

УДК 81'255:(808.7+61)

КВАЛІТАТИВНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ В МЕТОДОЛОГІЇ ДОСЛІДЖЕНЬ МЕДИЧНОГО ПЕРЕКЛАДУ

Поворознюк Р. В.

Стаття визначає місце квалітативного спостереження в загальній методології досліджень медичного перекладу. Формулюються вимоги до компетенції медичного перекладача, якості текстів, призначених для цільової аудиторії пацієнтів. Особлива увага приділяється ролі перекладу в розвитку медичної обізнаності цільової аудиторії. Розглядаються механізми крос-культурної адаптації медичних перекладів.

Ключові слова: квалітативне спостереження, медична обізнаність, крос-культурна адаптація, крос-культурне зіставлення, лінгвістична валідація.

Статья определяет место квалітативного наблюдения в общей методологии исследований медицинского перевода. Формулируются требования к компетенции медицинского переводчика, качеству текстов, предназначенных для целевой аудитории пациентов. Особое внимание уделяется роли перевода в развитии медицинской осведомленности целевой аудитории. Рассматриваются механизмы кросс-культурной адаптации медицинских переводов.

Ключевые слова: квалітативное наблюдение, медицинская осведомленность, кросс-культурная адаптация, кросс-культурное сопоставление, лингвистическая валидация.

The article examines specific status of the qualitative observation within the general methodology of medical translation studies. Requirements as for the competence of medical translator and quality of the target texts intended for the patients are described. The role of medical translation in raising the level of the target audience's health literacy is highlighted. The mechanisms of medical translations' cross-cultural adaptation are explored.

Key words: qualitative observation, health literacy, cross-cultural adaptation, cross-cultural comparison, linguistic validation.

Світові дослідження в галузі медичного перекладу відносяться до так званих “квалітативних” методик спостереження (qualitative observational methods). Н. Мейс і К. Поуп вказують на те, що в епідеміології спостереження утворюють групу неекспериментальних методик, у клініці – це методика ведення пацієнта з контролем перебігу хвороби, тоді як у лінгвістиці та перекладі – систематичне детальне вивчення поведінкових і мовних особливостей суб'єкта [10, с. 182]. Тому, стверджуючи, що в методології дослідження медичного перекладу представлено квалітативне зіставлення, ми розширюємо сферу аналізу, поєднуючи традиційне мовознавство з теорією дискурсу, соціо- й психолінгвістикою тощо.

Квалітативне зіставлення, на думку Дж. Голстейна та Дж. Губріума, є найбільш швидким і ефективним методом дослідження текстів про стан суб'єктів, що не здатні або не уповноважені породжувати подібні тексти самостійно [4]. На користь даної методики свідчать ряд чинників, зокрема дослідник здобуває великий ступінь контролю над процесом (що відображається в переконливості результатів), перекладач допомагає встановити двосторонній зв'язок між дослідником і суб'єктом, суб'єкт несе обмежену або мінімальну відповідальність за результати (останній чинник особливо важливий тоді, коли респондент не здатен самотужки описати свій стан внаслідок перенесеної недуги або старечої недієздатності).

Вірогідність отриманих даних підтверджується трьома критеріями: суб'єкти, що їх генерують, самі перебували в описаних умовах, описи їх стану є достатньо повними й детальними, а також, на що вказує К. Мальтеруд,

максимально варіативними [8]. Останній критерій передбачає залучення суб'єктів із різноманітних мовних, етнічних і культурних середовищ, отже, виступає передумовою застосування медичного перекладу. Наприклад, В. Мойл пише про те, що дані квалітативних досліджень не повинні забарвлюватися особистими судженнями перекладача й дослідника, що впливають з їхнього попереднього досвіду, теоретичних уявлень, гіпотез або припущень щодо описаної ситуації або явища [10]. Однак повністю уникнути впливу вищевказаних чинників неможливо.

Не менш важливу роль мають лаконічність запитань та розгорнений характер відповідей, безупинна інтерпретація отриманих даних, тобто дослідник уточнює, чи правильно він зрозумів відповіді суб'єкта, задаючи додаткові запитання перекладачеві та через нього суб'єкту. Мовленнєва творчість пацієнтів у оригіналі є зразком “само-комунікації” (self-communicating, суб'єкт розповідає про себе власною мовою), це автономний завершений текст [7].

Вимоги до ролі перекладача в квалітативному спостереженні включають пасивність, невтручання в процес генерації даних, забезпечення контакту між дослідником та пацієнтом і час від часу уточнення інформації. Такі вимоги висувують зокрема *Journal of Advanced Nursing* і *Journal of Clinical Nursing* до перекладачів, що беруть участь у феноменологічних дослідженнях. Ступінь участі суб'єктів зазначається в інклюзивних та ексклюзивних критеріях (включення та виключення), серед яких вік пацієнтів, стан здоров'я, володіння мовою, якою ведеться квалітативне спостереження, здатність до комунікації, здатність надавати інформовану згоду. Фонові знання в галузі медицини також необхідні, принаймні на елементарному рівні, хоча й не завжди зазначаються в критеріях інклюзивності.

Іноземні дослідники все частіше пропонують термін “медична обізнаність” (health literacy) для опису масиву знань, необхідних сучасній людині для формулювання вимог, пов'язаних зі сферою охорони здоров'я. Ці знання формуються внаслідок просвітницької діяльності медичної спільноти та комунікативного досвіду, що є комплексом когнітивних та соціальних навичок, спрямованих на отримання й застосування інформації, здатної покращити стан здоров'я пацієнтів [12]. За визначенням К. Соренсен та ін., “медична обізнаність пов'язана із загальною обізнаністю суб'єкта й включає знання, мотивацію й компетенцію, необхідні для здобуття, розуміння, оцінки й застосування медичної інформації з метою винесення суджень і прийняття рішень щодо охорони здоров'я, профілактики захворювань, покращення стану здоров'я, задля підтримання й вдосконалення якості життя протягом усього існування суб'єкта” [15].

Як випливає з даного визначення, концепція медичної обізнаності рівноправно представлена в трьох царинах: 1) охорони здоров'я, де медична обізнаність означає здібність до отримання інформації з медичних та клінічних питань, розуміння, тлумачення й оцінки медичної інформації, прийняття поінформованих рішень і виконання порад лікаря, 2) профілактики захворювань, де вона означає здібність до отримання інформації про фактори ризику, її розуміння, тлумачення й оцінки, а також прийняття рішень про захист від факторів ризику, 3) покращення стану здоров'я, де вона означає регулярне ознайомлення з новими даними про соціальні й фізичні складові концепту “здоров'я”, їх розуміння, тлумачення й оцінку, прийняття рішень, пов'язаних із соціальними й фізичними складовими концепту “здоров'я”, участь у організованих заходах [15]. Як бачимо, в кожній із наведених царин чільне місце посідає категорія “тлумачення” або “інтерпретації”, яка передуює етапові перекладу й у рамках герменевтичної теорії створює базу перекладацького аналізу тексту, адже без правильного витлумачення тексту МО неможливий якісний переклад.

Задля перевірки ступеня медичної обізнаності й поділу пацієнтів на групи відповідно до цього критерію були розроблені опитувальники *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)*, *the Test of Functional Health Literacy (TOFHLA)*, *the Newest Vital Sign (NVS)*, *the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)* тощо. Більш детально реалізацію медичної обізнаності в умовах реального життя та її вплив на роботу системи охорони здоров'я досліджують *the National Assessment of Adult Literacy survey (NAAL)*, *the Critical Health Competence Test (CHC)*, *the Swiss Health Literacy Survey*, *the Health Literacy*

Management Scale (HeLMS), the Health Literacy Questionnaire (HLQ). Цікаво, що окрім навичок з осягнення наукової інформації й здатності приймати рішення щодо власного добробуту й здоров'я, опитувальники також тестують суто лінгвістичні параметри – наприклад, здатність розпізнати медичні терміни в тексті, правильно їх вимовляти тощо.

Натомість в Україні ми змушені вказати на майже повну відсутність просвітницької роботи з пацієнтами, на що прямо вказує, зокрема, брак власних або перекладених версій подібних опитувальників. Інформацію ж про різні інновації у відповідних галузях медицини лікарі отримують із матеріалів конференцій, статей та інструкцій, розпоряджень (Guidelines) міжнародних організацій, як правило в перекладі. Таким чином, говорячи про рівень медичної обізнаності в Україні серед населення без спеціальної освіти, ми маємо на увазі перш за все перекладачів, що працюють у царині медичного перекладу.

Роль перекладу в поширенні медичної обізнаності важко переоцінити. Спираючись на дані порівняльного мовознавства, А. Пим пише про те, що в санскриті та хінді слово на позначення перекладу *anuvad* означало “повторення через деякий час”, тобто підкреслювалася відмінність між текстом МО та МП не в локальному, а в темпоральному аспекті. “Переклад – це швидше постійне удосконалення й уточнення, аніж передача інформації від однієї культури до іншої” [13, с. 2]. Автор вживає вираз “physical movement across cultures”, тобто “(справжній) інформаційний потік від однієї культури до іншої”.

Саме виходячи з вимог постійного уточнення й удосконалення інформації в перекладі, А. Суейн-Вердье та ін. пропонують розділити процес медичного перекладу на кілька етапів: 1) відбір перекладачів різної спеціалізації для роботи над єдиним текстом (оптимальною він вважає групу з 5-7 чоловік, які обговорюватимуть чорнові варіанти перекладу між собою), 2) інформування їх щодо функції медичного тексту в культурі оригіналу, його змісту, стильових характеристик та цільової аудиторії, 3) інформування щодо вимог до перекладу (концептуальна еквівалентність, доступність, прийнятність формулювань (acceptability of wording), 4) залучення досвідченого координатора, який слідкуватиме за виконанням вимог, 5) перевірка зрозумілості текстів МП, що призначені для аудиторії нефакхівців (пацієнтів), на групі суб'єктів без медичної освіти, яких ознайомлюють виключно з перекладеною версією, щоб їхнє сприйняття тексту не було забарвлене уявленнями про те, що нібито малося на увазі. У фокусній групі працює координатор, який перевірятиме, чи збережене оригінальне значення термінів та структура тексту, 6) складення детального звіту з урахуванням еквівалентів, запропонованих нефакхівцями, та змін, запроваджених у текст [17, с. 28].

Цікаво, що А. Суейн-Вердье та ін. вважають найкращими перекладачами викладачів іноземної мови, оскільки “вони, як ніхто, розуміють важливість точних формулювань для передачі змісту” [17, с. 28], а також рекомендують запросити до групи перекладачів хоча б одного суб'єкта, який володіє МО як рідною (найчастіше це представник організації-замовника). Натомість залучення медиків або науковців не обов'язкове, бо координатор володітиме всією необхідною інформацією, знатиме як МО, так і МП, а також у перспективі складатиме текст звіту [17, с. 29]. Крім того, автори стверджують, що науковці нерідко схильні ускладнювати текст МП професіоналізмами.

Залучення до процесу редагування перекладів нефакхівців у галузі медицини може призвести до неочікуваних результатів. Зокрема, культурні відмінності в сприйнятті тих чи інших концептів призводять до виникнення хибних конотацій, що не спадали на думку професійним перекладачам. А. Суейн-Вердье та ін. ілюструє своє твердження діадою слів *embarrassed* (анг.) та *embarrassé* (фр.) [17, с. 29], що лише в деяких контекстах можуть вважатися взаємозамінними еквівалентами.

Дослідження якості медичних перекладів в аспекті квалітативного спостереження може здійснюватися за допомогою двох методик: крос-культурної адаптації та крос-культурного зіставлення. Ф. Гілемін та ін. наполягають на тому, що ці методики не можна плутати, оскільки вони засновуються на принципово відмінних гіпотезах [1, с. 1425]. Адаптація зорієнтована на дослідження поширеності певного феномену в різних культурах, тобто концепт, описаний однією

мовою, адаптується до функціонування в іншій культурі. Крос-культурне зіставлення вивчає відмінності у виявах того чи іншого феномену в різних культурах. Дослідження відмінностей стає можливим тільки на основі порівняння еквівалентних перекладів, а отже етап крос-культурної адаптації завжди передує зіставленню. Цікавим у цьому аспекті є твердження Ф. Гілеміна та ін. про особливості перекладу для іммігрантів. Навіть ті латиноамериканці, які проживали в США досить довгий час, розуміли англійську мову й вільно розмовляли нею, все одно оцінювали якість життя, виходячи із критеріїв країни їхнього походження. Тому дослідники пропонують проводити крос-культурну адаптацію перекладів з огляду на рідну мову й культуру емігрантської спільноти, проте керуючись прийнятими в Америці принципами та категоріями [1, с. 1420].

Міжнародна організація, що відповідає за адаптацію й лінгвістичну валідацію перекладених текстів, призначених для пацієнтів, має назву International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR). Саме вона ініціювала створення в січні 2007 р. Translation and Linguistic Validation Task Force (Спеціальної комісії з перекладу та лінгвістичної валідації) й розробила Принципи перекладу та культурної адаптації матеріалів, призначених для пацієнтів (Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures), що увійшли до звіту Спеціальної комісії ISPOR (Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation). У звіті були, зокрема, окреслені три важливих напрямки діяльності Організації, пов'язані з медичним перекладом: 1) відбір мов перекладу, 2) аналіз методик перекладу, що застосовуються в різних країнах, 3) збір матеріалів для перекладознавчого дослідження.

Відбір мов перекладу – чинник, зумовлений економічними мотивами. Більшість дослідницьких організацій не готові платити за проведення адаптації та лінгвістичної валідації медичного тексту, призначеного для пацієнтів, що представляють населення однієї країни, в кількох різномовних версіях. Вони пояснюють це різними причинами: етнічна група недостатньо представлена в межах тієї чи іншої країни, деякі недуги характерні лише для певної етнічної групи, оскільки закладаються генетичним шляхом, отже дослідження їх слід обмежити лише суб'єктами того чи іншого етнічного походження (наприклад, серповидноклітинна анемія більш властива представникам негроїдної раси, а хвороба Тея-Сакса – євреям-ашкеназі) тощо. Тому зазвичай замовники пропонують спочатку дослідити популяцію та її мовну приналежність, поширеність недуги чи порушення, яке вивчатимуть за допомогою перекладених медичних текстів, серед тієї чи іншої етнічної групи та провести аналіз того, чи слід включати ту чи іншу мову певної етнічної спільноти в список мов для перекладу. Привертає увагу також те, що для етнічних груп із низьким рівнем грамотності й майже відсутньою писемністю, ISPOR рекомендує застосування усного тлумачення текстів з листа (див. рис. 1).

Методика перекладу аналізується в аспекті передачі культурно-специфічних понять (реалій, лакун). Вони так часто зустрічаються в медичних документах, які стосуються пов'язаної зі здоров'ям якості життя (HRQOL), що навіть були об'єднані в класифікацію культурно-специфічних понять, які не можуть бути перекладені за допомогою універсальних відповідників.

До них відносяться лексеми, що описують: 1) систему освіти, 2) демографічні характеристики (рівень доходу, що асоціюється з певним етнічним походженням), 3) деякі концепти, пов'язані з культурою харчування, або ті, що вважаються табуованими в тій чи іншій культурі (статеве життя, алкоголізм тощо), 4) діяльність національних медичних організацій, зорієнтовану на пацієнтів (програма доставки їжі кволим та соціально незахищеним суб'єктам Meals on Wheels, що діє в США, Австралії та Великобританії), 5) напрямки діяльності та програми уряду, пов'язані з медичним страхуванням, допомогою з інвалідності [18, с. 437].

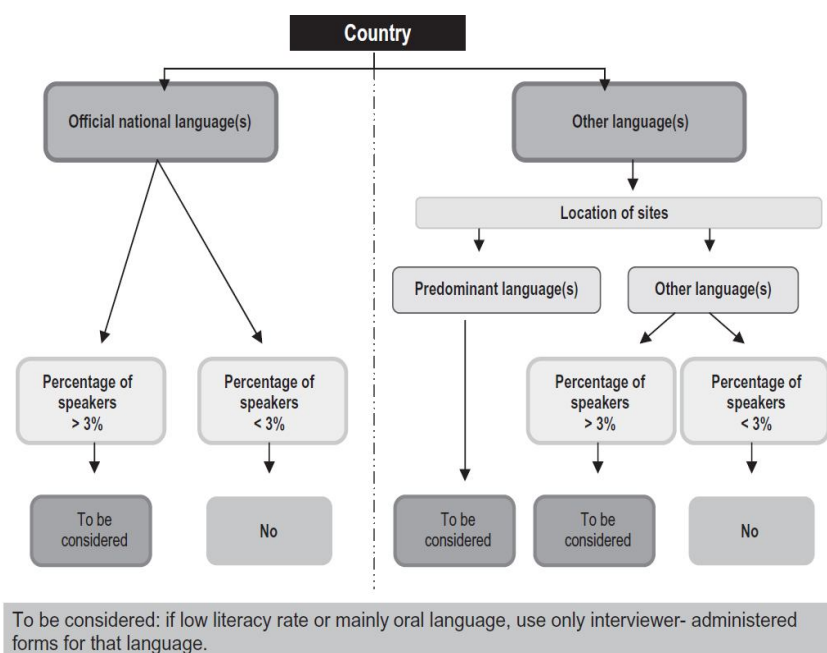


Рис. 1. Чинники, що визначають відбір мови перекладу медичних текстів [18, с. 432].

У випадку, якщо оригінал медичного тексту містить культурно-специфічні поняття, Дж. Харкнесс та А. Шоуа-Глузберг радять авторам анотувати такі оригінали, щоб перекладачі могли додати інформацію, актуальну для аудиторії цільової мови. Ця рекомендація суперечить принципів еквівалентності на нижчих рівнях змісту, проте допомагає перекладачеві встановити еквівалентність на рівні мети комунікації, а отже й досягти адекватності перекладу. Серед елементів, що потенційно підлягають анотуванню: 1) дані про систему освіти (наприклад, вік, у якому аудиторія МО завершує середню освіту), 2) урядову систему та політичний устрій (поняття Parliament, civil servants, social security зі специфічними конотаціями, закріпленими за ними в різних країнах), 3) міри довжини, ваги тощо [3, с. 90]. Загалом вибірковість у постановці цілей (наприклад, передача лише фактичної інформації або комунікативної мети) визначає результат перекладацької діяльності, тобто текст МП [6, с. 55]

Поняття, спільні для обох культур, дослідники називають “етичними”, тоді як культурно-специфічні, що підлягають адаптації в перекладі, - “емічними”. Наприклад, К. Хуї та Г. Тріандіс пропонують у медичному перекладі відштовхуватися від “етично-емічного підходу”, тобто передавати культурологічно-нейтральні поняття за допомогою культурно-специфічних засобів, оскільки “пряме зіставлення двох культур неможливе” [5, с. 143-144].

Розуміючи, що повної еквівалентності між текстами оригіналу й перекладу досягти неможливо, П. Ньюмарк запровадив теорію про те, що пошуки ідеального відповідника – це серія “втрат і надбань”, які можуть реалізовуватися на різних рівнях (науковець говорив зокрема про семантичний та граматичний) [11, с. 7]. Е.-А. Гутт взагалі заперечує проти використання категорії еквівалентності в оцінці перекладу, оскільки еквівалентність (рівноцінність) не є, на його думку, критерієм якості [2, с. 10-17]. Натомість адекватність, під якою ми розуміємо ступінь відповідності меті перекладу за реальних умов його здійснення, є основоположним принципом діяльності перекладача, що працює з медичними текстами.

Література

1. Guillemin, Francis, Bombardier, Claire, Beaton, Dorcas. Cross-cultural adaptation of Health-related Quality of life measures: literature review and proposed guidelines//Journal of Clinical Epidemiology. – 1993. – 46(12). – pp. 1417-1432.
2. Gutt, Ernst-August. Translation and Relevance: Cognition and Context. - Oxford: Basil Blackwell, 1991. – 224 p.

3. Harkness, Janet A., Schoua-Glusberg, Alicia. Questionnaires in Translation // ZUMA-Nachrichten Spezial: Cross-Cultural Survey Equivalence. – January, 1998. – 3. – pp. 87-128.
4. Holstein, James A., Gubrium, Jaber F. Inside interviewing: New lenses, new concerns. – Thousand Oaks: Sage Publications, 2003. – 981 p.
5. Hui, C. Harry, Triandis, Harry C. Measurement in Cross-Cultural Psychology. A Review and Comparison of Strategies // Journal of Cross-Cultural Psychology. – 1985. – 16(2). – pp. 131-152.
6. Kiraly, Donald C. Pathways to Translation: Pedagogy and Process. - Ohio: Kent University Press, 1995. – 115 p.
7. Kvale, Steinar. Det kvalitative forskningsintervju (The qualitative research interview) (2 ed). – Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001 – 344 p.
8. Malterud, Kirsti. Kvalitative metoder i medisinsk forskning (Qualitative methods in medical research) (2 ed). - Oslo: Universitetsforlaget, 2003. – 240 p.
9. Mays, Nicholas, Pope, Catherine. Qualitative Research: Observational methods in health care settings // British Medical Journal. – 1995 (Jul 15). – Vol. 311 (6998). – pp. 182–184.
10. Moyle, Wendy. Unstructured interviews: Challenges when participants have a major depressive illness // Journal of Advanced Nursing. – 2002. – 39(3). – pp. 266-273.
11. Newmark, Peter. A Textbook of Translation. – London: Prentice Hall, 1988. – 304 p.
12. Nutbeam, Don, Kickbusch, Ilona. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century//Health Promotion International. – 2000. – 15. –pp. 183–184.
13. Pym, Anthony. Exploring Translational Theories. - London, New York: Routledge, Taylor & Francis e-Library, 2010 – 190 p.
14. Sørensen, Kristine, Brand, Helmut. Health literacy lost in translations? Introducing the European Health Literacy Glossary//Health Promotion International, 2013. – doi:10.1093/heapro/dat013.
15. Sørensen, Kristine, Van den Broucke, Stephan, Fullam, James, Doyle, Gerardine, Pelikan, Jürgen M., Slonska, Zofia, Brand, Helmut. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models//BMC Public Health. – 2012. – 12. – pp. 80.
16. Sørensen, Kristine, Van den Broucke, Stephan, Pelikan, Jürgen M., Fullam, James, Doyle, Gerardine, Slonska, Zofia, Kondilis, Barbara, Stoffels, Vivian, Osborne, Richard H., Brand, Helmut. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)//BMC Public Health. – 2013. – 13. – pp. 948-958.
17. Swaine-Verdier, Angelo, Doward, Lynda C., Hagell, Peter, Thorsen, Hanne, McKenna, Stephen P. Adapting Quality of Life Instruments//Value in Health. – 2004. – 7(1). – S. 27-S30.
18. Wild, Diane, Eremenco, Sonya, Mear, Isabelle, Martin, Mona, Houchin, Caroline, Gawlicki, Mary, Hareendran, Asha, Wiklund, Ingela, Chong, Lee Yee, Maltzahn, Robyn von, Cohen, Lawrence, Molsen, Elizabeth. Multinational Trials—Recommendations on the Translations Required, Approaches to Using the Same Language in Different Countries, and the Approaches to Support Pooling the Data: The ISPOR Patient-Reported Outcomes Translation and Linguistic Validation Good Research Practices Task Force Report//Value in Health. – 2009. – 12(4). – pp. 430-440.