

Egészségügyi tolmácsolás a Sziget Fesztiválon

Horváth Ildikó, Szendi Edina

E-mail: horvath.ildiko@btk.elte.hu, szendi.edina6@gmail.com

Kivonat: Az egészségügyi tolmácsolás a nemzetközi tolmácsolástudományi szakirodalomban igen sokat elemzett téma. Magyarul azonban még nem jelent meg tudományos jellegű tanulmány ebben a témában. A jelen tanulmány ezt a hiányt kívánja pótolni. Az itt elemzett tolmácsolási esemény abból a szempontból is különlegesnek számít, hogy az egészségügyi tolmácsoláson belül is egyedülálló helyszínen, nem szokványos tolmácsolási helyzeteket elemez, mivel a Sziget Fesztiválon végzett önkéntes egészségügyi tolmácsolási munka nem számít sztenderd egészségügyi tolmácsolással közvetített kommunikációs helyzetnek. Ilyen helyzetekben a tolmácsok nemcsak nyelvi közvetítőként vannak jelen, hanem betegkísérői feladatokat is ellátnak, ezért lényegesen több időt töltenek a betegekkel, mint az orvos. Ez pedig meglehetősen elmosódottá teszi a kommunikációs helyzetben a szerepek közötti határokat. Gyakran a tolmács az egyetlen személy, aki az idegen nyelvet és a hozzá tartozó kultúrát ismeri, ezért a beteg természetesen segítőként tekint rá, aki valamiféle biztonságérzetet is sugároz felé.

Kulcsszavak: egészségügyi tolmácsolás, önkéntes tolmácsolás, empátia, semlegesség, bizalom

1. Bevezetés

A jelen tanulmány alapjául Szendi Edina, az ELTE BTK Fordító- és Tolmácsképző Tanszékének fordító és tolmács mesterszakos hallgatója szakdolgozata szolgál. A szakdolgozat egy olyan tolmácsolási eseményt dolgoz fel, amelyen Edina 2015 nyarán a Sziget Fesztiválon önkéntes betegkísérő-tolmácsként dolgozott. Az egészségügyi tolmácsolás a nemzetközi tolmácsolástudományi szakirodalomban igen sokat elemzett téma. Magyarul azonban még nem jelent meg tudományos jellegű tanulmány ebben a témában. A jelen tanulmány ezt a hiányt kívánja pótolni. Az itt elemzett tolmácsolási esemény abból a szempontból is különlegesnek számít, hogy az egészségügyi tolmácsoláson belül is egyedülálló helyszínen, nem szokványos tolmácsolási helyzeteket elemez, mivel a Sziget Fesztiválon végzett önkéntes egészségügyi tolmácsolási munka nem számít sztenderd egészségügyi tolmácsolással közvetített kommunikációs helyzetnek. A tolmácsolási esemény elemzéséből jól kitűnik az a kényes egyensúly, amely

egy ilyen szituációban a beteg, az orvos és a tolmács között kialakul. A szereplők közötti feszültséget nemcsak a tolmács és az orvos, illetve az orvos és a beteg között esetleg fellépő, a kommunikáció irányításáért folytatott harc szítja, hanem az időhiány, a betegek nagy száma, a fáradtság és a hozzátartozók is.

Ilyen helyzetekben a tolmácsok nemcsak nyelvi közvetítőként vannak jelen, hanem betegkísérői feladatokat is ellátnak, ezért lényegesen több időt töltenek a betegekkel, mint az orvos. Ez pedig meglehetősen elmosódottá teszi a kommunikációs helyzetben a szerepek közötti határokat. A jelen tanulmány a következő kérdésekre keresi a választ: olyan egészségügyi konzultáció esetén, ahol a betegnek tolmácsra van szüksége, hogyan alakulnak a szereplők közötti viszonyok? Kibe helyezi bizalma javát a beteg? Kivel alakít ki szorosabb érzelmi kapcsolatot? Kihez fordul a beteg érzelmi támaszáért? Ugyanezeket a kérdéseket feltehetjük az orvosok nézőpontjából is: mennyire bízik az orvos a tolmácsban? Kihez beszél a konzultáció során? A tolmács kinek a kommunikációs érdekeit képviseli?

A tanulmány első része az egészségügyi tolmácsolást mint tolmácsolási fajtát az interkulturális kommunikáción belül vizsgálja, és kifejti a legjelentősebb ismérveit. Ezt követően röviden bemutatja a magyar egészségügyi tolmácsolás helyzetét, majd leírja a konkrét tolmácsolási eseményt. Itt szó lesz majd a szervezetről is, amelyen keresztül a tolmácsolásra sor került, bemutatja továbbá a munkakörülményeket és a kommunikációs partnereket. Az ötödik fejezet két olyan esetet dolgoz fel, ahol a tolmács és a beteg között szorosabb kapcsolat alakult ki, mint az orvos és a beteg között.

2. Egészségügyi tolmácsolás

Az egészségügyi tolmácsolás a tolmácsolás – vagyis két vagy több egymás nyelvét nem beszélő személy közti szóbeli közvetítés – egyik fajtája. A tolmácsoláson belül pedig a közösségi tolmácsolás csoportjába tartozik. A közösségi tolmácsolás a világon a legelterjedtebb tolmácsolási mód (Taibi és Ozolins 2016, Wadensjö 2009). A közösségi tolmácsolás két legjellemzőbb fajtája az egészségügyi és a jogi tolmácsolás, a közösségi tolmácsok általában az adott ország hivatalos nyelvét nem beszélő migránsok, bevándorlók, óslakos, valamint siket személyek és a hatóságok, illetve szakemberek között közvetítenek (Hale 2015).

Az egészségügyi tolmácsolást elsősorban az különbözteti meg a többi tolmácsolási módtól, hogy egészségügyi környezetben a felek közötti erőviszonyok nem egyenlők, ahogy például egy üzleti tárgyaláson vagy konferencián lennének (Szabari 1999). A szituáció természetéből adódóan az egészségügyi szolgáltatást biztosító orvosnál, ápolónál van a szituáció feletti kontroll jelentős része még akkor is, ha azonos kultúrából származik és azonos nyelvet beszél mind a két fél. Halmozottan így van azonban, ha a beteg más kultúrából származik, s a szolgáltató nyelvét nem beszéli. A globalizáció és a „globális falu” növekedésének köszönhetően ez egyre gyakoribb jelenség, a migráció hatására egyre több személynek van szüksége nyelvi közvetítőre hivatalos ügyintézés során, oktatási intézményeknél, bíróságon vagy egészségügyi környezetben (Horváth 2015).

Ez a tolmácsolásfajta elsősorban a jóléti államokban elterjedt, ezek közül is kiemelkedik az Egyesült Államok, ahol az egészségügyi tolmácsolás az elmúlt néhány évtizedben véletlenszerű tevékenységből polgárjogi kérdéssé, majd ipari normává vált (Root et al. 2015). Ide tartozik még Kanada és Ausztrália (Blignault et al. 2009; Garrett 2009), de már Nyugat-Európában is egyre gyakoribb (Szabari 1999). A nemzetközi mobilitás és az egészségügyi turizmus elterjedése miatt Magyarországon is egyre nagyobb szükség lenne képzett közösségi tolmácsokra. Magyarországon azonban még *ad hoc* egészségügyi tolmácsolásról beszélhetünk, azaz nem áll rendelkezésre olyan jól szervezett rendszer, amely biztosítaná a hivatásos tolmácsok elérhetőségét az egészségügyben. Gyakran magyarul beszélő családtagok, ismerősök végzik a nyelvi közvetítés feladatát. Pedig a hivatásos egészségügyi tolmácsok alkalmazása több szempontból is kívánatos lenne a kétnyelvű orvosi ellátás minőségének javítása érdekében (Hsieh 2015, Leanza 2007, Valero Garcés 2007).

Mivel a kommunikációs felek különböző kultúrából származnak, így ahogy minden tolmácsolásfajtára, az egészségügyi tolmácsolásra is igaz, hogy interkulturális kommunikáció, tehát a kommunikációt közvetítő fél – vagyis a tolmács – nemcsak nyelvi, hanem interkulturális közvetítő is. Ahogyan azt Porter és Samovar megfogalmazta: „az interkulturális kommunikáció [...] során az egyik kultúrában feladott üzenetet egy másik kultúrában kell értelmezni” (Porter és Samovar 1997: 5, idézi Horváth 2015: 29). Ennek megfelelően az egészségügyi tolmácsnak alaposan kell ismernie mind a feladó, mind a vevő kultúrájának azon elemeit, amelyek a sikeres kommunikációt befolyásolhatják. Gondolok itt a civilizáció vagy magaskultúra (Horváth 2015) elemeire (irodalom, történelem stb.) s különösen a kultúra mint viselkedésforma megfelelő pontjaira. Egészségügyi kontextusban a Katan (2000) által definiált viselkedéskultúra különösen nagy szerepet játszik (Horváth 2015). A viselkedéskultúra részei olyan „kultúrafüggő meggyőződések és értelmezések, melyek elsősorban a nyelvben jelennek meg, de kifejezhetjük őket olyan, az adott kultúrára jellemző viselkedésformákkal is, amelyek befolyásolják az egyén elfogadottságát egy közösségben” (Tomalin és Stemplenski 1993: 7, idézi Horváth 2015: 30). Tehát az orvosi szakterminológia, az orvosi rendelőben elvárt és elvárható viselkedésformák mind ide tartoznak, egyéb kultúraspecifikus viselkedésformákkal együtt. Hiszen egyetlen személy egyszerre több kultúrához is tartozhat (Horváth 2015: 30). Tartozhat egyrészt egy vagy több, esetleg kevert magaskultúrába, illetve több viselkedéskultúrába is.

Ha egy olyan ázsiai idős hölgy a beteg, aki egyrészt a kínai nagybetűs kultúrát képviseli, ugyanakkor beletartozik és követi az idős, kínai asszonyok és a hagyományos kínai gyógyászat elkötelezettjeinek viselkedéskultúráját, a tolmácsnak a kommunikáció sikerének érdekében mindezeket a rétegeket megfelelően kell ismernie és koordinálnia a nyugati értékeket képviselő orvos kultúrspecifikus jellemzőivel. Erre lehet példa, hogy egy vietnami beteg a „caught the wind” (a vietnami kifejezés angol tükörfordítása) kifejezést használja a nátha megnevezésére. Ez angol anyanyelvű orvos számára értelmezhetetlen, ha nem ismeri a kultúrát. Ilyenkor a tolmács kulturális közvetítőként az angol „cold” kifejezést használja a náthára, hogy a kommunikációt elősegítse (Hsieh 2006: 933).

Hasonló probléma, hogy adott kultúrákban bizonyos kérdések sértők lehetnek, még az orvos szájából is. Egy muszlim nőtől például hatalmas udvariatlanság megkérdezni, hogy a férjén kívül mással is folytat-e szexuális viszonyt. Ezért valószínű, hogy erre semmilyen válasz nem érkezne. Nem annyira sértő azonban azt kérdezni, hogy a férjének vannak-e ilyen viszonyai, ahogyan ezt Hsieh (2006) tanulmányában az egyik tolmács is tette. Ebben az esetben a tolmács a kommunikáció elősegítése érdekében a kérdést az iszlám kultúrában elfogadott formába helyezte (Hsieh 2006). Tehát korántsem elég, ha a tolmács megfelelően beszél mindkét nyelvet, a két kultúra között is tudnia kell közvetíteni.

Szabari (2005) szerint az egészségügyi tolmácsnak tisztában kell lennie a beteg kultúrájában jellemző „fájdalomkultúrával” is. Erre jó példa azoknak a Németországban élő idős török nőknek az esete, akik a török szokásoknak megfelelően élnek. A németországi orvosok gyakran panaszkodnak arra, hogy ilyenkor nehezebb a diagnózist felállítani, mivel „ezek az asszonyok általában nem tudják leírni a fájdalmukat”, és gyakran „fogfájás esetén is csak annyit mondanak, hogy meg fognak halni, vagy bármilyen fájdalom esetén hasfájásra panaszkodnak”. Szabari továbbá megjegyzi, hogy az egészségügyi tolmácsnak a jó nyelvtudáson és az egészségügyi ismereteken kívül pszichológiai ismeretekre is szüksége van (Szabari 2005: 19).

A kommunikációs partnerek kapcsán fontos még megemlíteni Jürgen Habermas kommunikatív cselekvés elméletét, mely szerint a beteg és az orvos közti egészségügyi kommunikáció felfogható a Rendszer és az Életvilág egyfajta összecsapásaként. Az egészségügyi dolgozók képviselik a Rendszert, hiszen ahhoz, hogy hatékonyan és gyorsan tudják ellátni a betegeket, szigorú szabályokat kell követniük. Ennek megfelelően céljuk a hatékony és gyors információcsere. Ez azonban korlátozhatja a beteg Életvilágát, vagyis azt, hogy saját életéről, tapasztalatairól, véleményéről mit tud közölni (Leanza et al. 2010). Tolmácsolt konzultációknál ez az ellentét igencsak kiélezetté válhat, mivel ilyen esetekben az orvos nem tudja irányítani a beszélgetés menetét, a tolmácsra kell hagyatkoznia, hogy a közvetített információ biztosan releváns legyen. Vagyis a tolmácsnak legjobb tudása szerint meg kell „szűrnie” a beteg által közölteket és az orvosnak csak azt tolmácsolni, ami a konzultáció szempontjából fontos (Leanza et al. 2010). A habermasi Életvilág ilyen esetekben Leanza szerint háromféleképpen kezelhető: lehetséges, hogy a tolmács és az orvos teljesen figyelmen kívül hagyja, vagy gátolhatja azt a beteg szavainak minimális figyelembe vételével. A harmadik, hogy a tolmács és az orvos elfogadja a beteg Életvilágát, és empatikus módon kezeli annak kifejezését. Azonban ekkor is azonnal visszatér a Rendszer, hiszen a konzultáció gyakran szoros időkeretben zajlik (Leanza et al. 2010).

Az egészségügyi tolmácsolás egy másik igencsak kardinális kérdése a tolmács „láthatósága”. Általánosan elfogadott szabály, hogy a tolmács csupán közvetítő, magában a kommunikációs eseményben a saját nevében nem vesz részt, vagyis „láthatatlan”. Ezt a tézist nehéz a gyakorlatban is foganatosítani, hiszen ha a tolmács személyesen is jelen van a kommunikációs szituációban, akkor akarva-akaratlanul is részese lesz a kommunikációs folyamatnak. Mégpedig azért, mert gyakorlatilag lehetetlen, hogy teljes mértékben kívül marad-

jon a beszélgetésen. Egy másik, sokkal kézzelfoghatóbb érv, hogy a tolmácsok a forrásnyelven hallott szöveget értelmezik, s az értelmezett szöveget továbbítják a betegnek a célnyelven. Tehát másodlagos kommunikációról beszélhetünk, amelyhez szükséges, hogy a tolmács értelmezze a feladó által elmondottakat (Horváth 2015). Ezért is létfontosságú, hogy a tolmács hatékonyan és helyesen értelmezze az eredeti üzenetet, majd azt az értelemhez a lehető leghűebben adja tovább, s így elkerülje az üzenet módosulását.

A tolmácsnak az üzenet értelmezésében segítséget jelent az egészségügyi szolgáltató nonverbális kommunikációja is, ezért ideális esetben a tolmács személyesen is jelen van az egészségügyi konzultációk során, és nem telefonon keresztül végzi a munkáját. Elkerülhetetlen a tolmács szerepvállalása abban az esetben, ha nem „csupán” a tolmácsfeladatok ellátását várják tőle, hanem egyéb segítő feladatokat is, mint például magyarázás, többletinformáció nyújtása (Horváth 2015). A telefonon keresztüli vagy a videotolmácsolás a szemtől szembe történő tolmácsolástól lényegesen eltérő jellemzőkkel rendelkezik, s bár ez is használatos (Horváth 2015), a jelen tanulmányban a személyes tolmácsolásra koncentrálnunk.

Egészségügyi tolmácsolás során a tolmácsnak továbbá azért is nehéz az orvos és a beteg közötti kommunikáción kívül maradni, mert míg a tolmács ideális esetben rendelkezik tolmácsképesítéssel, és a képzés során elsajátította a megfelelő viselkedési formát, addig a beteg és az orvos nem feltétlenül van tisztában azzal, hogy hogyan kellene kezelniük a tolmácsolt egészségügyi konzultációt. A szakirodalom és a feldolgozott esettanulmányok is arra mutatnak, hogy mind a betegek, mind az orvosok hajlamosak egyes szám harmadik személyben beszélni a másíkról, illetve közvetlenül a tolmácshoz intézni szavaikat vagy a tolmács és az üzenet célzottja között váltogatni tekintetüket. Mindennek köszönhetően az orvos-beteg kapcsolat is megváltozik, a beteg nem feltétlenül az orvosban keresi az érzelmi támaszt, a bizalmast.

Az egészségügyi tolmácsolás egy másik fontos jellemzője, hogy az egészségügyi tolmács mindig egyedül dolgozik, hiszen több tolmács alkalmazása tovább halmozná a nehézségeket. A kommunikációs partnerek figyelmét már nem csak egy kívülálló személy követelné (a résztvevők nem mindig rendelkeznek megfelelő ismeretekkel arról, hogy hogyan kezeljék a tolmács jelenlétét), amely már magában is különleges és zavaró szituációt szül. Nem beszélve arról, hogy egészségügyi konzultációk során rendszerint különösen érzékeny és személyes jellegű információ cserél gazdát, amely hatékony kommunikációja annál nehezebb, minél több „nem odavaló” személy van jelen, aki a beteget fenyelezi. Fontos kérdés tehát az egészségügyi tolmács diszkréciója is, amely a bizalom elengedhetetlen alkotóeleme. Itt gondolhatunk az egyre gyakrabban megkérdőjelezett általánosan elfogadott semlegesség elvére, mely szerint a tolmács egyik kommunikációs fél pártját sem fogja, csupán közvetítő szerepet játszik (Horváth 2015). Már igen felületes kutatás után is szembetűnő, hogy a közösségi tolmácsolás területén a semlegesség tézise komoly akadályokba ütközik. Ilyen esetekben a tolmács önként vállalt vagy kiosztott feladatai között szerepelhet valamelyik kommunikációs fél támogatása, segítése. Egészségügyi tolmácsolás esetén ez lehet a beteg, aki az adott egészségügyi rendszerről hiányos informá-

cióval rendelkezik, vagy nem érti az orvos utasításait és ezért magyarázatot kér. De lehet az orvos is, aki elvárja a tolmáctól, hogy „irányítsa” a beteg kommunikációját a releváns információkra.

Az egészségügyi tolmácsolás során a tolmács „láthatatlansága” azért is különlegesen nehéz kérdés, mivel az ilyenkor jellemzően olyan személyekkel kerül kapcsolatba munkája során, akik sérülékeny és érzékeny helyzetben nem tudnak a segítő féllel (orvos, ápolónő) az anyanyelvükön kommunikálni. Gyakran a tolmács az egyetlen személy, aki ezt a nyelvet és a hozzá tartozó kultúrát ismeri, ezért a beteg természetesen segítőként tekint rá, aki valamiféle biztonságérzetet is sugároz felé. Nem pedig „semleges” közvetítőként kezeli. Ilyen helyzetekben a tolmácsnak fokozott mértékű **empátiára** van szüksége. Azonban ez nem jelenti azt, hogy az egészségügyi tolmácsnak a tolmácsolás egyik legfontosabb alapelvét, a **semlegesség** elvét fel kellene adnia. Ez az elv természetesen a többi tolmácsolási módnál is érvényesül, azonban vannak olyan tolmácsolási helyzetek, ahol a kommunikációs szituáció jellegzetessége miatt hangsúlyosabban jelen van. A semlegesség elsősorban azt jelenti, hogy a tolmács nem rendelkezik a tolmácsolási esemény tartalmával kapcsolatos döntéshozó hatalommal, azaz a véleményének nem szabad befolyásolnia a helyzet kimenetelét. A tolmács mindenkor mint kommunikációs szakember van jelen. Ezért a döntéseit a kommunikációs folyamatra vonatkozóan, a beszélői szándék megfejtése, valamint az üzenet értelmezése és annak célnyelvi megfelelőjének megalkotása érdekében hozza.

Összefoglalva Gentile et al. (1996) definíciójának megfelelően elmondható, hogy „a szociális [egészségügyi] tolmács mindig szorosan ott van a kommunikációs partnerek közelében, a kommunikációs partnerek között mindig nagy az információbeli különbség, a két partner társadalmi státusza rendkívül különböző, továbbá a közösségi tolmács mindig egyedül dolgozik, soha nem tolmácssteam tagjaként” (Gentile et al. 1996: 18, idézi Szabari 1999: 84).

Az egészségügyi tolmács szerepe igen összetett és gyakran meghaladja a nyelvi közvetítés feladatát (Amato 2007, Angelelli 2011, Elghezouani 2007, Leanza 2007, Turner 2007, Zimman 1994). Valero-Garcés (2007) még tovább szűkíti a közösségi, egészségügyi tolmácsolás definícióját: „[e]gyes [esetekben] nagyobb mozgásteret biztosítanak a tolmácsnak, és elvárják tőle, hogy küszöbölje ki a kulturális különbségeket, szolgáljon magyarázatokkal a kommunikáció során és lásson el egyéb olyan feladatokat is (úrlapok kitöltése, tájékoztatásnyújtás, segítség a telefonálásban, az ügyfél elkísérése a hivatalokba), amelyek segítik a feleket egymás megértésében. [...] A nyelvi közvetítő szerepében fellépő fordító vagy tolmács ezeket a feladatokat is magára vállalja, és ezáltal sokkal inkább előtérbe kerül a kommunikáció során” (Valero-Garcés 2007: 100, idézi Horváth 2015: 32).

Alexieva (1997) multiparaméteres tipológiája alapján összefoglalva, az egészségügyi tolmácsolás konzekutív, gyakori váltásokkal, rövid kérdésekkel és válaszokkal; a kommunikációs partnerek szociális, információbeli és kulturális helyzete lényegesen különböző; a téma kultúraspecifikus, az orvoslásra szorítkozik; a szövegtípus szakmai, terminológiával tüzdelte; a kommunikációs partnerek időben és térben egy helyen található; céljaik azonban különbözőek lehetnek (Szabari 1999: 89–92).

3. Egészségügyi tolmácsolás Magyarországon

Magyarországon a közösségi és ezen belül az egészségügyi tolmácsolás szabályozása még gyerekcipőben jár. Magyarországon a bírósági eljárások területén szabályozzák a tolmácsoláshoz való jogot, amelyet *A Polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény* említ meg először. Ez a törvény a jelyelvet beszélőkre és a jelyelvi tolmácsolásra való jogra külön kitér. A büntetőeljárások során a tolmács alkalmazását *A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény* 114. § (1) bekezdése írja elő. Egy másik olyan törvény, amely a tolmácsoláshoz való jogot említi, *A közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény* 60. § (1) bekezdése. Ezenfelül Magyarországon *A szabálysértésekről szóló 1999. évi LXIX. törvény* 62. § (1) bekezdése is kimondja, hogy ha „a nem magyar anyanyelvű személy az eljárás során az anyanyelvét vagy az általa értett nyelvet kívánja használni, tolmácsot kell igénybe venni”. Pozitívum, hogy ezek a törvények külön kitérnek a jelyelvi tolmácsoláshoz való jogra. A magyarországi helyzettel kapcsolatos legújabb fejlemény, hogy a magyar országgyűlés 2013 novemberében átültette az Európai Parlament és a Tanács 2010/64/EU irányelvét (2010. október 20.) a büntetőeljárás során igénybe vehető tolmácsoláshoz és fordításhoz való jogról.

Magyarországon jelenleg bármilyen általános tolmácsképesítéssel lehet az egészségügyben vagy bíróságon tolmácsolni. A képesítést kétféleképpen lehet megszerezni: tolmácsképzés elvégzése után vagy tanfolyam elvégzése nélkül tolmácsképesítő vizsga sikeres teljesítésével. Mindkét esetben jellemző, hogy a jelentkezők arról tesznek tanúbizonyságot, hogy rendelkeznek a tolmácsoláshoz szükséges alapvető nyelvi, kognitív és stresszkezelési készségekkel (bővebben lásd Horváth 2014), valamint általános műveltséggel és a szakma önálló végzéséhez szükséges gyakorlattal.

A képzés nélkül lehetővé tehető tolmácsvizsgákat a 7/1986. (VI. 26.) MM rendelet a szakfordító és tolmácsképzés megszerzésének feltételeiről szabályozza. E rendelet értelmében lehetővé tehető tolmácsvizsga, szaktolmácsvizsga és konferenciatolmácsvizsga. Csak a szaktolmácsvizsgák esetében lehet négy szakterület (társadalomtudományi, gazdasági, természettudományi, műszaki) közül választani. Láthatjuk, hogy ezek között nem szerepel az egészségügyi tolmácsolás szakterülete.

Jelenleg Magyarországon a tolmácsot igénylő egészségügyi ellátások esetén az ellátó intézmény nem köteles a betegnek tolmácsot biztosítani. A betegnek magának kell, illetve van lehetősége tolmácsot felfogadni legjobb tudása szerint, azonban nem garantált, hogy szakképzett tolmácsot talál. Magyarországon több egyetem is biztosít fordító- és tolmácsképzéseket, illetve szakosodási lehetőségeket is kínálnak. Ennek ellenére az egészségügy terén úgy tűnik, hogy a legtöbb magyarul nem beszélő külföldi kénytelen egy második nyelven, angolul, franciául vagy németül kommunikálni tolmács segítségével nélkül. Vagy *ad hoc* tolmácsok, barátok vagy családtagok segítségét tudja csak igénybe venni. Mindazonáltal az egészségügyi tolmácsolás terén elengedhetetlen, hogy a tolmács a közösségi tolmácsolási készségeken kívül mindkét nyelven rendelkezzen a tolmácsolási tevékenység elvégzéséhez szükséges megfelelő szakmai ismeretekkel

és szakszókincssel. Ez az *ad hoc* tolmácsok esetében nem biztosított, míg a második, vagy összekötő nyelv használata során lehetséges, hogy sem az orvos, sem a beteg nem beszél a sikeres kommunikációhoz szükséges mértékben az adott nyelvet. Ilyen helyzetben szinte lehetetlen a félreértéseket kiküszöbölni.

Magyarországon jelenleg három egyetem, a Pécsi Tudományegyetem (Általános Orvostudományi Kar), a Semmelweis Egyetem (Egészségtudományi Kar) és a Szegedi Tudományegyetem (Általános Orvostudományi Kar) indít egészségügyi szakfordító és tolmács szakirányú továbbképzést, kizárólag angol nyelven.

4. A tolmácsolási esemény leírása

4.1. A tolmácsolási esemény adatai

4.1.1. *Helperek – Önkéntes Segítők Közhasznú Egyesülete (www.helperek.hu)*

A tolmácsolás megbízója a Helperek – Önkéntes Segítők Közhasznú Egyesülete. Az egyesületet 2010-ben alapították és célja, hogy önkéntesek szervezésével különböző zenei és sportrendezvényeken teljes körű egészségügyi ellátást biztosítson a jelenlévőknek. Ezenkívül a drogprevencióban is aktívan részt vesz. Ennek megfelelően a Helperek Egyesület minden évben jelen van többek között a VOLT Fesztiválon, a Balaton Soundon és a Sziget Fesztiválon is. Ez utóbbi a legnagyobb önkéntes tömegeket megmozgató fesztivál: minden évben körülbelül 400 önkéntes dolgozik itt az egyesületen keresztül. A Helperek Egyesület több lépcsős mentési és biztosítási rendszerrel dolgozik, amelynek alapját a speciális oktatást végzett járőrök képezik. Ők napi 24 órában 8, 10 és 12 órás műszakokban figyelik a fesztiválozókat, s így gyorsan tudnak reagálni az esetleges balesetekre és vészhelyzetekre. Minden fesztiválon felépítenek egy drogprevenciós és egy egészségügyi sátor is. A drogprevenciós sátorban lehetőség van a kábítószerproblémák megvitatására, illetve szakképzett pszichológusok és kortárssegítők segítenek a lelki problémákkal küszködőkön. Az egészségügyi sátorban napi 24 órában juthatnak a fesztiválozók szakképzett orvosi segítséghez, továbbá itt található a mentőőrség is. A betegkísérő-tolmács önkéntesek ebben a sátorban dolgoznak, így a magyarul nem beszélő fesztiválozók ellátása is megoldott.

4.1.2. *A tolmácsolás helye, ideje és előzményei*

Az elemzett tolmácsolási eseménynek a budapesti Óbudai-szigeten 1993 óta minden évben megrendezett Sziget Fesztivál adott helyet. Az eseményre 2015. augusztus 10. és 17. között 12 órás (08:00–20:00 vagy 20:00–08:00) műszakokban került sor az egészségügyi sátorban. A hét nap alatt öt műszakban elvégzett betegkísérői és tolmácsolási feladatokról, vagyis összesen 60 órát munkáról van szó.

A Helperek Egyesülethez 2015. február–márciusában lehetett önkéntesnek jelentkezni betegkísérő-tolmácsnak vagy járőrnek, mivel minden jelentkező-

nek több alkalomból álló felkészítő képzésen kell részt vennie. A fesztiválon csak azok a jelentkezők dolgozhatnak önkéntesként, akik sikeresen teljesítik ezt a képzést és tanúbizonytságot tesznek arról, hogy stresszes körülmények között is megfelelő teljesítményt tudnak nyújtani. Az alkalmak száma képzésenként és évente változó: általában körülbelül 10–15. Ezeknek legalább a felén részt kell vennie a jelentkezőknek, ha sikerrel szeretnének járni.

A betegkísérő-tolmácsoknak szánt képzések általában alkalmanként egy-egy délutánt vesznek igénybe. Ezeken a képzéseken nyelvi felmérést és felkészítést végeznek a jelentkezők között (idegen nyelv és magyar viszonylatában). Ezenkívül szituációs játékokkal készítene fel mindenkit a betegekkel és az orvosokkal való megfelelő viselkedésre. Továbbá mindenkinek részt kell vennie alapszintű elsősegélyképzésen is. Mindezek mellett csapatépítő játékok során próbálják kialakítani a csapattagok közötti bizalmat, hogy az egészségügyi sátorban zökkenőmentesen folyhasson majd a munka. A képzésen túl a kiválasztott jelentkezők részt vehetnek a járőrök táborában is, ahol megismerkedhetnek azokkal a járőrökkel és pszichológusokkal, akikkel majd együtt dolgoznak a Sziget egészségügyi sátrában.

4.1.3. A tolmácsolás módja és körülményei

A tolmácsolási esemény során végig az egészségügyi tolmácsolásra jellemző, rövid szakaszos konsekutív vagy követő tolmácsolás volt a jellemző. Jegyzetelésre nem volt mód. Ez egyes esetekben nehézségekbe ütközött, mivel néhány orvos és beteg hosszan beszélt, mielőtt átadta volna a szót a tolmácsnak. Továbbá arra is volt példa, hogy nem is szigorú értelemben véve tolmácsolásra volt szükség, hanem az orvos vagy nővér által kiadott kommunikációs célt kellett képviselni a beteggel szemben. Így például meggyőzni őt, hogy menjen kórházba a mentőkkel, bár ő nem akart. Ilyen esetben a betegkísérő-tolmács saját szavaival, a beteg nyelvén képviselte az orvos kommunikációs célját, amely nagy befolyással volt a kialakuló bizalmi és érzelmi kapcsolatokra.

A Sziget Fesztiválon felállított egészségügyi sátorban elhelyeztek két fektetőt, egy soktalanítót, berendeztek két belgyógyászati és egy sebészeti rendelőt, valamint egy úgynevezett „bibiológiát”, ahová az apró-cseprő problémákkal, például vízhólyaggal érkező betegeket irányították. Azt, hogy a betegek melyik rendelőbe kerülnek, a tünetek ismeretében az éppen műszakban lévő triage nővér, illetve idővel a betegkísérő tolmácsok döntötték el.

A tolmácsolási esemény körülményei még az egészségügyi tolmácsolásra jellemző keretek között is különlegesnek számítottak, mivel míg az egészségügyi tolmácsolás során alapvetően hangszigetelt, de legalábbis zárt rendelőben zajlik a kommunikációs folyamat, addig a Sziget egészségügyi sátrában erre nem volt mód. Gyakran már a váróban a triage nővér mellett, sőt a bejáratnál elkezdődött a munka, ahol a sikeres kommunikációt zavarta a rengeteg járőrelő, fesztiválózó, a többi beteg és maga a fesztivál, a koncertek zaja. Nehézséget okozott még, hogy bár a sátor viszonylag jól szellőzött, mégis a nyári 38–39 °C-os melegben nagyon felmelegedett, a szálló finom por pedig könnyedén bejutott, ami tovább nehezítette a munkát. A „rendelőket” és a fektetőt a sátron belül ugyan elkülö-

nítették, azonban pusztán sátorvászonnal választották el a várótól. Így minden zaj és hang kihallatszott. Ez, és mivel gyakran már a váróban meg kellett a betegetől kérdezni, hogy mi a panaszuk, szintén nehezítette a kommunikációt, hiszen vannak olyan zavarba ejtő tünetek és szituációk, amelyekről nem szívesen beszélünk közönség előtt. Emiatt megesett, hogy betegeket először rossz orvoshoz kísérték be, mert a beteg csak a sebésznél mondta meg, hogy igazából valamilyen húgyúti fertőzése van, csak nem akart erről a váróban beszélni.

A betegkísérő-tolmácsok munkájával kapcsolatban érdemes megjegyezni, hogy többet vártak el tőlük „egyszerű” tolmácsolási feladatok elvégzésénél. Elvárt volt, hogy a bejáratnál fogadják a betegeket és kikérdezzék őket a tüneteikről. Amennyiben a beteg kísérővel érkezett, velük közölni kellett és el kellett magyarázni, hogy nem jöhetnek be az egészségügyi sátorba, hanem kint kell megvárniuk a barátjukat, hozzátartozójukat. A váróban a tünetek felmérését követően a beteget a megfelelő várópadhoz kellett kísérni. Amennyiben a tünetek alapján a betegkísérő-tolmács nem tudta meghatározni, hogy hova irányítsa a beteget, a triage nővér segítségét kellett kérni, s az ő kommunikációjukat segíteni tolmácsolással. Súlyos esetben, fejsérülés vagy vérző seb esetén, a betegkísérő-tolmácsnak azonnal szólnia kellett a triage nővérnek és a beteget soron kívül, a lehető leghamarabb be kellett kísérnie a sebészorvoshoz, majd itt tolmácsolnia kellett a beteg és az orvos között.

A tolmácsok csapatokban dolgoztak. Egy-egy csapat 7–10 betegkísérő-tolmácsból állt: így mindig volt elég ember az új betegek fogadására, a váróban ülők segítésére és a rendelőkben való tolmácsolásra is. A nappali és az éjszakai műszakok nem sokban különböztek, mindegyikben voltak olyan időszakok, amikor nagyon sok beteg érkezett, és olyanok, amikor szinte senki.

Bár már több éve felállítják a Szigeten a Helperek Egyesület egészségügyi sátrát, mégis minden egyes tolmácsolási esemény egyedi esetnek számít mind az évről-évre megrendezett esemény, mind a napról-napra végzett tolmácsolás tekintetében. Minden egyes beteg egy teljesen új tolmácsolási eseménynek minősül más és más nehézségekkel, problémákkal, fordulatokkal. A tolmácsolásra csupán a felkészítő képzés során előre megkapott, az évek tapasztalatai alapján összeállított szöszedetből lehet készülni. A tolmácsok korábbi esetekről és eseményekről nem rendelkeznek semmilyen információval, mivel tilos feljegyzést készíteni az egészségügyi sátorban történekről. Csak a Helperek Egyesület saját sajtósai készíthetnek például fényképeket.

4.2. A tolmácsolási esemény szereplői

A tolmácsolási esemény szereplői a betegek, az orvosok és ellátó nővérek. Ez valamilyen mértékben azokra az esetekre is igaz, mikor az orvos vagy a nővér jelenléte nélkül, csak a betegkísérő-tolmács és a beteg vett részt a dialógusban, mivel a tolmács ekkor is azt mondta, amit az orvos vagy a nővér kért, tehát az ő kommunikációs céljukat képviselte. Mivel a kommunikáció szereplői egyrészt külföldi fesztiválozók, másrészt magyar orvosok voltak, így egyáltalán nem volt köztük előzetes kapcsolat, mint ahogy az más jellegű egészségügyi tolmácsolás során visszatérő beteg esetén lehetséges lenne. Ennek megfelelően

semmilyen dokumentum nem állt rendelkezésre a konkrét eseménnyel kapcsolatban, csupán az elmúlt évek beszámolói az egyesület, az orvosok és a betegkísérő-tolmácsok részéről.

4.3. A tolmácsolási esemény egyéb jellemzői

4.3.1. Az esemény helyszíne

Tolmácsolás során mindig nagyon fontos, hogy milyen a helyszín, milyenek a körülmények. Megfelelő-e az akusztikai és vizuális körülmények? Van-e elég levegő? Megfelelő-e a hőmérséklet? Ezek a tényezők ugyanis a tolmács munkakörülményeinek befolyásolása által hatással vannak az érzékelt stresszmenyiségre és így a tolmács teljesítményére is (bővebben lásd AIIC Workload Study).

A jelen tanulmányban bemutatott tolmácsolási esemény során a helyszín és a körülmények távolról sem voltak ideálisak. Az egészségügyi tolmácsolásról rendelkezésre álló szakirodalom általában olyan tolmácsolási helyzetekről számol be, amelyek során az egészségügyi tolmácsolás egy zárt, legalább részben hangszigetelt orvosi rendelőben zajlik. A zaj minimális, a zavaró tényezők az ajtón kívülre vannak rekesztve. Ezzel szemben a Sziget egészségügyi sátrát a fesztiválhelyszín közepén állították fel, hogy a betegek könnyen megtalálják és a lehető leghamarabb odajussanak. Ezzel azonban az is járt, hogy a sátor közvetlen közelében három színpad is állt, ahol szinte folyamatosan szólt a zene vagy valamilyen előadás. A zajt fokozta, hogy az ételstandokon szintén zene szólt. Mindez azt eredményezte, hogy a fesztiválözöklés és az ott dolgozók a zajt túlkiabálva próbáltak kommunikálni mind a sátorban, mind azon kívül. Hangosításra, mikrofon használatára az egészségügyi sátorban nem volt lehetőség, már csak azért sem, mert a betegek magánjellegű információkat osztottak meg az orvosokkal. A sátorváson minimális hangszigetelő képessége miatt az egészségügyi sátorban kialakított „rendelők” mindegyikébe behallatszott minden, ami kint zajlott. Kihallatszott a „váróba” a beteg és az orvos közötti beszélgetés is. A tolmács munkáját ez fokozottan nehezítette, hiszen fokozottan kellett ahhoz összpontosítani, hogy megértse, mit mondanak a kommunikáció résztvevői. Emelt hangon, éppen, hogy nem kiabálva kellett tolmácsolni a kommunikációs partnerek között. Ez az első pár alkalommal még nem túl megterhelő, azonban 12 órás műszakokban végezve növeli a tolmácsolási helyzet stresszszintjét és fizikailag is fokozottan kihat a tolmácsra.

A hangzavaron túl nehézséget okozott a folyamatosan szálló finom por és a kánikula is. A szálló portól a hét közepére az egészségügyi sátor szinte minden dolgozójának fáj a torka, berekedt és köhögött. Mivel a tolmácsok kétszer annyit beszéltek, mint a többi kolléga, a fájó torok és a rekedtség különösen nagy nehézséget okozott. Az állandó köhögéstől pedig mindenki sokkal hamarabb elfáradt. A kánikula is tovább fokozta a kimerültséget, ráadásul a sátorban megrekedt a levegő. Ezt már azok a betegek is megsínylették, akiknek hosszabb ideig kellett várakozniuk.

Pozitívként lehet beszámolni a „rendelők” viszonylag nagy méretéről, így a legtöbbször lehetőség nyílt arra, hogy a tolmács elhelyezkedésével befo-

lyásolja a kommunikáció menetét, ahogyan azt az egészségügyi tolmácsolással foglalkozó amerikai tolmácstanács útmutatója is kifejti (NCIHC 2003).

A tolmácsolási esemény helyszínével kapcsolatban érdemes kiemelni, hogy a Szigeten felállított egészségügyi sátor a kommunikációs partnerek közül senki számára nem a megszokott munkakörülményeket biztosította. Az orvosok is csak maximum évente egyszer dolgoznak itt, a betegek többsége pedig életében először fordul meg ilyen orvosi „rendelőben”. Talán a magyar dolgozóknak némi szituációs előnye származott abból adódóan, hogy a betegeknek egy számukra idegen országban, kiszolgáltatott állapotban és helyzetben kellett feltalálniuk magukat. A tolmácsok és az egészségügyi dolgozók ezzel szemben mind magyar állampolgárok voltak, s ebből adódóan nagyobb fokú magabiztosság jellemezte őket.

4.3.2. *A kommunikációs partnerek*

A jelen tanulmányban feldolgozott tolmácsolási eseményen a kommunikációs partnerek szinte kizárólag az orvosok, ápolók és a betegek voltak, csupán néhány esetben volt szükség arra, hogy a betegek és a biztonsági őrök közötti kommunikációt segítsük tolmácsolással. Az egészségügyi személyzet kizárólag magyar állampolgárokból állt, akik közül néhányan beszéltek egy vagy két idegen nyelvet, legtöbb esetben angolt vagy hollandot. Amennyiben az orvos vagy az ápoló nővér és a beteg is beszélt angolul, akkor csak a nehéz esetekben kérték a tolmács segítségét. Ugyanez volt a helyzet a hollanddal is. A betegek többségével angolul vagy gyakran franciául kommunikáltak.

A kulturális közelség tehát változó volt a kommunikációs partnerek között. A státuszkülönbség pedig még ennél is szembetűnőbb volt, hiszen a külföldi betegeket teljesen kiszolgáltatott helyzet jellemezte, mivel nem ismerték sem a magyar szokásokat, sem a magyarországi egészségügyi rendszert. Mindenben az orvosra és a betegkísérő-tolmácsokra kellett hagyatkozniuk. Tehát a betegek előzetes információsztintje lényegesen alacsonyabb az ellátók információsztintjénél. Ez gyakran az ellátás következtében sem változott, hiszen időhiány miatt sem az orvosoknak, sem a tolmácsoknak nem állt módjukban hosszasan magyarázni, hogy pontosan mit, hogyan kell majd tenni, ha például beér a kórházba. Szinte minden esetben csak egyszeri konzultációra került sor, ritka volt az olyan eset, ahol a beteget visszahívta az orvos kontrollvizsgálatra. Gyakran csak egyszerű sebkötözésre kellett a betegeknek visszajönniük, amihez a betegkísérő-tolmácsnak csak a beteg felvételénél kellett segédkeznie. A visszatérő betegek információsztintje sem változott jelentősen, hiszen az orvosok és az ápolók csak a pillanatnyi ellátásukhoz szükséges információt osztották meg velük.

Nehézséget okozott továbbá, hogy a kommunikáció jellemzően szakember és nem-szakember között zajlott, tehát a tolmácsnak magyarázatot is kellett nyújtania. Annak ellenére, hogy az orvosok igyekeztek minél egyszerűbb és köznapi módon beszélni. A két fél közötti kommunikációt az is nehezítette, hogy a beszélgetés nem ritkán a beteg által második, tanult nyelvként használt idegen nyelven, általában angolul zajlott. Ezen a nyelven pedig az egészségügyi szakszavakat nem feltétlenül ismerte és használta megfelelő szinten. Az ebből

adódó félreértések elkerülése végett a tolmácsnak gyakran vissza kellett kérdeznie, hogy a beteg biztosan mindent megértett-e, illetve utólag az elfekvőben ismét, hosszabban el kellett magyaráznia, amit az orvos mondott. A konzultációk során a tolmácsoláshoz nem használtak jegyzeteket, és egy műszak alatt egy tolmács akár 20–25 konzultáción is tolmácsolhatott, ami szintén nagyon megterhelő.

4.3.3. A tolmács szövegalkotási stratégiája

Ahogy a fentiekben elmondottakból is kitűnik, a konzultációk minden esetben spontán szövegalkotást igényeltek a tolmácstól. Nem nyílt lehetőség arra, hogy az orvossal előre megbeszéljék, hogy mik azok a szakkifejezések, amelyek várhatóan elhangzanak majd. A betegfelvevő lapon ugyan angolul mindig szerepeltek a beteg tünetei és jelenlegi állapota, mégis megesett, hogy a sietve kitöltött információs lapok mégsem nyújtottak segítséget. Hiszen ha a lapon csak annyi szerepelt, hogy „feels sick”, akkor azon kívül, hogy a belgyógyászatra kell kísérni a beteget, nem sokat tudunk meg. Persze saját élettapasztalataink miatt mindannyian rendelkezünk valamilyen elképzeléssel arról, hogy az orvos milyen kérdéseket tesz majd fel, és a tolmácsolás során szerzett tapasztalatot is később fel lehetett használni: a sokadik tolmácsolás alkalmával a tolmács már tudta, hogy ha rosszul lett a fő panasz, akkor érdeklődnie kell, hogy hányt-e a beteg, ha igen, hányszor, mikor? Az első napokban azonban még csak az előzetes képzésen kapott információkra hagyatkozhattak, amely a tényleges konzultációkon elhangzott beszélgetésekre nem készített fel teljes mértékben.

A kommunikáció többi szereplője szintén spontán, a helyszínen megfogalmazott szöveget mondott el. Így annyi könnyebbsége adódott a tolmácsnak, hogy nem kellett előre megírt szöveget követnie. Bár a betegek természetesen valószínűleg fejben megtervezték, hogy mit fognak mondani az orvosnak, ettől függetlenül az ő kommunikációjuk is spontán maradt.

Vizuális segédanyag szintén nem állt rendelkezésünkre, legfeljebb az orvosra, hiszen ő a betegre nézve gyakran látta, hogy mi a probléma. A tolmácsok számára azonban, ha jutott is vizuális segédanyag, az gyakran *ad hoc* jellegű volt, és ugyanannyira a beteg segítségére is szolgált. Azt például, hogy milyen kötszert vegyen a patikában, gyakran meg tudták mutatni a rendelőben található eszközökön.

A menet közben és a napok során szerzett tapasztalat ellenére azonban a tolmácsolás során a szövegalkotási stratégia végig spontán maradt, hiszen minden egyes beteg más és más hozzáállást követelt. Volt, akinek több érzelmi támaszra volt szüksége, akivel óvatosabban kellett beszélni, aki nyersebb megközelítést igényelt és olyan is, akinek maximális objektivitásra volt szüksége, hogy kezelni tudja a vele történeteket. Mindig készen kellett állni arra, hogy valamit többször, többféleképpen elismételve próbáljanak megértetni a betegekkel. A türelemre különösen az egészségügyi sátor detoxikációs termében volt szükség. Itt ugyancsak a megértéssel voltak gyakran gondok, azzal a különbséggel, hogy a nehézségek nem feltétlenül a kommunikációban használt nyelv hiányos ismeretéből eredtek, s emiatt több órás munka után itt hamarabb elvesztette az

ember a hidegvérét. Nem beszélve arról, hogy bár a tolmácsok sosem maradtak teljesen egyedül a betegekkel, mégis emocionálisan megterhelő egy-egy rosszindulatú vagy agresszív beteggel segíteni a kommunikációt. A szövegalkotás és a szavak megválogatása ilyen esetekben nagy jelentőséggel bírt, hiszen ettől függött, hogy a beteg együttműködik-e, ad-e magáról információt, vagy sem.

4.3.4. *A tolmácsolási esemény témája*

A Sziget Fesztiválon, az egészségügyi sátorban folytatott tolmácsolás témája változatos volt, betegenként változott. A tolmácsok orvosi témájú kommunikációban segítettek, minden egyes tolmácsolási esemény valamilyen egészségügyi problémával foglalkozott. A helyszín és a tolmácsolási helyzet egyedisége miatt a szakmaiság foka változó volt. A betegek több-kevesebb orvosi háttérismerettel érkeztek, az orvos gyakran alapvető dolgokat is elmagyarázott és elmagyaráztatott nekik, ugyanakkor a kommunikáció tagadhatatlanul szakmai jelleggel is rendelkezett, hiszen átszötte az orvosi terminológia és kifejezőmód. A célcsoportot minden esetben az adott beteg, kiskorú esetén a beteg és a hozzátartozó alkotta, tehát igen szűk hallgatósággal kellett számolni. A kommunikációban leggyakrabban a tolmáccsal együtt is csak hárman vettek részt.

A betegeknek nem volt szüksége „bennfentes-tudásra” az orvossal történő kommunikáció megértéséhez. Az orvos minden kérdésre válaszolt, illetve delegálta a kérdés megválaszolását és a beteg tájékoztatását a betegkísérő-tolmácsoknak, amennyiben nem volt szükség semmilyen olyan specifikus információra, amellyel csak egészségügyi dolgozók rendelkeztek.

4.3.5. *A tolmácsolási esemény információintenzitása*

A tolmácsolási esemény során az információintenzitás is igen változatos volt. Azoknak a betegeknek, akik maguk is rendelkeztek egészségügyi végzettséggel, kevesebb orvosi terminust kellett elmagyarázni, bár a magyar egészségügyi rendszer és a Sziget egészségügyi sátrában bevett eljárás mód ugyanúgy ismeretlen volt számukra. Ezzel szemben a teljes mértékben laikus betegeknek el kellett magyarázni például, hogy egyes orvosi beavatkozásokra miért van szükség, miért kell bemenniük a kórházba. A kommunikáció során az is befolyásolta még az információ intenzitását, hogy milyen panasszal érkezett a beteg. Más mennyiségű és sűrűségű információra volt szüksége annak a betegnek, aki egyszerű száraz köhögéssel, vízhólyaggal vagy horzsolással érkezett az egészségügyi sátorba, mint annak, akinek nyílt sebe, allergiás reakciója vagy csonttörése volt. Befolyásoló tényező lehetett továbbá az orvos személye is, hiszen akadt olyan orvos, aki szeretett minél több információt átadni a betegnek, s volt olyan is, aki a minimális kommunikáció híveként, ha a beteg nem kérdezett, nem tekintette feladatának, hogy elmagyarázza, mit és miért csinál.

A fentieknek megfelelően, a tolmács rendelkezett valamilyen elképzeléssel a konzultáció előtt arról, hogy körülbelül milyen információintenzitás várható az adott beszélgetés során, mivel gyakran ő maga vette fel a beteget – tudta, hogy milyen panasszal érkezett – és pár nap után tudta, hogy melyik orvos sze-

retett részletesebb magyarázattal szolgálni és melyik nem. Emiatt, bár az első pár nap lényegesen nehezebb volt, a tolmácsok később elég pontosan tudták anticipálni, hogy milyen intenzitású és mennyire szakmai szöveget kell majd tolmácsolniuk.

4.3.6. Az esemény formalizáltsága és belső szerkezete

Első látásra úgy tűnhet, hogy mivel szűkkörű, kevés partneres kommunikációról van szó, a tolmácsolási esemény inkább informális jelleget ölt majd. Azonban ez nem igaz, sőt ellenkezőleg, nagyon is szigorú protokoll jellemezte azt, sok szabálynak kellett megfelelni a partnereknek a kommunikációs események során. Csak azért tűnhetne a tolmácsolási esemény kevésbé formalizáltnak, mivel ezek a szabályok a betegeknek csak igen kis mértékben vonatkoznak, és a konzultációk során több orvos viccelt a betegekkel és a tolmáccsal egyaránt, hogy oldja a feszültséget. Ettől függetlenül azonban az egészségügyi dolgozókra és a betegkísérő-tolmácsokra szigorú szabályok és protokoll vonatkoztak. Elsődleges és legfontosabb cél az egészségügyi segítségnyújtás. Ahhoz, hogy ezt megfelelően, gyorsan és hatékonyan lehessen végezni, követni kell a szabályokat. Mindenkinek megvan a maga helye és feladata, amelyet ha nem megfelelően végez el, akkor akadályozza a többiek munkáját, növeli a várakozási időt és fokozza az egyébként sem nyugodt hangulatot.

Saját tapasztalataink alapján általában rendelkezünk valamilyen elképzeléssel arról, hogy, legalábbis a konzultáció elején, mi hangzik majd el. Az orvos mindig rákérdez arra, hogy mi történt, mik a tünetek és hogy azok milyen gyakran jelentkeznek. Az orvosi konzultáció szokásos lefolyása szerint ezek a kérdések a beszélgetés elején hangzanak el, s ezt követik a kiszámíthatatlanabb nyelvi megnyilvánulások. Ezeket nevezhetjük a tolmácsolási esemény során elhangzó szövegkonvencióknak, azonban nem bevett szövegpanelekről van szó, hiszen a megfogalmazás változó lehet.

A tolmácsolási események szűk körben zajlottak, dialógusnak szánt – a tolmács jelenléte miatt – dialógussá váló beszélgetéssé válva. A kommunikáció résztvevői változtak: a tolmács segítette a beteg és az orvos, a beteg és az ápoló, valamint a beteg és a biztonsági őr kommunikációját. Volt azonban példa arra is, hogy a tolmács a hozzátartozók és az orvos párbeszédét segítette. Megegett továbbá az is, hogy a tolmács egyénileg kommunikált a betegekkel, vagyis az általános tolmácsolási feladatokon túllépett. Ez egyértelműen ellenkezik Wiener és Rivera (2004) véleményével, ők ugyanis úgy gondolják, hogy „a tolmács és a beteg közötti különbeszélgetés kerülendő” (Wiener és Rivera 2004: 98, saját fordítás).

4.3.7. A kommunikációs partnerek célja és érzelmi kötődése

Elérkeztünk a témánk szempontjából az egyik legtanulságosabb részhez, nevezetesen a kommunikációs partnerek érzelmi kötődésének tárgyalásához. Az, hogy a beteg kiszolgáltató félként a kommunikációs helyzetben kivel alakít ki nagyobb mértékű bizalmi kapcsolatot, több tényezőtől is függhet. Ezek a tényezők nem csak az egészségügyi tolmácsolási helyzetre jellemzők, hiszen az

érzelmi kötődést a partnerek között fennálló érdekkülönbség, a kommunikációs célok összeférhetetlensége más szituációkban is ellehetetlenítheti.

Az egészségügyi tolmácsolás esetén igen jelentős befolyásoló tényező az, hogy a beteg és az orvos azonos kommunikációs céllal rendelkezik-e. A Szigeten végzett tolmácsolási munka során többször felmerült, hogy az orvos kórházba szeretne volna küldeni a beteget, a beteg azonban – valamilyen okból kifolyólag – ellenállt. Az ilyen helyzetekben a tolmács meglehetősen kellemetlen helyzetbe került, hiszen gyakran valakinek az oldalára kellett helyezkednie: vagy az orvos kommunikációs céljait szolgálja, vagy a betegét. Persze lehetséges, hogy a tolmács megpróbál ragaszkodni objektív, neutrális pozíciójához ez azonban nem mindig kivitelezhető. A Sziget egészségügyi sátrában a betegkísérő-tolmácsok az egészségügyi dolgozók „pártját” fogták, az ő kommunikációs céljaik mellett érveltek.

A beteg és az orvos közötti bizalom kialakulásához nagyban hozzájárul, hogy az emberek többsége úgy nő fel, hogy megtanulja, az orvosokban megbízhat. Vagyis a legtöbb ember már a kezdetektől alapvetően bizalommal fordul az orvosához. Ehhez hozzájárul az orvos professzionalizmusa és céltudatossága. Tolmácsolás helyzetben ez az egyensúly felborul, hiszen egy harmadik személyt helyeznek a szituációba. A tolmács feladata, hogy az orvos felé közvetítse a beteg szavait; a kommunikáció sikerét tekintve döntő lehet, hogy a beteg megbízik-e a tolmácsban. Ez a bizalom teszi ugyanis lehetővé, hogy a beteg olyan kényes információkról is hajlandó legyen beszélni, mint például a HIV, vagy valamilyen mentális betegség (Greenhalgh et al. 2006). A sikeres kommunikációhoz azonban nemcsak az elengedhetetlen, hogy a beteg megbízzon a tolmácsban, hanem az is, hogy az orvos is hasonlóan tegyen.

A tolmács és a beteg közötti bizalom általában nem előre megalapozott, az esetek többségében nem a tolmácsolás orvosi konzultáció számít sztenderd esetnek, így a hivatásos tolmácsoknak gyakran „ki kell érdemelnie” a bizalmat. Ezt a leghatékonyabban ismétlődő konzultációk során lehet elérni (Greenhalgh et al. 2006), erre azonban a Szigeten nem volt lehetőség. A tolmács előnye azonban ilyen esetekben, hogy idegen környezetben a beteg nyelvén vagy az általa értett nyelven szól hozzá, vagyis a közös nyelvet használva alakít ki közös pontot, a bizalom alapkövét. A Sziget Fesztiválra jellemző egyedi helyszínen és tolmácsolási helyzetben ez különösen látványos volt, mivel a betegek – különösen azok, akik súlyosabb sérüléssel érkeztek – kétségbeesve érkeztek és néztek körbe az egészségügyi sátorban. Szemmel láthatóan azonnal megkönnyebbültek, ha valaki az ő nyelvükön szól hozzájuk, vagy legalábbis egy olyan összekötő nyelven, amelyet ők is beszéltek. Ez a pillanatnyi erős megkönnyebbülés a tolmács felé irányított bizalmukat is fokozta, sőt irányukba billentette a mérleget, mivel a tolmács volt az első, akivel szót értek az egészségügyi sátorban, és gyakran később is ő volt az, akivel a legtöbbet kommunikáltak. Így a tolmács gyakran a nyelvi közvetítő szerepén kívül a segítőt is betöltötte. Ez természetesen hatással volt magukra a betegkísérő-tolmácsokra is, hiszen nagyon nehéz objektívnek és neutrálisnak maradni, ha ilyesfajta bizalommal tekintenek rájuk. Ki kell azonban emelni, hogy a Szigeten dolgozó egészségügyi tolmácsok egyike sem volt hivatásos tolmács, a többség a felkészítő képzés előtt sosem végzett tolmácsfeladatokat, nem rendel-

kezett tolmácsképesítéssel. Ennek megfelelően az egyensúly megtalálása a beteg és az orvosok igényei között több-kevesebb időt vett igénybe.

A kommunikációs háromszögben részt vevő kommunikációs partnerek érzelmi kötődését a térbeli elhelyezkedésük is nagyban befolyásolja. A három kommunikációs partner – jelen esetben az orvos, a beteg és a tolmács – ideális egymáshoz viszonyított elhelyezkedésével kapcsolatban azonban nincs egyetértés. Megoszlanak a vélemények, hogy a partnerek tényleges háromszögben való elhelyezkedése milyen hatással van a kommunikáció menetére és a szereplők kapcsolatára. Bischoff-Loutan (2008) szerint a háromszögben való elhelyezkedés az egyetlen módja annak, hogy a felek egyenlő partnerek lehessenek a dialógus során, s ne alakuljon ki egyenlőtlen érzelmi kötődés az egyes résztvevők között. Wiener-Rivera (2004) ezzel ellentétben elveti a partnerek háromszögben való elhelyezkedését, mivel szerinte a beteg és az orvos kapcsolata prioritást élvez a beteg és a tolmács kapcsolata előtt. Szerinte a legideálisabb az, ha a tolmács kicsivel a beteg mögé és oldalra áll. Noha ennek is megvannak a maga hátulütői, hiszen a tolmács így nem látja a beteg arc kifejezését és nem kapja meg a teljes üzenetet. Az NCIHC, a *National Council on Interpreting in Health Care* (Az Egészségügyi Tolmácsolás Országos Tanácsa, saját fordítás) útmutatója (2003) a fent említett szerzőkkel szemben nem foglal állást egyetlen ideális térbeli elhelyezkedés mellett sem. Ehelyett több lehetőséget ad meg, azok lehetséges következményeivel, pozitívumaival és hátrányaival együtt. Például, ha a tolmács a beteg mellett helyezkedik el, akkor azt az érzést keltetheti, hogy vele szimpatizál, ketten vannak az orvos kommunikációs céljaival szemben, amennyiben vitára kerül sor. Számunkra ez utóbbi tűnik a legmegfelelőbb hozzáállásnak, és a Sziget egészségügyi sátrában is gyakran változott a kommunikációs szereplők térbeli elhelyezkedése, mivel nagy volt a mozgás. Leggyakrabban azonban mégis az volt megfigyelhető, hogy a tolmács a beteg mellett állt, hogy minél kisebb mértékben zavarja az orvost, és az ellátás minél zökkenőmentesebb legyen.

5. Esettanulmányok

A továbbiakban a fent általánosságban bemutatott tolmácsolási helyzetet két konkrét eset leírásán keresztül elemezzük részletesebben. A két példa jól illusztrálja a Sziget Fesztiválon végzett tolmácsolási tevékenységet. Ezzel egy időben alátámasztja a tolmács és a beteg között kialakuló egyedi bizalmi és érzelmi kapcsolatot. Az esettanulmányokat azonos szempontok és szerkezet szerint elemezzük. Ezek a helyszín, a szereplők, az időpont, az indok és az esemény leírása.

Itt fontos kitérni arra, hogy a jelen tanulmány kutatásmódszertani szempontból esettanulmány, amely egy adott egység tulajdonságait tanulmányozza. Mint ahogy arra Cohen és Manion (1998) is rámutat, az ilyen jellegű megfigyelésnek az a célja, hogy alaposan feltárja és elemezze azokat a különféle jelenségeket, amelyekből az adott egység áll, mégpedig annak érdekében, hogy általánosításokat fogalmazzon meg arról a szélesebb populációról, amelybe a vizsgált egység tartozik (Cohen és Manion 1998: 106–107). Az esettanulmány tárgya lehet egy

személy, egy csoport, vagy egy adott kontextusra jellemző jelenség is (Riazi 2016: 25). Jelen esetben a vizsgált egység egy tolmácsolási esemény. Annak, hogy egy esettanulmány sikeres legyen, egyik alapfeltétele, hogy a kutatás által leírt, elemzett és kiértékelt példa reprezentatív legyen, tehát a végeredményeket lehessen általánosítani, illetve, hogy a kutatást meg lehessen ismételni. A jelen tanulmányban elemzett tolmácsolási esemény ezeknek a szempontoknak megfelel.

Hale és Napier (2013) az esettanulmányokat három kategóriába sorolja: magyarázó, feltáró és leíró. A magyarázó esettanulmány célja, hogy olyan adatokat szolgáltatson, amelyek ok-okozati viszonyokat világítanak meg. A feltáró esettanulmány pedig további kutatásokhoz határoz meg kérdéseket és hipotéziseket. A jelen esettanulmány jellegét tekintve leíró, hiszen célja, hogy egy jelenséget kontextusában leírjon (Hale és Napier 2013: 112–113). Ezenfelül tolmácsolási akciókutatásnak is számít, amely során a tolmács munkavégzés közben saját magát és a tolmácsolási helyzetet figyeli meg, valós tolmácsolási esemény során szerzett tapasztalatait jegyzi fel, majd reflektált módon elemzi a kulcsfontosságú kérdéseket (Hale és Napier 2013: 114).

Adelman et al. (1976) szerint az esettanulmány alkalmazásának hat előnye is van a többi kutatási módszerrel szemben. Ezek közül itt hármat emelnénk ki. Az egyik, hogy nagy a valóságértéke, és ezért valószínűleg elnyeri a gyakorló kollégák tetszését, mivel azonosulni tudnak a felvetett témákkal és problémákkal. A másik, hogy az esettanulmány tanulságait közvetlenül fel lehet használni különböző célokra, pl. a továbbképzéstől a kollégáknak adott visszajelzésen át egészen az intézményi stratégiaalkotásig. A harmadik ilyen előny pedig, hogy az esettanulmány során gyűjtött adatok hozzáférhetőbbek, azaz könnyebben érthetőek, mint a hagyományos kutatások, ezért több közönséget is meg tudnak szólítani egyszerre (Adelman et al 1976: 149, idézi Nunan 1997: 78).

5.1. Sebastian esete

5.1.1. *Helyszín*

A Sziget fesztivál egészségügyi sátrának traumatológiai rendelője és a fektető.

5.1.2. *Szereplők*

A tolmácsolási esemény szereplői ebben az esetben a megszokott tolmács által segített dialógus szereplőitől eltértek, mivel a szereplők cserélődtek. Az egészségügyi dolgozó szerepét többen is betöltötték: először a traumatológus, majd a nővérek s végül maga a főorvos is kérte tolmács segítségét a beteg ellátásában. A beteget az esettanulmány során az anonimitás megőrzése érdekében Sebastiannak nevezzük. Sebastian fejsérüléssel került be az egészségügyi sátorba, és francia anyanyelvű volt.

5.1.3. *Időpont*

Sebastian a fesztivál negyedik napján került be az egészségügyi sátorba, a járőrök találtak rá a reggeli órákban és ők hozták be. Az orvosi vizsgálatot

követően a nap jelentős részét a fektetőben töltötte, megfigyelés alatt. Ennek nagyobb részét pihenéssel töltötte, így a tényleges idő, amelyet a vele való kommunikáció és a kommunikációjának segítése által igénybe vett, körülbelül 2–2,5 óra.

5.1.4. *Indok*

Sebastian esete tökéletesen példázza, hogy amennyiben az egészségügyi ellátó változik, illetve gyakran van szükség a tolmács és a beteg közötti egyéni beszélgetésre, úgy a résztvevők közötti érzelmi viszonyok ennek megfelelően változnak. A tolmácsolási szakirodalom szerint gyakran elvárt egyenlő és neutrális kapcsolat helyett a beteg és a tolmács közötti kötődés erősebb lesz az egészségügyi ellátást végző személy és a beteg közöttiénél. Ez eredményezheti az orvos fokozott frusztráltságát, és nehéz helyzetbe hozza a tolmácsot is, akitől azt várják, hogy az orvos kommunikációs céljait reprezentálja. A Helperek Egyesület egészségügyi sátrában, ahogyan már említettük, a betegkísérő-tolmácsoktól elvárt viselkedés az, hogy az orvos kommunikációs céljait képviseljék, az ő munkájukat legjobb képességeik szerint segítsék.

5.1.5. *Az esemény leírása*

Azért elemezzük Sebastian, a fejsérült francia fiú esetét, mert a Szigeten végzett tolmácsolási esetek között tipikusnak és az egészségügyi tolmácsok viselkedése szempontjából igen tanulságosnak számít. Mint azt már említettük, Sebastian a Sziget negyedik napjának reggelén a járőrök hozták be az egészségügyi sátorba, eszméletlenül találták egy fa tövében. Feltételezhetően az éjszaka folyamán felmászott a fára, majd leesett onnan, s a fején található sérülésekből az orvosok arra következtettek, hogy beüthette a fejét. Itt szükséges ismét leszögezni, hogy az egészségügyi sátorban három olyan eset volt, amikor a betegeket soron kívül be kellett kísérni egy orvoshoz azonnali ellátásért: hányó betegek; nyílt, vérző sebbel érkező betegek és fejsérültek. Ezek közül is a fejsérüléssel érkezők élvezték a legmagasabb prioritást. Ennek megfelelően Sebastiant azonnal megvizsgálták. A rendelőben és később a fektetőben is szüksége volt tolmács segítségére.

Sebastiant együttműködő betegként lehet leírni: megértette, hogy a fejsérülése miatt bent kell maradnia megfigyelésre és mivel kiszáradt, hidratáló folyadékot kell innia. Azt is elfogadta, hogy a fektetőben intravénásan is kap hidratáló oldatot. Mivel az egészségügyi sátorban nem volt lehetőség sem CT-, sem röntgenvizsgálatra, így az orvosok nem tudták teljes bizonyossággal kizárni valamilyen súlyos fejsérülés lehetőségét. Így már délelőtt kórházba szeretnék volna küldeni Sebastiant, aki azonban nem akart menni, mivel nem volt balesetbiztosítása. Továbbá Franciaországban ápolónak tanult és ebből kifolyólag úgy döntött, hogy meg tudja állapítani, nincs semmi komolyabb baja. Az orvosok ezzel természetesen nem értettek egyet. Sebastian végül saját felelősségére, egy napi megfigyelést követően elhagyta az elsősegélybázist.

Sebastian esete több szempontból is emlékezetes és tanulságos. Egyrészt különleges volt abból a szempontból, hogy ápolói tanulmányai miatt nem rendelkezett olyan mértékű információs hátránnyal, mint a betegek többsége. Ez ugyanakkor felvetette azt a problémát is, hogy mivel szakképzettnek érezte magát orvosi kérdésekben, ezért vitás helyzetek alakultak ki közte és az orvosok között. Ebből következett, hogy a tolmácsnak el kellett döntenie, hogy kinek a kommunikációs céljait képviseli. Noha szimpatizált Sebastiannal és valószínűleg erősebb kötődés alakult ki közöttük, mint az orvosok és öközött, a tolmács mégis egyértelműen az egészségügyi dolgozók kommunikációs céljait képviselte vele szemben. Ez adódott a helyzetéből, hiszen még több napig kellett ugyanazokkal az orvosokkal együtt dolgoznia, és abból is, hogy személyesen az orvosok véleményével értett egyet.

Mivel az orvosok közül senki sem beszélt franciául, így szinte kizárólag a tolmács kommunikált Sebastiannal. Az egészségügyi dolgozók kérésének megfelelően a tolmácsoláson túl többször próbálta sikertelenül meggyőzni arról, hogy menjen el mentővel a kórházba. Utolsó próbálkozásként a főorvos szavait tolmácsolta neki, amelyben tájékoztatták a helyzetéről.

A fent leírt többszöri tolmácsolások során a tolmács gyakran az orvostól messzebb és hozzá közelebb állt a térben, de az is megesett, hogy a tolmács által közvetített kommunikációs helyzet szereplői háromszög alakban helyezkedtek el. A Sebastiannak való tolmácsolás során nem lehetett érezni, hogy a térben való fizikai elhelyezkedés nagyban befolyásolta volna a tolmácsolás menetét vagy a szereplők közötti érzelmi kötődés változását. Sebastian esetében a fő befolyásoló tényező az volt, hogy sokkal több időt töltött a tolmáccsal folytatott egyéni kommunikációval, mint tolmácsolt konzultációban.

5.2. Michel esete

5.2.1. *Helyszín*

A Sziget fesztivál egészségügyi sátrának traumatológiai rendelője.

5.2.2. *Szereplők*

Szereplők szempontjából ez a tolmácsolási esemény megfelel a hagyományos egészségügyi tolmácsolás során leírt triádnak. A kommunikációban részt vevő felek a traumatológus, a beteg és a tolmács. A beteget az anonimitás megőrzése érdekében ebben az esetleírásban Michelnek nevezzük.

5.2.3. *Időpont*

Michel kora délután érkezett az egészségügyi sátorba csuklósérüléssel. Egyszeri konzultációt követően csak újrakötözésre jött vissza, amely során tolmács segítségére már nem volt szükség. Így a traumatológussal való kommunikációjában csak egyszer segédkezett tolmács, ellátása a várakozással együtt körülbelül fél órát vett igénybe.

5.2.4. *Indok*

Michelt azért választottuk egyik példának, mivel a viszonylag hosszú ellátás és főleg a várakozás során a tolmács vele is egyéni beszélgetést folytatott, az orvos hozzászólása nélkül. Így a tolmáccsal a fél óra végére szorosabb kapcsolatot alakított ki, mint a doktornővel. Ezenkívül Michel esetén keresztül jól lehet szemléltetni a Sziget Fesztiválon jellemző egészségügyi tolmácsolási helyzet komplexitását.

5.2.5. *Az esemény leírása*

Michel a fesztivál hetedik napján szorult ellátásra, miután kerékpárjával elesett és megsérült a csuklója. Mivel nem szenvedett nyílt törést és a fejét sem ütötte be, így ki kellett várnia a traumatológiára várók sorát, ennek megfelelően körülbelül egy órát töltött a váróban az ellátást megelőzően. A váróban az adatait felvette egy betegkísérő-tolmács, a rendelőben azonban egy másik tolmács állt rendelkezésre. Ellátása különösen érdekes volt, mivel azt meg kellett szakítani egy súlyosabb sérült érkezése miatt. Michel végig a rendelőben maradt a megkezdett ellátás miatt, a tolmács pedig ez idő alatt vele is és a sürgősségi beteggel is foglalkozott, noha ez utóbbinak igen súlyos sérülése miatt hosszabb tolmácsolásra nem volt szüksége. Így az alatt az idő alatt, míg a másik beteget ellátták, a tolmács Michellel beszélgetésbe elegyedett, bár ez Wiener és Rivera szerint kerülendő lenne egészségügyi tolmácsolás során (Wiener és Rivera 2004).

A beszélgetéssel töltött idő miatt szorosabb kapcsolat alakult ki a tolmács és a beteg között, mint ha egyszerűen csak az orvossal folytatott beszélgetését kellett volna tolmácsolni. Továbbá, mivel Michel és az orvos között nem lépett fel nézeteltérés – mint az Sebastian esetében történt –, így a tolmácsnak nem kellett a kommunikációs célok különbségéből adódó stresszt feldolgozni, így a kommunikáció sokkal gördülékenyebben haladt.

A tolmács a tolmácsolási esemény alatt végig Michel mellett állt. Ezt nem az a cél vezérelte, hogy ezzel azt fejezze ki, kinek a kommunikációs célját támogatja, hanem egyszerű gyakorlati okokból alakult így a helyzet. A rendelőben ugyanis kevés volt a hely, különösen a második beteg érkezését követően, és figyelni kellett arra, hogy senki ne álljon az orvos útjába, ne akadályozza őt a gyors munkában. Azt azonban ebben az esetben sem lehetett megfigyelni, hogy az elhelyezkedés nagy hatással lett volna a kommunikációs szereplők közötti érzelmi kapcsolatok változására. Akárcsak Sebastian esetében, Michellel is azért alakult ki a tolmács és a beteg között szorosabb kapcsolat, mint a beteg és az orvos között, mivel a beteg a tolmáccsal sokkal többet kommunikált.

6. **Összefoglalás**

A különböző nyelvet beszélők közötti szakadékot élőbeszéd esetén tolmács hidalja át. Feladata, hogy a forrásnyelven megalkotott üzenetet a célnyelven eljuttassa a befogadóig úgy, hogy maga az üzenet mindeközben ne sérüljön. Ez

azonban nem csak az elhangzott szavak egyik nyelvről a másikra való átültetéséből áll, hanem azok értelmezéséből is. A különböző kultúrákból származó beszélgetőpartnereknek nemcsak arra van szüksége, hogy valaki a szavaikat tolmácsolja, hanem kulturális közvetítőre is. Olyan személyre, aki mindkét kultúrában jártas és így hatékonyan tudja kultúrákon átívelve is átadni az adott üzenetet. Ez különösen igaz közösségi tolmácsolási helyzetekben.

A közösségi tolmácsolás azonban mégis különbözik minden más tolmácsolási fajtától. Más esetekben, például konferenciákon vagy üzleti tárgyalásokon a tolmácsok egyenlő felek között közvetítenek. Ilyenkor egyik partner sincs a másikhoz képest kiszolgáltatott, sérülékeny helyzetben. Közösségi tolmácsolás során azonban az egyik fél jelentős hátrányban van a másikkal szemben. Így az egészségügyi tolmácsolás során a kommunikáció egyik résztvevője gyakran nem csak a nyelvi akadállyal kell, hogy megküzdjön, hanem egy idegen országban, idegen egészségügyi rendszerben kell érvényesülnie a kommunikáció során. Ez jelentős érzelmi teher, amely nagy fokú stresszt okozhat minden résztvevőnek, de a betegnek különösen. Orvosi konzultációk során továbbá érzékeny információ cserél gazdát, amelyről a beteg igen gyakran nem szívesen beszél idegenek előtt. Ennek megfelelően a felek közötti bizalom és az, hogy bizalmas információ ne hagyja el a rendelő falait, különös jelentőséggel bír.

Amennyiben egy orvosi konzultáció során egészségügyi tolmácsra van szükség, akkor a megszokott orvos és beteg közötti kommunikációban zavar támad, egy harmadik személynek is helyet kell kapnia a párbeszédben. A Sziget Fesztiválon végzett önkéntes tolmácsolás során szerzett tapasztalatok is rámutattak, hogy az egészségügyi ellátók gyakran többet várnak a tolmácsból egyszerű nyelvi közvetítésnél: igénylik azt is, hogy a tolmács egyéni beszélgetések során az ő kommunikációs céljait képviselje. Ez nagy nyomást helyez a tolmácsra, akinek az érzelmektől fűtött kommunikáció során nagyon nehéz megőriznie a neutralitását. Miközben az orvos vagy a nővér azt várja tőle, hogy az ő kommunikációs céljait nyomatékosítsa, addig a beteg is ugyanezt várja el.

Az egészségügyi tolmácsolás során így kialakuló triológusban a résztvevők érzelmi kötődése többtényezős változó. Tolmácsot nem igénylő egészségügyi ellátás során a beteg egyértelműen az őt kezelő ellátóval alakít ki kapcsolatot, felé fordul bizalommal. Egészségügyi tolmácsolás esetén azonban – ahogy ez a jelen tanulmányból is kiderül – a beteg akaratlanul is választ, hogy a tolmácsba vagy az őt ellátó orvosba fektet-e több bizalmat, ki felé alakít ki erősebb érzelmi kötődést. Mindkét félnek megvannak a maga előnyei. Az orvos a pozíciójából eredően megelőlegezett bizalomban részesül, de nem beszéli a beteg anyanyelvét, ami a tolmácsnak kedvez. Az, hogy a mérleg melyik szereplő felé billen, több tényezőtől is függhet: a tolmács fizikai elhelyezkedésétől a rendelőben, korábbi ismeretektől, hogy visszatérő betegről van-e szó, mennyire van a beteg információs hátrányban stb.

A jelen tanulmány arra világít rá, hogy a beteg érzelmi kötődését nagyban befolyásolja, hogy sor kerül-e közte és a tolmács között magánbeszélgetésre, olyan kommunikációra, amelynek során a tolmács saját gondolatait közli – bár lehetséges, hogy azok az orvosok kommunikációs céljait tükrözik. Az ilyen magánbeszélgetések beteg és tolmács között a tolmács felé billentik a mérleget

és a beteg a tolmáccsal, nem pedig az orvossal alakít ki erősebb érzelmi kapcsolatot, ahogyan ezt a tanulmányban bemutatott esettanulmányok is bizonyítják.

Irodalom

- Adelman, C., Jenkins, D., Kemmis, S. 1976. Rethinking Case Study: Notes from the Second Cambridge Conference. *Cambridge Journal of Education* Vol. 6. No. 3.
- AiIC Workload Study (2001). www.aiic.net (utolsó megtekintés: 2016. november 30.)
- Alexieva, B. 1997. A Typology of Interpreter-Mediated Events. *The Translator* Vol. 3. No. 2. 153–174.
- Amato, A. 2007. The interpreter in multi-party medical encounters. In: Wadensjö, C., Dimitrova, B. E., Nilsson, A-L. (eds) *The Critical Link 4*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company. 27–38.
- Angelelli, C. 2011. „Can you ask her about chronic illness, diabetes and all that?” In: Alvstad, C., Hild, A., Tiselius, E. (eds) *Methods and Strategies of Process Research*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company. 231–246.
- Blignault, I., Stephanou, M., Barrett, C. 2009. Achieving quality in health care interpreting. In: Hale, S., Ozolins, U., Stern, L. (eds) *The Critical Link 5. Quality in Interpreting – a shared responsibility*. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins Publishing Company. 221–234.
- Cohen, L., Manion, L. 1998. *Research Methods in Education*. London and New York: Routledge.
- Elghezouani, A. 2007. Professionalisation of interpreters: The case of mental health care. In: Wadensjö, C., Dimitrova, B. E., Nilsson, A-L. (eds) *The Critical Link 4*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company. 215–226.
- Garrett, P. G. 2009. Is healthcare interpreter policy left in the seventies? In: Hale, S., Ozolins, U., Stern, L. (eds) *The Critical Link 5. Quality in Interpreting – a shared responsibility*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company. 71–81.
- Gentile, A., Ozolins, U., Vasilakakos, M. 1996. *Liaison Interpreting. A handbook*. Melbourne: Melbourne University Press.
- Greenhalgh T. et al. 2006. Communicative and strategic action in interpreted consultations in primary health care: A Habermasian perspective. *Social Science & Medicine*. 63. évfolyam. 1170–1187.
- Hale, S. 2015. Community Interpreting. In: Pöchhacker, F. (ed.) *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. London/New York: Routledge. 65–69.
- Hale, S., Napier, J. 2013. *Research Methods in Interpreting. A Practical Resource*. London/Oxford/New York/New Delhi/Sydney: Bloomsbury.
- Horváth I. 2014. A tolmácsoláshoz való jogtól a bírósági tolmácsképzésig. *Fordítástudomány* 16. évfolyam 1. szám, 5–16.
- Horváth I. 2015. *Bevezetés a tolmácsolás pszichológiájába*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Hsieh E. 2006. Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters. *Social Science & Medicine*. Vol. 64. 924–937.
- Hsieh E. 2010. Provider-interpreter collaboration in bilingual health care: Competitions of control over interpreter-mediated interactions. *Patient Education and Counselling*. Vol. 78. 154–159.
- Hsieh, E. 2015. Healthcare Interpreting. In: Pöchhacker, F. (ed.) *Routledge Encyclopedia of Interpreting Studies*. London/New York: Routledge.

- Katan, D. 2000. *Translating Cultures. An Introduction for Translators, Interpreters and mediators*. Manchester: St. Jerome Publishing.
- Leanza, Y. 2007. Roles of community interpreters in paediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. In: Pöchhacker, F., Shlesinger, M. (eds) *Healthcare Interpreting. Discourse and Interaction*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company. 11–34.
- Leanza Y. et al. 2010. Interruptions and resistance: A comparison of medical consultations with family and trained interpreters. *Social Science & Medicine*. Vol. 70. 1888–1895.
- National Council on Interpreting in Health Care. 2003. *Guide to Interpreter Positioning in Health Care Settings*.
- Nunan, D. 1997. *Research Methods in Language Learning*. Cambridge: CUP.
- Riazi, A. M. 2016. *The Routledge Encyclopedia of Research Methods in Applied Linguistics. Quantitative, qualitative, and mixed-methods research*. London/New York: Routledge.
- Root, C. E., Creeze, I. H. M. 2015. Healthcare interpreting. In: Mikkelsen, H., Jourdenais, R. (eds) *The Routledge Handbook of Interpreting*. London/New York: Routledge. 236–253.
- Samovar, L. A., Porter, R. E. 1997. *Intercultural Communication*. Belmont: Wadsworth Publishing Company.
- Szabari K. 1999. *Bevezetés a tolmácsolás elméletébe és gyakorlatába*. Budapest: Scholastica.
- Szabari K. 2005. A tolmácsolás fajtái. In: Gulyás R., Kelemen É., Papp N., Szabari K. *Amit a tolmácsolásról tudni kell*. Budapest: Magyarországi Fordítóirodák Egyesülete. 15–22.
- Taibi, M., Ozolins, U. 2016. *Community Translation*. London/Oxford/New York/New Delhi/Sydney: Bloomsbury.
- Tomalin, B., Stempleski, S. 1993. *Cultural Awareness*, Oxford: Oxford University Press.
- Turner, G. H. 2007. Professionalisation of interpreting in the community: Refining the model. In: Wadensjö, C., Dimitrova, B. E., Nilsson, A-L. (eds) *The Critical Link 4*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company. 181–192.
- Valero G., C. 2007. Doctor-patient consultations in dyadic and triadic exchanges. In: Pöchhacker, F., Shlesinger, M. (eds) *Healthcare Interpreting*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company. 35–51.
- Wadensjö, C. 2009. Community Interpreting. In: Baker, M., Saldanha, G. (eds) *Routledge Encyclopedia of Translation Studies*. 2nd ed. London/New York: Routledge. 43–48.
- Wiener E. S., Rivera M. I. 2004. Bridging Language Barriers: How to Work With an Interpreter. *Pediatric Emergency Medicine*. Vol. 5. No. 2. 93–101.
- Zimman, L. 1994. Intervention as a pedagogical problem in community interpreting. In: Dollerup, C., Lindegaard, A. (eds) *Teaching Translation and Interpreting 2*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company. 217–224.