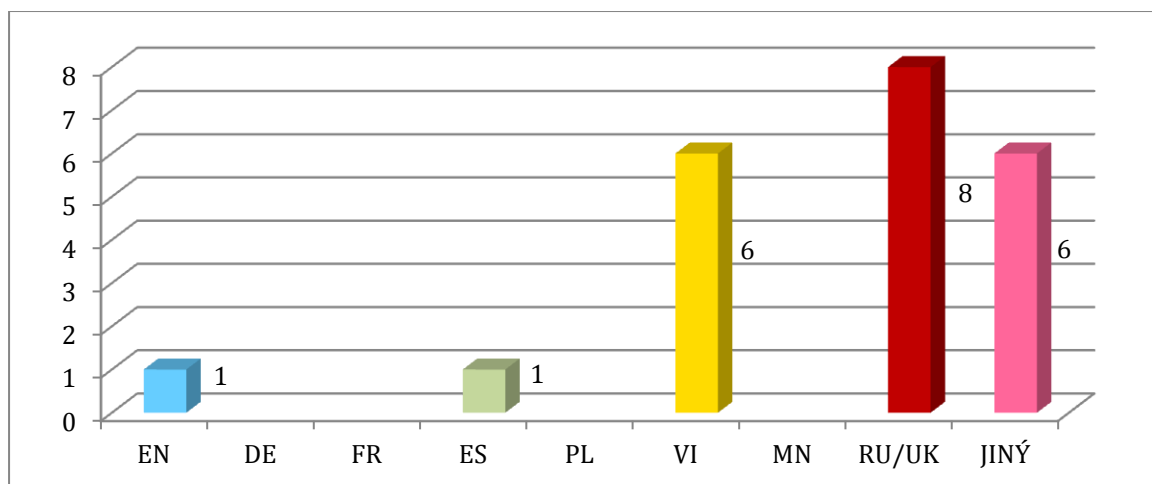
Podobně jako v předcházející podkapitole se nejprve zaměříme na otázku problematičnosti komunikace. Jak jsme shledali při tvorbě a analýze příslušných grafů, v případě soukromých zdravotnických zařízení dochází ve vnímání obtížnosti komunikace k až pozoruhodné analogii napříč jednotlivými skupinami zaměstnanců. Z tohoto důvodu a v zájmu větší přehlednosti textu všechny tři grafy týkající se problematických jazykových skupin představíme v těsném sledu a analyzujeme zároveň:



Graf 25 – Hodnocení problematičnosti komunikace se zahraničními pacienty (LP)



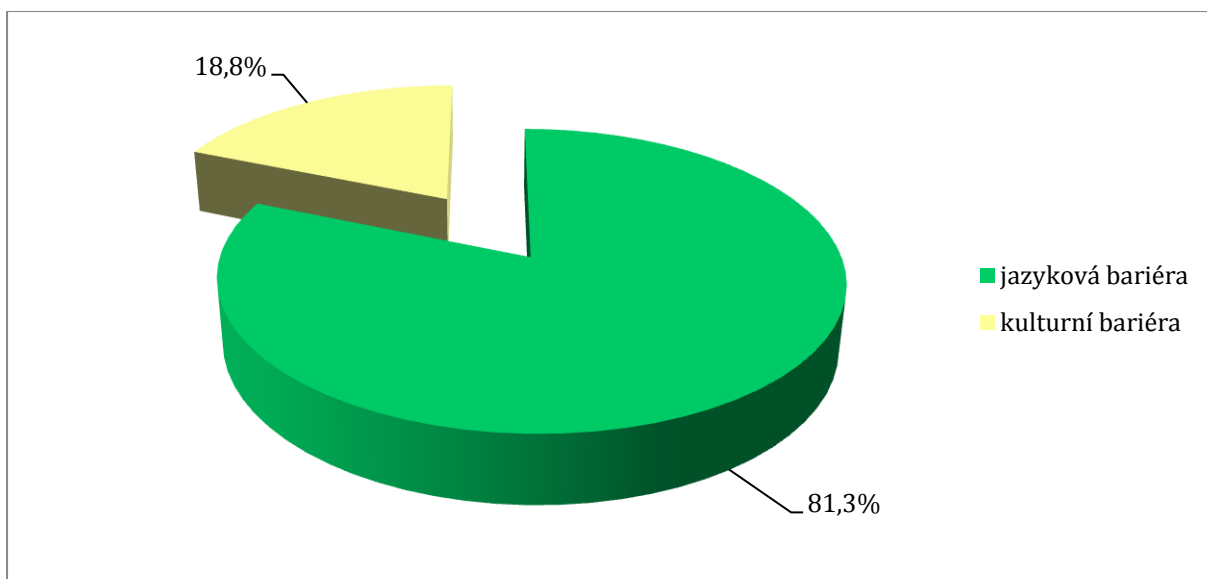
Graf 26 – Hodnocení problematičnosti komunikace se zahraničními pacienty (NZZP)



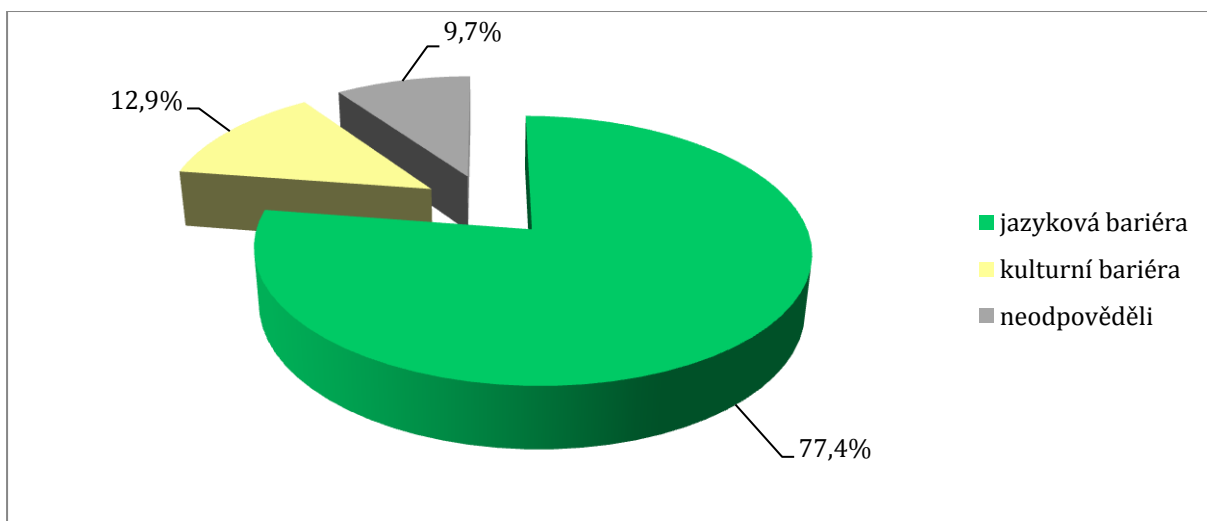
Graf 27 – Hodnocení problematičnosti komunikace se zahraničními pacienty (AP)

Po zhlédnutí Grafů 25, 26 a 27 dospíváme ke zjištění, že hodnocení problematičnosti komunikace s cizinci je do značné míry shodné se závěry, jež jsme učinili v případě státních nemocničních zařízení. Z hlediska komunikace nejnáročnějšími pacienty jsou podle názoru těchto respondentů osoby hovořící vietnamsky a mongolsky, v menší míře je zmiňována rovněž ruština, popřípadě ukrajinština. Jediný podstatnější rozdíl oproti situaci ve státním sektoru shledáváme v postavení anglicky mluvící klientely – zaměstnanci privátních zařízení, na rozdíl od personálu státních institucí, komunikační problémy s anglicky hovořícími pacienty zmiňují jen ve zcela ojedinělých případech. Tento závěr jen ilustruje, jak výbornou jazykovou kompetencí – minimálně pokud jde o angličtinu – sami pracovníci soukromých nemocnic disponují.

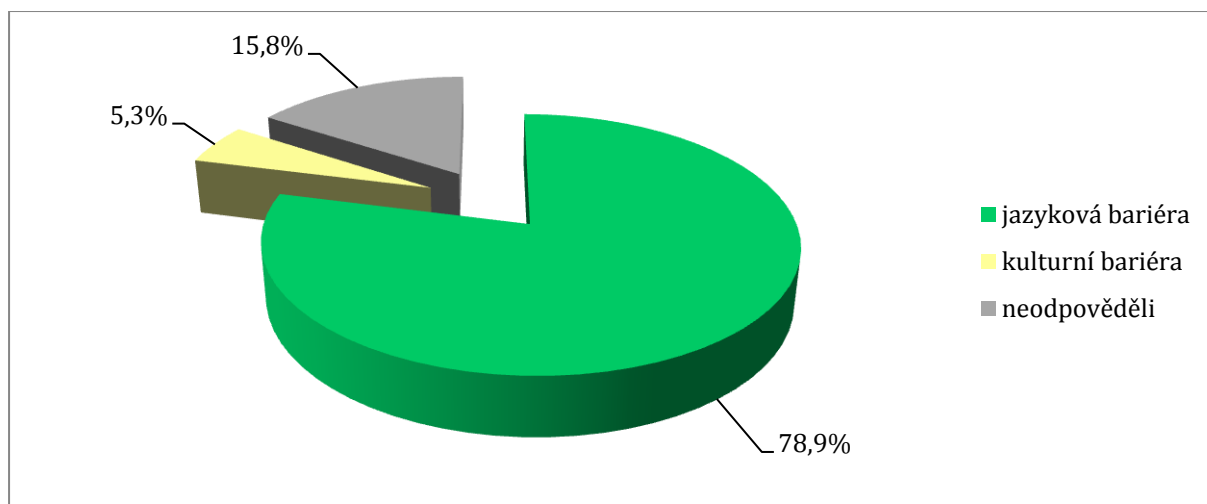
Na první pohled patrnou podobnost se stavem ve státních institucích pozorujeme také ve vnímání toho, jaká role je v komunikačně náročných situacích připisována jazykovým, respektive kulturním aspektům. Vzhledem k tomu, že opět shledáváme výraznou shodu ve stanoviscích všech tří zkoumaných skupin zaměstnanců, příslušné grafy podrobíme i v tomto případě společné analýze:



Graf 28 – Problematičnost komunikace s cizinci – relevance jazykových a kulturních aspektů (LP)



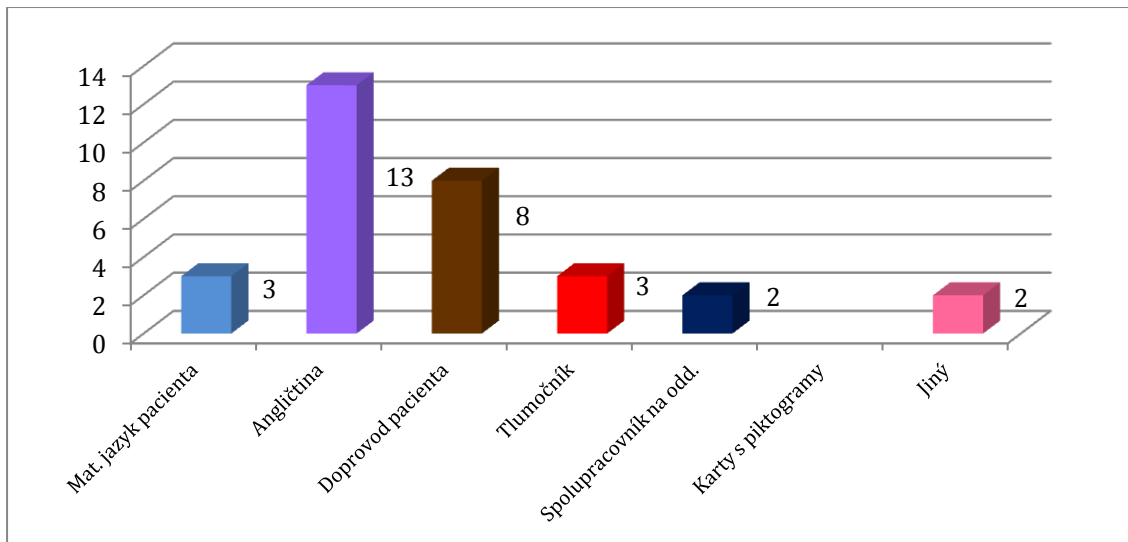
Graf 29 – Problematičnost komunikace s cizinci – relevance jazykových a kulturních aspektů (NZP)



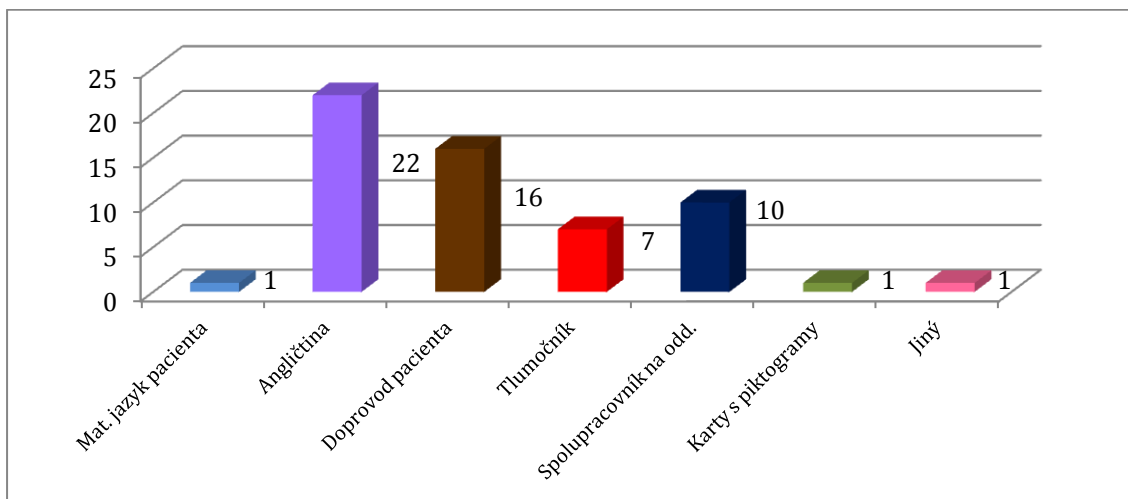
Graf 30 – Problematičnost komunikace s cizinci – relevance jazykových a kulturních aspektů (AP)

Obdobně jako ve státních nemocnicích je dominantním úskalím komunikace s cizinci neznalost daného cizího jazyka, kulturní aspekty hrají i v rámci soukromého sektoru pouze podružnou úlohu. I přes tuto harmonii se situací ve státních institucích je nicméně nutno podotknout, že zaměstnanci privátních zařízení přičítají kulturní bariéry přece jen větší význam než jejich kolegové ze státních nemocnic; nejvýraznější rozdíl pozorujeme u hodnocení lékařů a jiného LP (19 % LP v soukromých nemocnicích ku 11 % v zařízeních státních). K interpretaci tohoto závěru využijeme poznatků učiněných v oddíle 3.2.3.1.2, v němž jsme zjistili, že v námi zkoumaném vzorku lékařů (LP) působících v soukromém sektoru nenajdeme jediného zástupce, který by nehovořil alespoň jedním cizím jazykem. V souvislosti s touto skutečností se domníváme, že někteří z respondentů hovoří o významu kulturní bariéry jednoduše z toho důvodu, že jazykovou překážku pociťovat nemohou, vzhledem k relativně velmi uspokojivým jazykovým znalostem, jimiž sami disponují.

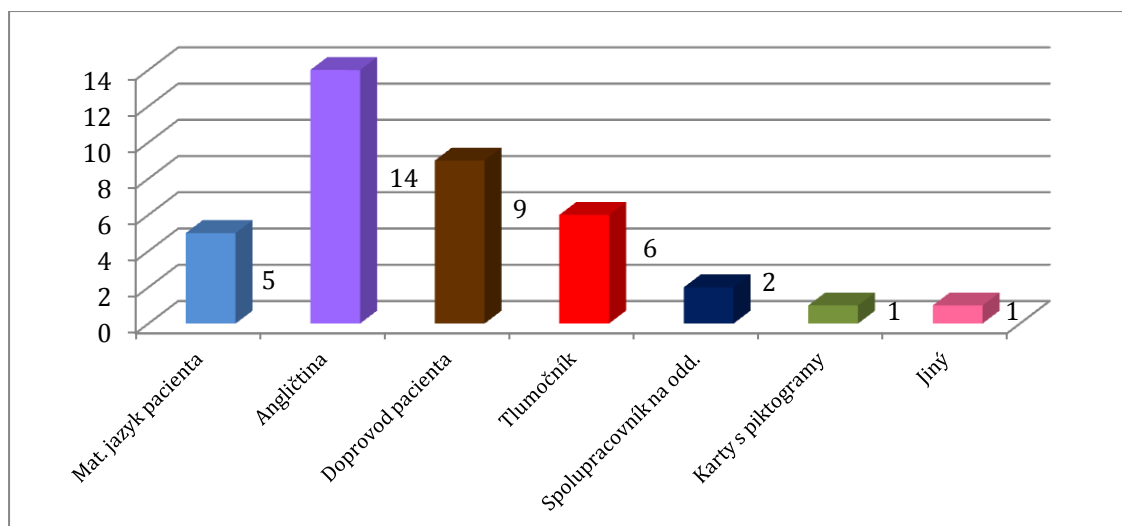
Zaměříme-li se nyní na využívané způsoby komunikace s cizinci, situace v soukromém sektoru vyhlíží následovně:



Graf 31 – Prostředky komunikace se zahraničními pacienty (LP)



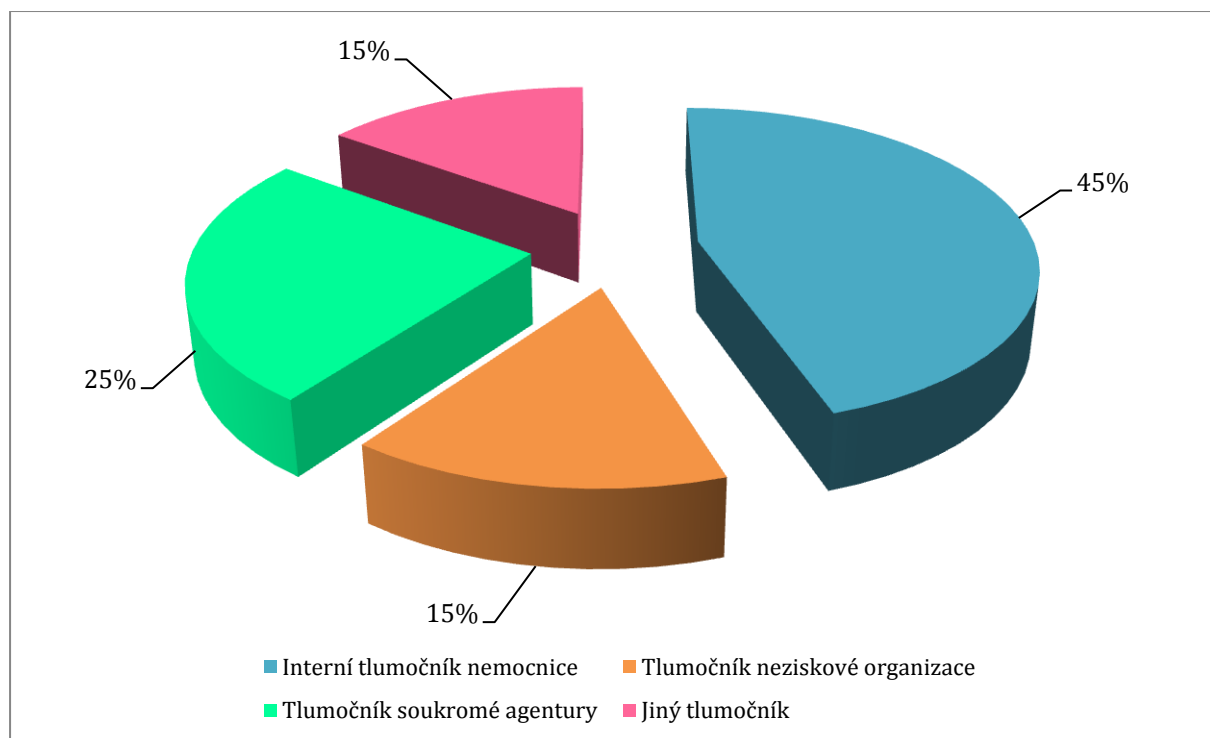
Graf 32 – Prostředky komunikace se zahraničními pacienty (NZZ)



Graf 33 – Prostředky komunikace se zahraničními pacienty (AP)

Ve světle výše řečeného je zcela přirozené, že převažujícím nástrojem komunikace s cizinci v rámci soukromých zdravotnických zařízení je angličtina, s menší frekvencí setkání se zahraničním pacientem probíhá zprostředkovaně – dorozumivacím mezičlánkem mezi zdravotníkem (případně AP) a cizincem bývá nejčastěji osoba doprovázející pacienta, méně často v této pozici figuruje tlumočník či spolupracovník na oddělení.

V případě, že ke kontaktu s cizincem dochází za přítomnosti tlumočníka, tuto funkci zastávají následující osoby:



Graf 34 – Subjekty zajišťující tlumočení v soukromých nemocnicích

Ani z hlediska jednotlivých tlumočících subjektů nezaznamenáváme významnější odchylky oproti stavu ve státních zařízeních – dominantní úlohu zastávají opět interní tlumočníci nemocnice. Jediný výraznější rozdíl pozorujeme ve využití tlumočnicků soukromých agentur (25 % v privátním sektoru ku pouhým 6 % ve státních zařízeních). Nejméně zastoupenou skupinou jazykových prostředníků jsou tlumočníci neziskových organizací.

Na tomto místě je nicméně nutné čtenáře upozornit, že pojem „interní tlumočnick“ nelze chápat zcela synonymně s tím, jak je nahlížen ve státním sektoru. Z dotazníkového šetření a přidružených komentářů totiž vyplývá, že některé privátní nemocnice, počítající s hojnou návštěvností zahraničních pacientů, se komunikačním potížím rozhodly předcházet tak, že zřídily samostatnou funkci jakýchsi „jazykových asistentů“ či „jazykových poradců“, kteří svým kolegům-zdravotníkům následně pomáhají při zvládnání komunikace v cizím jazyce. Termín „interní tlumočnick“ v soukromém sektoru tedy označuje dvě skupiny osob – zaměstnance, kteří již v rámci nemocnice pracují na svébytné zdravotnické či jiné pozici a příležitostně pomáhají s komunikací na jiných odděleních (viz pojetí tohoto pojmu ve státních zařízeních), a

dále ty, pro které je jazyková mediace a pomoc s dorozumíváním se zahraničními klienty primárním pracovním posláním.

Vzhledem k výše učiněným dílčím závěrům dospíváme ke zjištění, že soukromý sektor skýtá z hlediska přijetí zahraniční klientely relativně velmi vhodné podmínky, ať už díky výborné jazykové kompetenci ošetřujícího personálu, omezenějšímu počtu pacientů a s tím souvisejícímu většímu množství času vyhrazeného jednotlivým klientům, příznivějšímu finančnímu zázemí, či dokonce ustavením funkce jazykových asistentů v některých z těchto institucí. U všech zkoumaných faktorů mimoto shledáváme relativně velmi výraznou shodu v názoru pracovníků napříč jednotlivými kategoriemi personálu, což svědčí o obdivuhodně vyrovnané úrovni příslušných skupin zaměstnanců a jen dále potvrzuje naši hypotézu o kvalitě komunikačního zázemí v privátním sektoru.

V tuto chvíli si čtenář možná pokládá otázku, jak situaci týkající se komunikace s cizinci hodnotí sami pracovníci příslušných nemocnic, respektive sektorů – na tyto a další faktory se zaměříme v následující kapitole.

2.2.3.3.3 Analýza závislosti vybraných faktorů a interpretace

Závislost č. 3

Zkoumaná závislost:

Závisí spokojenost respondenta se zajišťováním komunikace s cizinci v rámci jeho pracoviště na jeho vlastní jazykové vybavenosti?

Závislost č. 3 budeme analyzovat pomocí testu ANOVA.

	Vyhovující	Ne zcela ideální	Problematický	Nedostatečný	SUMA
Hovoří cizím jazykem	63	69	15	8	155
Nehovoří cizím jazykem	17	15	3	4	39
SUMA	80	84	18	12	194

H_0 : spokojenost respondenta se zajišťováním komunikace s cizinci v rámci jeho

pracoviště **nezávisí** na jeho vlastní jazykové vybavenosti

H_1 : spokojenost respondenta se zajišťováním komunikace s cizinci v rámci jeho pracoviště **závisí** na jeho vlastní jazykové vybavenosti

Statistické hodnocení analýzy:

Statistika	Signifikance	Hladina významnosti	Zamítnutí testované hypotézy
Fischerův test	0,730	0,05	NE

Výsledek testu:

Fischerův test vyšel 0,730, což je vyšší hodnota než zvolená hladina významnosti (0,05). Testovanou hypotézu o nezávislosti tedy na 5% hladině významnosti nezamítáme: hodnocení spokojenosti respondenta se zajišťováním komunikace s cizinci v rámci jeho pracoviště **nezávisí** na jeho jazykové vybavenosti.

Interpretace:

Mezi spokojeností respondenta se zajišťováním komunikace s cizinci v rámci jeho pracoviště a jeho vlastní jazykovou vybaveností **nebyl zjištěn** statisticky významný vztah.

Závislost č. 5

Zkoumaná závislost:

Závisí to, zda respondent používá cizí jazyk, při výkonu své práce na jeho pracovní pozici?

V tomto případě analyzujeme závislost 2 nominálních proměnných.

	LP	NZP	AP	SUMA
Ano, používá	68	47	22	137
Ne, nepoužívá	0	18	1	19
SUMA	68	65	23	156

H_0 : to, zda respondent používá cizí jazyk při výkonu své práce, **nezávisí** na jeho

pracovní pozici

H₁: to, zda respondent používá cizí jazyk, při výkonu své práce **závisí** na jeho pracovní pozici

Statistické hodnocení analýzy:

Statistika	Signifikance	Hladina významnosti	Zamítnutí testované hypotézy	Koeficient měřící sílu testu	Hodnota koeficientu
Pearsonův koeficient	0,000	0,05	ANO	tau	0,163

Výsledek testu:

Pearsonův chí kvadrát test vyšel 0,000, což je nižší hodnota než zvolená hladina významnosti (0,05). Testovanou hypotézu o nezávislosti tedy na 5% hladině významnosti zamítáme: to, zda respondent používá cizí jazyk při výkonu své práce, závisí na jeho pracovní pozici. Hodnota koeficientu tau 0,163 naznačuje, že se jedná o slabou závislost, a to 16,3%.

Interpretace:

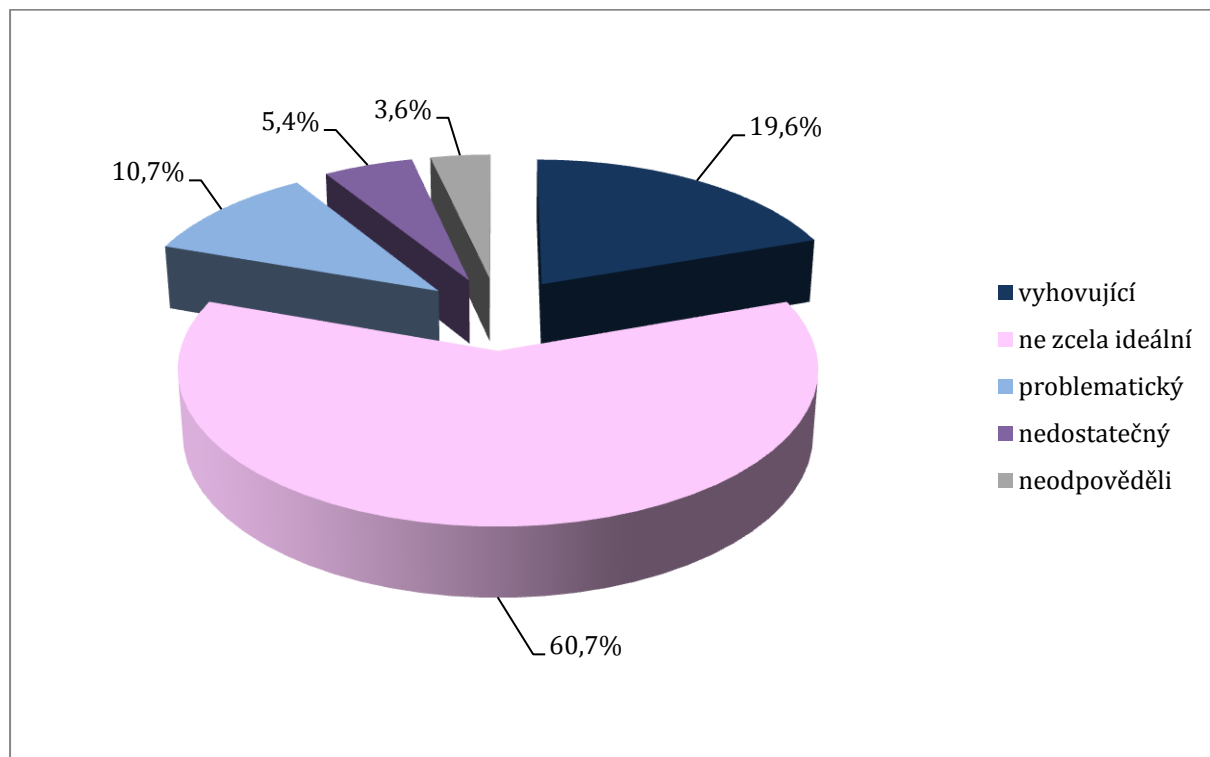
Byla zjištěna statisticky významná závislost mezi tím, zda respondent používá cizí jazyk, při výkonu své práce a jeho pracovní pozicí. Nicméně tato závislost je **velmi slabá**, koeficient tau má hodnotu 0,163, tedy 16,3 %. To, zda respondent používá cizí jazyk, při výkonu své práce, tedy na jeho pracovní pozici závisí z cca 16 %.

2.2.3.4 Hodnocení aktuálního stavu, názor na využití tlumočnicků

V závěrečném oddíle empirické části této studie analyzujeme to, jak na stávající situaci ohledně zajišťování komunikace s cizinci a potenciální zapojení tlumočnicků nazírají sami zaměstnanci příslušných institucí, respektive sektorů. I zde se zaměříme nejprve na personál státního sektoru, následně poté na pracovníky privátních zařízení.

2.2.3.4.1 Situace ve státním sektoru

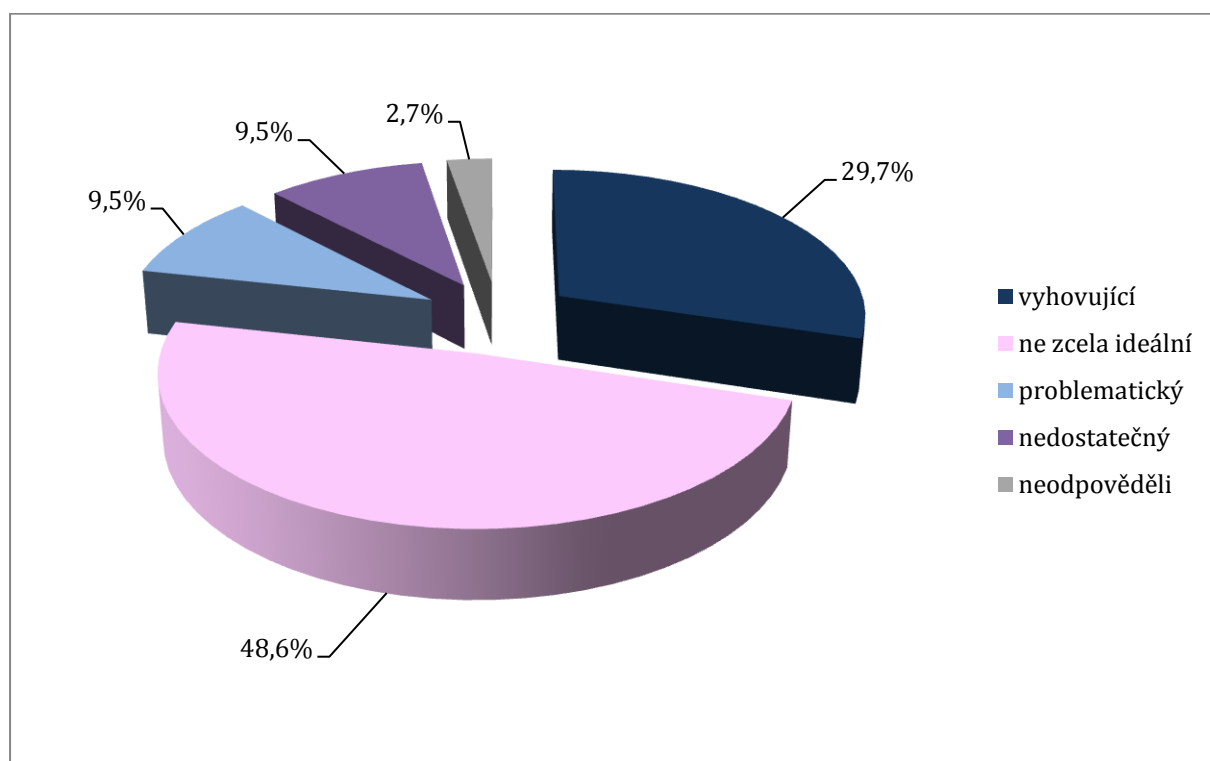
Lékaři (a jiný LP) působící ve státních nemocnicích hodnotí komunikaci s cizinci takto:



Graf 35 – Hodnocení současné úrovně komunikace s cizinci (LP)

Z Grafu 35 vyčteme, že komunikace se zahraničními klienty ve státních nemocnicích není řešena ideálním způsobem, jako ne zcela dokonalou ji hodnotí celých 60 % dotazovaných LP. Jen relativně nízké procento těchto zaměstnanců komunikaci s cizinci vnímá jako naprosto vyhovující, naopak relativně velké množství z nich hovoří o tom, že situace je „problematická“ (10 %), či dokonce „nedostačující“ (5 %). O relativně významných číslech v posledních uvedených případech hovoříme jednoduše z toho důvodu, že státní nemocnice jakožto defaultní ošetřující instituce přijímají denně poměrně velké množství cizinců – i relativně nevýznamné procentuální vyjádření tedy ve skutečnosti představuje desítky, ne-li stovky případů, v nichž denně dochází k zásadním komunikačním úskalím.

Následující graf vyjadřuje to, jak jsou s komunikací s cizinci spokojeni zástupci kategorie NZP:



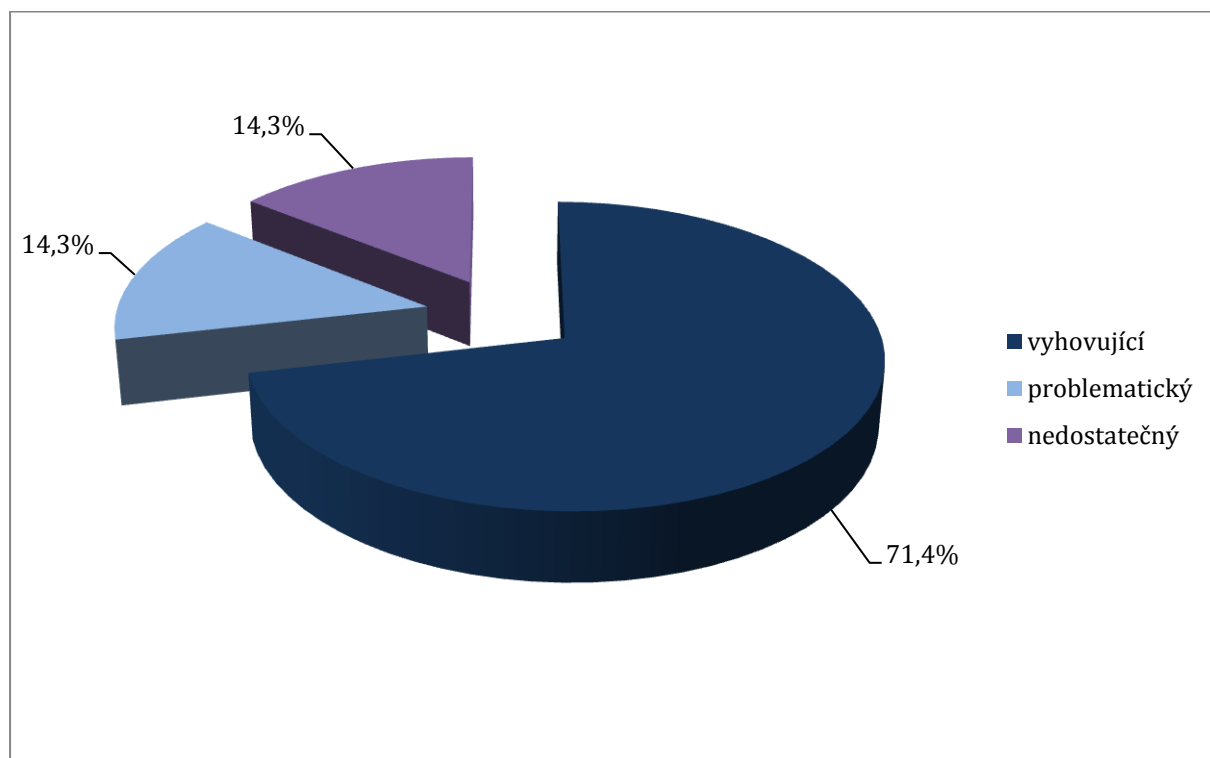
Graf 36 – Hodnocení současné úrovně komunikace s cizinci (NZP)

Graf 36 jasně dokládá, že situace týkající se komunikace se zahraničními klienty ve státním sektoru zdaleka není uspokojivá, celá polovina dotázaných hovoří o tom, že prostor pro zlepšení aktuálního stavu na jejich pracovišti jednoznačně existuje. Uvedený graf zároveň odkrývá z našeho pohledu poměrně překvapivou skutečnost – oproti kategorii LP pozorujeme v případě druhé skupiny zaměstnanců přece jen o něco vyšší míru „naprosté spokojenosti“ (30 % NZP hodnotí komunikaci jako bezproblémovou, ku 20 % v případě LP). Tento závěr je pro nás nečekaný, zejména poté, co jsme v kapitole 3.2.3.1.1 shledali, že z hlediska jazykových kompetencí zástupci NZP jen velmi obtížně konkurují svým kolegům s vyšší odborností – připomeňme, že téměř 60 % lékařů ve státních nemocnicích je schopno se dorozumět dvěma cizími jazyky, naproti tomu celá polovina dotázaných NZP neovládá žádný jazyk.

Z uvedených faktů usuzujeme, že zdravotní sestry (NZP) jsou v tomto ohledu poněkud méně kritické než zaměstnanci náležející do skupiny LP – ačkoli samy

disponují jen omezenými znalostmi cizích jazyků, vzhledem k existujícím problémům v komunikaci s cizinci mají tyto pracovnice tendenci být méně vnímavé než jejich kolegyně z kategorie LP.

Zaměstnanci zastávající administrativní funkce nahlíží na komunikaci se zahraničními pacienty takto:



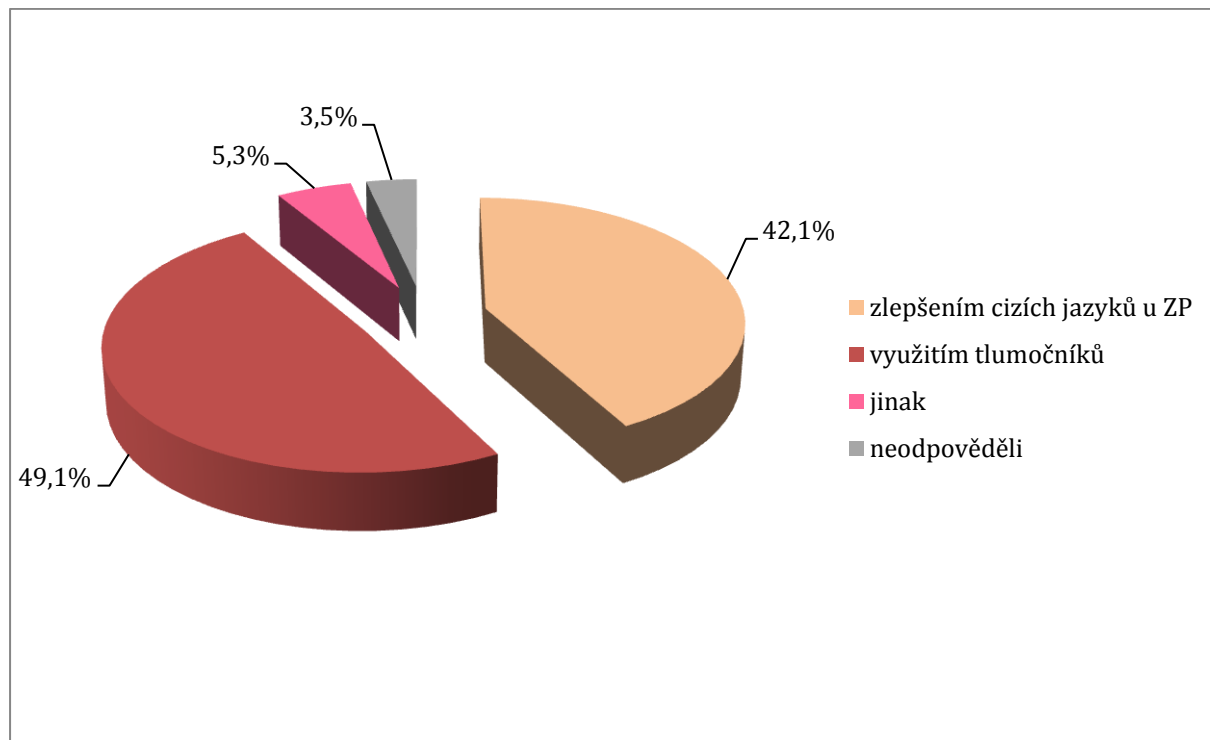
Graf 37 – Hodnocení současné úrovně komunikace s cizinci (AP)

Pozorujeme, že pokud jde o komunikaci s cizojazyčnými klienty, pracovníci spadající do kategorie AP vykazují výrazně vyšší míru spokojenosti než zástupci výše analyzovaných skupin; téměř tři čtvrtiny dotázaných AP hovoří o tom, že komunikace s cizinci je zajištěna vyhovujícím způsobem. Tento závěr pro nás není nijak překvapivý a pozitivně koreluje se zjištěním učiněným v oddíle 3.2.3.1.1, v němž jsme konstatovali, že v případě kategorie AP představuje znalost cizích jazyků (především angličtiny) jedno z klíčových kritérií výběru zaměstnanců v rámci přijímacích procedur.

Na následujících stránkách se zaměříme na to, jakým způsobem by se podle

mínění zaměstnanců státních nemocnic dosáhlo zlepšení současné úrovně komunikace s cizinci:

Jako první se zaměříme opět na názor lékařů (LP):



Graf 38 – Způsoby zlepšení současné úrovně komunikace s cizinci (LP)

Zapojení tlumočnicků považuje za adekvátní řešení celá polovina dotázaných LP; 40 % z nich by naopak uvítalo zřízení jazykových kurzů pro nemocniční personál.

K uvedenému zjištění je třeba podotknout, že lékaři, již navrhují zavedení jazykových kurzů, v mnohých případech zároveň dodávají, že tyto kurzy by měly být primárně zacíleny na nelékařský (někdy také „střední“) zdravotnický personál. Toto stanovisko považujeme za naprosto pochopitelné – v souladu se závěry učiněnými výše (viz kapitola 3.2.3.1.1.) je z našeho pohledu zcela přirozené, že pro samotný LP komunikace v cizích jazycích (zejména v angličtině) v drtivé většině případů nepředstavuje nijak zásadní problém.

Pokud jde o názory týkající se tlumočnických služeb, v komentářích často zmiňovaným bodem je využití externích tlumočnicků, a to zejména služby tlumočení po telefonu – na základě výsledků dotazníkového šetření můžeme usoudit, že právě

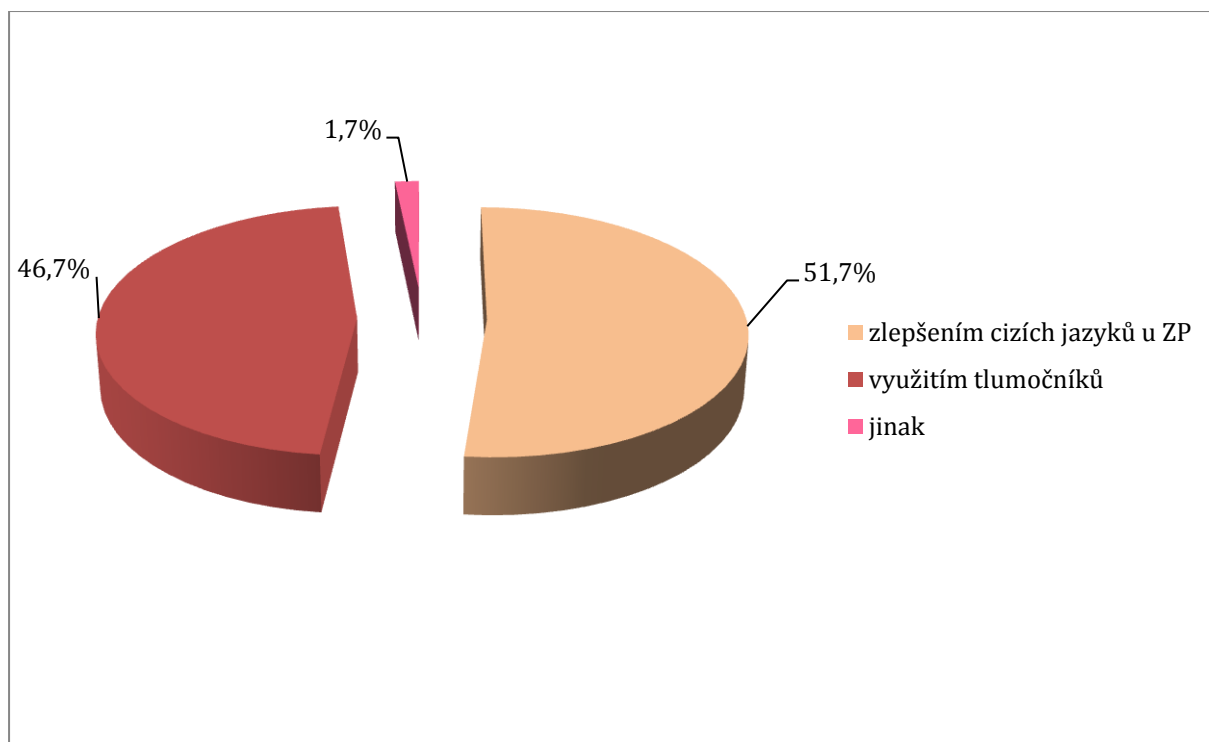
tento typ tlumočení mnozí lékaři považují za optimální řešení komunikačně náročných situací.

Z Grafu 38 rovněž vyplývá, že podle názoru 5 % dotázaných LP řešení komunikačních problémů nespočívá ani v jednom z výše uvedených způsobů. Příslušní respondenti naproti tomu naznačují, že zlepšení situace by se dosáhlo způsobem „jiným“, jímž je nejčastěji míněno zřízení specializovaných cizineckých recepcí. Na tomto místě bychom rádi interpretovali jednu z častých připomínek zmiňovaných v rámci komentářů v dotaznících: velká část lékařů (LP) v tomto ohledu poukazuje na to, že péče o cizince vždy představuje zvýšené nároky na čas a extrémní administrativní zátěž, související s účtováním apod. Právě z těchto důvodů tak určité, nikoli nevýznamné, procento LP považuje vytvoření cizinecké recepce za nejlepší nástroj vedoucí ke zlepšení současného stavu.

Po zhlédnutí výše zmíněných stanovisek shledáváme, že pokud jde o zlepšení současné úrovně komunikace s cizinci, názory respondentů se dosti různí, a to i v rámci jedné skupiny zaměstnanců (v tomto případě lékařů a LP). V komentářích relativně hojně skloňovaným tématem je rovněž otázka odpovědnosti za hladký průběh komunikace. Na rozdíl od názorů týkajících se jednotlivých možností zlepšení současného stavu však v tomto ohledu panuje mezi dotazovanými zajímavá shoda – všichni lékaři, již se k tomuto tématu vyjadřují, se domnívají, že pokud se pacient není schopen dorozumět, měl by si sám zajistit jazykového prostředníka („...Řada pacientů si přivede s sebou někoho, kdo je schopen tlumočit, ale jsou pacienti, kteří vědí, že se nijak nedomluví a myslí si, že to má nějak vyřešit nemocnice, což je potom velký problém – často takový postoj mají rusky hovořící pacienti.“)

Závěrem oddílu věnovaného analýze stanovisek LP si dovolíme citovat komentář jednoho z lékařů, jenž podle našeho mínění stručně, ale zcela výstižně shrnuje názory a postoj celé této skupiny respondentů: „Všechno je o penězích, z veřejného zdravotního pojištění hradit nelze! Měl by hradit cizinec a (péče) služby by měly být zajištěny na telefonu.“

V tuto chvíli se naše pozornost zaměří na zástupce kategorie NZP:



Graf 39 – Způsoby zlepšení současné úrovně komunikace s cizinci (NZZP)

Na první pohled je patrné, že v tomto ohledu nezaznamenáváme nijak zásadní rozdíl oproti názoru výše zkoumaného LP – pracovníci příslušící do skupiny NZZP pouze přičítají o něco větší význam alternativě zřízení jazykových kurzů, na úkor méně výrazné preference kladené možnosti využití tlumočnicků. Tento závěr je pro nás veskrze pozitivním signálem toho, že velká část zdravotních sester (NZZP) nedostatky v komunikaci přičítá vlastní absenci jazykových dovedností, a v zájmu lepšího výkonu svého poslání by velmi uvítala si jazykové vzdělání doplnit. Nemalé množství z nich přitom v tomto ohledu jmenovitě uvádí kurzy angličtiny, některé dokonce hovoří o tom, že by uvítaly výuku zaměřenou konkrétně na ošetrovatelskou problematiku.

Řada těchto zaměstnanců (respektive zaměstnankyň) zároveň podotýká, že zřízení jazykových kurzů by mělo vycházet z iniciativy zaměstnavatele, který by, alespoň z významné části, zajistil tuto výuku také finančně.

Výše zmíněné stanovisko zdravotních sester je z našeho pohledu logické – vzhledem k obrovskému tlaku a zátěži, v nichž zástupci NZZP pracují, je zcela pochopitelné, že tito zaměstnanci nemají kapacitu na to, aby si návštěvu jazykových kurzů zajistili v rámci svého volného času sami.

Vedle dominantní role přikládané možnosti zavedení jazykových kurzů necelých 47 % NZP spatřuje řešení ve využití pomoci tlumočnicků. Z preferovaných jiných nástrojů vedoucích ke zlepšení stavu dominuje i v tomto případě zřízení specializované recepce, zaměřené výhradně na péči o cizince. Jako zajímavý hodnotíme i méně často zmiňovaný návrh týkající se vytvoření cizojazyčných komunikačních karet, obsahujících běžné fráze a pro ošetrovatelskou praxi užitečnou slovní zásobu a termíny.

Výraznou míru shody se stanovisky výše zmíněných lékařů (LP) pozorujeme konečně i v otázce odpovědnosti za bezproblémový průběh komunikace – pro ilustraci i zde využijeme slov jednoho z dotázaných: „Pacient by si měl sám zajistit tlumočnicka do ČJ, pokud nerozumí česky. Zvláště v případech Vietnamců, Rusů, Italů (personál většinou zvládá jen AJ).“

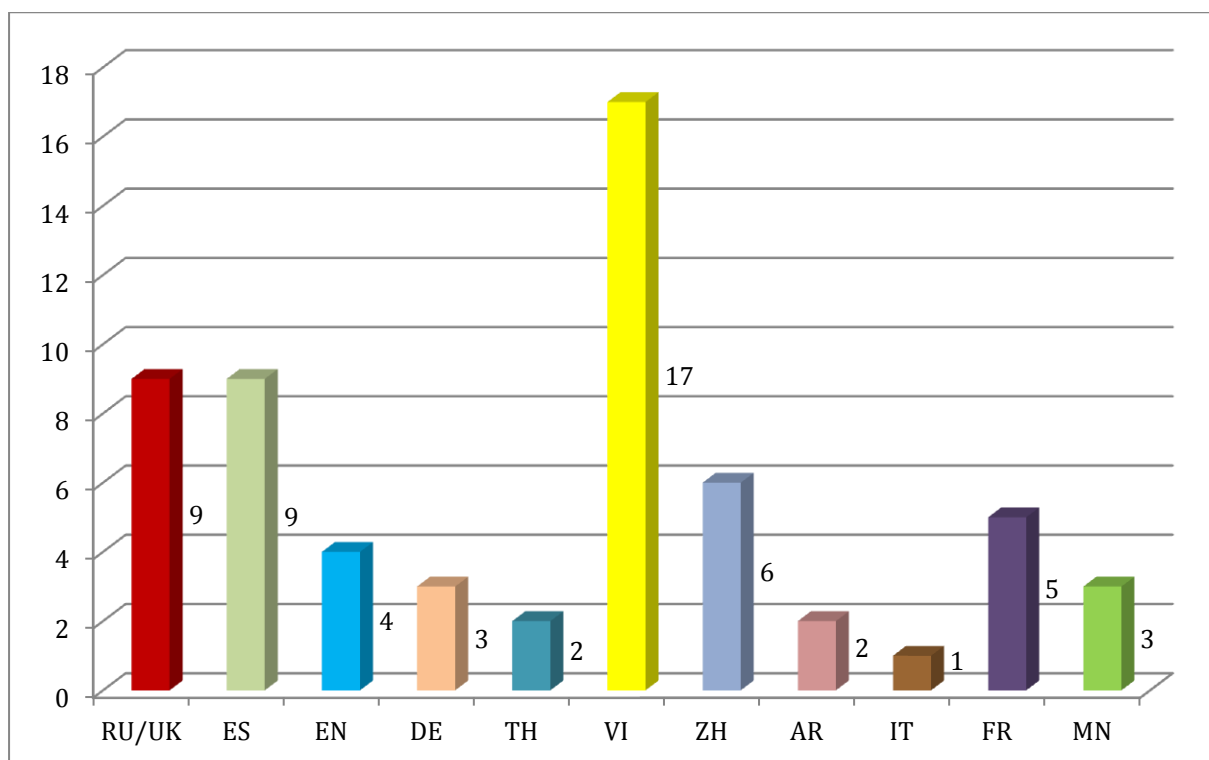
Pokud jde o kategorii administrativních pracovníků, vzhledem k tomu, že jsme u dané skupiny respondentů získali pouze jedinou odpověď, graf znázorňující stanovisko těchto zaměstnanců zde neuvádíme (otázka týkající se preferovaných způsobů zlepšení situace byla podmíněna tím, že dotazovaný zvolil jinou možnost než „vyhovující“ v otázce předchozí, vztahující se k hodnocení současného stavu²⁹).

Vedle analýzy toho, jak příslušné kategorie zaměstnanců státních nemocnic hodnotí samotnou úroveň komunikace s cizinci a shrnutí jednotlivých možností, jež tito pracovníci považují za nástroj ke zlepšení stavu, se naše pozornost v tomto oddíle zaměřila také na to, pro jaké jazyky by zaměstnanci služby tlumočnicků nejvíce uvítali. Vzhledem k tomu, že daná otázka byla podmíněna dvěma konkrétními typy odpovědi v otázkách předchozích a s tím souvisejícím omezeným počtem odpovídajících osob v tomto případě uvádíme pouze grafy vyjadřující mínění prvních dvou skupin dotázaných.³⁰

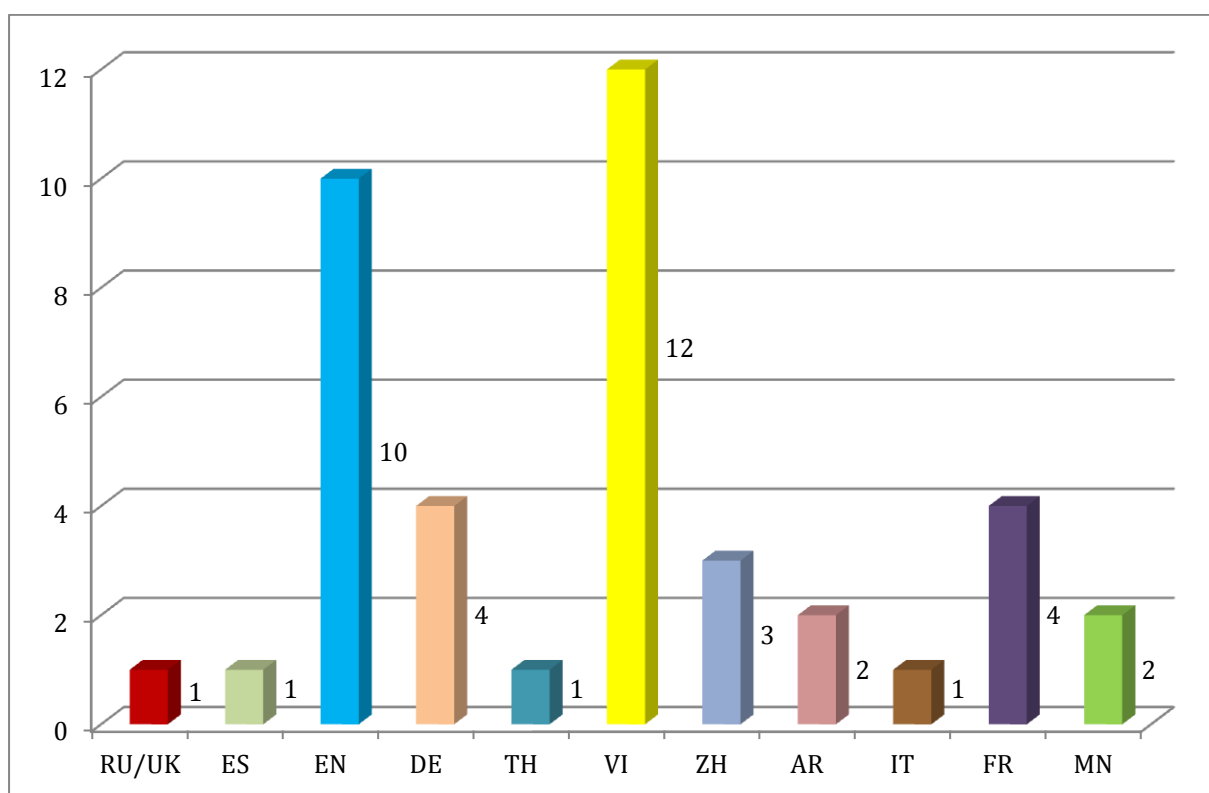
S ohledem na výraznou shodu v názorech zástupců LP a NZP příslušné grafy analyzujeme společně:

²⁹ Osoba, jež na otázku odpověděla, uvedla, že zlepšení stávající situace spatřuje ve „využití tlumočnicků“.

³⁰ V případě zástupců kategorie AP jsme v této otázce získali odpověď pouze jednoho ze zaměstnanců – tento respondent uvedl, že služeb tlumočnicků by uvítal zejména pro vietnamštinu a ukrajinštinu.



Graf 40 – Využití služeb tlumočnicků – preferované jazyky (LP)



Graf 41 – Využití služeb tlumočnicků – preferované jazyky (NZZ)

Všimneme si, že zástupci obou zkoumaných skupin by pomoc jazykového prostředníka přivítali zejména pro potřeby komunikace s vietnamsky hovořícími klienty; méně závažný, ovšem nikoli nevýznamný problém představují i jiné asijské jazyky, zejména čínština a mongolština. Tento názor není z našeho pohledu nijak nečekaný a zřejmě souvisí s tím, že vietnamsky (respektive čínsky, mongolsky apod.) hovořící klienti ve valné většině případů neovládají angličtinu, ani jiný v tomto prostředí relativně běžně užívaný cizí jazyk (zejména němčinu).

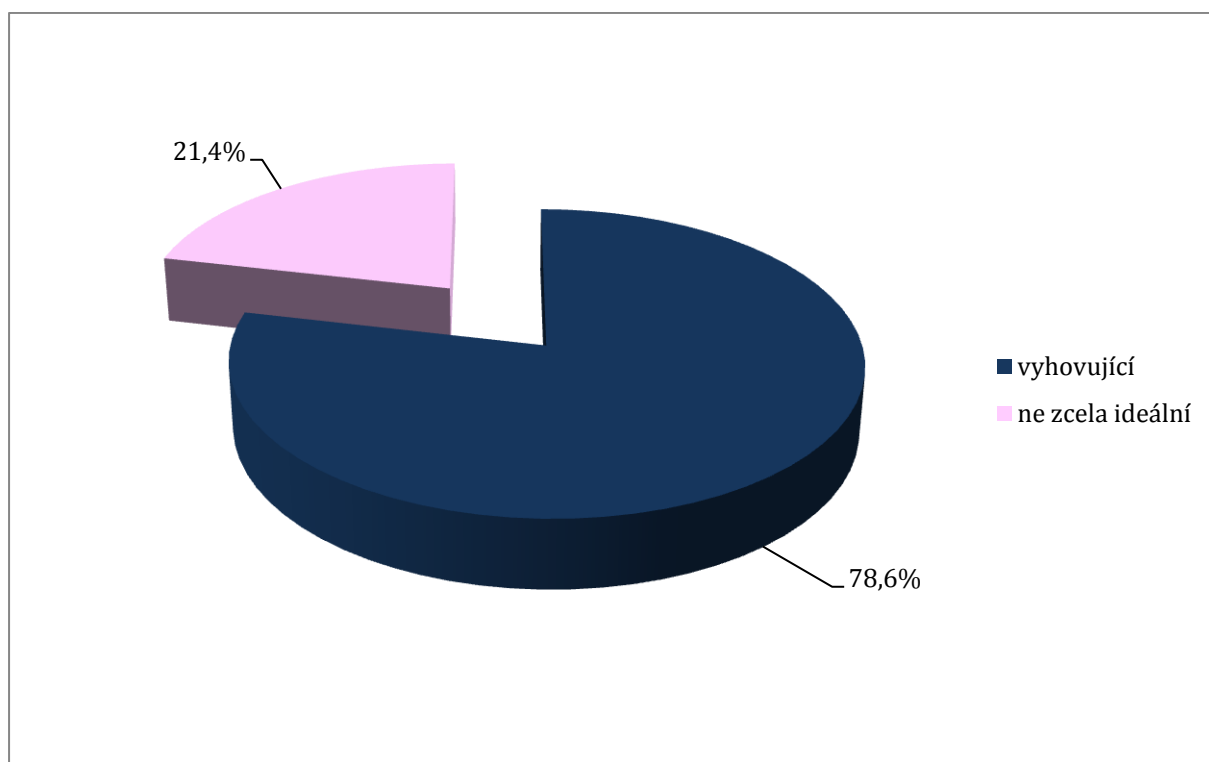
Jediným výraznějším rozdílem ve stanoviscích obou skupin je otázka komunikace v anglickém jazyce (nesoulad v názorech obou skupin respondentů týkající se ruštiny/ukrajinštiny a španělštiny interpretujeme z velké části jako projev vůle zástupců LP uvést v této otázce větší počet jazyků, nikoli nezbytně extrémně problematických – pozorujeme totiž, že ruština/ukrajinština a španělština jsou v naprosté většině případů zmiňovány zároveň s jiným jazykem; této odchylce tedy nevěnujeme větší pozornost). Pokud jde o angličtinu, rozdílný názor respondentů zcela potvrzuje naše očekávání; vzhledem k tomu, že velká část zdravotních sester (NZZ) angličtinu neovládá, je naprosto logické, že by pro dorozumění v tomto vysoce frekventovaném jazyce pomoc tlumočnicka velmi uvítala.

Na závěr tohoto oddílu věnovaného analýze hodnocení současné situace čtenáři stručně nastíníme možná řešení tohoto stavu: Na základě rozboru odpovědí zástupců LP a NZZ se domníváme, že ideální cestou vedoucí ke zlepšení úrovně komunikace s cizinci by bylo zřízení zaměstnavatelem hrazených kurzů angličtiny pro zdravotní sestry (NZZ), doprovázené vytvořením intuitivních komunikačních karet, obsahujících základní fráze nezbytné pro funkční dorozumění v tomto jazyce. Druhým zásadním krokem, jež by bylo vhodné v tomto směru učinit, je podle našeho názoru navázání spolupráce s externí tlumočnickou agenturou, která by v případě potřeby personálu státních nemocnic zajistila dorozumění s vietnamsky hovořícími pacienty, ať už prostřednictvím tlumočnické služby po telefonu, či tlumočení přímo v rámci daného oddělení.

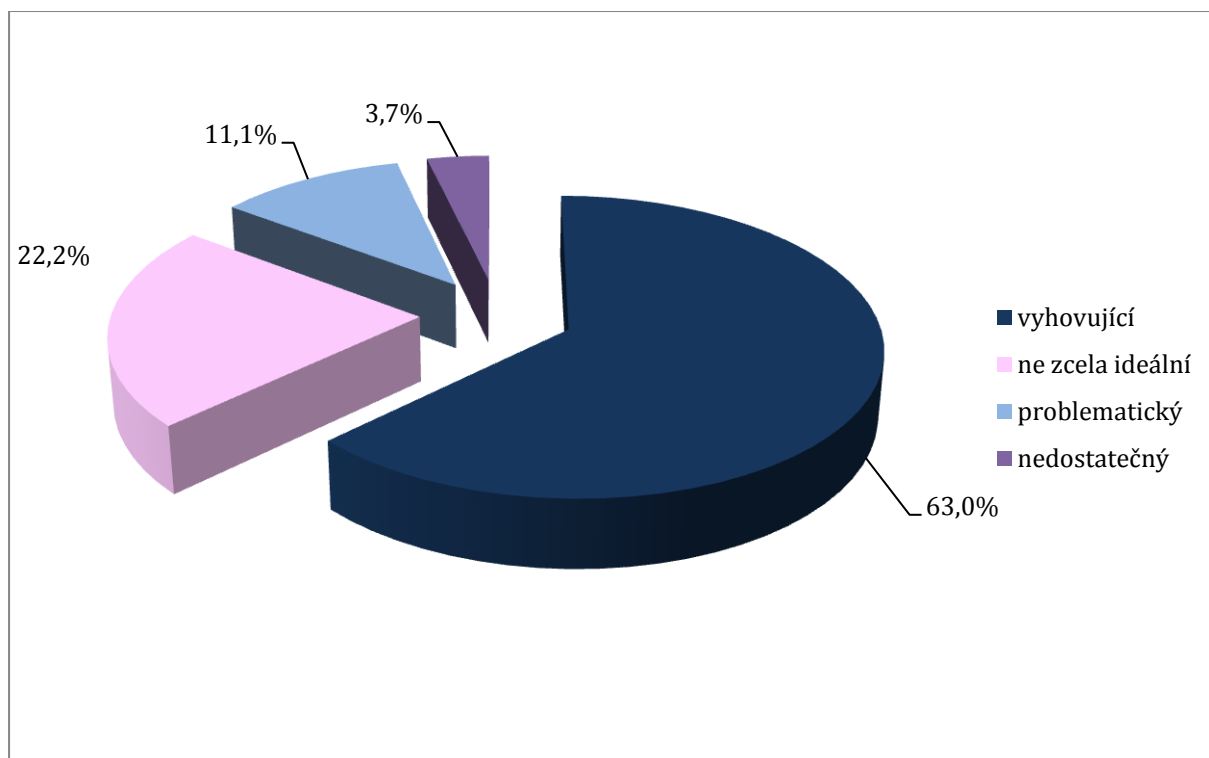
2.2.3.4.2 Situace v soukromém sektoru

Co se týče hodnocení současné úrovně komunikace se zahraničními pacienty, naše povědomí o situaci v pražských nemocnicích by zajisté nebylo kompletní, pokud bychom po zmapování stavu ve státních institucích opomenuli sektor soukromý. Na následujících stránkách tento nedostatek napravíme a shrneme názory, jež jsme v otázce hodnocení aktuální situace získali od zástupců privátních zařízení.

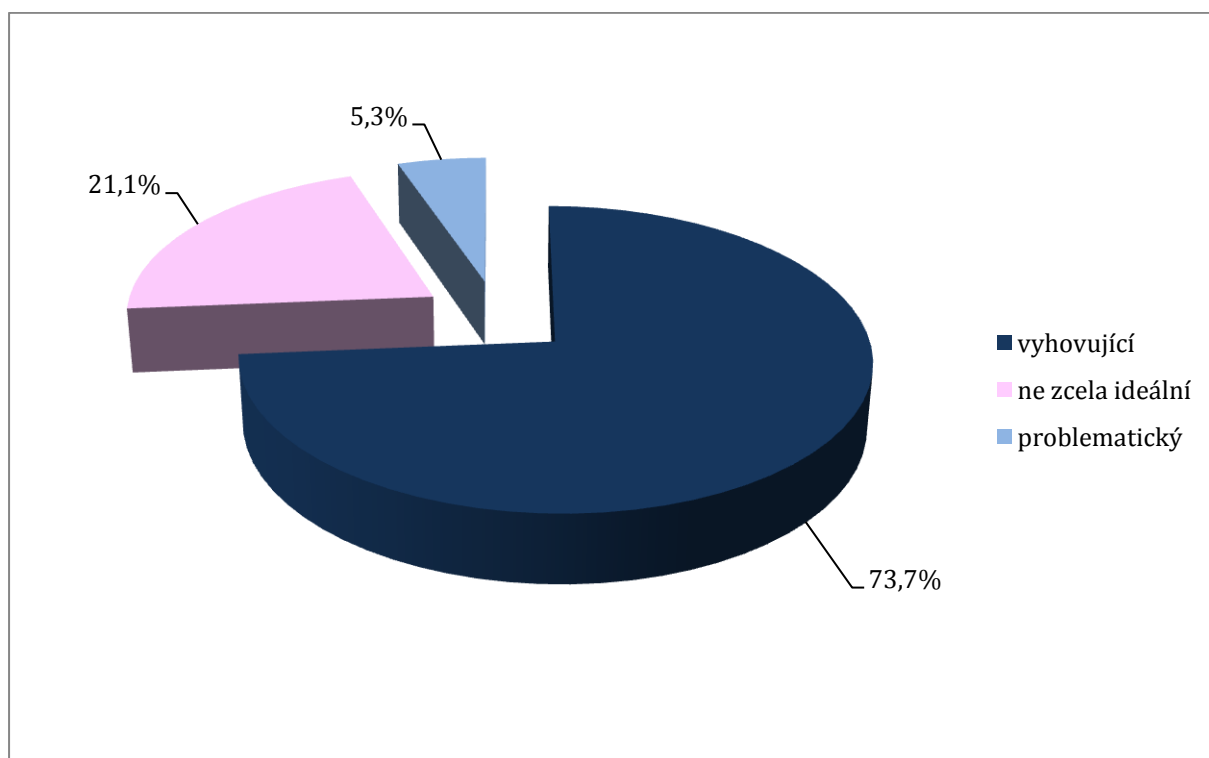
V souvislosti s na první pohled nepřehlédnutelnou shodou ve stanoviscích všech tří zkoumaných kategorií příslušné grafy uvádíme v těsném sledu a analyzujeme v rámci společného komentáře:



Graf 42 – Hodnocení současné úrovně komunikace s cizinci (LP)



Graf 43 – Hodnocení současné úrovně komunikace s cizinci (NYP)

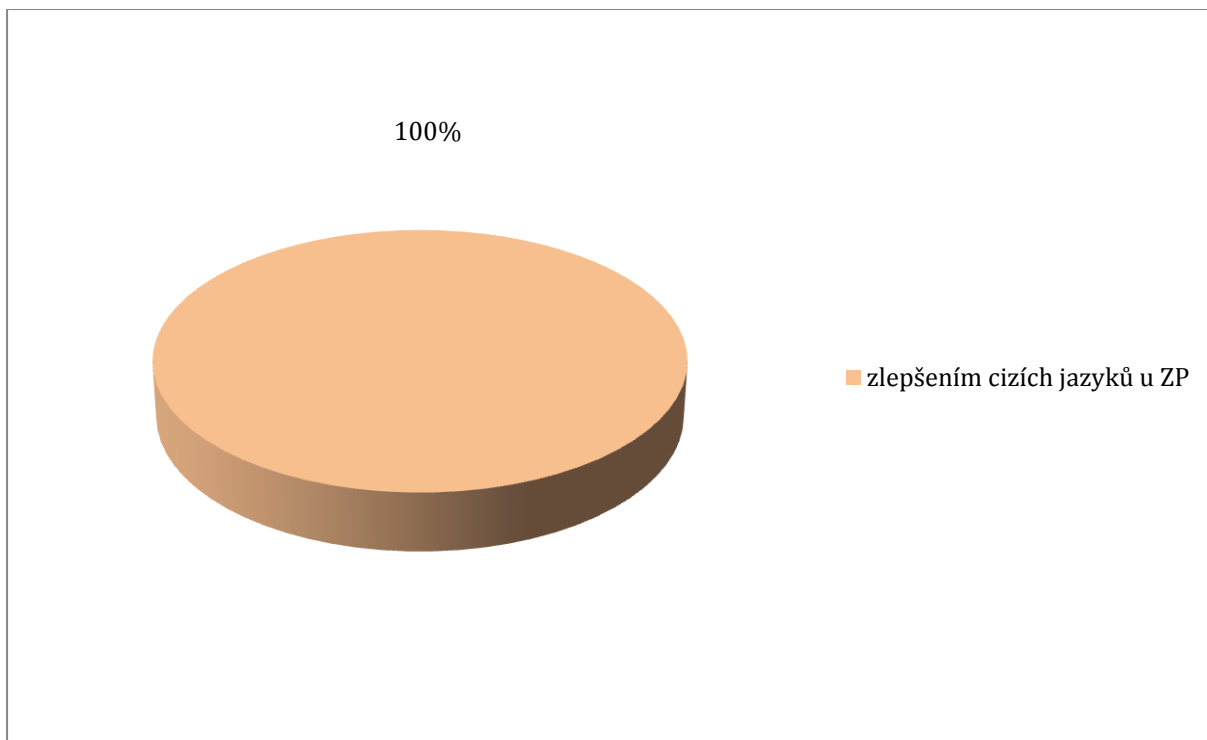


Graf 44 – Hodnocení současné úrovně komunikace s cizinci (AP)

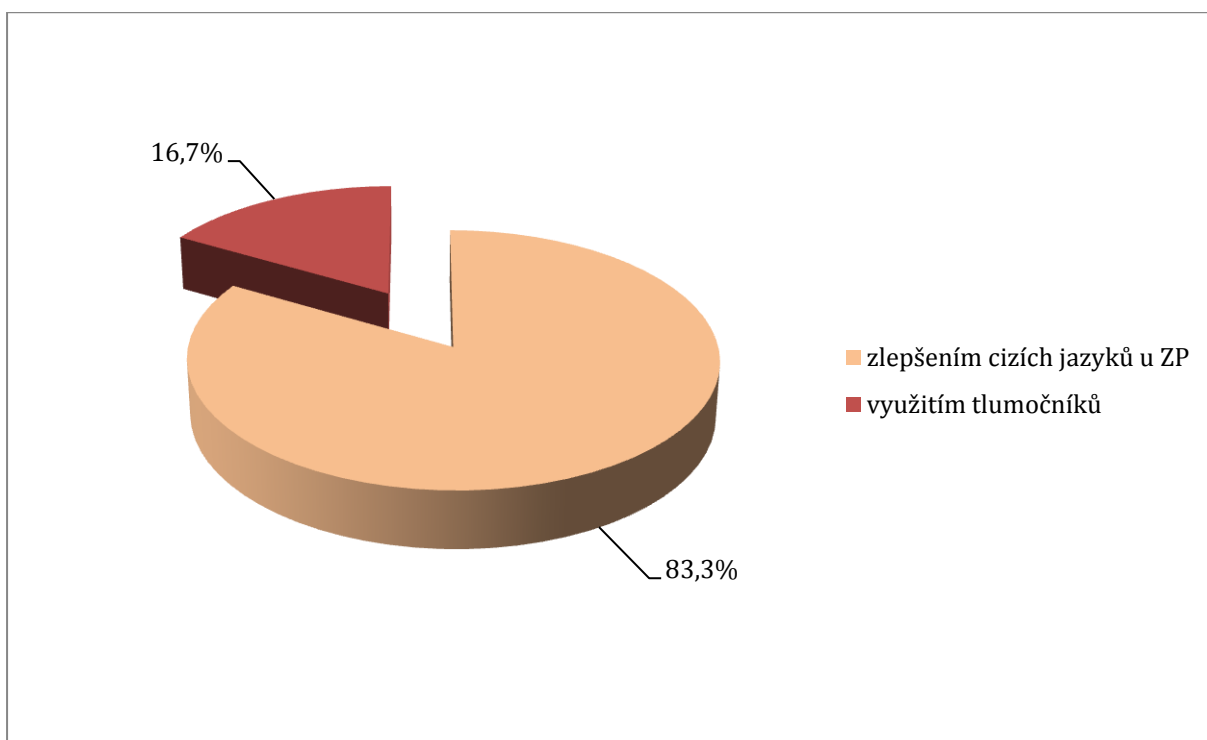
Převládajícím dojmem, který čtenář bezpochyby získá při pohledu na uvedené grafy, je to, že komunikace se zahraničními pacienty v soukromém sektoru je řešena veskrze uspokojivým způsobem – u všech skupin zaměstnanců jsou se současným stavem naprosto spokojeny téměř tři čtvrtiny dotázaných. Na náš komentář, stejně jako na níže zmíněné připomínky zaměstnanců, je tedy nezbytné nahlížet se zcela jiným vědomím závažnosti popisované situace než v případě výše analyzovaných státních nemocnic.

Jak jsme poznamenali, přibližně 70 % zaměstnanců privátních zdravotnických zařízení považuje komunikaci s cizinci na jejich pracovišti za plně uspokojivou, pětina dotázaných poté zmiňuje „ne zcela ideální“ stav a jen zbývající zlomek hovoří o situaci „problematické“; s hodnocením „nedostatečný“ se v soukromých nemocnicích setkáváme jen naprosto ojediněle. Na tomto místě si dovolíme interpretovat komentáře dvou respondentů (působících na rozdílných pracovištích), jež čtenáři přiblíží lépe než naše vlastní slova tyto z hlediska komunikace s cizinci velmi příznivé podmínky : „...komunikace se zahraničními pacienty je bezproblémová, jelikož jsou zde zaměstnané asistentky, které s nimi komunikují jejich mateřštinou“; „...máme vyhovující podmínky pro komunikaci běžnými jazyky, problematictí pacienti mají s sebou tlumočnicka.“

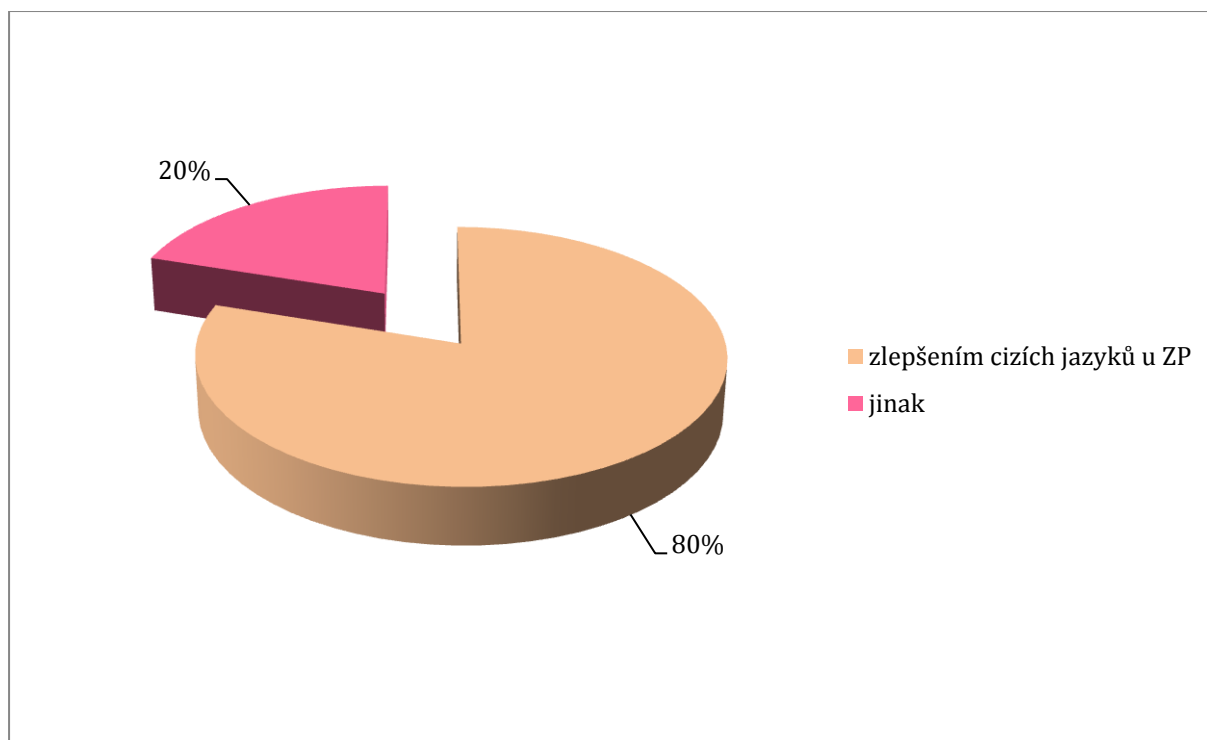
I přesto, že prostor pro zlepšení současné úrovně komunikace se zahraničními klienty je v privátním sektoru jen minimální, podívejme se nyní na to, jaké jsou preference zaměstnanců v tomto ohledu:



Graf 45 – Způsoby zlepšení současné úrovně komunikace s cizinci (LP)



Graf 46 – Způsoby zlepšení současné úrovně komunikace s cizinci (NZP)



Graf 47 – Způsoby zlepšení současné úrovně komunikace s cizinci (AP)

Zástupci všech kategorií personálu jednoznačně upřednostňují alternativu zřízení jazykových kurzů (respektive posílení důrazu kladeného na dosavadní výuku), o možnosti využití tlumočnicků nehovoří žádný ze zaměstnanců LP ani AP, a z pracovníků skupiny NZP toto řešení nastiňuje pouhých 17 % dotázaných.³¹ Pro úplnost dodejme, že pětina pracovníků administrativního úseku by v otázce zlepšení současného stavu upřednostnila řešení „jiné“, co přesně by jim mělo být, se však z uvedených odpovědí bohužel nedozvídáme.

Co se týče privátních zdravotnických zařízení, s komentáři a spontánními návrhy ze strany zaměstnanců se v dotaznících setkáváme spíše sporadicky. Shledáváme zároveň, že příslušní respondenti v rámci svých připomínek poukazují na víceméně okrajové aspekty týkající se zlepšení stávající situace, konkrétně například na „zdokonalování se v jazycích“, učení se „novým“ a „dalším“ jazykům apod.

Pokusíme-li se nyní o shrnutí situace týkající se hodnocení komunikace s

³¹ Pokud jde o využití tlumočnických služeb, grafy znázorňující konkrétní preferované jazyky na tomto místě neuvádíme, vzhledem k nevýznamnému počtu respondentů poukazujících na toto řešení. Jak vyplývá z Grafu 45 – 47, odpověď na příslušnou otázku jsme získali pouze od zástupců kategorie NZP – a to konkrétně od dvou osob, z nichž jedna by uvítala pomoc tlumočnicka pro japonštinu a korejštinu, druhá poté pro vietnamštinu a mongolštinu.

cizinci v rámci soukromých institucí, dospíváme ke zjištění, že v současné době je komunikace se zahraniční klientelou zajištěna veskrze vyhovujícím způsobem. Přestože ze strany zaměstnanců přicházejí jisté návrhy na zlepšení aktuálního stavu, jedná se o docela jiné, nepochybně méně zásadní problémy než v případě státních nemocnic; uvedené připomínky se vztahují k více či méně marginálním otázkám a konkrétním, svým způsobem dosti „delikátním“ aspektům komunikace s cizinci, o nespokojenosti nebo sebemenší naléhavosti či dramatičnosti nelze hovořit ani u jednoho z komentářů. I přesto si některé z nich pro ilustraci připomeneme: „možnost zvolit si svůj jazyk přes call-centrum, zatím mají možnost pouze AJ nebo ČJ...“, „máme pouze jednu asistentku pro německé pacienty – v případě dovolené či nemoci není náhrada“, „lepší vzdělávání, větší možnost studovat 2 jazyky současně na zdrav. školách, větší možnost – volnost pro zdravotníky vycestovat, mluvit naučenými jazyky“.

Závěrem tohoto oddílu zaměřeného na privátní sektor, potažmo však i této kapitoly a svým způsobem rovněž celé empirické části naší studie si dovolueme citovat slova jednoho z respondentů, poskytující ve všech situacích zaručeně fungující návod, jak komunikačně náročné situace za každých okolností spolehlivě překonat: „Zkušenost – vřelost a individuální přístup pacient vždy ocení a nezáleží na jazykové bariéře. Nechovat se k lidem jak k anonymnímu davu.“

2.2.3.4.3 Kontext zdravotní péče a vnímání změn souvisejících se vstupem do EU – analýza závislosti a interpretace

Závislost č. 4

Zkoumaná závislost:

Závisí to, zda respondent pocítuje změny v oblasti péče o zahraniční pacienty po vstupu do EU na tom, zda pracuje ve státním / soukromém sektoru?

Budeme analyzovat závislost 2 nominálních proměnných ve čtyřpolní tabulce.

	Ano	Ne	SUMA
Státní zařízení	22	105	127
Soukromé zařízení	11	40	51
SUMA	33	145	178

H_0 : vnímání změn v oblasti péče o zahraniční pacienty po vstupu do EU **nezávisí** na tom, zda respondent pracuje ve státním či soukromém zdravotnickém zařízení

H_1 : vnímání změn v oblasti péče o zahraniční pacienty po vstupu do EU **závisí** na tom, zda respondent pracuje ve státním či soukromém zdravotnickém zařízení

Statistické hodnocení analýzy:

Statistika	Signifikance	Hladina významnosti	Zamítnutí testované hypotézy
Fischerův exaktní test	0,5270	0,05	NE

Výsledek testu:

Fischerův exaktní test vyšel 0,5270, což je vyšší hodnota než zvolená hladina významnosti (0,05). Testovanou hypotézu o nezávislosti tedy na 5% hladině významnosti nezamítáme: respondenti pociťují změny v oblasti péče o zahraniční pacienty po vstupu do EU nezávisle na sektoru, ve kterém pracují.

Interpretace:

Nebyl zjištěn statisticky významný vztah mezi tím, zda respondenti pociťují změny v oblasti péče o zahraniční klienty po vstupu do EU a tím, v jakém typu zdravotnického zařízení pracují (státní / soukromé).

2.2.4 Závěry

2.2.4.1 Závěry dotazníkového šetření

Na tomto místě se pokusíme o shrnutí nejvýznamnějších zjištění, k nimž jsme dospěli v empirické části této studie a o konfrontaci výsledků s výchozími hypotézami.

Pokud jde o jazykovou kompetenci zaměstnanců nemocnic, výsledky šetření odráží obě v tomto ohledu vyřčené hypotézy. Shledali jsme, že zaměstnanci soukromých zdravotnických zařízení disponují výrazně kvalitnějšími jazykovými znalostmi než jejich kolegové působící ve státních nemocnicích, a to v případě všech analyzovaných skupin personálu. Potvrdilo se rovněž, že v obou zkoumaných kontextech je kategorie lékařů (LP) lépe jazykově vybavena než zdravotní sestry (NZP). Uvážíme-li nyní oba zmíněné závěry, konstatujeme, že z hlediska komunikace s cizinci nejproblematictější článek představují respondenti ze skupiny NZP pracující ve státních nemocnicích - na tíživou situaci v souvislosti s kategorií zdravotních sester upozorňují dokonce i jejich kolegové-lékaři (a jiní pracovníci LP) v rámci spontánních komentářů v dotaznících.

Výchozí hypotézy se v hrubých obrysech potvrdily také v otázce výskytu zahraničních pacientů – v souladu s naším očekáváním jsme konstatovali, že četnost setkání s těmito pacienty je v případě privátních center výrazně vyšší než v kontextu státních nemocnic. Z hlediska zastoupení jednotlivých jazykových skupin výsledky šetření odpovídají naší hypotéze jen částečně. Potvrdilo se, že nejčastějšími návštěvníky jsou v obou kontextech anglicky, rusky a německy hovořící klienti, další čísla jsou pro nás nicméně poměrně překvapivá, a to zejména v případě vietnamsky hovořících pacientů. Shledali jsme, že v obou sektorech představují vietnamští pacienti více než 10 % zahraniční klientely, čímž se suverénně stávají čtvrtou nejrozšířenější jazykovou skupinou. Setrváme-li ještě u konkrétních čísel, oproti naší hypotéze pozorujeme o něco méně významný podíl rusky mluvících pacientů v soukromých institucích, a zároveň menší zastoupení mongolských klientů v nemocnicích státních.

Pokud jde o vlastní komunikaci s cizinci, výsledky šetření jednoznačně rozporují naši základní hypotézu; ukázalo se totiž, že zaměstnanci obou sektorů potíže

v komunikaci přičítají téměř výlučně bariéry rozdílných jazyků, o problematice kulturní odlišnosti hovoří jen zlomek dotázaných. Vyslovené hypotézy se ovšem víceméně potvrdily, pokud jde o vnímání problematičnosti příslušných jazykových skupin – komunikačně nejnáročnější klientelu v obou zkoumaných kontextech představují podle našeho odhadu vietnamští a mongolští klienti, relativně často zmiňovaní jsou v souladu s naším předpokladem i francouzští a španělští mluvčí. Méně očekávaným je však relativně výrazný podíl respondentů soukromého sektoru, kteří jako komunikačně problematické vnímají též rusky hovořící klienty. Prokázalo se také to, že zaměstnanci státního sektoru s cizinci nejčastěji komunikují v angličtině či prostřednictvím kolegy na oddělení, překvapením je pro nás nicméně poměrně velký počet případů, v nichž dorozumění zajišťuje doprovod pacienta. Co se týče využití tlumočnicků, v souladu s naší hypotézou jsme zjistili, že s tímto řešením se ve státním sektoru setkáme jen minimálně. Reálné situaci do značné míry odpovídá také náš předpoklad týkající se prostředků komunikace využívaných v rámci soukromého sektoru – výsledky šetření potvrdily, že dominantní roli hraje v tomto kontextu opět angličtina, i zde však relativně často dorozumění probíhá přes jazykového prostředníka, a to konkrétně osoby, která pacienta k lékaři doprovází.

Ani z hlediska hodnocení současné úrovně komunikace s cizinci se odpovědi respondentů příliš neodchylují od našich očekávání. Potvrdilo se, že zaměstnanci soukromého sektoru napříč jednotlivými kategoriemi jsou se stávající situací obecně výrazně spokojenější než jejich kolegové pracující ve státních nemocnicích. Ve státním sektoru nás nepřekvapila ani poměrně vyrovnaná čísla, pokud jde o preferenci jazykového vzdělávání pro zaměstnance a využití tlumočnicků coby nástroje ke zlepšení, naproti tomu zaměstnanci soukromého sektoru zmiňovali výpomoc tlumočnicků jen minimálně – i zde se naše hypotézy tudíž víceméně potvrdily.

Jak jsme uvedli v úvodu této studie, náš výzkum byl realizován ve čtyřech státních a čtyřech soukromých pražských nemocnicích. I přesto, že jsme v rámci tohoto šetření analyzovali stanovisko takřka dvou set respondentů, stále se jedná o minimální vzorek pracovníků – naše povědomí o situaci v otázce zajišťování komunikace s cizinci ve zdravotnickém kontextu tedy v tuto chvíli zdaleka není dokonalé. Domníváme se, že pro důkladnější zmapování stavu a přesvědčivé obhájení našich závěrů, zejména pokud jde o konfrontaci státního a soukromého sektoru, by bylo žádoucí rozšířit tento výzkum na větší počet zdravotnických zařízení, a to v optimálním případě nejen v Praze, ale také v celé České republice.

2.2.4.2 Shrnutí statistických závěrů

Nedílnou součástí této diplomové studie je statistická analýza sledující závislost vybraných faktorů, souvisejících s otázkami komunikace ve zdravotnictví.

Cílem statistické analýzy bylo odpovědět na následující otázky:

1. Závisí schopnost respondenta hovořit cizím jazykem na tom, zda pracuje ve státním či soukromém zdravotnickém zařízení?
2. Závisí schopnost respondenta hovořit cizím jazykem na jeho pracovní pozici?
3. Závisí spokojenost respondenta se zajišťováním komunikace s cizinci v rámci jeho pracoviště na jeho vlastní jazykové vybavenosti?
4. Závisí to, zda respondent-zdravotník pociťuje změny v oblasti péče o zahraniční pacienty po vstupu do EU na tom, zda pracuje ve státním/soukromém sektoru?
5. Závisí to, zda respondent používá cizí jazyk při výkonu své práce, na jeho pracovní pozici?

A zde jsou zjištění, k nimž jsme v tomto ohledu dospěli:

Závislost (číslo)	Hladina významnosti	Sig.	Závěr o hypotéze H_0 (o nezávislosti)	Závislost
1	0,05	0,006	zamítáme	potvrzena
2	0,05	0,000	zamítáme	potvrzena
3	0,05	0,730	nezamítáme	nepotvrzena
4	0,05	0,527	nezamítáme	nepotvrzena
5	0,05	0,000	zamítáme	potvrzena

Po seznámení s výsledky samotného šetření (viz výše) jsou tyto statistické závěry zcela očekávatelné – statistické sledování však přináší nový, zcela odlišný a specifický náhled na zkoumanou situaci a potvrzuje správnost zjištění učiněných výše.

Z našeho pohledu je dále zajímavé sledovat tzv. sílu jednotlivých závislostí; všimneme si, že všechny závislosti, které se potvrdily, jsou hodnoceny jako tzv. slabé, v konkrétních případech se jedná o závislosti o síle cca 17 % (závislost č.1), o síle

necelých 16 % (závislost č. 2) a opět 16% závislost³² v případě otázky č. 5. Z laického pohledu je tato blízkost jednotlivých hodnot poměrně překvapivá, jak jsme však byli ujištěni statistickým odborníkem, u příkladů tohoto typu se jedná jev zcela standardní.

2.3 Doporučení pro praxi

V závěru empirické části této studie představíme několik opatření, jež by podle našeho názoru přispěla ke zlepšení současné situace. Doporučení, která bychom v tomto ohledu rádi udělili, z velké části kopírují již výše zmíněné připomínky k dílčím závěrům – zde se pokusíme o jejich stručné shrnutí a zdůraznění těch, která z našeho pohledu hodnotíme jako nejakutnější. V souvislosti s velmi uspokojivými závěry, k nimž jsme v otázce komunikace s cizinci dospěli v případě soukromých zdravotnických institucí, považujeme za primárního adresáta našich návrhů na zlepšení nemocnice státní.

Již několikrát jsme naznačili, že z hlediska státních nemocnic nejzásadnějším problémem je absence jazykových dovedností u zdravotních sester (a jiného NZP). Je tudíž nasnadě, že naše první doporučení souvisí s jazykovým vzděláváním této kategorie personálu – ideální řešení podle našeho mínění spočívá v cíleném proškolení této skupiny zaměstnanců, a to v první fázi ve zvládnutí základní komunikace v angličtině, s důrazem na terminologii z oblasti ošetrovatelství. Jsme si vědomi toho, že v praxi je pro zaměstnavatele velmi obtížné najít ve vytíženém rozvrhu zdravotních sester (NZP) prostor na to, aby se mohly jazykově vzdělávat – jsme však přesvědčeni, že v dlouhodobém horizontu by se mu tento čas věnovaný návštěvě jazykových kurzů jednoznačně vrátil díky tomu, že by komunikace s cizinci mohla probíhat přímo (a ne zprostředkovaně za pomoci kolegy, jak je tomu v mnohých případech nyní) a zabránilo by se i veškerým dalším průtahům souvisejícím s nedorozuměním, jež nemocnice sužují za současného stavu.

³² Procentuální síla jednotlivých potvrzených závislostí je uvedena výše, v oddíle „Interpretace“ pod výpočtem dané závislosti.

Je pochopitelné, že ani zřízení kurzů angličtiny pro NZP nevyřeší všechny problémy, s nimiž se státní nemocnice v otázce komunikace s cizinci potýkají. Aniž bychom chtěli zpochybnit význam, který z hlediska komunikace ve zdravotnictví angličtina zastává, v případě určitých jazykových skupin jsme shledali, že ani znalost této *lingua franca* zaměstnancům dorozumění s pacientem neusnadnila. Jsme tedy toho názoru, že pro jazyky jako je vietnamština či mongolština, jejichž mluvčí anglicky ve většině případů nehovoří, by bylo žádoucí využít spolupráce s externí tlumočnickou firmou. Pracovníci této agentury by byli k dispozici 24 hodin denně a mohli tak kdykoli zajistit dorozumění prostřednictvím tlumočení po telefonu, ve složitějších případech by poté tlumočení probíhalo přímo v rámci nemocnice.

Doplňkovým opatřením, které by bylo žádoucí co nejdříve zavést, je vytvoření názorných komunikačních karet, obsahujících anglický překlad základních frází a klíčových termínů z oblasti zdravotní péče (včetně např. pojmenování jednotlivých částí lidského těla, orgánů atd.) Tyto karty, jež by byly k dispozici v každé ordinaci, by plnily funkci nástroje první pomoci pro zaměstnance potýkající se s komunikací v cizím jazyce.

Uvědomujeme si, že uvedení všech námi navrhovaných opatření do praxe velmi úzce souvisí s otázkou finančních prostředků v celém systému státní zdravotní péče a potažmo i s globální socio-politickou situací v České republice. Otázky spojené s nedostatkem finančních prostředků v sektoru zdravotnictví a s tím související témata (hospodaření nemocnic, mzdy zaměstnanců ve zdravotnictví, veřejné zdravotní pojištění, spoluúčast klientů na financování péče a mnohá další) však již přesahují zájem této studie, věnované problematice komunikace se zahraničními pacienty – na tomto místě se tak jimi šířeji zabývat nebudeme.

V souvislosti s finanční otázkou bychom přesto rádi upozornili na to, že subjektů, jež by nemocnicím byly potenciálně schopny poskytovat kvalitní tlumočnické služby, se nabízí bohatá škála – spolupráce s některými z nich přitom nemusí být pro samotné nemocnice finančně nijak náročná. Naším záměrem je poukázat například na celou řadu nadšených a nadaných studentů tlumočnictví, již by tlumočení v těchto institucích mohli zajišťovat v rámci své studijní praxe, stejně jako překlady některých klíčových dokumentů, apod. Domníváme se, že tato spolupráce by byla přínosem pro oba partnery – pro zaměstnance nemocnic, kteří by tímto způsobem vyřešili bariéru v komunikaci se zahraničním pacientem, a zároveň také pro studenty, již by měli příležitosti vyzkoušet si, jaké to je tlumočit v kontextu

zdravotnictví, a mohli tak rozšířit a obohatit svou dosavadní zkušenost s budoucí profesí.

3 Seznam použité literatury a elektronické zdroje

Agentura CzechTourism. *Medical tourism: interní studie*. 2012. Dostupné z <http://www.czechtourism.cz/getmedia/9f8f9eb6-f804-41de-851e-ad22c546e4a9/28_05_14_analyza_medical_tourism.pdf.aspx> [Cit. 1.7.2015].

ANGELELLI, C.V. *Deconstructing the invisible interpreter: A critical study of the interpersonal role of the interpreter in a cross-cultural/linguistic communicative event*. Stanford, 2001. PhD dissertation. Stanford University.

ANGELELLI, C.V. *Medical interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004. 153 s. ISBN 9780521066778.

BARALDI, C., GAVIOLI L. (eds.). *Coordinating participation in dialogue interpreting*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 2012. 335 s. ISBN 9789027224521.

BAKER, M. Contextualization in translator- and interpreter- mediated events. *Journal of Pragmatics*. 2006, 38(3), 321–337.

BAXTER, H.; CHENG, L.Y. Use of interpreters in individual psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1996, 30, 153–156.

BISCHOFF, A., KURTH, E., HENLEY, A. Staying in the middle. A qualitative study of health care interpreters' perceptions of their work. *Interpreting*. 2012. 14(1), 1–22.

BLOOM, M. et al. The use of interpreters in interviewing. *Mental Hygiene*. 1966, 50, 214–217.

BOLDEN, G. Toward understanding practices of medical interpreting: interpreters' involvement in history taking. *Discourse Studies*, 2000, 2(4), 387–419.

BRUNETTE, L., BASTIN, G., HEMLIN, I., CLARKE, H. (eds.). *The Critical Link 3: Interpreters in the Community. Selected papers from the Third International Conference on Interpreting in Legal, Health, and Social Service Settings held in Montréal, Québec, 22–26 May 2001*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 2003. 331 s. ISBN 9027216525.

ČEŇKOVÁ, I. *Úvod do teorie tlumočení*. 2., opr. vyd. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, 2008. 111 s. ISBN 9788087218099.

DAVIDSON, B. *Interpreting medical discourse: A study of cross-linguistic communication in the hospital clinic*. Stanford, 1998. PhD dissertation. Stanford University.

DRENNAN, G. Psychiatry, post-apartheid integration and the neglected role of language in South Africa institutional contexts. *Transcultural Psychiatry*. 1999, 36(1), 5–22.

DRENNAN, G.; SWARTZ, L. A concept over-burdened: Institutional roles for psychiatric interpreters in post-apartheid South Africa. *Interpreting*. 1999, 4(2), 169–198.

FARINI, F. Languages (and cultures?) in contact. Interpreting and Intercultural Mediation in Italian healthcare settings. *The Interpreters' Newsletter*. 2012, 17, 55–69.

GERVER, D. *Aspects of simultaneous interpretation and human information processing*. London, 1971. PhD dissertation. Oxford University.

GERVER, D. The effects of noise on the performance of simultaneous interpreters: accuracy of performance. *Acta Psychologica*. 1974, 38(3), 159–167.

GOFFMAN, E. *Gender Advertisements*. New York: Harper & Row, 1979. 84 s. ISBN 0674341910.

GOFFMAN, E. *Forms of talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1981. 335 s. ISBN 081221112x.

HOLZMANN, T. H. et al. Ausländische Patienten in stationären Behandlung in einer psychiatrischen Universitätsklinik mit Versorgungsauftrag. *Psychiatrische Praxis*. 1994, 21, 106–108.

HSIEH, E. Conflicts in how interpreters manage their roles in provider-patient interactions. *Social Science and Medicine*. 2006, 62 (3), 721–730.

IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 8024712121.

JANÁČKOVÁ, T. *Tlumočení a komunikace v cizím jazyce ve Fakultní nemocnici Hradec Králové*. Praha, 2012. Nепublikovaná ročníková práce – kurz EMCI 2011/2012. Ústav translatologie, Filozofická fakulta, Univerzita Karlova v Praze.

KAUFERT, J.M., KOOLAGE, W.W. Role conflict among Culture Brokers: The experience of native Canadian medical interpreters. *Social Science and Medicine*. 1984, 18(3), 283–286.

KNAPP-POTTHOFF, A., KNAPP, K. Sprachmittlertätigkeit in interkultureller Kommunikation. In: J. Rehbein (ed.). *Interkulturelle Kommunikation*. Tübingen: Narr, 1985. 450–463. ISBN 3878087128.

KNAPP-POTTHOFF, A., KNAPP, K. Interweaving two discourses – the difficult task of the non-professional interpreter. In J. House and S. Blum-Kulka (eds.). *Interlingual and Intercultural Communication*. Tübingen: Narr, 1986. 151–168. ISBN 387808272x.

KOTAŠOVÁ, D. *Komunitní tlumočení pro státní správu ve styku s cizinci*. Praha, 2008. Diplomová práce. Ústav translatologie, Filozofická fakulta, Univerzita Karlova v Praze.

KOUSALOVÁ, K. *Franz Pöchhacker – přední rakouský translatolog*. Praha, 2013. Diplomová práce. Ústav translatologie, Filozofická fakulta, Univerzita Karlova v Praze.

LANG, R. Orderlies as interpreters in Papua New Guinea. *Papua New Guinea Medical Journal*. 1975, 18(3), 172–177.

LEANZA, Y. Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. *Interpreting*. 2005, 7(2), 167–192.

LEYER, E. M. Verborgene Strukturen in der ärztlichen und psychotherapeutischen Interaktion mit ausländischen Patienten – dargestellt und diskutiert am Beispiel eines türkischen chronisch Schmerzkranken. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 1990, 40, 423–431.

MASON, I. On mutual accessibility of contextual assumptions in dialogue interpreting. *Journal of Pragmatics*. 2006, 38(3), 359–373.

MARCOS, L. R. Effects of interpreters on the evaluation of psychopathology in non English-speaking patients. *American Journal of Psychiatry*. 1979, 136(2), 171–174.

MOREL, A., GORJANC, V., POKORN, N.K. Healthcare interpreting in Slovenia. *The Interpreter's Newsletter*. 2012, 17, 103–116.

PERNÍKOVÁ, M. *Tlumočení po telefonu*. Praha, 2012. Diplomová práce. Ústav translatologie, Filozofická fakulta, Univerzita Karlova v Praze.

PÖCHHACKER, F. Getting organised. The Evolution of Community Interpreting. *Interpreting*. 1999, 4(1), 125–140.

PÖCHHACKER, F. *Introducing interpreting studies*. London: Routledge, 2004. 252 s. ISBN 0415268877.

PÖCHHACKER, F. Research and methodology in healthcare interpreting. *Linguistica Antverpiensia, New series*. 2006, 6, 135–159.

PÖCHHACKER, F., KADRIC, M. The hospital cleaner as healthcare interpreter: A case study. *The Translator*. 1999, 5(2), 161–178.

PRICE, J. Foreign language interpreting in psychiatric practice. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1975, 9, 263–267.

PRINCE, C. D. *Hablando con el doctor: Communication problems between doctors and their Spanish-speaking patients*. Stanford, 1986. PhD dissertation. Stanford University.

PYM, A. Nicole slapped Michelle': interpreters and theories of interpreting at the O. J. Simpson trial. *The Translator*. 1999, 5(2), 265–283.

TEBBLE, H. The tenor of Consultant Physicians: Implications for Medical Interpreting. *The Translator*. 1999, 5(2), 179–200.

TRIBE, R. Using interpreters/bicultural workers when working with refugee clients, many who have been tortured. *British Journal of Medical Psychology*. 1999, 72, 567–576.

TRUYK, M. The judge, the doctor, the immigration officer and the interpreter. Community interpreters' role perception – a Polish perspective. *The Interpreter's Newsletter*. 2012, 17, 117–138.

VALERO-GARCÉS, C., MARTIN A. (eds.). *Crossing Borders in Community Interpreting: definitions and dilemmas*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamin's Publishing Company, 2008. 291 s. ISBN 9789027216854.

VAN DE MIEROOP, D. The quotative he/she says in interpreted doctor-patient interaction. *Interpreting*. 2012, 14(1), 92–117.

WADENSJÖ, Cecilia. *Interpreting as interaction*. London: Longman, 1998. 312 s. ISBN 0582289106.

WEISS, R., STUKER, R. Wenn PatientInnen und Behandelnde nicht dieselbe Sprache sprechen – Konzepte zur Übersetzungspraxis. *Sozial- und Präventivmedizin*. 1999, 44(6), 257–263.

WESTERMEYER, J. Working with an interpreter in psychiatric assessment and treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1990, 178(12), 745–749.

4 Přílohy

Příloha č.1: Dotazník pro lékařský a nelékařský zdravotnický personál

Příloha č. 2: Dotazník pro administrativní personál

Příloha č. 3: CD – tabulkový přehled výsledků, grafy, statistické výpočty

