

Budování komunikační kompetence v jazyce pro specifické účely

Ivana Rešková

Komunikační proces ve specificky zaměřené jazykové výuce nerodilých mluvčích

Při nábviku dovednosti komunikace s českým pacientem vycházíme ze základního předpokladu: tak, jako je nutné naučit se správně vyšetřit pacienta, je nezbytné naučit se, jak s pacientem hovořit (Ptáček, 2011). Komunikační dovednosti jsou neodmyslitelnou součástí klinických kompetencí lékaře. Proces komunikace však neznamená pouhé kladení otázek, zahrnuje i další specifické dovednosti, k nimž patří empatie, přiměřené tempo řeči, volba adekvátního jazyka vůči pacientovi a rovněž vnímání pacientovy osobnosti jako celku. Správná komunikace urychluje stanovení přesné diagnózy a následně i léčebného plánu. Radkin Honzák (1999) hovoří o „komunikačních pastech“ v medicíně, zdůrazňuje mimo jiné nutnost pozorného naslouchání pacientovi, srozumitelného vysvětlení, vyjádření emoční podpory.

Proces nabývání komunikačních dovedností je zahájen již během pregraduálního studia medicíny a význam komunikace je zmíněn i v etických kodexech lékařských fakult; v dokumentu 1. LF UK¹ zdůrazňuje, že „klíčovým předpokladem úspěchu komunikace s pacientem je prostředí důvěry a důvěryhodnost je pro každého lékaře hodnotou, kterou musí za všech okolností chránit.“ Když se probíráme tituly, které se zabývají interpersonální komunikací ve vztahu lékař–pacient, pohybujeme se mezi příručkami navozujícími pocit naděje (*Příručka komunikace pro lékaře aneb Jak získat důvěru pacienta*) a texty varujícími před možnými úskalími (*Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení*). Nenaplněná očekávání bývají zdrojem mnoha vzájemných komunikačních a postojových nedorozumění. Moderní učebnice lékařské etiky se zabývají etickými souvislostmi vztahu lékaře a pacienta z různých úhlů pohledu (Vácha, 2012). Medik-nerodilý mluvčí má cestu k efektivní komunikaci ztíženou – výuka všech předmětů včetně teorie komunikace či psychologie a etiky probíhá v angličtině, takže většina budoucích lékařů ze zahraničí se nevyhne tzv. přepínání kódů (angličtina jako mediační jazyk – mateřský jazyk – čeština jako cílový jazyk).

Jak se učí umění efektivní komunikace čeští/zahraníční medicí?

Úvodem je nutno zmínit, že profesionální komunikace v medicíně je soubor dovedností, které si budoucí lékaři osvojují učením a praktickým nábvikem. S pacienty

¹ <http://www.lf1.cuni.cz/eticky-kodex-1-lf-uk>

se setkávají během studia všeobecného lékařství pravidelně, ovšem v závislosti na sylabech jednotlivých lékařských fakult, které se snaží své mediky na praktickou komunikaci na klinických pracovištích připravit v povinných i volitelných předmětech: *Zásady komunikace lékaře s nemocným* (volitelný předmět na 1. LF UK), *Profesionální komunikace* (volitelný předmět na 2. LF UK), *Komunikační dovednosti v praxi lékaře* (povinný předmět na 3. LF UK) či *Komunikace a sebezkušenost* (povinný předmět na LF MU²). Studenti jsou seznamováni s teorií komunikace, verbálními i neverbálními komunikačními dovednostmi či se zásadami strukturovaného lékařského rozhovoru. Na tomto místě vyvstává otázka kvality (i kvantity) přenosu informací z výukového jazyka (angličtina v anglických programech lékařských fakult v České republice) do jazyka země, kde zahraniční medicí studují, tedy do češtiny. V reálné situaci u pacientova lůžka nutně dochází ke střetu vnímání reality popsané v učebním materiálu či prezentované ve výuce se skutečným prožíváním reálné situace u pacientova lůžka. Nerodilý mluvčí je v jazykové rovině výrazně limitován – je sice vybaven znalostí odborného lexika a ovládá strukturu anamnestického rozhovoru, ale nikdy nemůže být připraven na všechno; většinou se s potížemi vyrovnává s komunikací s vybranými skupinami pacientů (úzkostní, depresivní, smyslově postižení, polymorbidní, senioři).

Jazyková výuka češtiny jako cizího jazyka na jednotlivých lékařských fakultách do jisté míry „supluje“ nácvik komunikačních dovedností, k nimž patří nejen osvojení určitých typů otázek, ale také naslouchání, respekt, empatie, zájem, podpora a interpretace. Neefektivnější se jeví propojení výuky jazyka s přirozeným prostředím, tj. kombinace klinických dovedností a komunikace přímo u pacientova lůžka³. Příkladem takové dobré praxe je výuka češtiny na 2. LF UK⁴, kde jsou tradiční lekce v učebně propojeny s praxí v nemocnici. Další inspirativní metodou může být tzv. jazykový tandem⁵ na 1. LF UK. Jedním z nejdůležitějších faktorů při osvojování zásad komunikace s pacientem je studentova motivace, a to zejména

² Výuka povinného předmětu *Czech for foreigners I–VIII* je realizována v osmi semestrech na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity. Motivovaným studentům 5. a 6. ročníku je určen volitelný předmět *Advanced Czech for Medical students I–III*. Největší počty studentů přichází v současné době z Velké Británie, Německa, Norska, Portugalska, zvyšuje se počet uchazečů z Izraele, Španělska, Švédska. Byla navázána nová spolupráce s partnery v Thajsku a Japonsku. V akademickém roce 2016–2017 je v anglických studijních programech *Všeobecné lékařství*, *Zubní lékařství* a *Fyzioterapie* zapsáno celkem 618 posluchačů.

Rozložení zahraničních studentů LF v jednotlivých ročnících:

Studijní program	1. roč.	2. roč.	3. roč.	4. roč.	5. roč.	6. roč.
General Medicine	157	162	81	58	52	41
Dentistry	13	18	9	6	6	6
Physiotherapy	5	2	2	—	—	—

³ V tomto příspěvku se nezabýváme komunikací zahraničního medika se stomatologickým pacientem, která je specifická.

⁴ <http://www.lf2.cuni.cz/en/study/syllabus/czech>

⁵ <http://udl.lf1.cuni.cz/tandem>

možnost následného uplatnění nabytých komunikačních dovedností v praxi. Od nerodilých mluvčích, kteří se dostanou do kontaktu s pacientem až ve 3. ročníku, vyžaduje studium češtiny (i když povinné) opravdu silnou vůli a vizi, že tímto jazykem budou „jednou“ mluvit v klinické praxi.

Vzdělávání mediků v oblasti komunikace je pro studium medicínských oborů v České republice stále velkou výzvou. Zatímco na řadě zahraničních univerzit pracují medicí před praxí v nemocnici se „standardními pacienty“, které představují placení herci nebo studenti herectví, medicí v českém i anglickém programu trénují komunikaci přímo v terénu u konkrétního pacienta. Vzhledem k faktu, že studentů je vždy víc než pacientů, kteří jsou schopni/ochotni s medicí komunikovat, jde sice o reálný komunikační akt, při kterém se však nedaří dodržet všechny zásady vedení anamnestického rozhovoru (právo na soukromí, klidné prostředí, empatie atd.)

Cíle jazykové výuky a její širší kontext

Cílem jazykové výuky je ovládnutí praktického odborného jazyka, zejména komunikačních strategií, jež mají přispět k naplnění komunikačního cíle: vést smysluplnou komunikaci mezi medikem a pacientem. Komunikátor studující medicínu v anglickém programu by měl být nejen schopen vést s pacientem rozhovor o jeho nynějším onemocnění, ale jeho komunikační dovednost by mu měla umožnit také vhléd do osobnosti pacienta. Hovoříme-li o modelování komunikačního kontextu (Hádková, 2010), máme v našem případě na mysli dva aspekty:

1. jazykové předpoklady mluvčího (uživatel slovanského jazyka, Neslovan),
2. začlenění jazyka do systému klinických předmětů (interní lékařství, chirurgické obory, další klinické disciplíny).

Druhý aspekt má přímý dopad na sylabus předmětu *Czech for foreigners* v jednotlivých ročních LF MU; ideální je totiž načasování studia anamnézy u chorob kardiovaskulárních v době, kdy probíhá praktická výuka předmětu Interní propedeutika. V tomto příspěvku se zabýváme komunikačními dovednostmi u studentů všeobecného lékařství, které mají v praxi prokázat v přímém anamnestickém rozhovoru. Nelze však nezmínit specifickou skupinu fyzioterapeutů v anglickém programu⁶, jejichž úkolem je komunikovat s pacientem jak v nemocniční, tak následné léčebné rehabilitační péči. Vždyť účinek rehabilitační léčby je bezprostředně ovlivňován vztahem vzájemné důvěry mezi pacientem a studentem fyzioterapie, budoucím rehabilitačním odborníkem. K vybudování vztahu důvěry, napomáhajícímu léčebnému efektu, přispívá efektivní komunikace, charismatické vystupování či sugestivní působení fyzioterapeutovy osobnosti (Kolář, 2010). Lektori češtiny

⁶ Akreditovaný studijní obor Physiotherapy (bakalářské studium) je nabízen na LF MU od akademického roku 2014–2015.

učící zahraniční fyzioterapeuty jsou postaveni před nelehký úkol: nejen „za pochodu“ tvořit původní učební materiál pro výuku češtiny v klinické rehabilitaci, ale rovněž připravit studenty tak, aby byli schopni komunikovat s lidmi, jejichž zdravotní stav je v důsledku nemoci, úrazu nebo vrozené vady různou měrou omezen a kteří potřebují zvláštní pomoc k dosažení co nejvyššího možného stupně nezávislosti (Kolář, 2010).

Umění odebrat anamnézu

Správně odebraná anamnéza je pro lékaře při diferencionální diagnostice a plánování dalšího postupu zcela nepostradatelná⁷. Umění anamnézy se lékař učí celý život (Klener, 2009). Anamnéza vždy obsahuje medicínské, psychologické a sociální aspekty. Zatímco souhrn komunikačních dovedností je na lékařských fakultách v pregraduálním studiu podobný, ve studiu postgraduálních se liší podle specializace (obory pečující o chronicky či nevyléčitelně nemocné, urgentní medicína, chirurgické obory).

Nácvik odebrání anamnézy

Medik-cizinec spolu s českým komunikačním partnerem, jenž obvykle nemá předchozí zkušenost s komunikací s nerodilým mluvčím, musí překonat počáteční nedůvěru, aby mohla být odebrána anamnéza (anamnéza rodinná, osobní, pracovní i sociální atd.) a aby medik za pomoci českého lékaře mohl pacienta vyšetřit požadovaným způsobem. Medik obvykle odebírá anamnézu přímo u pacientova lůžka v přítomnosti svých kolegů a dalších pacientů, což není pro anamnestický rozhovor nejvhodnější prostředí. Komunikace medika a jeho pacienta je zajisté autentická, ale odraz reálné situace je poznamenán komunikační „hranicí“. Medikovo soustředění na formu promluvy částečně brání úplnému pochopení obsahu komunikace. O komunikační úspěšnosti mluvíme tehdy, když produktor/receptor získá dovednost užívat pravidla komunikace zcela automaticky a podvědomě, aby se mohl plně soustředit na profesně obsahovou náplň sdělení, a ne složitě přemýšlet (vzhledem k vzniklé konkrétní situaci) o jazykové a neязыkové formě svého sdělení. Každý medik, který chce pacientovi odebrat anamnézu, musí ovládat schéma anamnestického rozhovoru a vědět, jak je důležité projevit zájem o pacienta i určitou míru empatie a povzbuzení. Další důležitou zásadou je přizpůsobení úrovně našeho vyjadřování vzdělání či stavu pacienta. Otázky musí být jasně formulované a pacientovi zcela srozumitelné (Klener, 2009). Zcela nevhodné je používání odborných či slangových výrazů. S pacientem nehovoříme o „stenokardií“, ale o „bolesti na hrudi“. Od obecných otázek („Co vás trápí?“) se přechází ke konkrétnějším („Je bolest horší v noci, nebo ve dne?“). Celkově lze říci, že vhodným kladením otázek motivujeme pacienta k přesnému popisu zdravotních potíží. Pro-

⁷ Lékař sejmě za klinickou praxi průměrně 200 000 anamnéz (více viz Raudenská, 2011).

to se doporučuje vyhnout se otázkám sugestivním, jimiž se pacientovi problém do jisté míry „vnucuje“ („Bolí vás to hlavně tady, že?“). V anamnestickém rozhovoru by měly převažovat otázky otevřené („Jaký charakter má ta bolest?“) před uzavřenými („Bolí vás hlava?“), dále doplňující („Co bolest zhoršuje?“), alternativní („Bolí to v klidu, nebo při námaze?“) či kontrolní („Znamená to, že cítíte ztuhlost hlavně ráno po probuzení?“).

Medik jako produktor a receptor v komunikačním procesu

V roli posluchače (receptora) dosahuje zahraniční medik nepochybně vyšší komunikační kompetence; pacientovi z velké části rozumí, dokáže informaci zpracovat a dále ji předat: referuje lékaři-školiteli, eventuálně lektorovi češtiny. Na úspěšnost komunikace má vliv paralelní existence spisovného jazyka a jazyka běžně mluveného. V roli mluvčího (produktora) je medik limitován především zkreslenou výslovností a často nesprávným přízvukem. Omezený rozsah aktivní slovní zásoby a často i neadekvátní gramatické ztvárnění promluvy může zapříčinit nedorozumění, navíc český pacient jako komunikační partner obvykle nemá předchozí zkušenost s nerodilým mluvčím. Pro zahraniční mediky je typická rozdílná úroveň řečových dovedností a lingvistických kompetencí. Medicínské obory ovládají na velmi dobré úrovni, ale při klinických praxích musí produkovat promluvy v cizím, tedy českém jazyce. Dosažená jazyková úroveň většinou neodpovídá teoretickým vědomostem medika, čímž může být zkreslen komunikační záměr. Do komunikačního procesu nutně vstupuje další účastník: lékař-mediátor jako prostředník mezi studentem a pacientem. K tomu přistupuje navíc znalost/neznalost společenské etikety a odlišné interkulturní kompetence v závislosti na zemi původu.

V případě zahraničních mediků nelze počítat s dokonalou znalostí jazykového kódu. Student 4. ročníku studia medicíny (a po osmismestrální výuce češtiny), ovládající úroveň B1 podle SERR, je schopen reagovat na srozumitelnou (a spisovnou) vstupní informaci; dokáže zvolit lexikum a fráze odpovídající každodenní situaci ve škole či v nemocnici (lingvistická a sociolingvistická kompetence). Aby byl lékař/budoucí lékař v komunikaci úspěšný, musí být také schopen uplatnit diskurzivní kompetenci, například vést anamnestický rozhovor. V komunikaci lékaře s pacientem se nerodilý mluvčí češtiny neobejde bez kompenzačních strategií v případě, kdy je nutné vyrovnat se s nepředvídatelnou komunikační situací.

Znovu musíme zopakovat, že „správná“ profesní komunikace není vůbec samozřejmostí. Budoucí lékař by měl mít své chování během komunikační situace neustále pod kontrolou a měl by respektovat základní zásadu, že vyznění konkrétního komunikačního aktu závisí na tom, jak receptor vnímá a interpretuje chování produktora.

Na závěr bychom se rádi zmínili o zahraničních lékařích, kteří po dokončení medicínského studia začnou pracovat v české nemocnici. V této situaci už nelze spo-

léhat na pomoc lékaře-učitele či kolegů. Lékařova profesní komunikace zahrnuje kromě komunikace s vyšetřovaným a léčeným pacientem další roviny: komunikaci mezi odborníky na stejném pracovišti, kde je nutno respektovat určitou hierarchii vztahů, a to jak ve vztahu k nadřízeným, tak mezi kolegy na stejné pracovní pozici. Třetí rovinu představuje komunikace s dalším zdravotnickým personálem (sestry na oddělení, sálové sestry atd.). Na rozdíl od českých kolegů mladý zahraniční lékař, který absolvoval studium medicíny v anglickém programu, obvykle nerealizuje vědeckou komunikaci v češtině.

Závěr

Na základě výše uvedeného lze konstatovat, že každý student medicíny, nejen medik-cizinec, stojí teprve na začátku cesty k efektivní komunikaci, jež je nezbytnou složkou klinických kompetencí lékaře. Profesní komunikaci se lze naučit, je však třeba jejímu tréninku věnovat dostatečný čas a námahu a získané znalosti pak aplikovat v rovině konkrétní lékařské komunikace.

Předpokládáme, že zahraniční medik by si v českém prostředí měl systematickou přípravou osvojovat komunikační dovednosti, aby je mohl využít v další profesní kariéře v jakékoli části světa. Komunikace v češtině s pacientem i zdravotnickým personálem během medicínského studia má primární motivační efekt; málokterý obor nabízí tak bezprostřední použití odborného jazyka v reálné situaci (praktická cvičení v klinických oborech) a zpětnou vazbu jako právě studium medicíny a cílového jazyka v cizí zemi.

Literatura a prameny

- HÁDKOVÁ, M. (2010). *Čeština z druhé strany. Ústí nad Labem: UJEP, Pedagogická fakulta.* ISBN 978-80-7414-242-0.
- HONZÁK, R. (1999). *Komunikační pasti v medicíně.* Praha: Galén. ISBN 80-7262-032-0.
- KLENER, P. et al. (2009). *Propedeutika ve vnitřním lékařství.* Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-643-4.
- KOLÁŘ, P. (2010). *Rehabilitace v klinické praxi.* Praha: Galén. ISBN 9788072626571.
- PODSTATOVÁ, R., SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. (2007). *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení: 100+1 otázek a odpovědí pro pacienty.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1997-9.
- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al. (2011). *Etika a komunikace v medicíně.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.
- RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2223-8.
- REŠKOVÁ, I., JHA, A., MAUTHNER, R., MARQUES, E., HOPKINSON, S. (2015). *Jak odebrat pacientovi diagnózu (How to take a patient's history).* Brno: CJV MU.
- TATE, P. (2005). *Příručka komunikace pro lékaře: jak získat důvěru pacienta.* Praha: Grada. ISBN 80-247-0911-2.
- VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. (2012): *Základy moderní lékařské etiky.* Praha: Portál. ISBN 9788073677800.

Internetové zdroje

<http://new.propedeutika.cz/>, online 10. 10. 2015

<http://mluvtecesky.net>, online 30. 5. 2016

<http://www.med.muni.cz>, online 1. 6. 2016

<http://www.lf1.cuni.cz/eticky-kodex-1-lf-uk>, online 1. 6. 2016

<http://www.lf2.cuni.cz/en/study/syllabus/czech>, online 1. 6. 2016

Autorka

PhDr. Ivana Rešková, Ph.D., e-mail: ireskova@med.muni.cz, Centrum jazykového vzdělávání Masarykovy univerzity.

Působí jako odborná asistentka Centra jazykového vzdělávání na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně. Je garantem předmětu Czech for foreigners v anglickém programu. Je také autorkou učebnic češtiny pro cizince se zaměřením na všeobecný (*Communicative Czech*) i profesní jazyk (*Interní propedeutika pro zahraniční mediky*). Je hlavní řešitelkou projektu *CZKey – Online Platform for Learning Medical Czech*, jehož výstupem je portál www.mluvtecesky.net.