

FILOZOFICKÁ FAKULTA UNIVERZITY PALACKÉHO

V OLOMOUCI

KATEDRA SLAVISTIKY

**Komplexní stylistická charakteristika a komentovaný překlad textu na
téma „Primární zdravotní péče“ z ruštiny do češtiny**

**Comprehensive stylistic analysis and translation of the text on the topic of
"Primary Health Care" from Russian to Czech with commentary**

Diplomová práce

VYPRACOVALA: Bc. et Bc. Iveta Zouharová

VEDOUCÍ PRÁCE: Mgr. Jindřiška Kapitánová, Ph.D.

2020

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně podle svých schopností pod dohledem vedoucí práce a uvedla všechny použité prameny.

V Olomouci, 7. 5. 2020

podpis

Na tomto místě bych chtěla poděkovat své vedoucí Mgr. Jindřišce Kapitanové, Ph.D. za konzultace, rady, odborné vedení a především vstřícnost při psaní dané diplomové práce.

podpis

OBSAH

ÚVOD	5
1 STYLISTIKA	7
1.1 STYL	9
1.2 TEORIE FUNKČNÍCH STYLŮ	10
1.3 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA ODBORNÉHO STYLU	14
1.3.1 Členění odborného stylu, slohové útvary, hraniční jevy	16
1.4 JAZYKOVÁ A KOMPOZIČNÍ CHARAKTERISTIKA ODBORNÉHO FUNKČNÍHO STYLU	18
1.4.1 Slovní zásoba.....	18
1.4.2 Morfologie	23
1.4.3 Syntax	24
1.4.4 Výstavba textu.....	26
2 SPECIFIKA PŘEKladu ODBORNÝCH TEXTŮ	29
2.1 PŘEKladATEL ODBORNÍK/NEODBORNÍK V DANÉM OBORU	33
2.2 METODY A POSTUPY PŘEKladATELSKÉ PRÁCE	34
2.2.1 Formální transformace	35
2.2.2 Sémantické transformace	37
3 INFORMACE O WHO A PRIMÁRNÍ PÉČI	39
4 OBECNÁ STYLISTICKÁ CHARAKTERISTIKA TEXTU ORIGINÁLU	44
5 TEXT PŘEKladu	48
6 TRANSLATOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA PŘEKladu	79
6.1 DEKONDENZACE PŘI PŘEKladu DO ČEŠTINY	80
6.2 ZÁMĚNA VĚTNÝCH ČLENŮ	83
6.3 EXPLICITNOST RUŠTINY	84
6.4 ZÁMĚNA SLOVNÍCH DRUHŮ	85
6.5 ZMĚNA SLOVOSLEDU	87
6.6 PRÁCE S METAFOROU	88
6.7 PRÁCE SE ZKRATKAMI.....	88
6.8 VLASTNÍ JMÉNA	90
6.9 ZAJÍMAVÁ MÍSTA V PŘEKladu	91
ZÁVĚR	94
PE3IOME	96
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	107
PŘÍLOHA	113

ÚVOD

Pojem primární péče je od druhé poloviny 20. století po současnost ohniskem mnoha diskuzí ohledně vývoje a organizace zdravotnických systémů jak v globálním, tak národním měřítku. Podstatou primární péče je poskytování komplexní a kontinuální zdravotně-sociální péče, která respektuje bio-psycho-sociální možnosti občanů. Je nepřetržitě dostupná a úzce spolupracuje s ostatními složkami zdravotnického systému či potřebné služby mimo něj (Gladkij, 2003). Proto by primární zdravotní péče měla být součástí základního stavebního kamene zdravotnictví. Je nutné, aby měla všeobecně dostupný charakter, jelikož se u většiny lidí jedná o prvotní kontaktní místo se systémem zdravotnictví, s oblastí, která pečuje o naše zdraví. Vážnost tohoto pojmu podtrhl svou celosvětově známou větou Dr. Halfdan Mahler „Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic“. Právě z tohoto důvodu jsme se rozhodli pro překlad části zprávy Světové zdravotnické organizace vydané 14. října 2008, organizace, ve které autor výše zmíněného citátu působil od roku 1973 do roku 1988 jako generální ředitel. Odborný styl s hraničními jevy s podstylem populárně-naučným, primární péče, komplexnost, styl a český a ruský jazyk jsou nosné částí naší práce.

V předkládané závěrečné diplomové práci se věnujeme komentovanému překladu materiálu o primární péči z ruštiny do češtiny a jeho komplexní stylistické charakteristice. Současné odborné texty o stylistice a o problematice překladu jsou velmi zdařile zpracované (srov. M. Čechová, V. Jílek, J. Hubáček, Z. Vychodilová, D. Knittlová, I. Golub, M. N. Kožina a další), obdobně se dá zhodnotit oblast primární péče, i když nemá tak hlubokou historickou tradici (J. Holčík, O. Košta, B. Seifert, M. Barták, L. Čeledová a další), avšak tématem komplexní stylistické charakteristiky s komentovaným překladem na pomezí dvou stylů (odborného a populárně-naučného) v rusko-českém plánu v oblasti primární péče se doposud nikdo nezabýval. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli pro odborné zpracování dané problematiky, které by mohlo v budoucnu pomoci komukoliv z překladatelské sféry nebo poskytnou přehled o představách WHO o dobře fungujícím systému takové péče jak odborníkům, kteří nemají potřebné jazykové schopnosti, tak laické veřejnosti.

Cílem práce je adekvátní překlad zvolené ucelené části zprávy odborného textu s prvky populárně-naučného podstylu z oblasti zdravotnictví, konkrétně primární péče a vytvořit komplexní stylistickou analýzu a komentovaný překlad. Základem je hypotéza,

že vybraný text je opravdu psán ve výše zmíněném stylu a hraničních prvcích. Vybranými jevy se toto tvrzení budeme snažit podložit v translatologické charakteristice překladu v rámci komparativní a kvantitativní analýzy a následné syntézy.

Práce má z pohledu logické struktury dvě části, teoretickou a praktickou. V první jmenované části se věnujeme obecnému vymezení stylistiky a pozici odborného stylu v ní. Vysvětlíme základní stylistické pojmy, definujeme její předmět a stručně uvedeme historický vývoj oboru. Dále se vzhledem k zaměření naší práce budeme věnovat teorii funkčních stylů, ze které vydělíme stěžejní styl pro náš text, a sice odborný styl jak v obecnější rovině, tak v detailnější formě. Představíme jeho jazykové a kompoziční charakteristiky.

Druhá kapitola uvede specifika překladu odborného stylu. Definuje překladatelské pojmy jako adekvátnost a ekvivalence překladu, se kterými souvisí možná řešení některých překladatelských otázek. Následující podkapitola věnovaná metodám a postupům překladatelské práce je podstatná pro vytvoření teoretické základy pro translatologický rozbor v praktické části. Vycházet budeme z knihy *Введение в теорию перевода для русистов* od Zdeňky Vychodilové.

Prezentaci WHO a primární péče najdeme v poslední teoretické kapitole. Představíme základní oblasti aktivit organizace, její cíle. Dále charakterizujeme principy primární péče.

Praktickou část uvedeme obecnou stylistickou charakteristikou textu originálu. Následovat bude samotný překlad ucelené části zprávy WHO. Práci završíme již zmiňovanou translatologickou analýzou překladu, kde podrobně rozebereme charakteristické rysy stylu materiálu, které podpoříme nejčastějšími a především nejpodstatnějšími překladatelskými postupy s ukázkami jednotlivých příkladů, které jsou typické pro odborný styl a jeho populárně-naučný podstyl.

1 STYLISTIKA

Stylistika se zabývá naukou o stylu. Na základě analýzy jednotlivých textů dochází k zobecnění zákonitostí stylizace jazykových projevů. Jedná se o poměrně mladý interdisciplinární obor. Využívá poznatků i z oblastí jako textová lingvistika, jazyková kultura či teorie komunikace. Pro upřesnění je nutné uvést pojem stylizace. Jedná se o způsob, jak autor ztvárňuje dané téma jazykovými, nejazykovými a kompozičními prostředky.¹

Toto tvrzení podtrhuje i definice, kterou uvádí V. N. Komissarov (1980, s. 117), jejím původním autorem je I. V. Arnold. Stylistika je „отрасль лингвистики, исследующая принципы и эффект выбора и использования лексических, грамматических и вообще языковых средств для передачи мысли и эмоции в разных условиях общения.“²

Obecnější definici pojmu předkládá M. N. Kožina (2003). Dle jejích slov se jedná o část lingvistiky, která studuje vyjadřovací prostředky, možnosti jazyka a vzorce jeho fungování (užití) v různých oblastech společenské aktivity a komunikačních situacích. Jejím předmětem jsou především stylistické prostředky samy o sobě, definice jejich různých označení, systematizace stylisticky označených prostředků. Zabývá se tedy stylistickými stránkami jazykového systému.³

I v českém prostředí jsou předmětem jazykovědné stylistiky texty všech úrovní jazyka. Nejedná se pouze o umělecká díla, kterými se zaobírá stylistika literárněvědná, ale zkoumá i texty neuměleckého rázu. I když se obě disciplíny vzájemně propojují, tak právě jazykovědná stylistika představuje komplexnější a širší přehled stylů, pojednává o jejich účincích, opírá se o argumentaci zvolených prostředků a postupů, o kompozici

¹ ČECHOVÁ, Marie. Komunikát a text. 4. Styl jako vlastnost komunikátu a textu. In: *Čeština - řeč a jazyk*. 3. rozš. a upr. vyd. Praha: SPN - pedagogické nakladatelství, 2011, s. 404-411. ISBN 978-80-7235-413-9.

² КОМИССАРОВ, Вилен Наумович. *Лингвистика перевода*. Москва: Международные отношения, 1980, 165 с. ISBN 978-5-397-06794-2.

³ КОЖИНА, Маргарита Николаевна. Стилистика. In: *Стилистический энциклопедический словарь русского языка*. Москва: ФЛИНТА, 2003, с. 408-414. ISBN 5-89349-342-7.

textu apod. Zahrnuje v sobě např. studium systému stylových variant nebo objektivní či subjektivní slohotvorné činitele.⁴

Prvky stylistiky jako vědy byly položeny ve starověkých jazykových teoriích o rétorice, která je tak považována za předchůdkyni moderní stylistiky. Samotné slovo stylistika se však začíná objevovat ve filologii až na konci 17. století, hojně pak v 18. a 19. století, kdy se její aspekty týkaly především různých uměleckých děl či spisovatelů.⁵ V ruském prostředí začíná formování stylistiky prací Lomonosova, zejména jeho teorií tří stylů: vysokého, středního a nízkého. Snažil se tím o demokratizaci jazyka a o omezení užívání zastaralých církevních slovanských prvků.⁶ Hlavní vývoj vědy se však odehrává na začátku 20. století. Jako vědecká disciplína se stylistika začíná formovat zhruba od 20. do 30. let 20. století; konkrétně funkční stylistika se objevuje až v polovině 50. let. O rozvoj oblasti se v Rusku zasadili např. J. N. Baudouin de Courtenay, E. D. Polivanov, M. M. Bachtin, V. V. Vinogradov a další. Velkým přínosem v rozvoji stylistických otázek byla „funkční lingvistika“ z českého a slovenského území. Například B. Havránek rozpracoval teorii funkčních stylů, kterou lze považovat za základní princip pro další nové teorie. Vymezil funkci komunikativní, prakticky odbornou, teoreticky odbornou a estetickou.⁷ V. Mathesius se podílel na založení Pražského lingvistického kroužku a zasadil se o rozvoj strukturální lingvistiky. Jisté propojení obou prostředí představoval R. O. Jakobson, který bezesporu patří mezi nejzvučnější jména ruské strukturální lingvistiky a zároveň před druhou světovou válkou pobýval v Československu, kde se také podílel na založení již zmíněného Pražského lingvistického kroužku.

Jako uživatelé jazyka si vybíráme výrazové prostředky podle typu adresáta a dle kýženého záměru, tedy využíváme různých stylů pro naplnění komunikačního cíle.

⁴ ČECHOVÁ, Marie. Pojetí a pojmosloví stylistiky. Stylistika a příbuzné obory. In: ČECHOVÁ, M., KRČMOVÁ, M., MINÁŘOVÁ, E. *Současná stylistika*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2008, s. 19-23. ISBN 978-80-7106-961-4.

⁵ КОЖИНА, Маргарита Николаевна. Стилистика. In: *Стилистический энциклопедический словарь русского языка*. Москва: ФЛИНТА, 2003, с. 408-414. ISBN 5-89349-342-7.

⁶ КУБИК, Милослав, КОНДРАШОВ, Николай Андреевич. *Русский язык глазами лингвиста-слависта*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1976, 265 s.

⁷ CHLOUPEK, Jan. *Stylistika češtiny*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1991, 294 s. Učebnice pro vysoké školy. ISBN 80-04-23302-3.

Dle M. Čechové (2011, s. 404) „má styl integrační funkci, a tím se podílí na výstavbě smyslu projevu, má funkci charakterizační a diferenciací: odlišuje jeden projev od jiného a naopak ho přiřazuje k určitému druhu textů.“ Stylistika zkoumá tyto styly prováděním analýzy jednotlivých textů a na základě toho následně formuluje obecné zákonitosti stylizace jazykových projevů.⁸

Ovšem přesné vymezení, ohraničení stylů bez zavádějících, diskutabilních prolínání nebude existovat nejspíše nikdy. Tato oblast je natolik dynamická, tvárná sféra, závislá na vývoji společnosti, že pokud bude existovat lidské společenství, jež užívá jazyk a přizpůsobuje ho nejrůznějším situacím, bude se měnit, vyvíjet celá věda, a nedojde tak nikdy k její naprosté stagnaci.⁹

1.1 STYL

V současnosti chápeme slovo styl v obecné rovině jako „vnější jednotný ráz uměleckého díla, člověka, doby“ (Krčmová, 2003, s. 17). Běžně se setkáváme s životním stylem, se stylem odívání, hudebním a výtvarným stylem, či například se stylem chování. Jedná se tedy o záměrný tvůrčí výběr a uspořádání jednotek jakékoliv lidské činnosti, který je determinován cílem tohoto stylizačního procesu a také okolnostmi vzniku. To značí, že daný termín se nachází v různých sférách lidského bytí. Jeho významová konkretizace je závislá na projednávané vědní disciplíně. V lingvistickém pojetí se hovoří o stylu jazykovém. Pojem stylu lze tedy vnímat jak v širším, tak v užším slova smyslu.¹⁰

Vzhledem k zaměření této práce se budeme zabývat výše zmíněným stylem jazykovým, který bývá vymežován jako „výběr i uspořádání jazykových prostředků v jazykovém projevu a způsob jeho výstavby, vyhovující komunikačnímu záměru autora“ (Hubáček, 1987, s. 13).¹¹

⁸ ČECHOVÁ, Marie. Komunikát a text. 4. Styl jako vlastnost komunikátu a textu. In: *Čeština - řeč a jazyk*. 3., rozš. a upr. vyd. Praha: SPN - pedagogické nakladatelství, 2011, s. 404-411. ISBN 978-80-7235-413-9.

⁹ MISTRÍK, Jozef. *Štylistika*. 2. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1989, 582 s.

¹⁰ KRČMOVÁ, Marie. Pojmosloví stylistiky. Styl a stylistika. In: ČECHOVÁ, M. *Současná česká stylistika*. Praha: ISV, 2003, s. 17-23. Jazykověda. ISBN 80-86642-00-3.

¹¹ HUBÁČEK, Josef. *Učebnice stylistiky: pro posluchače pedagogických fakult, studenty učitelství v I.-4. ročníku základní školy*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987, 269 s. Učebnice pro vysoké školy.

Uživatel jazyka se při genezi textu zaobírá všemi rovinami jazyka (lexikální, morfologickou, hláskovou či syntaktickou). Vybrané jazykové prostředky následně spojuje do vyšších celků (vět, souvětí) a tvoří z nich komunikát, v jehož konečné podobě lze pozorovat určitý princip organizace jednotek s určitou funkcí a zacílením. Neexistuje tedy komunikát, v němž by se stylová složka textu nenacházela. Jak uvádí M. Čechová (2011, s. 404): „podmínkou existence stylu jsou variantní, tj. synonymní, a zároveň konkurenční prostředky, mezi nimiž se vybírá, (...) tedy možnost vyjádřit totéž různými způsoby; ty jsou uživateli k dispozici a přitom zároveň si vzájemně konkurují.“¹²

Vedle jazykového stylu existuje také pojem literární styl. Zatímco jazykový styl se zabývá formou (formální stránkou textů různého druhu), literární styl se výlučně zaměřuje na texty literární povahy a vyjma formy zahrnuje i oblast kompoziční a ideově tematickou výstavbu. Literární styl je tedy termín obsahově širší než styl jazykový.¹³

1.2 TEORIE FUNKČNÍCH STYLŮ

V průběhu let vznikla celá řada nových, upravujících či rozšiřujících teorií o stylu a jeho funkcích. Významným badatelem v oblasti funkčních jazyků a stylů byl již zmíněný B. Havránek, který se zaměřil na funkční diferenciaci spisovného jazyka, na základě které rozdělil funkční jazyky na vědecký, básnický, pracovní (věcný) a hovorový. Kritériem se staly již zmíněné složky projevu, a sice jeho cíl a způsob.¹⁴ Dále to byl český lingvista, anglista a bohemista J. Vachek, jenž se ve svém skriptu „Chapters from Modern English Lexicology and Stylistics“ zaměřil spíše než na samotný cíl komunikátu na dva hlavní přístupy: přístup autora ke komunikátu a autora k adresátovi.¹⁵

¹² ČECHOVÁ, Marie. Komunikát a text. Styl jako vlastnost komunikátu a textu. In: *Čeština - řeč a jazyk*. 3., rozš. a upr. vyd. Praha: SPN - pedagogické nakladatelství, 2011, s. 404-411. ISBN 978-80-7235-413-9.

¹³ MINÁŘOVÁ, Eva. *Stylistika češtiny*. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 84 s. ISBN 978-80-210-4973-4.

¹⁴ KNITTLOVÁ, Dagmar. *K teorii i praxi překladu*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000, 215 s. ISBN 80-244-0143-6.

¹⁵ VACHEK, Josef. *Chapters from modern English lexicology and stylistics*. 2. vyd. Praha: SPN, 1991, 221 s. ISBN 80-7066-337-5.

Vývoj stylistiky byl ovlivněn i V. Skaličkou. Zajímal se především o funkční strukturu jazyka a řeči, na jejímž základě vytvořil morfologickou typologii jazyků.¹⁶

Současná stylistika předkládá funkční styl jako styl vymezený na základě funkce textu, tedy na základě jednoho z konstituujících stylových faktorů. Objektivní podmínky komunikace zavazují tvůrce komunikátu k jistému stylovému chování, jedná se tedy o stylovou účinnost. U funkčních stylů je hlavní určující složkou komunikační záměr, cíl. Ten určuje výběr výrazových prostředků a jejich integraci do textu.¹⁷

M. N. Kožina (2011, s. 285) definuje funkční styl následovně: «Это своеобразный характер речи той или иной социальной ее разновидности, соответствующей определенной сфере общественной деятельности и соотносительной с ней форме сознания, создаваемый особенностями функционирования в этой сфере языковых средств и специфической речевой организацией».¹⁸

Dle V. Jílka (2005) existuje pět funkčních stylů¹⁹:

Styl prostě sdělovací (běžně dorozumivací) se používá s cílem předat věcné informace neoficiálního charakteru, užívá se v neveřejném styku. Charakteristickými prvky jsou jednoduché věty, běžná slovní zásoba a jednoduchá kompozice komunikátu. K tomuto stylu patří zprávy, jednoduché popisy, vyprávění atd.²⁰ M. Čechová k tomuto stylu přiřazuje také styl konverzační.²¹

¹⁶ POPELA, Jaroslav. *Skaličkova jazyková typologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2006, 45 s. ISBN 80-210-4019-X.

¹⁷ JÍLEK, Viktor. *Lexikologie a stylistika nejen pro žurnalisty: studijní texty pro distanční studium*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 125 s. ISBN 80-244-1246-2.

¹⁸ КОЖИНА, Маргарита Николаевна. *Стилистика русского языка*. М.: ФЛИНТА, 2011, 464 с. ISBN 978-5-9765-0256-7.

¹⁹ JÍLEK, Viktor. *Lexikologie a stylistika nejen pro žurnalisty: studijní texty pro distanční studium*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 125 s. ISBN 80-244-1246-2.

²⁰ JÍLEK, Viktor. *Lexikologie a stylistika nejen pro žurnalisty: studijní texty pro distanční studium*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 125 s. ISBN 80-244-1246-2.

²¹ ČECHOVÁ, Marie. Komunikát a text. 4. Styl jako vlastnost komunikátu a textu. In: *Čeština - řeč a jazyk*. 3., rozš. a upr. vyd. Praha: SPN - pedagogické nakladatelství, 2011, s. 404-411. ISBN 978-80-7235-413-9.

Smyslem **odborného stylu** je komunikačně sdělný projev o určité odborné problematice na teoretické úrovni, tzn. má funkci odborně sdělnou a vzdělávací. Důraz je kladen na jednoznačnost, přesnost vyjadřování, proto je konstituujícím faktorem projevu pojmovost. Podle typu adresáta a stupně odbornosti se dále dělí na styl vědecký, prakticky odborný a styl popularizační. Někdy se vyčleňuje ještě styl učební. Odborný styl najdeme např. v odborných studiích, člancích či monografiích atd.²² Grigorjeva (2000) zmiňuje zajímavou a dle ní dominující funkci odborného stylu (původně od Mečkovské), a sice funkci kognitivní: sám jazyk svým uživatelům pomáhá při tvorbě představ o světě i umožňuje různé myšlenkové operace (analýzu, syntézu, komparaci) a tím i předávání vědeckých informací.²³

Styl administrativní představuje informativní a věcnou komunikaci. Vznikl vyčleněním ze stylu odborného. Charakterizují ho stručnost, heslovitost či stereotypnost výrazových prostředků.²⁴ Tento styl může být také nazýván úředním či jednacím, jelikož se s ním setkáváme především při formulaci běžných dokumentů, dotazníkových šetřeních, zákonů či vyhlášek atd.²⁵

Se **stylem publicistickým** se setkáváme například v novinách, hromadných sdělovacích prostředcích, včetně televize či rádia. Útvary tohoto stylu se věnují aktuálním společenským otázkám a jsou určeny široké veřejnosti. Jeho hlavním záměrem je čtenáře či posluchače nejen informovat, ale také ovlivnit, případně pro něco získat, proto daný styl pracuje s expresivními výrazy i obrazným pojmenováním. Zásadní roli mnohdy hrají promyšlené titulky s cílem adresáta zaujmout.²⁶

²² JÍLEK, Viktor. *Lexikologie a stylistika nejen pro žurnalisty: studijní texty pro distanční studium*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 125 s. ISBN 80-244-1246-2.

²³ ГРИГОРЬЕВА, Ольга Николаевна. *Стилистика русского языка. Учебное пособие для иностранцев*. Москва: НВИ-ТЕЗАУРУС Москва, 2000, 164 с. ISBN 5-89191-032-2.

²⁴ ČECHOVÁ, Marie. Regulativní a operativní funkce jako konstituující faktor projevu. Funkční styl administrativní. In: ČECHOVÁ, M., KRČMOVÁ, M., MINÁŘOVÁ, E. *Současná stylistika*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2008, s. 230-243. ISBN 978-80-7106-961-4.

²⁵ JÍLEK, Viktor. *Lexikologie a stylistika nejen pro žurnalisty: studijní texty pro distanční studium*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 125 s. ISBN 80-244-1246-2.

²⁶ JÍLEK, Viktor. *Lexikologie a stylistika nejen pro žurnalisty: studijní texty pro distanční studium*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 125 s. ISBN 80-244-1246-2.

Styl umělecký je mnohdy označován jako básnický, prozaický či dramatický.²⁷ Autoři používají převážně spisovný jazyk, ale není vzácností využívání hovorového jazyka či různých nespisovných prostředků. Jazykové prostředky uměleckého stylu jsou velmi bohaté a různorodé. Mohou být součástí jak spisovného jazyka, tak hovorového, či dokonce nespisovného jazyka. Vysokou specifičnost vykazuje poezie, naopak jazyk podobný běžné řeči se hojně vyskytuje v dramatu. Četba uměleckého stylu mimo jiné rozvíjí představivosti či vyjadřovací schopnosti.²⁸

Obdobnou klasifikaci funkčních stylů na základě tří funkcí jazyka (komunikační, sdělovací a působící) nabízí i ruský odborník V. V. Vinogradov (1987). Říká, že první jmenovaná nejvíce odpovídá stylu hovorovému, funkce sdělovací stylu odbornému a administrativnímu a styl publicistický a umělecký mají za cíl nějakým způsobem ovlivňovat, zapůsobit.²⁹

K. Hausenblas (1973) vedle základní a obecně přijímané klasifikace stylů uvádí dělení s odkazem na antické chápání, které je založené na ose vysoký – střední – nízký, přičemž „nízký“ je vnímán jako nejméně propracovaný³⁰. Častěji se mluví o stylu projevů mluvených v protikladu k psaným či projevů soukromých proti veřejným.³¹

Mezi jednotlivými funkčními styly existují v realizovaných komunikátech dost rozsáhlé průniky v tendencích výběru a uspořádávání výrazových prostředků, což často ztěžuje vedení přesných hranic mezi styly.³²

²⁷ ČECHOVÁ, Marie. Komunikát a text. 4. Styl jako vlastnost komunikátu a textu. In: *Čeština - řeč a jazyk*. 3., rozš. a upr. vyd. Praha: SPN - pedagogické nakladatelství, 2011, s. 404-411. ISBN 978-80-7235-413-9.

²⁸ JÍLEK, Viktor. *Lexikologie a stylistika nejen pro žurnalisty: studijní texty pro distanční studium*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 125 s. ISBN 80-244-1246-2.

²⁹ ВИНОГРАДОВ, Виктор Владимирович. *Стилистика. Теория поэтической речи. Поэтика*. Москва: Издательство АН СССР, 1963, 253 с.

³⁰ HAUSENBLAS, Karel. Učební styl v soustavě stylů funkčních. *Naše řeč* [typ nosiče]. 1972, roč. 55, č. 2-3, s. 150-158 [2.1.2020]. ISSN 2571-0893. Dostupné z: <http://nase-rec.ujc.cas.cz/archiv.php?art=5628>.

³¹ MISTRÍK, Jozef. *Štylistika*. 2. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1989, 582 s.

³² ГРИГОРЬЕВА, Ольга Николаевна. *Стилистика русского языка. Учебное пособие для иностранцев*. Москва: НВИ-ТЕЗАУРУС, 2000, 164 с. ISBN 5-89191-032-2.

1.3 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA ODBORNÉHO STYLU

Dle slov E. Minářové (2003) je jednou z nejdůležitějších funkcí jakéhokoliv stylu funkce dorozumívací. A právě tomuto účelu je potřeba podřídít vhodné jazykové prostředky i jejich organizaci. Netýká se to pouze odborného stylu. Všechny funkční varianty jsou založeny na svém hlavním záměru, resp. záměru autora a jeho projevu.³³

Smyslem odborného stylu je vytvořit kvalitní komunikačně sdělný projev o určité odborné problematice na teoretické úrovni, tzn. má funkci odborně sdělnou a vzdělávací, jelikož poskytuje hlubší odborné poučení. Jazykové prostředky jsou stylisticky neutrální, vysoce explicitní, nejsou primárně zaměřeny na estetiku či citovost, ale na co nejpřesnější vyjádření zjištěných informací a poznatků. Výrazně silné zastoupení má nocionálnost (též pojmovost), text je vysoce propracovaný, objektivní, přehledný a jednoznačný. Dalším důležitým prvkem je intertextovost. Citace a odkazy na již zveřejněné poznatky jsou nedílnou součástí každé kvalitní odborné práce. Kromě výše zmíněných charakteristik existuje také tradice formy. Autoři by se měli snažit o zachování zvyklosti v oboru, o stylizaci a její rozvoj.³⁴

Grigorjeva (2000) také uvádí, že současný odborný styl je oproti uzavřenému, velmi standardizovanému administrativnímu stylu více otevřen a více ovlivňuje ostatní styly, obohacuje je novými poznatky, z nich vyplývajícími myšlenkami a také způsoby jejich vyjádření.³⁵

Vrcholným cílem odborného textu je předání obsahu adresátovi. Při tvorbě komunikátu musí autor zohlednit jazykové a znalostní možnosti, stejně jako zkušenosti potenciálních adresátů. Jedná se o vztah, který je řazen mezi závažné objektivní slohotvorné činitele. M. Čechová (2008, s. 208) ve své publikaci hovoří o „odborném

³³ MINÁŘOVÁ, Eva. Pojmosloví stylistiky. Teorie funkčních stylů. In: ČECHOVÁ, M. *Současná česká stylistika*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2003, s. 37-44. ISBN 978-80-7106-961-4.

³⁴ КОЖИНА, Маргарита Николаевна. Стилистика. In: *Стилистический энциклопедический словарь русского языка*. Москва: ФЛИНТА, 2003, с. 242-248. ISBN 5-89349-342-7.

³⁵ ГРИГОРЬЕВА, Ольга Николаевна. *Стилистика русского языка. Учебное пособие для иностранцев*. Москва: НВИ-ТЕЗАУРУС Москва, 2000, 164 с. ISBN 5-89191-032-2.

diskursu, který navazuje na diskursy předcházející a stává se startem pro diskursy další“.³⁶

Cílem je, aby adresát na základě podaných poznatků jasně pochopil smysl sdělení, aby byl dostatečně vtažen do tématu, zaujal k němu vlastní stanovisko, a vytvořil tak základ pro své další přemýšlení, bádání, pro případný rozvoj informace. Jde o komplexní formu zpracování, o celistvost, o úplnost. Kožina (2003) tento jev nazývá tzv. dialogičností.³⁷

Témata projevů nejsou omezena, mohou se týkat všech sfér lidské existence (např. spirituální či materiální sféry, společenského života apod.).³⁸

Dle shrnutí D. Žváčka (1995) je odborný styl charakteristický:

1. tendencí k větší hutnosti větných konstrukcí,
2. tendencí k větší explicitnosti vyjadřovacích prostředků na syntaktické a sémantické úrovni,
3. upřednostněním abstraktních a nedějových konstrukcí,
4. eliminací expresivních a emocionálních jazykových prostředků,
5. posílením objektivitu,
6. preferencí obecného pojmenování,
7. sklonem k jasnosti, přesnosti a jednoznačnosti jazykových prostředků.³⁹

³⁶ KRČMOVÁ, Marie. Pojmovost jako konstituující faktor projevu. Funkční styl odborný. In: ČECHOVÁ, M., KRČMOVÁ, M., MINÁŘOVÁ, E. *Současná stylistika*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2008, s. 208-229. ISBN 978-80-7106-961-4.

³⁷ КОЖИНА, Маргарита Николаевна. Стилистика. In: *Стилистический энциклопедический словарь русского языка*. Москва: ФЛИНТА, 2003, с. 242-248. ISBN 5-89349-342-7.

³⁸ ГРИГОРЬЕВА, Ольга Николаевна. *Стилистика русского языка. Учебное пособие для иностранцев*. Москва: НВИ-ТЕЗАУРУС Москва, 2000, 164 с. ISBN 5-89191-032-2.

³⁹ ŽVÁČEK, Dušan. *Kapitoly z teorie překlada I*. Odborný překlad. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1995, 51 s. ISBN 80-7067-489-X.

Až do 60. – 70. let 20. století nebyl odborný styl podrobován zvláštním studiím, ani o něm nevznikaly monografické popisy. Pozornost byla věnována pouze odborné terminologii (D. S. Lotte, A. A. Reformatskij a další) nebo vymezení těch nejjobecnějších rysů stylu na rozdíl od stylu uměleckého, který byl v té době velmi populární (např. V. G. Bělinskij, G. V. Stepanov). Teprve v druhé polovině 20. století spolu s rozvojem funkční stylistiky se této oblasti dostává velké pozornosti, zahajují se intenzivní a rozsáhlé studie odborného stylu nejen v ruském jazyce, ale i v dalších evropských jazycích. Výraznými jmény byly například A. N. Vasiljeva, O. D. Mitrofanova, G. N. Akimova a M. N. Kožina, která se stala jedním z hlavních zdrojů naší práce.⁴⁰

I v českém prostředí měl odborný styl svůj vývoj. V historii proběhlo několik etap, kdy se rozvíjel, ale také stagnoval. Například v době pobělohorské (někdy výstižně označované jako doba temna) byl rozvoj česky psaných odborných textů potlačen latinou a němčinou. Svě místo však daný styl neztratil navždy. Silný rozvoj nastal na počátku obrození, kdy došlo k rozvoji terminologie napříč všemi vědeckými oblastmi, avšak větná stavba byla stále velmi pod vlivem latiny.⁴¹ Průlom je spjat až se vznikem funkční stylistiky, na které se, jak je zmíněno výše, výrazně podílel B. Havránek. M. Krčmová (1997) zmiňuje, že Havránek při sledování odborných textů rozdělil funkci sdělovací na další dvě funkce, a sice prakticky odbornou a teoreticky odbornou. Následující vývoj stylistiky však tyto dvě nové funkce opět spojil v jednu, a tím vznikl dodnes fungující termín odborný funkční styl. Mezi prvními odborníky, užívající nový pojem, patřili například F. Trávníček či A. Jedlička. Z jednotného rámce odborného stylu se v 60. letech 20. století výrazně oddělil styl publicistický a styl úřední.⁴²

1.3.1 Členění odborného stylu, slohové útvary, hraniční jevy

Texty odborného stylu se v současné době liší jak po stránce obsahové, tak z hlediska žánru či jazyka. Projevy se diferencují podle toho, zda texty řeší teoretické

⁴⁰ КОЖИНА, Маргарита Николаевна. Стилистика. In: *Стилистический энциклопедический словарь русского языка*. Москва: ФЛИНТА, 2003, с. 242-248. ISBN 5-89349-342-7.

⁴¹ CHLOUPEK, Jan. *Stylistika češtiny*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1991, 294 s. Učebnice pro vysoké školy. ISBN 80-04-23302-3.

⁴² KRČMOVÁ, Marie. Pojmovost jako konstituující faktor projevu. Funkční odborný styl. In: ČECHOVÁ, M. *Stylistika současné češtiny*. Praha: ISV, 1997, s. 148-166. Jazykověda. ISBN 80-85866-21-8.

otázky z vybraného oboru či otázky praktické. Na základě míry odbornosti a komunikačního záměru M. Čechová (1997) odborný styl dále dělí na pět podstylů⁴³:

Nejvíce propracovaným stylem je **styl vědecký (teoretický)**. Přináší nové poznatky a myšlenky, proto je určen odborníkům svého oboru. Základními slohovými útvary jsou výklad a úvaha, které doplňuje odborný popis. K výrazným jazykovým prostředkům patří neutrální, někdy až knižní povaha slov; lexikum se opírá o mezinárodní terminologii, čímž se kardinálně posiluje přejímání slov.

Styl prakticky odborný (odborný v užším slova smyslu) je určen lidem se základními znalostmi z dané problematiky. Text nemusí striktně přinášet nové informace, avšak důležitým prvkem je aplikace poznatků na praxi. Povaha textu je založena na spisovné formě, která může být doplněna prvky hovorovými. Vzhledem k této skutečnosti je jednodušší i kompozice. Kromě příznačné terminologie se mohou objevit i profesionalismy. Dochází k větší konkretizaci závislé na profesi. Text je celkově zjednodušován (užívání zkratk, specifické neterminologické výrazy).

Styl populárně-naučný je určen širší veřejnosti, čemuž odpovídá i charakter textu. Dochází ke značné beletrizaci, objevují se prvky publicistiky či krásné literatury. Koncentrace termínů je omezena na minimum, časté jsou doplňující informace, vysvětlivky, užívá se více hovorových prvků.

Stylem učebním, jak už samotný název napovídá, jsou psány učebnice, skripta, veškeré edukační publikace. Promluvy tohoto stylu patří mezi ty, v nichž je důležitý rozdíl informační úrovně mezi podavatelem a předpokládaným adresátem. Výraznými složkami jsou funkce zpravovací a funkce řídicí.

Styl esejistický je nejindividuálnějším stylem vůbec. Může zahrnovat prvky jak z odborné, tak z publicistické či umělecké sféry. Hlavním prvkem je subjektivita autora. Jde o spojení vědecké úvahy s postoji, myšlenkami tvůrce, z čehož vyplývá jistá kompoziční uvolněnost, omezení poznámkového aparátu a formálního členění. Za správnost informací odpovídá autor svým jménem.

⁴³ KRČMOVÁ, Marie. Pojmovost jako konstituující faktor projevu. Funkční styl odborný. In: ČECHOVÁ, M. *Současná česká stylistika*. Praha: ISV, 2003, s. 175-193. Jazykověda. ISBN 80-86642-00-3.

Odborný styl najdeme v diplomových pracích, referátech, odborných popisech, studiích, různých odborných člancích, v knižních monografických a encyklopedických publikacích, v recenzích, vědecko-popularizačních textech atd.⁴⁴

N. B. Korina (2014) vyděluje podstyly čtyři, které dále specifikuje příslušnými žánry:

1. собственно – научный – vědecké pojednání, dizertace, monografie;
2. научно – учебный – učební pomůcka, skripta, učebnice;
3. научно – деловой – anotace, referát, popis patentu;
4. научно – популярный – příručka, manuál, encyklopedie, populárně-naučné články, beletrizovaná naučná literatura.⁴⁵

1.4 JAZYKOVÁ A KOMPOZIČNÍ CHARAKTERISTIKA ODBORNÉHO FUNKČNÍHO STYLU

1.4.1 Slovní zásoba

Nejcharakterističtější prvek odborného stylu představuje slovní zásoba, konkrétně odborné názvy a termíny. V literatuře najdeme mnoho definic významu slova termín. Většina těchto pramenů se však shoduje na tom, že termín neboli odborný název je pojmenování pojmu v systému pojmů některého vědního nebo technického oboru (Poštolková a kol., 1983).⁴⁶ L. M. Aleksejeva (2003, s. 544) vymezuje termín jako „языковой знак (слово или словосочетание), соотнесенный со специальным (научным, профессиональным и др.) понятием.“⁴⁷ Dle jejích slov vymezení terminologie vychází z oblasti, ve které se používá. Zároveň dodává, že termíny mají vlastnosti definitivního, motivovaného, strukturního prvku s výraznou systémovostí. Dále

⁴⁴ ГРИГОРЬЕВА, Ольга Николаевна. *Стилистика русского языка. Учебное пособие для иностранцев*. Москва: НВИ-ТЕЗАУРУС Москва, 2000, 164 с. ISBN 5-89191-032-2.

⁴⁵ КОРИНА, Наталья Борисовна. *Функциональная стилистика русского языка*. Нитра: Университет им. Константина Философа, 2014, 114 с. ISBN 978-80-558-0716-4.

⁴⁶ POŠTOLKOVÁ, Běla, ROUDNÝ, Miroslav a TEJNOR, Antonín. *O české terminologii*. Praha: Academia, 1983, 119 s. Malá jazyková knižnice.

⁴⁷ АЛЕКСЕЕВА, Лариса Михайловна. Термин. Термин. In: КОЖИНА, Маргарита Николаевна. *Стилистический энциклопедический словарь русского языка*. Москва: ФЛИНТА, 2003, с. 544-549. ISBN 5-89349-342-7.

zmiňuje údaj K. Sochora, který říká, že více než 90 % nových slov objevujících se v jazyce jsou termíny. Stejně procentuální zastoupení uvádí i M. Kubík a N. I. Formanovskaja (1985), z čehož vyplývá, že tato jednotka má zásadní vliv na rozvoj lexikálního fondu všech jazyků.⁴⁸

V rámci stylistiky se o termínech hovoří jako o výrazech se stálou stylovou hodnotou, které nesou příznak příslušnost k odbornému vyjadřování (Krčmová 2008). V praxi to znamená, že jejich příslušnost k vymežovanému odbornému stylu je i mimo vlastní text velmi znatelná a zásadním způsobem se podílejí na tvorbě komunikátu.⁴⁹

Kromě nociónální povahy je tato lexikální jednotka ustálená, ohraničena konvencemi, přesná, jednoznačná – dá se využít i izolovaně (nehledě na kontext) a nese znaky expresivity či emocionálnosti.⁵⁰ B. N. Golovin a R. Ju. Kobrin (1987) zastávají názor, že termíny nikdy nestojí izolovaně. Vždy jsou součástí určitého terminologického systému.⁵¹ Dle M. Hrdličky ani expresivita či emocionalita nejsou dogmatické. Jsou mnohdy přítomny např. při vědecké argumentaci či polemice, proto je nemůžeme zcela vyloučit.⁵²

Již zmíněnou systémovost v českém prostředí potvrzuje P. Hauser (1986). Jeho vymezení spočívá v tom, že je slovní zásoba souborem, jehož jednotky, tj. slova, jsou v něm uspořádány, tedy že se nejedná o pouhé nakupení slov.⁵³

⁴⁸ КУБИК, Милослав, ФОРМАНОВСКАЯ, Наталия Ивановна. *Основы языкознания для русистов*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1985, 231 s. Učebnice pro vysoké školy.

⁴⁹ KRČMOVÁ, Marie. Pojmovost jako konstituující faktor projevu. Funkční styl odborný. In: ČECHOVÁ, M., KRČMOVÁ, M., MINÁŘOVÁ, E. *Současná stylistika*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2008, s. 208-229. ISBN 978-80-7106-961-4.

⁵⁰ ŽVÁČEK, Dušan. *Kapitoly z teorie překladu I. Odborný překlad*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1995, 51 s. ISBN 80-7067-489-X.

⁵¹ ГОЛОВИН, Борис Николаевич, КОБРИН, Рафаил Юрьевич. *Лингвистические основы учения о терминах*. Москва: Высшая школа, 1987.

⁵² HRDLIČKA, Milan. Odborný text a jeho translace. In: *Antologie teorie odborného překladu: (výběr z prací českých a slovenských autorů)*. Ostrava: Repronis, 2003, s. 59-63 s. ISBN 80-7329-026-X.

⁵³ HAUSER, Přemysl. *Nauka o slovní zásobě*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986, 195 s. Učebnice pro vysoké školy.

Význam termínu není však uzavřený celek bez vývoje. Jeho definice je závislá na vývoji příslušného oboru, avšak jsou snahy o jeho upevnění a normalizaci. Znatelná je v tomto směru internacionalizace a také přejímání termínů cizích, aktuálně z anglického jazyka, což vede k mezinárodní standardizaci jazyka vědy (např. *менеджмент, спонсор, риэлтер*). Korina (2014) dále doplňuje, že se v textu mohou nacházet tzv. lexikální dublety nebo-li slova latinského a řeckého původu, která se užívají paralelně s původním pojmenováním (např. *языкование – лингвистика, сказуемое – предикат*).⁵⁴

Co se týče obecných jevů v terminologii, jedním se základních směrů je podpora odbourávání synonymie, homonymie i polysémie pro vyšší explicitnost, ovšem v důsledku přejímání slov z jednoho oboru do druhého se jim nelze zcela vyhnout.⁵⁵ Z tohoto důvodu vykazuje lexikum odborného stylu jistou stereotypnost a vysoký index opakování slov (poměr lexémů vůči počtu slov). M. Krčmová (2008) uvádí výši indexu 6,3 pro texty vědecké a 6,2 pro prakticky odborné. Pro porovnání je průměr pro celý korpus materiálu 5,4.⁵⁶

Lexikum odborného stylu netvoří pouze termíny. Součástí textů jsou výrazy slaběji terminologizované, též označované jako mezioborové (např. *структура, эффект, стимул*).⁵⁷

I. Golubová (2008) i N. B. Korina (2014) shodně dělí lexikum odborného stylu do tří základních částí, tedy na:

1. obecně užívané (např. *знание, изучать, работа, сначала, по-прежнему*),
2. obecně odborné (např. *исследование, формулировать, беспрецедентный, синтез*),

⁵⁴ КОРИНА, Наталья Борисовна. *Функциональная стилистика русского языка*. Нитра: Университет им. Константина Философа, 2014, 114 с. ISBN 978-80-558-0716-4.

⁵⁵ ГРИГОРЬЕВА, Ольга Николаевна. *Стилистика русского языка. Учебное пособие для иностранцев*. Москва: НВИ-ТЕЗАУРУС Москва, 2000, 164 с. ISBN 5-89191-032-2.

⁵⁶ KRČMOVÁ, Marie. Pojmovost jako konstituující faktor projevu. Funkční styl odborný. In: ČECHOVÁ, M., KRČMOVÁ, M., MINÁŘOVÁ, E. *Současná stylistika*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2008, s. 208-229. ISBN 978-80-7106-961-4.

⁵⁷ ВАЙКОВА, Larisa, SKÁCEL, Josef. *Стилистика современного русского языка: пособие для студентов-русистов*. Ostrava: Ostravská univerzita, 1994, 100 с. ISBN 80-7042-401-X.

3. termíny, terminologii (např. *синтаксис, аппендектомия, фонология*).^{58, 59}

V. A. Sudovcev (1989) i D. Žváček (1998) pracují s obdobnou klasifikací, avšak v rámci třetí skupiny vyčleňují ještě úzce specializované termíny, které fungují výhradně v jednom nebo dvou terminologických systémech, mají všeobecně uznávanou definici a vyjadřují takový vědecký a profesionální koncept, který je jasný pouze odborníkům v dané oblasti (např. *паренхима, фонема, оффшор, диффузия*).^{60, 61}

Z výše uvedených klasifikací lze vyvodit, že do registru obecně užívaného lexika spadají výrazy, které je možné uplatnit v jakémkoliv komunikátu. Obecně odborná slova jsou společná řadě oborů, nehledě na jejich specializaci. Kategorie termínů oborových a úzce specializovaných představuje čistě odborné názvosloví, které je specifické pouze pro danou oblast z odborné sféry.

Termíny však nejsou jediným charakteristickým prvkem odborného textu. Vzhledem ke snižování používání sloves a slovesných tvarů ve prospěch substantiv, adjektiv či verbo-nominálních spojení lze zřetelně pozorovat tendenci k nominalizaci (např. *иметь значение, обращать внимание, найти выражение*).⁶² Z té logiky vyplývá i tíhnutí k multiverbizaci, kdy jsou slovesa konkrétnějšího charakteru nahrazována neplnovýznamovými slovesy ve spojení se substantivou (např. *производить анализ; подвергать анализу; оказывать влияние*).⁶³ Zvláštním úkazem je jev

⁵⁸ ГОЛУБ, Ирина Борисовна. *Новый справочник по русскому языку и практической стилистике*. Москва: Эксмо, 2008.

⁵⁹ КОРИНА, Наталья Борисовна. *Функциональная стилистика русского языка*. Нитра: Университет им. Константина Философа, 2014, 114 с. ISBN 978-80-558-0716-4.

⁶⁰ СУДОВЦЕВ Владимир Антонович. *Перевод и научно-техническая информация*. Москва: Высшая школа, 1989, 231 с. ISBN: 5-06-000445-7.

⁶¹ ŽVÁČEK, Dušan. *Úvod do teorie překladu: (pro rusisty)*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1998, 53 s. ISBN 80-7067-814-3.

⁶² РУСАКОВА, Наталия Александровна, ЛЮБЕЗНОВА, Наталья Владимировна. *Практическая и функциональная стилистика русского языка. Учебное пособие* [online]. Саратов: ССЭИ РЭУ им. Г. В. Плеханова, 2015 [cit. 25.7.2019]. Dostupné z: <http://www.seun.ru/content/learning/7/doc/%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0%20%D1%80%D1%83%D1%81%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA%D0%B0%20%D1%83%D0%BF.pdf>.

⁶³ КОЖИНА, Маргарита Николаевна. Научный стиль. In: *Стилистический энциклопедический словарь русского языка*. Москва: ФЛИНТА, 2003, с. 242-248. ISBN 5-89349-342-7.

posledních desetiletí (Krčmová 2008), a sice sekundární předložky, které umožňují přesnější vyjádření složitějších sémantických vztahů (např. *в зависимости от ситуации, за исключением чего, по сравнению с, в отличие от, несмотря на то, что*⁶⁴).⁶⁵

Poslední charakteristickou složkou odborného, respektive vědeckého textu jsou dle M. Krčmové (2008) konkrétní údaje a konvenční znaky „jazyka vědy“, jež potvrzují přesnost, pojmovost, konkrétnost daného komunikátu. Patří k nim různá data, vlastní jména, číslice, značky (např. chemické či fyzikální značky, matematické symboly). Tyto aspekty jsou normovány, tzn. že za různých okolností zůstávají v promluvách neměnné ve vztahu k výrazu a stávají se součástí oborové terminologie.⁶⁶

Celkově lze shrnout odborný styl jako styl jednotný, který svému kýženému cíli v podobě předání věcné informace maximálně podřizuje výstavbu textu, počínaje kompozicí přes větnou stavbu i morfologii a konče lexikem. Komunikáty směřují k maximální ustálenosti (až stereotypnosti), avšak s neustále se rozvíjejícím lexikem.⁶⁷ Grigorjeva (2000) v souvislosti s tím mluví o tzv. metajazyku. Dle jejích slov ho má každá vědecká oblast, díky čemuž vzniká nová terminologie, nové formulace či teorie.⁶⁸ Vzhledem k jeho pevně stanoveným zákonitostem se podílí na rozvoji jazyka spisovného a jeho spisovných prostředků.⁶⁹

⁶⁴ КОЖИНА, Маргарита Николаевна. *Стилистика русского языка*. М.: ФЛИНТА, 2011, 464 с. ISBN 978-5-9765-0256-7.

⁶⁵ KRČMOVÁ, Marie. Pojmovost jako konstituující faktor projevu. Funkční styl odborný. In: ČECHOVÁ, M., KRČMOVÁ, M., MINÁŘOVÁ, E. *Současná stylistika*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2008, s. 208-229. ISBN 978-80-7106-961-4.

⁶⁶ KRČMOVÁ, Marie. Pojmovost jako konstituující faktor projevu. Funkční styl odborný. In: ČECHOVÁ, M., KRČMOVÁ, M., MINÁŘOVÁ, E. *Současná stylistika*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2008, s. 208-229. ISBN 978-80-7106-961-4.

⁶⁷ КОЖИНА, Маргарита Николаевна. Научный стиль. In: *Стилистический энциклопедический словарь русского языка*. Москва: ФЛИНТА, 2003, с. 242-248. ISBN 5-89349-342-7.

⁶⁸ ГРИГОРЬЕВА, Ольга Николаевна. *Стилистика русского языка. Учебное пособие для иностранцев*. Москва: НВИ-ТЕЗАУРУС Москва, 2000, 164 с. ISBN 5-89191-032-2.

⁶⁹ КУБИК, Милослав, ФОРМАНОВСКАЯ, Наталия Ивановна. *Основы языкознания для русистов*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1985, 231 s. Učebnice pro vysoké školy.

1.4.2 Morfologie

Vzhledem k potlačování autorské individuality odborný styl nemá mnoho specifických morfologických rysů. Jedním z prvních je tendence k neutralizaci konkurence mužského a ženského rodu při označení funkcí či profesí (např. *директор* v českém úzu označuje *ředitele* i *ředitelku*). Dále je výrazná preference tvarů substantiv před slovesnými výrazy (např. *мы не соблюдаем – несоблюдение*). Velmi často dochází k nahrazování osobních forem deagentizovanými konstrukcemi, které jsou hojně přestaveny opisným pasivem (např. *мы показали – нами показано*).⁷⁰ Charakteristickým prvkem morfologické stránky odborného textu je také již zmíněná spisovnost. Podtrhuje ji častější užívání přítomného času u sloves (prézens). Čas budoucí (futurum) je zastoupen minimálně.⁷¹

K výrazným znakům odborného komunikátu z hlediska morfologických kategorií patří užívání genitivu substantiv obou čísel. Ze skupiny substantiv se poměrně více využívají střední rod a abstraktní slovní zásoba jako *мышление, гипотеза, точка зрения* atd.⁷² Z přítomných slovesných tvarů je nejčastější 3. os. pl. – dle M. Krčmové (2008) 67,7 – 69,4 %⁷³. Už jen autorský plurál zajišťuje poměrně častý výskyt 1. os. pl. Z kategorie slovesného způsobu jednoznačně vyniká indikativ.⁷⁴

⁷⁰ ВАЙКОВА, Larisa a Josef SKÁCEL. *Стилистика современного русского языка: пособие для студентов-русистов*. Ostrava: Ostravská univerzita, 1994, 100 s. ISBN 80-7042-401-X.

⁷¹ TĚŠITELOVÁ, Marie a kol. *Kvantitativní charakteristiky současné odborné češtiny (v rámci věcného stylu)*. Praha: ÚJČ 1983, 111 s.

⁷² КОРИНА, Наталья Борисовна. *Функциональная стилистика русского языка*. Нitra: Университет им. Константина Философа, 2014, 114 с. ISBN 978-80-558-0716-4.

⁷³ KRČMOVÁ, Marie. Pojmovost jako konstituující faktor projevu. Funkční styl odborný. In: ČECHOVÁ, M., KRČMOVÁ, M., MINÁŘOVÁ, E. *Současná stylistika*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2008, s. 208-229. ISBN 978-80-7106-961-4.

⁷⁴ РУСАКОВА, Наталия Александровна, ЛЮБЕЗНОВА, Наталья Владимировна. *Практическая и функциональная стилистика русского языка. Учебное пособие* [online]. Саратов: ССЭИ РЭУ им. Г. В. Плеханова, 2015 [cit. 25.7.2019]. Dostupné z: <http://www.seun.ru/content/learning/7/doc/%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0%20%D1%80%D1%83%D1%81%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA%D0%B0%20%D1%83%D0%BF.pdf>.

1.4.3 Syntax

Obsahová rozmanitost textů odborného stylu je opravdu velkolepá, avšak jejich cíl je společný. Jde o jednoznačné, informačně nasycené sdělení s maximální podporou denotativního významu, logicky strukturované posloupnosti textu a transparentnosti jeho jednotek pro přesnou interpretaci a minimalizaci mylných účinků.⁷⁵

Logicky strukturovaná posloupnost je základem stylizace odborného textu. Netýká se to pouze velkých celků (např. kapitoly, podkapitoly, odstavce), ale i vět, jež jsou v této oblasti spojovány do složitějších syntaktických celků.⁷⁶

Slovanské jazyky typu ruština a čeština patří do skupin jazyků s volným slovosledem, avšak ani tento znak není absolutní, má své hranice, které jsou dány třemi faktory: syntaktickou strukturou vět, aktuálním členěním projevu a stylistickým zabarvením.⁷⁷ I v textu odborného stylu, které mají jasnou neutrální formu, jsou povoleny jisté odklony od normy, například pro podtržení informace při použití inverze.⁷⁸

Lze říci, že odborný styl vytváří celou řadu standardních struktur a konstrukcí, přičemž osobnost a styl autora jsou potlačeny. Původce děje bývá často nevyjádřen, popřípadě je vyjádřen neurčitě či všeobecně. K tomuto účelu slouží různé syntaktické prostředky, z nichž můžeme jmenovat věty s neurčitým a všeobecným podmětem a věty neosobní (srov. *Этим свойством постоянно пользуются в технике... – Тého vlastности využíváте // се využívá...; Мы знаем, что... – Известно, что...; Можно понимать... Следует остановиться...*). Podobné věty jsou v ruském jazyce užívány v hojné míře; v českém jazyce je jejich užití limitováno určitými pravidly. Oblíbenou

⁷⁵ КОЖИНА, Маргарита Николаевна. Научный стиль. In: *Стилистический энциклопедический словарь русского языка*. Москва: ФЛИНТА, 2003, с. 242-248. ISBN 5-89349-342-7.

⁷⁶ КОЖИНА, Маргарита Николаевна. Научный стиль. In: *Стилистический энциклопедический словарь русского языка*. Москва: ФЛИНТА, 2003, с. 242-248. ISBN 5-89349-342-7.

⁷⁷ FLÍDROVÁ, Helena, ŽAŽA, Stanislav. *Синтаксис русского языка в сопоставлении с чешским*. Brno: Tribun EU, 2013, 157 s. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-263-0355-8.

⁷⁸ FLÍDROVÁ, Helena, ŽAŽA, Stanislav. *Синтаксис русского языка в сопоставлении с чешским*. Brno: Tribun EU, 2013, 157 s. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-263-0355-8.

formou jsou také pasivní větné konstrukce (např. *считается, характеризуется, указывается*), jež obrací pozornost od původce děje k ději samotnému.⁷⁹

Kvůli předání složitých odborných myšlenek jsou pro český odborný styl charakteristické četné složité konstrukce a souvětí, ve kterých převládají infinitivní a pasivní obraty, dějová substantiva i adjektiva, kvantitativní údaje jako komparativy a superlativy adjektiv či adverbíí, přechodníkové vazby, které jsou však oproti ruskému úzu velmi vzácně zastoupeny.⁸⁰ Další odlišností je zvýšená frekvence užití syntaktického způsobu pojmenování v češtině (např. *подробоват аналýза – аналýзоват*) na úkor analytického, kdežto v ruském odborném prostředí je to naopak: syntaktické konstrukce jsou potlačovány ve prospěch analytických (např. *подвергать аналýзу – аналýзировать*).⁸¹ Dalšími prvky jsou mezinárodně uznávané či ustálené značky, symboly či zkratky.⁸²

Specifikem odborného sdělení jsou také předložkové a spojovací výrazy. Jedná se o hojnější užívání sekundárních předložek (např. *в отличие от...; в соответствии с...*) a spojek (např. *в виду того, что...; несмотря на то, что...; после того, как...*), a to zejména v souvětích, Avšak i když je v psaném projevu věta průměrně delší než v projevu mluveném, větný celek je ve výsledku mnohdy kratší – souvětí je tvořeno menším počtem vět⁸³. Vzhledem k maximální nasycenosti, hutnosti, ekonomičnosti sdělení a vysoké pojmovosti lze pozorovat nárůst souvětí, hlavně vedlejších vět přívlastkových, které se používají například při řešení typicky ruského obmykání, též známého jako interpoziční slovosled.⁸⁴ Následující příklad byl převzat

⁷⁹ ŽVÁČEK, Dušan. *Úvod do teorie překladu: (pro rusisty)*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1998, 53 s. ISBN 80-7067-814-3.

⁸⁰ FLÍDROVÁ, Helena, ŽAŽA, Stanislav. *Синтаксис русского языка в сопоставлении с чешским*. Brno: Tribun EU, 2013, 157 s. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-263-0355-8.

⁸¹ ŽVÁČEK, Dušan. *Кapитолы з теорие прёклада I: (одборный прёклад)*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1995, 51 s. ISBN 80-7067-489-X.

⁸² FLÍDROVÁ, Helena, ŽAŽA, Stanislav. *Синтаксис русского языка в сопоставлении с чешским*. Brno: Tribun EU, 2013, 157 s. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-263-0355-8.

⁸³ Dle Krčmové (In Čechová a kol., 1997) má psané souvětí průměrnou délku 2,73 – 2,82 vět, kdežto mluvené 3,36 vět.

⁸⁴ FLÍDROVÁ, Helena, ŽAŽA, Stanislav. *Синтаксис русского языка в сопоставлении с чешским*. Brno: Tribun EU, 2013, 157 s. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-263-0355-8.

od Z. Vychodilové (2013): *На остановке стоял готовый к отъезду автобус. – На заставце stal autobus, připravený k odjezdu.*⁸⁵

Pro jasné vyjádření vztahu příčiny a následku jsou v textech odborného stylu užívány zvláště spojky (např. *если... то, так что, в то время как, тогда как...*). K témuž slouží i použití příslovečných spřežek (*после того, потом, как правило*), spojovacích vazeb (*и потому, поэтому, в соответствии с чем, следовательно, благодаря этому, в результате этого...*) apod. K vyjádření postupného rozvinutí myšlenky napomáhá použití vsuvkových slov a slovních spojení (*действительно, разумеется, во-первых, во-вторых, наконец, итак, таким образом*). Používají se také různé vysvětlivky, poznámky (např. *иными словами, т.е. atd.*), odkazy na zdroje (např. *по мнению автора, по данным исследователя, по сообщению* a další).⁸⁶

Nedílnou součástí syntaxe je aktuální členění. Skládá se ze dvou částí: základní části výroku (tématu), jež označuje předměty nebo fakta, která jsou adresátovi již známá, a jádra výpovědi (rématu) nebo-li nové informace, která tvoří podstatu dané výpovědi. Réma je umisťováno v odborných projevech na konec, aby se stalo základním kamenem pro další tvorbu sdělení. H. Flídrová a S. Žaža (2013) uvádí následující jednoduchý příklad, který odpovídá na otázku *Кто приедет завтра? Завтра приедет дядя*. Zde se réma nachází ve slově *дядя*, jelikož je odpovědí na zadanou otázku, tzn. je novou, zásadní informací v textu.⁸⁷

1.4.4 Výstavba textu

Hlavním smyslem odborného funkčního stylu je prezentace zjištěných poznatků, které vytvoří základ pro další myšlení a případný vývoj v praxi, s čímž souvisí i „nedokončenost“ textu. Komunikát je otevřen k diskuzi a může být dokonce prohlášen za nepravdivý. Jedná se tedy o styl veřejné jazykové komunikace. Texty musí být zcela precizně připraveny. Autor zodpovídá za obsahovou správnost, dodržení kompozičních,

⁸⁵ VYCHODILOVÁ, Zdeňka. *Введены в теорию перевода для русистов*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 83 s. Skripta. ISBN 978-80-244-3417-9.

⁸⁶ ŽVÁČEK, Dušan. *Капитолы з теории перевода I: (одборный перевод)*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1995, 51 s. ISBN 80-7067-489-X.

⁸⁷ FLÍDROVÁ, Helena, ŽAŽA, Stanislav. *Синтаксис русского языка в сопоставлении с чешским*. Brno: Tribun EU, 2013, 157 s. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-263-0355-8.

stylizačních pravidel a především se musí pohybovat v mezích spisovného jazyka. Vzhledem k výše uvedeným faktorům se dané texty vyskytují převážně v písemné podobě, avšak existují i mluvené projevy (např. referát, přednáška či panelová diskuse). Ovšem i tyto varianty mívají psané, pečlivě připravené podklady.⁸⁸ D. Žváček (1998) písemnou formu definuje v rámci odborného stylu jako formu primární, základní.⁸⁹

M. Krčmová (2008) doplňuje, že tvorba textu je sice do jisté míry ovlivněna časem i místem, sice v sobě odráží stav společnosti či dobu vzniku, avšak velmi omezeně – náznaky jsou patrné spíše jen v promluvách, v úvodních slovech apod. Celkově se autor snaží o situační nezakotvenost a s ní související nadčasovost, aby text byl pochopitelný a jednoznačný i v budoucnu.⁹⁰

Přehlednost, jednoznačnost, jasnost vyjádření jsou zajištěny také výstavbou textu. Již při prvopočátku tvorby textů, při získávání informačních či výzkumných dat si autor vytváří předběžný koncept práce, její základní strukturu i obsahovou stránku v rámci úzu obecného odborného stylu i v rámci konkrétního oboru.⁹¹

Kompozice daného stylu má velmi promyšlený charakter s mezinárodní platností. Základní členění je determinováno procesem zpracování poznatků či přístupem k problému: zda se jedná o syntézu nebo analýzu. Projev má celkem čtyři obecné části, a sice popisný název, obecnější úvod, jehož úkolem je podnítit v adresátovi zájem. Následuje vlastní stať, která se zabývá vybranou problematikou a může být dále vnitřně členěna, a posledním shrnujícím prvkem je závěr s pregnantní formulací dosažených výsledků. U vědeckých prací se setkáváme ještě s cizojazyčnými částmi, s abstraktem

⁸⁸ ГРИГОРЬЕВА, Ольга Николаевна. *Стилистика русского языка. Учебное пособие для иностранцев*. Москва: НВИ-ТЕЗАУРУС Москва, 2000, 164 с. ISBN 5-89191-032-2.

⁸⁹ ŽVÁČEK, Dušan. *Úvod do teorie překladu: (pro rusisty)*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1998, 53 s. ISBN 80-7067-814-3.

⁹⁰ KRČMOVÁ, Marie. Pojmovost jako konstituující faktor projevu. Funkční styl odborný. In: ČECHOVÁ, M., KRČMOVÁ, M., MINÁŘOVÁ, E. *Současná stylistika*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2008, s. 208-229. ISBN 978-80-7106-961-4.

⁹¹ KRČMOVÁ, Marie. Pojmovost jako konstituující faktor projevu. Funkční styl odborný. In: ČECHOVÁ, M., KRČMOVÁ, M., MINÁŘOVÁ, E. *Současná stylistika*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2008, s. 208-229. ISBN 978-80-7106-961-4.

(na začátku textu) a resumé. Obě v sobě nesou shrnující informace o zvoleném projevu, jeho hlavní myšlenky.⁹²

Další významným prvkem je monotematicnost kapitol a odstavců. Jejich propojení je na myšlenkové bázi, nikoliv primárně přes konektory jako jsou například spojky (např. *значит, кроме того*). Celkovou kohezi enumerativního textu zprostředkovávají také textové orientátory (např. *во первых, наконец, с одной стороны*) či deiktické výrazy, především deiktická zájmena, která odkazují k jednotlivým prvkům komunikátu (např. *это, такой, этот, еѐ*). Napojení na jiné odborné zdroje umožňují citace, parafráze, aluze, poznámkový aparát a také samotné seznamy literatury.⁹³

Z výše uvedeného je zřejmé, že problematika členění je poměrně složitá, proto se pro snadnější orientaci v textu dále používají např. paragrafy, mezititulky, odkazy uvnitř textu, rejstříky, marginálie či univerzální a flexibilní mezinárodní desetinné třídění z počátku 20. století od belgických právníků Paula Otleta a Henriho la Fontaina^{94 95}. Vizuálním znakem členění je také použití různé velikosti a typu písma. Vše může být ještě doplněno prostředky jiných kódů (ilustrace, tabulky, schémata apod.).⁹⁶

⁹² КОЖИНА, Маргарита Николаевна. *Стилистика русского языка*. М.: ФЛИНТА, 2011, 464 с. ISBN 978-5-9765-0256-7.

⁹³ FLÍDROVÁ, Helena, ŽAŽA, Stanislav. *Синтаксис русского языка в сопоставлении с чешским*. Brno: Tribun EU, 2013, 157 s. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-263-0355-8.

⁹⁴ HÁNDLOVÁ Olga. *Dějiny a vývoj MDT*. KIVI: Knihovnictví a informační věda informuje [online]. 2004 [cit. 2014-06-18]. ISSN 1214-7265. Dostupné z: <http://www.phil.muni.cz/kivi/clanky.php?cl=25>.

⁹⁵ КОЖИНА, Маргарита Николаевна. Научный стиль. In: *Стилистический энциклопедический словарь русского языка*. Москва: ФЛИНТА, 2003, с. 242-248. ISBN 5-89349-342-7.

⁹⁶ KRČMOVÁ, Marie. Pojmovost jako konstituující faktor projevu. Funkční styl odborný. In: ČECHOVÁ, M., KRČMOVÁ, M., MINÁŘOVÁ, E. *Současná stylistika*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2008, s. 208-229. ISBN 978-80-7106-961-4.

2 SPECIFIKA PŘEKladU ODBORNÝCH TEXTŮ

Překladačský proces neznamená pouze statické zaměňování znaků jazyka výchozího za prostředky jazyka druhého. Jde o specifickou rekonstrukci informace, o značně komplikovanou činnost, jež kromě výborné znalosti obou jazyků vyžaduje také všeobecný přehled, tzn. znalosti historie, kultury a reálií daných zemí. Jazykové prostředky mají pouze funkci komunikativní, primární je obsah informací. Samozřejmostí by měla být teoretická znalost všech metod a postupů potřebných pro překlad a jejich aplikace a také rámcové obeznámení s danou tematickou oblastí v obou jazycích. Velmi často nastává situace, kdy nelze text přeložit slovo od slova. Každý z jazyků má svá pravidla, svůj úzus, výrazový standard, stylistiku, sémantiku či pragmatiku. Překladatel také musí zohlednit příbuznost prvků, jejich schopnost koexistence s jinými prvky. Jde o soubor specifík, jež je zapotřebí rozšifrovat, pochopit a přenést je do jiného jazykového systému, mnohdy velmi odlišného, a to ekvivalentně a ve všech rovinách tak, aby výsledkem byl funkční ekvivalent s adekvátním vyjádřením záměru originálu.⁹⁷

Podstatu vidí V. A. Sudovcev (1989) v tzv. gramatickém čtení, při kterém dochází k lexikálně-gramatické analýze textu. Překladatel by si měl komunikát rozčlenit do menších významových částí až do základních větných členů, čímž by měl předcházet jazykové interferenci. Dále si v této fázi ujasní nejdůležitější prvky, jejich smysl a vytvoří si i prostor pro nalezení neznámých slov. Závěrečným procesem je formulace adekvátního překladu.⁹⁸

O. Man (2010, s. 130) definuje překlad jako „specifický jazykově znakový převod slovesného díla A z jednoho jazyka ve slovesné dílo B v druhém jazyce vyjádřený příslušnými prostředky tak, aby byla zachována obsahová (významová), estetická, stylistická a ideová hodnota originálu.“⁹⁹

⁹⁷ ŽVÁČEK, Dušan. *Kapitoly z teorie překladu I: (odborný překlad)*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1995, 51 s. ISBN 80-7067-489-X.

⁹⁸ СУДОВЦЕВ Владимир Антонович. *Перевод и научно-техническая информация*. Москва: Высшая школа, 1989, 231с. ISBN: 5-06-000445-7.

⁹⁹ MAN, Oldřich. Otázky ekvivalence v odborném překladu. In: GROMOVÁ, E., M. HRDLIČKA a V. VILÍMEK. *Antologie teorie odborného překladu: Výběr z prací českých a slovenských autorů*. 3. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2010, s. 130-135. ISBN 978-80-7368-801-1.

A. V. Fedorov (1968) zastává názor, že překladatel má věnovat pozornost všemu, co se nachází v textu originálu, a to bez jakýchkoliv úprav, včetně eliminace informací. Pokud by něco vynechal, nemohl by svou práci nazývat překladem. Dle jeho slov je přeložitelné vše, jen je občas nutné použít jiné prostředky či výrazy. Dále se věnuje otázce přeložitelnosti v souvislosti s adekvátností překladu, kdy místo slova adekvátnost dosazuje slovo *полноценность* (plnohodnotnost). Pojem definoval následovně (1968, s. 127): „*Полноценность перевода означает исчерпывающую точность в передаче смыслового содержания подлинника и полноценное функционально – стилистическое соответствие ему.*“¹⁰⁰

A. V. Fedorova a jeho názory na složitou problematiku překladu, možnosti případných kompenzačních překladatelských postupů a nezbytné ucelenosti textu překladu potvrzuje i D. Žváček (1995, s. 18). Říká, že „výpovědní celek (často velmi rozsáhlý) je však právě jako celek přeložitelný vždy.“¹⁰¹

Dle J. Levého (1958) je jednou ze základních otázek překladatelské činnosti, ať už na teoretické či praktické úrovni, koncepce věrnosti a volnosti překladu a dále naplňování formální a obsahové ekvivalence.¹⁰²

Pojetí dané otázky se různí, my se však kloníme k rozdělení dle V. A. Sudovceva (1989).

Pojem adekvátnost překladu značí při dodržení lexikálně-gramatické stránky naprosté pochopení předmětu textu překladu a jeho správná interpretace. Výsledek překladatelské činnosti musí být naprosto rovnocenný originálnímu textu.¹⁰³

Ekvivalentní překlad je takový překlad, který v plném rozsahu zahrnuje základní obsahové funkce originálního textu.¹⁰⁴

¹⁰⁰ ФЕДОРОВ, Андрей Венедиктович. *Основы общей теории перевода: (лингвистический очерк)*. Изд. 3-е перер. и доп. Москва: Высшая школа, 1968, 395 с.

¹⁰¹ ŽVÁČEK, Dušan. *Kapitoly z teorie překladu I: (odborný překlad)*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1995, 51 s. ISBN 80-7067-489-X.

¹⁰² LEVÝ, Jiří. *Úvod do teorie překladu*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1958, 109 s. Učební texty vysokých škol.

¹⁰³ СУДОВЦЕВ Владимир Антонович. *Перевод и научно-техническая информация*. Москва: Высшая школа, 1989, 231с. ISBN: 5-06-000445-7.

D. Žváček (1998) doplňuje, že současná literatura zasvěcená teorii překladu užívá termín ekvivalent v souvislosti s menšími, ohraničenými úseky textu, kdežto pojem adekvátnost se vztahuje k částem delším.¹⁰⁵

Dle I. S. Alexejevové (2004) je důležité, aby informace obsažené v původním komunikátu byly předány adresátovi prostřednictvím jazykových prostředků, které sám ovládá a užívá.¹⁰⁶

D. Knittlová (2010) uvádí ruského teoretika i praktika V. N. Komissarova, jenž vymezil oblasti překladu pomocí rovin ekvivalentnosti, které probíhají na úrovni jazykových znaků, výroků, sdělení, popsání situace či na úrovni komunikačního cíle, z čehož opět vyplývá, že každý překlad při specifické interpretaci původního projevu je přeložitelný. Každý překladatel si musí najít svou (nejlépe tzv. zlatou střední) cestu, neboť určitá volnost překladu je nutná pro zachování čtivosti bez ztráty významu.¹⁰⁷ Dle D. Žváčka (1995) jde o tvůrčí charakter překladatelské práce, který v rámci překladu odborných textů povoluje jisté úpravy pro zlogičtění překládané informace.¹⁰⁸

Odborný text je dle dříve uvedeného charakteristický speciálními termíny a terminologickými slovními spojeními. Pokud existuje ekvivalentní terminologické pokrytí v obou jazycích překladu, spočívá práce v nalezení adekvátního substituentu. Ovšem vzhledem k neustálému vývoji vědeckých oblastí a s ním spojenou rozvíjející se terminologií je tato situace mnohdy velmi komplikovaná a nedá se vyřešit pouhou záměnou jedné terminologické jednotky původního textu za terminologickou jednotku systému překladu. V této situaci je nutné za dodržení slovtvorných zákonitostí daného

¹⁰⁴ СУДОВЦЕВ Владимир Антонович. *Перевод и научно-техническая информация*. Москва: Высшая школа, 1989, 231 с. ISBN: 5-06-000445-7.

¹⁰⁵ ŽVÁČEK, Dušan. *Úvod do teorie překladu: (pro rusisty)*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1998, 53 s. ISBN 80-7067-814-3.

¹⁰⁶ АЛЕКСЕЕВА, Ирина Сергеевна (2004): *Введение в переводоведение. Учебно пособие*. Москва: Издательский центр „Академия“, 2004, 352 с. ISBN 5-7695-1542-2.

¹⁰⁷ KNITTLOVÁ, Dagmar, GRYGOVÁ, Bronislava a ZEHNALOVÁ, Jitka. *Překlad a překládání*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, 2010, 291 s. Monografie. ISBN 978-80-244-2428-6.

¹⁰⁸ ŽVÁČEK, Dušan. *Kapitoly z teorie překladu I: (odborný překlad)*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1995, 51 s. ISBN 80-7067-489-X.

jazyka přistoupit k vlastnímu překladu, spolupracovat s odborníkem příslušné oblasti a používat všechny dostupné materiály jako slovníky, odborné příručky, encyklopedie, sekundární literaturu apod. Dle slov M. Hrdličky (2003) se tak jedná o stále otevřenou oblast.¹⁰⁹

Komunikát odborného stylu je tvořen nejen speciálními termíny a terminologickými slovními spojeními, ale také již zmíněnými ustálenými obraty, reáliemi či zkratkami. Reálie zdrojového jazyka se dle Z. Vychodilové (2013) dělí obecně na geografické (např. *перья, секвойя*), etnografické (např. *горница, кумыс*) a společensko-politické (např. *хан, урядник*), které se dají přeložit dvěma základními způsoby, a to transkripcí (např. *спутник – sputnik*) a přímým překladem, jenž v sobě zahrnuje překlad za pomoci kalku či částečného kalku (např. *Dritte Reich – третий рейх*), dále tzv. naturalizací, kdy reálii výchozího jazyka zaměníme analogickou reálií jazyka cílového (např. *bell-boy – коридорный*), a exotizací, kdy se cizojazyčná reálie stane součástí jazyka překladu a dojde k její adaptaci (např. *Walkure – валькирия*). Vhodným způsobem může být ještě explikace či překlad s komentářem (viz kapitola 2.2).¹¹⁰ Překlad zkratek je rozsáhlé téma samo o sobě, avšak pro naše účely postačí, když zmíníme dva nejčastější postupy při jejich překladu, které uvádí Jelínková (2012). Základ prvního způsobu je položen na zachování původní zkratky, kdy dojde zároveň k překladu výchozího plného pojmenování (např. *USA [United States of America] = USA [Spojené státy Americké]*). Druhý proces začíná rozšifrováním již samotné původní zkratky, jejího plného pojmenování, na základě kterého dojde k vytvoření zkratky české (např. *ILO [International Labour Organization] = MOP [Mezinárodní organizace práce]*).¹¹¹ Překlad stereotypních konstrukcí či slov je dán zvyklostmi cílového jazyka.¹¹²

¹⁰⁹ HRDLIČKA, Milan. Odborný text a jeho translace. In: *Antologie teorie odborného překladu: (výběr z prací českých a slovenských autorů)*. Ostrava: Repronis, 2003, s. 59-63. ISBN 80-7329-026-X. 59-63

¹¹⁰ VYCHODILOVÁ, Zdeňka. *Введение в теорию перевода для русистов*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 83 s. Skripta. ISBN 978-80-244-3417-9.

¹¹¹ JELÍNKOVÁ, J. *Abreviatury a zkratková slova v současné ruské publicistice a jejich české ekvivalenty (společensko-politická oblast)*. Magisterská diplomová práce. Brno: Masarykova Univerzita, 2012. 130 s.

¹¹² ILEK, Bohuslav. Místo teorie odborného překladu v soustavě věd o překladu. In: *Antologie teorie odborného překladu: (výběr z prací českých a slovenských autorů)*. Ostrava: Repronis, 2003, s. 10-17. ISBN 80-7329-026-X.

Pozornost při překladu odborného stylu musí být věnována plánu obsahu, jeho lexikální základně i syntakticko-sémantické struktuře vět. Primární je vzhledem k funkcím odborného stylu přenos věcné stránky sdělené s ohledem na jazykové a vyjadřovací standardy jazyka překladu. Neodmyslitelnou součástí je aspekt pragmatický, tj. vliv užitých výrazových prostředků na cílového adresáta.¹¹³

2.1 PŘEKLADATEL ODBORNÍK/NEODBORNÍK V DANÉM OBORU

OBORU

Většina teoretiků se shoduje v tom, že odborný text může být překládán jak překladateli, kteří jsou současně odborníky na dané téma, tak profesionálními překladateli, kteří však odborníky nejsou. Právě neodborníkům je doporučeno pracovat při překladu s primární i sekundární literaturou a zároveň text konzultovat s odborníky, což v maximální možné míře zaručí věcnou i vyjadřovací správnost překladu.¹¹⁴

D. Žváček (1998) dále předkládá myšlenku, že budou-li jeden a tentýž text překládat zvláště odborník v daném oboru a profesionální překladatel (neodborník), přistoupí k překladu jiným způsobem. Odborník bude mít podle něj při překladu větší schopnost provádět změny, především v oblasti syntaxe. Dovolí si např. rozdělit složité souvětí do několika kratších vět, aby tak napomohl lepšímu pochopení a přehlednosti textu, aniž by při tom modifikoval předávanou informaci. Na druhou stranu překladatel neodborník bude mít větší tendenci držet se předlohy a provádět minimální změny, aby se tak vyhnul případným posunům v kontextu. Do textu bude zasahovat pouze v nejnnutnějších případech, kdy např. nahradí přechodníky nebo přídělními slovními či větnými konstrukcemi. D. Žváček je přesvědčen, že pro odborníka bude základní jednotkou překladu větší tematický celek, např. odstavec, zatímco pro překladatele neodborníka to budou převážně menší celky, např. věty.¹¹⁵

¹¹³ HRDLIČKA, Milan. Odborný text a jeho translace. In: *Antologie teorie odborného překladu: (výběr z prací českých a slovenských autorů)*. Ostrava: Repronis, 2003, s. 59-63. ISBN 80-7329-026-X.

¹¹⁴ ŽVÁČEK, Dušan. *Kapitoly z teorie překladu I. Odborný překlad*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1995, 51 s. ISBN 80-7067-489-X.

¹¹⁵ ŽVÁČEK, Dušan. *Úvod do teorie překladu: (pro rusisty)*. 2. Vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1998, 53 s. ISBN 80-7067-814-3.

Tento názor je však vhodný k diskusi, jelikož může dojít i k opačnému náhledu na věc. Překladatel-specialista vzhledem k hluboké znalosti svého oboru bude tíhnout k složitým souvětím, nebude potřebovat dělit velké větné konstrukce na jednodušší, menší celky. Pochopení složitých konstrukcí je pro něj běžná praxe. Kdežto neodborník pro maximální eliminaci případných chyb z nedostatečného pochopení problematiky (tzv. věcného uklouznutí) by se mohl uchýlovat k jednodušším, menším celkům.¹¹⁶

2.2 METODY A POSTUPY PŘEKLADATELSKÉ PRÁCE

Překladatelský proces je možné rozčlenit do několika fází. Např. podle J. Levého (1983) se jedná o stadia filologického pochopení předlohy, její interpretace a následného přestylizování. Dojde nejprve k dekodování původního jazyka a textu, na základě kterého se formulují prostředky jazyka cílového tak, aby přeložený projev v konečné fázi dekoval i cílový čtenář. Pro vznik tohoto procesu je tedy zapotřebí dvojčlenného komunikačního řetězce.¹¹⁷ D. Žváček (1995) vymezuje fáze dvě. Prvotní představuje porozumění komunikátu, včetně všech skutečností, které jsou analyzovány v textu originálu. Druhá fáze představuje zanesení skutečností do obsahu textu překladu. Autor v souvislosti s tím mluví o tzv. obsahové rekonstrukci.¹¹⁸ V historii pojetí překladu vzniklo mnoho názorů na klasifikaci metod a postupů překladatelské práce a žádná z nich není dogmatická, ovšem obecně se dá říct, že všechny vedou k jednomu cíli, a sice zajistit takový překlad, který obsahově i formálně bude odpovídat výchozímu textu. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že všechny nástroje práce by měly překladateli pomoci se správnou interpretací původní myšlenky. My se v naší práci přikláníme ke klasifikaci překladatelských transformací, která je založena na lingvistických pojmech jako obsah a forma vyjádření a vznikla na základě teorií V. N. Komissarova, L. S. Barchudarova a J. I. Reckera. Její autorkou je Z. Vychodilová (2013), jež danou problematiku ve své publikaci uvádí definicí samotné překladatelské transformace (Vychodilová, 2013, s. 35): „переводческую операцию, при которой переводимая единица исходного языка

¹¹⁶ SVOBODOVÁ, Daria. *Teorie a praxe překladu odborného textu z oblasti porodnictví* [online]. Brno, 2012 [cit. 5. 1. 2020]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta Dostupné z: <<https://is.muni.cz/th/qjutc/>>.

¹¹⁷ LEVÝ, Jiří. *Umění překladu*. Praha: Panorama, 1983, 396 s. Pyramida.

¹¹⁸ ŽVÁČEK, Dušan. *Kapitoly z teorie překladu I: (odborný překlad)*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1995, 51 s. ISBN 80-7067-489-X.

в языке перевода превращается в формально другую единицу (в свой трансформ) при соблюдении общего инварианта содержания.“¹¹⁹

Překladatelské transformace se dělí na:

1. Formální transformace
2. Sémantické transformace

2.2.1 Formální transformace

V rámci formálních transformací se vyskytnou lexikální i gramatické transformace. K této skupině transformací řadíme transkripci, transliteraci, transplantaci, kalkování, záměnu gramatických kategorií, záměnu slovních druhů, záměnu větných členů, univerbizaci, multiverbizaci, změnu slovosledu, kompresi (kondenzaci) a spojování nebo rozdělování vět.

Při **transkripci** se pracuje s tzv. fonetickým přepisem nebo-li jevem, kdy se slovo z výchozího jazyka do cílového jazyka přepisuje podle přesné výslovnosti (např. *Chopin* – *Шопен*).

Transliterace je transformace zaměřená na věrný přepis slova po písmenu z jednoho písma do druhého (např. *Karlovy Vary* – *Карловы Вары*).

Transplantace spočívá v přenesení grafémů lexikální jednotky ze systému výchozího jazyka (většinou psaného latinkou) do jiného grafického systému jazyka cílového (často užívajícího azbuku (např. *Deník The Washington Times otiskl zprávu...* – *Ежедневник The Washington Times опубликовал информацию...*).

Kalkování představuje přesný překlad morfémů z výchozího jazyka do jazyka cílového ať už na úrovni slov, či slovních spojení. Jde o kopírování lexikální struktury (např. *mass culture* – *masová kultura* – *массовая культура*).

Záměna gramatických kategorií je nejčastější reprezentována změnou čísla (např. singulár: *информация* – plurál: *informace*), slovesného času a vidu (např. *он готовился* – *приправил se*). Obecně zahrnuje takové záměny, jež provede sám

¹¹⁹ VYCHODILOVÁ, Zdeňka. *Введена в теорию перевода для русистов*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 83 s. Skripta. ISBN 978-80-244-3417-9.

překladatel, což se netýká například neshod v gramatických kategoriích rodu (*чернила – inkoust, банк – banka*).

K hojně užívaným formálním transformacím patří **záměna slovních druhů**. Existuje mnoho typů této záměny. Určující je skutečnost, jakým slovním druhem je vyjádřena jednotka v cílovém jazyce (nominalizace, adjektivizace, pronominalizace, verbalizace a další). Následující příklad představuje nominalizaci: *Она обедала в ресторане. – Olga obědvávala v restauraci*.

Na změnu syntaktické struktury má velký vliv **záměna větných členů**. V rusko-českém plánu dochází nejčastěji k záměně přívlastku neshodného za přívlastek shodný (např. *служба здравоохранения – zdravotnická služba*).

Záměna multiverbizačního pojmenování univerbizačním při zachování smyslu jednotky je proces, kdy v případě víceslovného pojmenování výchozího jazyka použijeme v jazyce cílovém pojmenování jednoslovné, tj. **univerbizace** (např. *пункт проката – půjčovna*). V opačném případě se jedná o **multiverbizaci** (např. *менеджмент – výběrové řízení*).

Odlišnosti jazykových systémů se projevují ve **změně slovosledu**. Existují jazyky, které mají stanovený pevný slovosled (anglický jazyk, německý jazyk a další), avšak ruština ani čeština k nim nepatří. Jedná se o příbuzné jazyky, jejichž blízkost je při překladu častou příčinou vzniku interferenčních chyb. Slovosled závisí také na aktuálním členění. V českém prostředí je réma kladeno na konec věty, kdežto v ruském jazyce se může objevit i před posledním slovem (např.: *Петр выиграл соревнование. – Petr soutěž vyhrál.*). Typickým jevem, zasahujícím do slovosledu při překladu z ruštiny do češtiny, je obmykání, též známé jako interpoziční slovosled (např. *вынесенное судом решение – rozhodnutí, které soud vynesl*).

Velmi častou překladatelskou transformací, užívanou při překladu z ruštiny do češtiny, je tzv. **dekomprese (dekondenzace)**. Jde o rozvolnění hutné informace ať už na úrovni samotného výrazu, či větných staveb. Typickou oblastí je překlad přechodníkových a participiálních konstrukcí, které jsou v českém úzu nejčastěji nahrazovány větami vedlejšími (např. *Приехавшая комиссия осмотрела завод. – Komise, která přijela, si prohlédla továrnu.*).

Jak už samotný název překladatelského postupu napovídá, při procesu **spojování nebo rozdělování vět** dochází buď ke sloučení dvou či více vět do jedné věty (*Наташе было 35 лет. Она любила ездить на мотоцикле. – Nataše bylo 35 let a ráda jezdila na motorce.*), nebo se naopak jednoduchá věta rozdělí na více větné souvětí (*Ludmila žila ve slovenském městě Považská Bystrica. – Вера жила в городе Поважска-Бистрица, который находится в Словакии.*).

V rámci překladu v rusko-českém plánu se také setkáváme se **záměnou gramatického statusu větné konstrukce**, hojně například záměnou trpné konstrukce za činnou (*Мне хочется, чтоб эти слова никогда не были сказаны. – Chtěla bych, aby tato slova nikdy nevyřkl.*) nebo se záměnou věty se všeobecným podmětem za větu s určitým podmětem.

2.2.2 Sémantické transformace

K sémantickým transformacím Z. Vychodilová (2013) řadí: konkretizaci, generalizaci, diferenciaci, modulaci, antonymický překlad, kompenzaci, komplexní transformaci, rozšíření informačního základu a explikaci.¹²⁰

Při **konkretizaci** dochází k lexikální změně, kdy je v cílovém jazyce užito slovo / slovní spojení konkrétnějšího, užšího významu, než tomu bylo v jazyce výchozím (např. anglické sloveso *to say / to tell* má několik významů: *заметить, повторить, сообщать, возразить*).

Generalizace je protikladným jevem k předchozí konkretizaci, tzn. výraz s konkrétním významem v textu originálu je nahrazen výrazem obecnějšího charakteru v jazyce překladu (např. *Купил си Ferrari. – Он купил себе спорткар*).

Lexikálně-sémantické rozdíly v jazykových systémech řeší **diferenciace**. Překladatel je v rámci této transformace nucen si zvolit významově nejadekvátnější variantu. Typickým příkladem je anglické slovo *cherry*, které jak v češtině, tak v ruštině může znamenat *třešeň*, resp. *черешня*, nebo *višeň* – v ruštině *вишня*.

V případě **modulace** dochází k záměně slov nebo slovních spojení. Vztah překladatelských jednotek z obou systémů je založený na logické úvaze, kdy jednotka

¹²⁰ VYCHODILOVÁ, Zdeňka. *Введена в теорию перевода для русистов*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 83 s. Skripta. ISBN 978-80-244-3417-9.

cílového jazyka vychází z jednotky jazyka výchozího. Nejčastěji jde o vztah příčiny a následku (např.: *He's dead now. – Он умер.*).

Překladatelský proces zvaný **antonymický překlad** je založen na použití antonym. Jedná se o formálně-sémantickou transformaci, kdy se záporné věty stává věta kladná a naopak (např. *немало хлопот – mnoho starostí*).

Proces **kompenzace** se zabývá nemožností převést obsahové prvky určitého místa v textu originálu na shodné místo jazyka překladu. Překladatel v takovém případě musí učinit kompromis a zvolit jiné, avšak adekvátní místo, aby neporušil komplexnost výrazových prostředků (např.: *Теперь из ванной вышла другая женщина, уже вполне в форме: брючки, свитерок с надписью... – Ted' vyšla z koupelny jiná žena: už se dala do gala: sukýnka, svetríček s nápisem...*).

Překladatel se během procesu překládání může setkat též se situací, kdy musí změnit celou větu. Nenahrazuje slovo slovem, ale spíše větu jako celek. V takovém případě se jedná o **komplexní transformaci**, která se využívá například u překladu frazeologismů a idiomů (např. *что за китайские церемонии – kampaň s takovou dvorní etiketou*).

Některé údaje uváděné v komunikátu ve výchozím jazyce (např. reálie, poznatky z kultury, historie, geografie atd.) nemusí být známy čtenáři v jazyce překladu. Pro doplnění informace a její přiblížení adresátovi může překladatel využít metodu **rozšíření informačního základu** (např. *Jel do Znojma. – Он поехал в город Зноймо, который находится в Моравии.*).

Pro vysvětlení informace se používá i tzv. **explikace** (též někdy označována jako opisný překlad). Je využívána při překladu bez ekvivalentního lexika, frazeologismů či neologismů (např. *Он ел ушу. – Jedl zelnou polévku pocházející z Ruska.*).

3 INFORMACE O WHO A PRIMÁRNÍ PÉČI

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization – WHO) je mezinárodní zdravotnická organizace patřící pod systém Organizace spojených národů. Je koordinační autoritou v problematice mezinárodního veřejného zdraví. Realizuje programy na potírání a úplné odstranění některých nemocí a usiluje o celkové zlepšení kvality lidského života. Historie organizace sahá do roku 1945, kdy byl schválen návrh na její vznik. O rok později v roce 1946 v New Yorku podepsalo 61 států zakládací smlouvu a 7. dubna 1948 vstoupila v platnost ústava WHO¹²¹. Každý rok je oslavováno toto datum jako Světový den zdraví.¹²² Jelikož je zdraví všech národů hlavním faktorem pro dosažení míru a bezpečnosti, je hlavní cílem činnosti organizace dosažení co nejlepší úrovně této základní složky bytí.¹²³

Dle MZČR (2017) mezi stěžejní směry činnosti WHO patří:

- formulace zdravotní politiky (působí jako hlavní a koordinující orgán v mezinárodní zdravotní spolupráci),
- konzultační činnosti na základě potřeb členských států (sleduje trendy na regionální a celosvětové úrovni),
- spoluúčast při formulování strategií jednotlivých států v oblasti zdravotnictví,
- sledování a hodnocení národních zdravotnických systémů a jejich vliv na zdraví populace,
- práce s novými technologiemi a metodami v oblasti zdravotní péče.¹²⁴

Hlavními oblastmi aktivit WHO jsou:

- podpora zdraví (včetně oblasti neinfekčních onemocnění, jako jsou např. srdeční choroby, mrtvice, onkologická onemocnění, cukrovka, chronická plicní

¹²¹ *World Health Organization* [online]. WHO: ©2020 [cit. 13.1.2019]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>.

¹²² *Всемирная организация здравоохранения* [online]. ВОЗ: ©2020 [cit. 16.1.2019]. Dostupné z: <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/history>.

¹²³ *Всемирная организация здравоохранения* [online]. ВОЗ: 2014 [cit. 10.1.2019]. Dostupné z: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-ru.pdf>.

¹²⁴ *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. MZČR: ©2010 [cit. 16.1.2019]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/svetova-zdravotnicka-organizace_9047_3115_8.html.

- onemocnění, následky násilí, traumata, problémy s duševním zdravím apod.),
- podpora zdravotní bezpečnosti (včetně situací spojených s HIV, AIDS, tuberkulózou, malárií, tropickými chorobami apod.),
 - stabilizace zdravotnických systémů,
 - sestavování strategií na základě údajů z výzkumů,
 - podpora spolupráce,
 - pokrok v implementaci rozhodnutí.¹²⁵

Podstatou aktivit WHO jsou Rozvojové cíle tisíciletí (Millennium Development Goals – MDGs) zakotvené v Miléniové deklaraci z roku 2000. Ukládají povinnost členským státům OSN snížit míru chudoby, zvýšit životní úroveň a podpořit rozvojové země.¹²⁶ Vše je opřeno o osm základních cílů (odstranění extrémní chudoby a hladu, dosažení základního vzdělání pro všechny, prosazování rovnosti pohlaví a posílení role žen ve společnosti, snížení dětské úmrtnosti, zlepšení zdraví matek, boj s HIV/AIDS, malárií a dalšími nemocemi, zajištění udržitelného stavu životního prostředí, budování světového partnerství pro rozvoj), které byly dále rozpracovány do osmnácti dílčích úkolů a měřeny více než čtyřiceti ukazateli. Měřitelnost výše zmíněných cílů a jejich určitost podtrhují adekvátnost daného plánu.¹²⁷

WHO, jejíž ústředí se nachází v Ženevě ve Švýcarsku, má dnes kanceláře ve 194 zemích, které jsou rozděleny do 6 regionálních kanceláří a jsou řízeny regionálními úřadovny. Země, které nemají kancelář WHO, spolupracují s nejbližší místní kanceláří nebo příslušnou regionální kanceláří. Organizace zaměstnává tisíce lidí z více než 149 zemí.¹²⁸ V roce 2018 byl jmenován mezinárodním představitelem WHO v České republice Srdan Matić. Před povýšením zastoupení WHO na území ČR

¹²⁵ *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. MZČR: ©2010 [cit. 16.1.2019]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/> https://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/svetova-zdravotnicka-organizace_9047_3115_8.html.

¹²⁶ *World Health Organization* [online]. WHO: ©2020 [cit. 16.1.2019]. Dostupné z: https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/.

¹²⁷ *České fórum pro rozvojovou spolupráci* [online]. FORS: ©2019 [cit. 18.1.2019]. Dostupné z: <http://www.fors.cz/rozvojova-spoluprace/evropska-politika/rozvojove-cile-tisicileti-mdgs/#.XZWqVVWLTIU>.

¹²⁸ *World Health Organization* [online]. WHO: ©2020 [cit. 19.1.2019]. Dostupné z: <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/structure>.

na mezinárodního zástupce působila na postu ředitelky kanceláře WHO v České republice po dobu 14 let lékařka Alena Štefllová^{129 130}.

WHO si zakládá svou činnost na podpoře zdraví, udržování světa v bezpečí a snaží se pomáhat zranitelným. Cílem je také celosvětové všeobecné zdravotní pokrytí, jehož součástí je nutnost zaměřit se na primární zdravotní péči s cílem zlepšit přístup ke kvalitním základním službám.¹³¹ Tato problematika je hlavním tématem naší práce, proto je nezbytné ji stručně shrnout.

O. Košta (2013, s. 13) definuje současnou koncepci primární péče, na jejímž vzniku se podílely přední české instituce z oboru medicíny jako 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, její součást Lékařská fakulta v Hradci Králové, pražský Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví či Sdružení praktických lékařů ČR Praha, jako „koordinovanou komplexní zdravotně-sociální péči poskytovanou zejména všeobecnými praktickými lékaři jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním, které jsou poskytovány co nejlépe vlastnímu sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby“.¹³²

J. Holčík (2015, s. 21) potvrzuje výše zmíněnou charakteristiku a zároveň zdůrazňuje, že primární péče není opravdu jen linie prvního kontaktu, tedy jednorázové poskytnutí pomoci, jak se mnohdy chybně uvádí. Jedná se o soubor činností, které reprezentují přijetí určité odpovědnosti za vytvoření trvalé a integrované osobní zdravotní péče poskytované ambulantně, popřípadě v domácím prostředí.¹³³

¹²⁹ KORTUSOVÁ, Pavla, ŠTĚPÁNYOVÁ, Gabriela. Ministr zdravotnictví Adam Vojtěch a ředitel WHO v ČR Srdan Matić společně připomněli Světový den zdraví. In: *Hygpraha.cz* [online]. 5.4.2019 [cit. 27.6.2019]. Dostupné z: http://www.hygpraha.cz/dokumenty/ministr-zdravotnictvi-adam-vojtech-a-reditel-who-v-cr-srdan-mati--spolecne-pripomneli-svetovy-den-zdravi-4137_4137_161_1.html.

¹³⁰ *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. MZČR: ©2010 [cit. 27.1.2019]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/mudralena-steflovaph-dmph_14647_3796_1.html.

¹³¹ *World Health Organization* [online]. WHO: ©2020 [cit. 5.10.2019]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/what-we-do>.

¹³² KOŠTA, Oto. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada, 2013, 112 s., viii s. obr. příl. ISBN 978-80-247-4422-3.

¹³³ HOLČÍK, Jan, KAŇOVÁ, Pavlína a PRUDIL, Lukáš. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. Vydání druhé upravené. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2015, 115 s. ISBN 978-80-7013-575-4.

R. Červený (2017, s. 106) zmiňuje následující charakteristiky primární péče:

- dostupností,
- otevřeností,
- snahy o eliminaci kulturních, geografických či ekonomických rozdílností,
- přehledé poskytování dané péče a koordinaci,
- schopnost porozumět potřebám pacienta,
- humánnost, a tedy maximální zachování lidské důstojnosti,
- účinnost, efektivnost a kontinuální průběh péče,
- kvalita, účelnost, ekonomičnost,
- holistický přístup.¹³⁴

B. Seifert (2004, s. 13) uvádí, že primární péče je „místem uspokojování základních i hlubších zdravotních potřeb populace a zároveň místem rozhodování o racionálním využívání služeb specializovaných a nákladnějších; je nejlepším prostředím pro prevenci.“¹³⁵

Jak je uvedeno výše, primární péče je jedním z hlavních témat, kterými se zabývá Světová zdravotnická organizace (WHO). Snaží se o její maximální všestranný rozvoj, včetně kvality poskytované péče.

Termín primární péče se začal užívat v USA na počátku 20. století. Jeho původcem je Ernest Codman. Jedná se o zásadní oblast péče v obecném pojetí, na základě které se zefektivňuje její poskytování. Tím se zvyšuje spokojenost klientů a zároveň akceleruje počet uživatelů – dochází ke zvyšování konkurenceschopnosti. Výsledkem je zlepšení ekonomiky v dané sféře.¹³⁶

Kvalita ve zdravotnictví může být definována různými způsoby. Vzhledem k zaměření naší práce se přikláníme k definici WHO z roku 1966, jak ji uvádí I. Gladkij (2003, s. 292): „*Souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, které jsou*

¹³⁴ ČERVENÝ, Rudolf. Primární péče jako základ zdravotnictví. In: ČELEDOVÁ, L., HOLČÍK, J. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2017, 96-120 s. Učební texty Univerzity Karlovy. ISBN 978-80-246-3809-6.

¹³⁵ SEIFERT, Bohumil, a kolektiv. *Primární péče. Praktické lékařství*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2004. 158 s. ISBN 80-2460883-9.

¹³⁶ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

*určeny potřebami obyvatelstva na základě poznatků lékařské vědy a praxe.*¹³⁷

Kvalitně poskytované zdravotnické služby se vyznačují podobnými prvky jako primární péče. K hlavním charakteristikám patří dostupnost, včasnost a kontinuálnost zdravotnické péče. Dále služby mají být bezpečné, účinné a zároveň přijatelné po ekonomické stránce při dodržení etických standardů. Odpovědným zdrojem za kvalitně poskytnutou primární péči je zdravotnický personál. V případě velkých organizačních struktur bývá odpovědnost přenesena i na management instituce, avšak za samotný výkon vždy odpovídají zdravotničtí pracovníci.¹³⁸

¹³⁷ GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003, xii, 380 s. Praxe manažera. ISBN 80-7226-996-8.

¹³⁸ KOŠTA, Oto. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada, 2013, 112 s., viii s. obr. příl. ISBN 978-80-247-4422-3.

4 OBECNÁ STYLICKÁ CHARAKTERISTIKA TEXTU ORIGINÁLU

V rámci naší diplomové práce se zabýváme překladem textu o primární péči, který je součástí zprávy Světové zdravotnické organizace vydané 14. října 2008. Náš zdrojový dokument je pravděpodobně překladem původního textu z angličtiny. Cílem dle WHO bylo zahájit diskusi v celosvětovém měřítku o účinnosti primární zdravotní péče a případných změnách v národních zdravotnických systémech. Ve zprávě nalezneme kromě pasáže o primární péči texty o problematice měnícího se světa, jak se rozdílná ekonomická vyspělost dotýká běžného života lidí, především jejich zdraví, jakým způsobem se adaptuje oblast zdravotnictví na nové tendence vývoje, na měnící se hodnoty a očekávání lidské populace. Pozornost je věnována též státní zdravotní politice a také například vymezení směru dalšího vývoje těchto vztahů.

Samotný text o primární péči nám předkládá popis kvalitní primární péče, která by měla být zaměřena na zájmy pacientů, definuje charakteristické znaky a možnosti vytvoření sítě zařízení této péče.

Jedná se o informačně nasycené sdělení psané v odborném stylu s hraničními jevy s oblastí populárně-naučného podstylu. Text je určen především odborníkům všech úrovní zdravotnické sféry. Jedná se o intertextově podložený popis ideální primární péče, komentovaný výzkumy, tabulkami či grafy. Vzhledem k ústřednímu tématu je však text dobře čtivý i laické veřejnosti, která by měla mít představu o adekvátním poskytování primární péče, a předává jí hlubší odborné poučení. Text má tedy funkci vzdělávací, klade důraz na jasné, přesné vyjádření. Najdeme v něm mnoho charakteristických jazykových prostředků (viz výše podkap. 1.3 a 1.4), jako jsou vysoce explicitní odborné názvy, termíny bez citového zabarvení a důrazu na estetiku (např. *первичная медико-санитарная помощь, диспансеризация детей, противозачаточные средства, онкологическое заболевание, эпизодическая медицинская помощь, гепатит В и С, ВИЧ-инфекция, концессия, сердечно-сосудистое заболевание*), ustálené obraty a formulace jako *в настоящей главе описывается, отличительные черты, как видно на примере*. Text je velmi propracovaný, objektivní, přehledný a jednoznačný. Jeho spisovnost podtrhuje tendence k **nominalizaci**

(srov. př.: заболевания заставили задуматься о необходимости принятия подходов; что это оказало существенное влияние на результативность медицинской помощи) a s ní související **multiverbizace** (srov. př.: принимать решение, предоставлять информацию, недостаточность мероприятий по лечению) a také **abstraktnost** (srov. př.: возможность входа в систему здравоохранения; какими значительными могут быть последствия продвижения в этом направлении; непрерывность; всеобъемлемость; уменьшилось число жалоб на узковедомственный и фрагментарный характер услуг; возросла удовлетворенность сотрудников центра своей работой; усилия по борьбе на местах с факторами; при таком пассивном подходе, выражающемся в удовлетворении существующего спроса). S tímto jevem pracujeme i v následujícím případě, ve kterém jsme zvolili při překladu do češtiny méně abstraktní postup, srov. př.:

- Впечатления о помощи, которую люди получают в системе здравоохранения, определяются для них прежде всего тем, как к ним относятся, когда, заболев, они обращаются за медицинской помощью, а именно тем, насколько гибко медико-санитарные работники обеспечивают взаимодействие между пациентом и службами здравоохранения.

Lidé si utvářejí své názory na pomoc, kterou v systému zdravotnictví dostávají, především na základě toho, jak k nim personál přistupuje, když se se svou nemocí obracejí na odborníky, a především jak flexibilně zdravotníci zajišťují dialog mezi pacientem a zdravotnickými službami.

Přesnější vyjádření umožňují v ruském textu sekundární předložky, např. *в соответствии с, в рамках, в результате, несмотря на, включая*. Odborný styl též podtrhují konkrétní data (*98 тыс. смертных случаев ежегодно; около 3,5 минут; в среднем 3,2 вопроса и 2,5 обследования*), vlastní jména, konkrétně toponyma (srov. př.: *провинция Уаллам, Аляска, Кот-д'Ивуар*), deiktické výrazy (srov. př.: *это, его, их, там, теперь*), prézens (srov. př.: *описывается, входит, приводятся*), složité větné konstrukce a souvětí, pro ruský text typické přechodníky (srov. př.: *начиная, заканчивая, заболев*), spojky (srov. př.: *по причине того что; не только...но и*), příslovečné spřežky (srov. př.: *как правило*), spojovací vazby (srov. př.: *поэтому*) a také například vsuvky a slovní spojení (srov. př.: *таким образом*,

например). Dalšími ukazateli odborného komunikátu jsou genitiv substantiv (srov. př.: *Спустя несколько месяцев низкий уровень применения средств планирования семьи...*), deagentní větné konstrukce prostřednictvím pasiva (srov. př.: *В настоящей главе описывается, как...*) či logicky strukturovaná posloupnost, která se netýká pouze kapitol, podkapitol, odstavců, ale také složitých syntaktických celků. Dalším významným prvkem je monotematicnost celého projevu, existence textových odkazovacích prostředků (např. *вышеуказанный, вышесказанный*), které jsou součástí i stylu administrativního, či různé odborné zdroje a odkazy na ně. Dalšími příklady tohoto stylu jsou *своевременно, настоящий, немедленный*.

Hojně zastoupená kondenzace pomocí slovesných adjektiv a s tím spojená i větší dějovost je jedním z příkladu hraničních jevů z oblasti **populárně naučného textu**. Pro laického čtenáře je podpora děje přijatelnější než tendence odborného textu k vysoké nominalizaci. Pro jednodušší orientaci v složitém odborném textu také pomáhá fakt, že **dějové adjektivum** má vždy stejný pád, číslo a rod jako substantivum, ke kterému patří (např. *необходимость перехода от специализированной помощи к амбулаторной помощи общего профиля, охватывающей определенные группы населения...; медицинские услуги, отвечающие указанным требованиям; технические параметры и параметры безопасности являются не единственными факторами, определяющими общие результаты медикосанитарной помощи; г-жа С. – типичная пациентка, проживающая в городе Дели...; для медицинских работников, обеспечивающих контакт между населением и службами здравоохранения...; Существующие системы платежей и стимулов...; в числе других препятствий – графики лечения, требующие частых посещений клиники...).* Dalším prvkem je existence **jednoduchých vět** (např. *Уменьшилось число жалоб на узковедомственный и фрагментарный характер услуг.; Это также является важным условием непрерывности помощи.; Однако предоставление медицинской помощи не должно ограничиваться моментом получения пациентом консультации или четырьмя стенами кабинета.*), již zmíněných **metafor** (příklady viz níže). Příznakové jsou také **otázky**, které zpestřují text a zároveň signalizují komunikační funkci projevu (např. *Несут ли поставщики услуг первичной помощи ответственность за состояние здоровья всех членов определенной группы населения, как тех, кто посещает врачей, так и тех, кто не обращается*

в медицинские учреждения?). Pro snadnější přijetí odborného sdělení bylo užito výrazné **grafické kompozice**, pestřejšího **členění textu** do čtyř podtitulků a osmi mezititulků bez číselného označení za podpory shodného počtu grafů i vsuvek, a sice pěti. V úvodu se objevuje i **ilustrace** s estetizující funkcí. Na mnoha místech ubývá věcnosti a informační hustoty, vyjádření se zajímavými detaily je **názornější**, pro čtenáře tedy přitažlivější (např. *В радиусе 15 минут ходьбы от ее дома (и практически любого домохозяйства в городе) находятся около 70 частных поставщиков медицинских услуг.; Над входом в клинику висит внушительная табличка “Г-жа М.М., золотая медалистка, бакалавр медицины и хирургии”, указывающая на то, что в клинике работает специалист высокого класса.; В Канаде, например, по каждому седьмому пациенту, поступающему в отделение скорой помощи, не имелось никакой медицинской информации, что могло с очень большой вероятностью привести к причинению ему вреда.*). Dále se objevuje také **hodnotící** prvek (např. *В основе современной медицины лежит, как и должно, медико-биологическая наука.; неповоротливая бюрократическая система; недостаточный учет человеческого фактора; задача непростая; этот вопрос стоит особенно остро в отношении нерегулируемых коммерческих медицинских учреждений; особую тревогу вызывает недостаток информации о...*), vzácněji **deminutiva** (např. *таблетки, маленькие бумажные пакетики, маленький столик, баночка*) a **expresivní vyjádření** jako např. *доктор и его жена горят желанием оказывать помощь*. Jisté odlehčení pozorujeme i v následujících příkladech: *Более того, у пациентов возникла уверенность в том, что их слышат и относятся к ним с уважением – а это главное, что люди ценят в здравоохранении.; Позднее мы обнаружили, что в порядке концессии она “одолжила” свое имя и титулы целому ряду других клиник.*

5 TEXT PŘEKLADU

Primární zdravotní péče: důraz kladen na zájmy lidí

<i>Kapitola 3</i>	
<i>Kvalitní pomoc znamená především péči o lidi</i>	<i>48</i>
<i>Charakteristické znaky primární zdravotní péče</i>	<i>50</i>
<i>Vytvoření sítě zařízení primární péče</i>	<i>59</i>
<i>Monitorování pokroku</i>	<i>64</i>

Tato kapitola popisuje, jak v rámci primární zdravotní péče, při které obyvatelstvo přichází do styku se zdravotnickými zařízeními, probíhá bezpečně, efektivně a sociálně konstruktivním způsobem preventivní a osvětová činnost a jak se realizuje léčba a péče. Řečeno jinak, pro dosažení všech výše uvedených cílů je nutné se zaměřit především na zájmy lidí, a to zejména pečlivě zvážit otázky zdraví a životní úrovně, ale také hodnoty a možnosti obyvatelstva a zdravotnického personálu¹. Tato kapitola začíná popisem znaků systému zdravotnictví, které jsou spolu s efektivitou a bezpečností nezbytné pro zajištění lepších výsledků v sociální a zdravotní oblasti.

[orig. s. 47]

Jedná se o charakteristiky, jako jsou orientace na pacienta, všestrannost, komplexnost a kontinuita lékařské péče, stejně jako neomezený přístup do systému zdravotnictví, jež umožňují vytvářet dlouhodobé důvěrné vztahy mezi lidmi a poskytovateli zdravotní péče. Kapitola se dále zabývá požadavky na organizaci poskytování lékařské péče, které souvisí s výše uvedeným, a to: nezbytným přechodem od specializované péče k všeobecné ambulantní zdravotní péči, která zahrnuje určité skupiny populace a je schopná koordinovat pomoc nemocnic, specializovaných služeb a organizací občanské společnosti.

Kvalitní pomoc znamená především péči o lidi

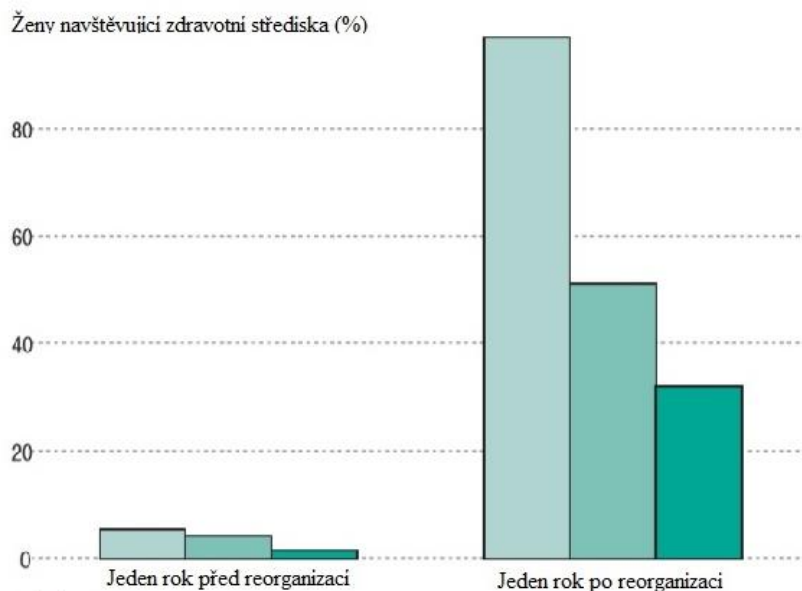
Základ moderního lékařství tvoří po právu biomedicína. Nicméně, jak zdůraznil jeden z jejích zakladatelů William Osler: „je mnohem důležitější vědět, jaký typ pacienta trpí onemocněním, než jakým zdravotním onemocněním trpí pacient.“² Skutečnost, že se málo zohledňuje lidský faktor v oblasti zdravotní péče a že se nebere v potaz ani nutnost adaptovat zdravotnické služby vzhledem ke zvláštnostem společnosti a individuálním situacím, je hlavním nedostatkem současného systému, což vede nejen k nerovnoprávnosti a napětí v sociální oblasti, ale také omezuje návratnost investic do zdravotní péče.

Upřednostnit zájmy lidí, což se stalo hlavním směrem reformy poskytování lékařských služeb, není snadný úkol. Jeho řešení může vyžadovat výrazný (ačkoli na první pohled jednoduchý) odklon od obvyklých metod. Na příkladu reorganizace zdravotního střediska na Aljašce, které eviduje ročně asi 45 tisíc pacientů, je zřejmé, jak významné mohou být důsledky těchto změn. Práce centra neuspokojovala ani zdravotnický personál, ani pacienty, dokud se nerozhodli navázat přímé vztahy mezi každým pacientem a každou rodinou místní komunity a konkrétním zaměstnancem centra³. To umožnilo zdravotníkům studovat chorobopis „svých“ pacientů a proniknout do jejich osobní a rodinné situace. Pacienti zase lépe poznali své lékaře a začali jim důvěřovat: teď už nemuseli jednat se zdravotnickým zařízením, ale se svým osobním lékařem. Pacienti si méně stěžovali na úzce rezortní povahu a roztržičnost služeb. Návštěvy lékařské pohotovosti se zredukovaly přibližně o 50 % a počet návštěv u specialistů o 30 %; značně se také zkrátila čekací doba před ordinacemi. Vzhledem k tomu, že se u pacientů snížil počet opakovaných návštěv, došlo ke zmenšení pracovní zátěže zdravotníků a k navýšení pracovní spokojenosti. Navíc pacienti nabyli jistoty, že jim někdo se zájmem a úctou naslouchá, a to je hlavní věc, kterou lidé oceňují na zdravotní péči^{5,6}. Neobratný byrokratický systém byl tak přeměněn na systém, který odpovídá zájmům pacienta, patří mu a funguje podle jeho potřeb⁴.

Na úplně jiném místě na světě, v zemědělské provincii Ouallam v Nigeru se lékařská střediska uchýlila ke stejně radikální reorganizaci způsobu práce, a to s tím záměrem, aby na prvním místě stál pacient. Namísto tradičních dopoledních lékařských prohlídek a návštěv ordinací specializovaných klinik během dne a večera (dispensarizace dětí, plánované rodičovství atd.) byla nyní nabídnuta celá škála služeb kdykoliv během

dne a ošetrovatelský personál byl instruován, aby se zapojil do aktivního dialogu s pacienty. Například nečekají, až si ženy samy zažádají o antikoncepci, ale informují je o rozsahu nabízených služeb při každé návštěvě lékaře.

Graf 3.1 Vliv reorganizace pracovní doby venkovských zdravotních středisek v Nigeru na užívání antikoncepce



[orig. s. 48]

Po několika měsících se skrovné využívání nástrojů plánovaného rodičovství dříve připisované kulturním omezením stalo minulostí (graf 3.1)⁷.

Lidé si utvářejí své názory na pomoc, kterou v systému zdravotnictví dostávají, především na základě toho, jak k nim personál přistupuje, když se se svou nemocí obracejí na odborníky, a především jak flexibilně zdravotníci zajišťují dialog mezi pacientem a zdravotnickými službami. Pro pacienty je důležité, aby měli určitou svobodu při výběru poskytovatele zdravotní péče, neboť chtějí mít lékaře, kterému mohou důvěřovat, který se jim bude věnovat rychle, v odpovídajících podmínkách, s respektem a diskretností⁸.

Jak je vidět na příkladu provincie Ouallam, poskytování zdravotní péče nabývá na efektivitě, jestliže je pacientům věnována pozornost a poskytováno komfortní prostředí. Nicméně v primární péči jde o víc než jen o zkrácení čekací doby, přizpůsobení ordinačních hodin nebo o zdvořilé chování zaměstnanců. Zdravotničtí pracovníci by se

měli starat o pacienty po celou dobu jejich života a zacházet s nimi jako s osobnostmi, členy rodiny a společnosti, jejichž zdraví by mělo být chráněno a zlepšováno⁹, a nepovažovat je pouze za nositele patologií a symptomů vyžadujících léčbu¹⁰.

Reformy v poskytování služeb předkládané hnutím za podporu primární zdravotní péče jsou navrženy tak, aby se do středu pozornosti systému zdravotnictví dostaly zájmy lidí a tímto způsobem se poskytovaly efektivnější, produktivnější a spravedlivěji distribuované zdravotní služby. Zdravotnické služby, které splňují tyto požadavky, začínají vytvářet přímou a úzkou interakci mezi jednotlivými pacienty, komunitami a osobami poskytujícími péči nemocným. To vytváří základ pro zaměření na pacienta, pro kontinuitu, komplexnost a všestrannost poskytování péče, což jsou charakteristické znaky primární zdravotní péče. Tabulka 3.1 uvádí rozdíly mezi primární zdravotní péčí a péčí tradiční, například na klinikách nebo v ambulancích, a také v programech boje proti chorobám, které určují povahu různých zdravotnických služeb při práci s omezenými zdroji.

Tabulka 3.1 Specifika odlišující tradiční zdravotní péči od primární péče zaměřené na pacienta

Tradiční ambulantní péče na klinikách nebo na poliklinikách	Programy zaměřené na boj proti nemocem	Primární péče zaměřená na pacienta
Primární pozornost se věnuje nemoci a její léčbě	Primární pozornost se věnuje nemocem, které mají prioritní význam	Primární pozornost se věnuje potřebám pacienta v oblasti medicíny
Vzájemný vztah se omezuje na dobu konzultace	Vzájemný vztah se omezuje na délku trvání programu	Dlouhodobé osobní vztahy
Epizodická lékařská péče	Intervence definovaná programem	Všestranná, kontinuální péče zaměřená na pacienta
Odpovědnost je omezená na efektivní a bezpečné poradenství poskytované pacientovi během konzultace	Odpovědnost za dosažení cíle v oblasti boje s nemocí v cílové skupině populace	Odpovědnost za zdravotní stav všech členů komunity v průběhu životního cyklu; odpovědnost za boj s determinanty špatného

		zdravotního stavu
Uživatelé jsou spotřebiteli jimi získaných služeb	Skupiny obyvatelstva jsou objektem intervence v boji s onemocněním	Lidé jsou považováni za partnery, kteří jsou zapojeni do řešení problémů týkajících se vlastního zdraví a zdraví komunity

[orig. s. 49]

Další část kapitoly se zabývá charakteristikami primární zdravotní péče a tím, jak tyto vlastnosti přispívají ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva a zlepšení sociální sféry.

Charakteristické znaky primární zdravotní péče

Efektivita a bezpečnost nejsou jen technické otázky

Zdravotní péče by měla být efektivní a bezpečná. Odborníci a veřejnost často přeceňují kvalitu zdravotnických služeb. Vznik vědecky podloženého přístupu v medicíně v 80. letech 20. století vedl k tomu, že v rozhodovacím procesu ve zdravotnictví se používají principy a váha vědeckého dokazování¹¹, přitom byly hodnoty a preference pacienta brány v úvahu stejně jako předtím¹². Během uplynulého desetiletí bylo provedeno několik stovek studií o efektivnosti zdravotní péče¹³, které rozšířily představy o možnostech lékařů v praxi při výběru metod péče o pacienty.

Samotný přístup založený na vědeckých poznatcích však nezaručuje účinnost a bezpečnost zdravotní péče. Rostoucí povědomí o tom, že zdravotní péče může být diskreditována různými způsoby, přispívá k postupnému zlepšování standardů kvality a bezpečnosti (vsuvka 3.1). V současné době se však toto úsilí soustřeďuje především na oblast specializované a nemocniční péče v zemích s vysokými a středními příjmy. Mnohem menší pozornost je věnována účinnosti a bezpečnosti všeobecné ambulantní péče, v níž dochází k největšímu počtu interakcí mezi lidmi a zdravotnickým systémem¹⁴. Tato otázka je obzvláště palčivá, pokud jde o neregulované komerční léčebné instituce v mnoha rozvojových zemích, kde je pacientům za jejich vlastní peníze často poskytována nízká kvalita služeb (vsuvka 3.2)¹⁵.

Technické a bezpečnostní parametry nejsou jedinými faktory, které určují celkové výsledky zdravotní péče. Na Pobřeží slonoviny, kde proběhla studie, byly zjištěny zdrcující výsledky prevence přenosu HIV z matky na dítě. Ukázalo se (graf 3.2), že důležité jsou i další aspekty organizace zdravotní péče – jen samotné kvalitní léky nestačí. Je důležité, jak zdravotnické služby pracují s lidmi. Studie v Austrálii, Německu, Kanadě, na Novém Zélandu, ve Spojeném království a ve Spojených státech ukazují, že významný počet pacientů hlásí zdravotní rizika, špatnou koordinaci lékařské péče a nedostatečnou léčbu chronických onemocnění²⁵. Komunikace je často neuspokojivá, není k dispozici dostatek informací o plánu léčby. Prakticky každý druhý pacient tvrdí, že jejich názory na léčbu lékaře nikdy nebo téměř nikdy nezajímají.

Vsuvka 3.1 Cesta k vědě a kultuře zdokonalování: příklady zajištění bezpečnosti pacientů a dosažení lepších výsledků

Celkové výsledky zdravotní péče jsou závislé na rovnováze mezi souhrnným přínosem léčby či lékařské intervence a možným poškozením zdraví pacienta¹⁶. Až donedávna byl rozsah takového poškození běžně podceňován. V průmyslových zemích trpí přibližně jeden z deseti pacientů újmou na zdraví způsobenou nežádoucími jevy, ke kterým došlo během léčby a kterým bylo možné se vyhnout¹⁷: jen ve Spojených státech způsobují takové komplikace každoročně 98 tisíc úmrtí¹⁸. Tuto situaci způsobuje mnoho faktorů¹⁹, počínaje systémovými chybami, nekompetentností a sociálním tlakem na pacienta, který se rozhoduje o podstupování rizikových úkonů, a konče nesprávným používáním technologií²⁰. Například téměř 40 % z 16 miliard injekcí ročně je po celém světě podáváno stříkačkami a jehlami, které se používají opakovaně bez sterilizace¹⁴. Každý rok tedy 1,3 milionu lidí zemře v důsledku riskantních injekcí a téměř 26 milionů let života je ztraceno kvůli infekci hepatitidou B a C a infekci HIV²¹.

Mimořádné obavy vzbuzuje nedostatečná informovanost o rozsahu a determinantech riskantní zdravotní péče v zemích s nízkými a středními příjmy. Z důvodu neregulované komercializace zdravotnických služeb, slabé kontroly a omezených zdrojů ve zdravotnictví jsou uživatelé služeb v zemích s nízkými příjmy ještě více vystaveni riziku neúmyslného poškození než pacienti v zemích s vysokými příjmy. Světová aliance pro bezpečí pacientů²² se společně s dalšími organizacemi zasazuje o zlepšení bezpečí pacientů tím, že se přijmou systémová opatření a změní se organizační kultura, a ne tím, že se budou odsuzovat jednotliví praktičtí lékaři nebo správní úředníci²³.

[orig. s. 50]

S tímto zdravotním problémem pacienti vyhledávají radu u různých specialistů, což vzhledem k nedostatečné koordinaci jejich činnosti vede k duplicitě diagnóz a ke sporům²⁵. Tato situace je podobná situaci v jiných zemích, jako je Etiopie²⁶, Pákistán²⁷ a Zimbabwe²⁸.

V posledních letech však došlo k určitému pokroku. V zemích s vysokými příjmy vedl rostoucí počet chronických onemocnění, problémy duševního zdraví populace, počet přidružených patologií a sociální aspekty onemocnění i k tomu, že se odborníci zamýšleli nad nutností zavést komplexní přístup zaměřený na pacienty a zajistit kontinuitu zdravotní péče. Trvali na tom nejen pacienti, ale i profesionálové, kteří si uvědomili životně důležitý význam těchto kvalit ve zdravotní péči pro dosažení nejlepších výsledků u pacientů. Mnoho zdravotníků uznalo nedostatečnost úzce klinického přístupu například při léčbě kardiovaskulárních onemocnění. To nakonec vedlo k povzbudivému rozostřování tradičních hranic mezi léčebnou pomocí, preventivním lékařstvím a propagací zdravého životního stylu.

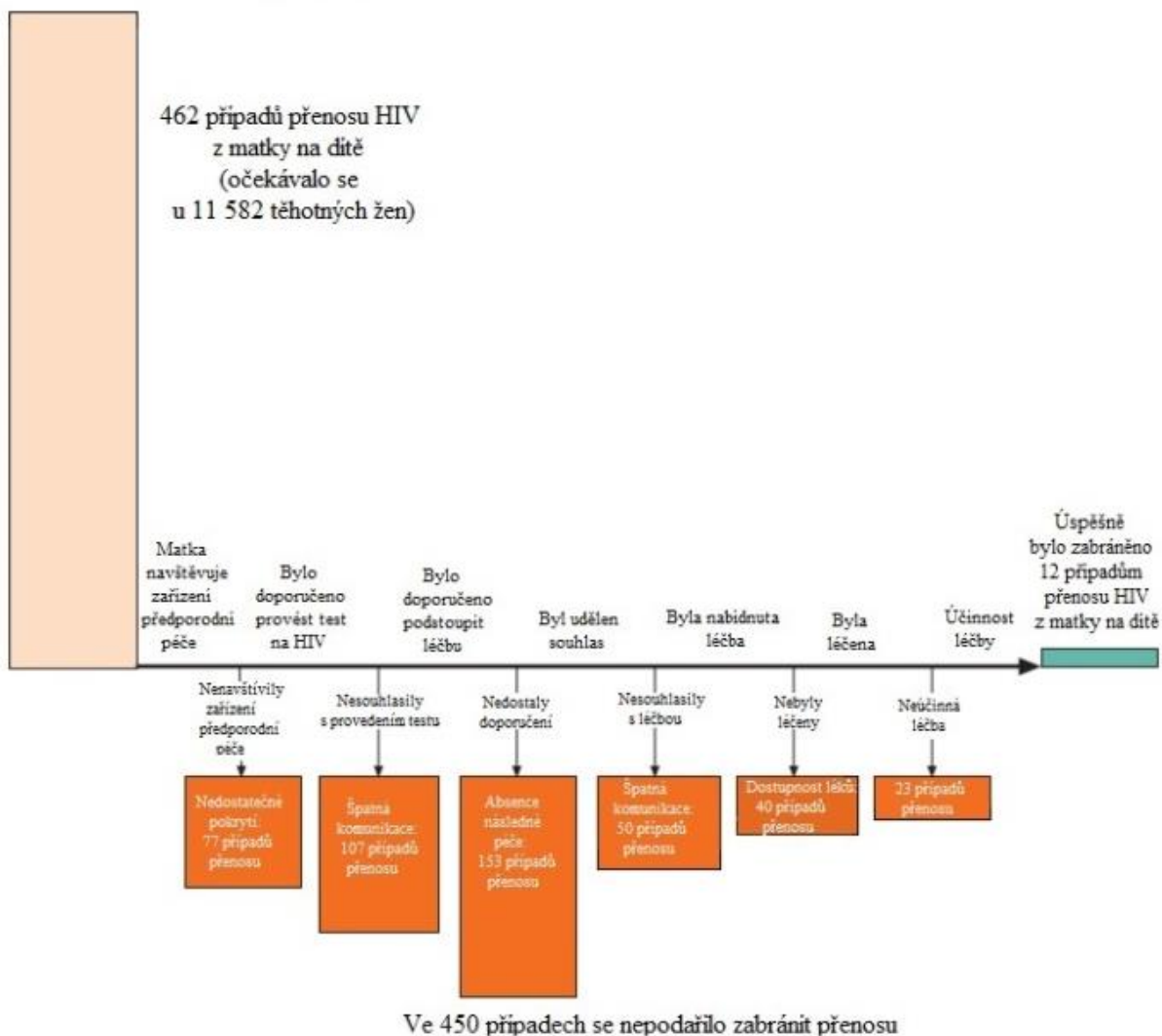
Podobný vývoj je patrný také v zemích s nízkými příjmy. V posledních letech byla v rámci mnoha programů zaměřených na boj s infekčními onemocněními věnována velká pozornost komplexnímu přístupu, kontinuitě péče a orientaci na pacienty. Především se to týkalo služeb péče o matku a dítě, které již před tím zajišťovaly kontinuální proces pomoci založený na komplexním přístupu. Tento proces byl konsolidován prostřednictvím Společných iniciativ UNICEF a WHO o integrovaném postupu při léčbě dětských onemocnění³⁰. Zkušenosti s programy, jako je Rozšířený program imunizace WHO, umožnily zdravotníkům v mnoha rozvojových zemích učinit krok vpřed ve srovnání s jejich kolegy v zemích s vysokými příjmy, neboť jsou ochotnější převzít nejen odpovědnost za své pacienty, ale také pokrytí populace jako celku. Programy zaměřené na boj s HIV a AIDS v poslední době přesvědčily poskytovatele zdravotní péče a politiky o významu poradenství, kontinuity péče, synergii preventivních, léčebných a paliativních opatření a především o tom, že je nezbytné projevovat soucit a naslouchat pacientovi.

Vsuvka 3.2 Když poptávku po zdravotnických službách stimulují poskytovatelé a podněcují spotřebitelé: ambulantní péče v Indii

Paní S. je typickou pacientkou žijící v Dillí. V dosahu patnáctiminutové chůze od jejího domu (a prakticky od kterékoliv domácnosti ve městě) je asi 70 soukromých poskytovatelů zdravotní péče. Vybírá si soukromou kliniku provozovanou lékařem S. M. a jeho manželkou. Nad vstupem do kliniky visí působivý štít „Paní M. M., držitelka zlaté medaile, bakalář v oboru lékařství a chirurgie“, což naznačuje, že na klinice pracuje vysoce kvalifikovaný odborník (bakalářský titul je základním stupněm lékařského vzdělání odpovídajícím dvoustupňovému britskému systému). Ukazuje se však, že se paní M. M. na klinice objevuje velmi zřídka. Bylo nám řečeno, že se někdy objeví nejdříve ve čtyři hodiny odpoledne, aby se vyhnula obrovskému počtu pacientů, kteří na ni čekají. Později jsme zjistili, že v rámci koncese „zapůjčila“ své jméno a tituly řadě dalších klinik. Proto paní S. navštěvuje doktora S. M. a jeho manželku, kteří dálkově absolvovali šestiměsíční kurz tradiční ájurvédské medicíny. Lékař a jeho žena sedí za malým stolem, na jehož jedné straně jsou police s ohromným počtem lahviček a skleniček s pilulkami, na druhé straně lavice s pacienty a frontou začínající ještě na ulici. Paní S. si sedá na konec lavice. Doktor S. M. a jeho žena jsou v dané části města nejoblíbenějšími zdravotníky, ošetří až 200 pacientů za den. S každým pacientem on stráví asi 3,5 minuty, položí průměrně 3,2 otázky a provede 2,5 vyšetření. Po stanovení diagnózy vytahuje dvě nebo tři pilulky, rozdrtí je v hmoždíři a nasype výsledný prášek do malých papírových sáčků, které předá paní S. s instrukcí užívat léky dva až tři dny. Zpravidla tato sada obsahuje jedno antibiotikum, jedno analgetikum nebo protizánětlivý prostředek. Lékař S. M. nám říká, že se musí neustále potýkat s nerealistickými očekáváními pacientů, a to jednak kvůli tomu, že je pacientů příliš mnoho, a také proto, že vyžadují, aby jim byla předepsána léčba, o které i doktor S. M. ví, že jim nepomůže. Nicméně lékař a jeho žena dychtivě pomáhají svým pacientům a navzdory jejich obrovskému přívalu jim věnují více času než kterýkoli lékař ve státní nemocnici. Neomezují se jen znalostmi ájurvedy [...] a upřednostňují léčbu pacientů pomocí prášků v papírových sáčcích, za jejich služby jsou tedy ochotni platit (a stále vyšší cenu) stále noví pacienti²⁴.

[orig. s. 51]

Graf 3.2 Nerealizované možnosti prevence přenosu HIV z matky na dítě (PMTCT) na Pobřeží slonoviny²⁹: podařilo se zabránit pouze nepatrnému procentu očekávaných případů přenosu



Chápat pacienta: pomoc orientovaná na člověka

Když je člověk nemocný, nejméně ze všeho ho znepokojují manažerské otázky produktivity práce, cílové ukazatele zdravotnictví, nákladová efektivita a racionální organizace zdravotní péče, mnohem více ho znepokojuje jeho vlastní utrpení. Každý pacient po svém prožívá a zvládá vznikající zdravotní problémy v souladu s konkrétní životní situací³¹. Zdravotnický personál by s touto diverzitou měl být schopen pracovat. Pro poskytovatele zdravotní péče, zabezpečující kontakt mezi veřejností a zdravotnickými službami, je to mnohem obtížnější úkol než pro specializované služby, totiž léčba známé choroby je poměrně jednoduchý technický úkol. Řešení zdravotních problémů je však mnohem obtížnější, protože pacient by měl být chápán holisticky,

tj. s ohledem na jeho fyzický, emocionální stav a společenské zázemí, jeho minulost a budoucnost, stejně jako i reálný svět, ve kterém žije. Ignorování konkrétního rodinného a společenského kontextu, v němž člověk žije a pracuje, vede ke skutečnosti, že se nerespektují důležité složky jeho zdraví, které nemusí nutně odpovídat nějaké kategorii onemocnění.

[orig. s. 52]

Vsuvka 3.3 Reakce zdravotnických služeb na násilí páchané na ženách jejich partnery

Násilí páchané sexuálními partnery má řadu dobře zdokumentovaných dopadů na zdraví žen (a tedy i na zdraví jejich dětí), včetně zranění, chronické bolesti, nežádoucích a neplánovaných těhotenství, komplikací během těhotenství, pohlavně přenosných infekcí a široké škály problémů duševního zdraví^{32, 33, 34, 35, 36, 37}. Ženy, které jsou oběťmi násilí, často vyhledávají lékařskou pomoc^{38, 39}.

Proto mají zdravotničtí pracovníci ideální příležitost odhalit oběti násilí a poskytnout jim pomoc, včetně nasměrování na psychosociální, právní a jiné služby. Jejich intervence může zmírnit dopady násilí na zdraví a celkovou životní situaci žen a jejich dětí a tak zabránit dalšímu násilí.

Podle výsledků výzkumu je většina žen přesvědčena, že by se jich lékaři měli ptát na případy násilí⁴⁰. Přestože pacientky neočekávají, že doktor vyřeší jejich problémy, chtějí, aby je vyslechl, aniž by je soudil, a poskytli jim podporu, kterou potřebují k tomu, aby se rozhodly samy za sebe. Zdravotnický personál často cítí ostych, když se pacientek mají ptát na násilí. Nemají dostatek času, speciální dovednosti a průpravu pro správné vedení takových rozhovorů; lékaři se neochotně zapojují i do soudních sporů.

Stále se vedou spory o tom, jaký přístup zdravotnických pracovníků k případům násilí je považován za nejefektivnější⁴¹. Nejběžnějším doporučením je ptát se všech pacientek na násilí ze strany sexuálních partnerů při jakékoliv lékařské prohlídce, která se obvykle nazývá „screening“ nebo „standardní vyšetření“⁴². Některé výzkumy odhalily, že tato metoda zvýšila počet zjištěných obětí násilí mezi pacientkami v porodnicích a centrech primární zdravotní péče, avšak neexistuje příliš mnoho důkazů, že tento efekt je stabilní⁴⁰ či že to mělo významný dopad na účinnost lékařské péče⁴³. Pokud jde o ženy žijící ve specializovaných azylových centrech, existují důkazy, že ty, kterým byla poskytnuta konkrétní právní a psychologická pomoc, následně méně podléhaly násilí a zlepšila se kvalita jejich života⁴⁴. Stejně tak ženy, které byly během těhotenství vystaveny násilí a kterým bylo poskytnuto poradenství ohledně širě jejich práv, si následně vedly lépe ve svých životních situacích a méně se vystavovaly psychickému

a fyzickému násilí, dokonce i mírnému, a také méně často trpěly poporodními depresemi⁴⁵.

Navzdory tomu, že neexistuje konsensus o nejúčinnější strategii, odborná veřejnost se stále více shoduje v tom, že by oběti násilí měly odhalovat právě zdravotnické služby a měly by jim také poskytovat podporu⁴⁶ a že zdravotnický personál by měl být v této problematice odborně školen, aby si osvojil návyky a nadále posiloval svůj potenciál. Pracovníci v oblasti zdravotní péče by měli být přinejmenším dobře informováni o násilí páchaném na ženách, o výskytu tohoto jevu a jeho zdravotních důsledcích, o projevech násilí a o tom, jaká opatření by měla být přijata. Samozřejmě existují technické aspekty tohoto problému. Například v případě znásilnění by lékař měl být schopen stanovit nezbytnou léčbu a zajistit péči včetně poskytnutí postkoitální antikoncepce a léků na prevenci pohlavně přenosných infekcí včetně HIV, měl by být schopen poskytnout i psychosociální péči. Existují i další aspekty: zdravotničtí pracovníci musí být schopni zdokumentovat zranění v co možná nejúplnější a nejpřesnější formě^{47, 48, 49} a mají umět pracovat s místními muži a chlapci v oblasti změny stereotypů myšlení a chování, souvisejícími s nerovností mezi pohlavími a násilím.

Například zdravotnické služby, které velmi úzce spolupracují s komunitami svých pacientů, a zdravotničtí pracovníci, kteří dobře znají místní obyvatelstvo, mohou odhalit, předcházet nebo zmírnit dopady násilí na ženách páchané jejich partnery (vsuvka 3.3).

Lidé si chtějí být jisti, že lékař rozumí jejich utrpení a potížím, které zažívají. Bohužel mnoho poskytovatelů zdravotní péče ignoruje tento aspekt terapeutického vztahu, zejména pokud se musí zabývat sociálně znevýhodněnými skupinami obyvatelstva. V mnoha zdravotnických zařízeních je empatie a orientace na pacienta považována za luxus, který je dostupný jen několika vyvoleným.

Údaje získané v průběhu mnoha výzkumů za posledních třicet let ukazují, že orientace na pacienta je důležitá nejen z hlediska zmírnění obav pacienta nebo zvýšení spokojenosti zdravotnických pracovníků se svou prací⁵⁰. Řešení zdravotního problému bude efektivnější, pokud ho poskytovatel zdravotní péče uvidí ve všech jeho aspektech⁵¹. Například, pokud se lékař nejprve zeptá pacienta na to, jak přistupuje ke své [orig. s. 53] nemoci, jak se změnil jeho život, a nesoustředí se pouze na posouzení nemoci, pomůže to značně zvýšit důvěru a ochotu pacienta se léčit⁵², což pacientovi a doktorovi umožní nalézt společný jazyk v oblasti zvládnání nemoci a usnadňuje to začlenění aspektů prevence a podpory zdravého životního stylu do terapeutické léčby^{50, 51}. Tudíž orientace

na pacienta se stává „klinickou metodou zajišťující participativní demokracii“⁵³, což přispívá ke značnému zlepšení kvality péče, úspěšnosti léčby a kvality života příjemců takové péče (viz tabulka 3.2).

V praxi se lékaři málokdy zajímají o obavy pacientů, o jejich názory a o to, jak chápou povahu své nemoci, a stejně tak zřídka s nimi diskutují o možnostech řešení problému⁵⁸. Omezují se na prosté technické předpisy a zcela ignorují komplexní lidskou složku, která je rozhodující pro správnou volbu léčby a její účinnost⁵⁹.

Čistě technické rady, jak změnit životní styl, stanovit léčbu nebo doporučení k odbornému vyšetření tak nejenže nezohledňují omezení vyplývající z každodenních situací pacientů, ale také jim brání využívat možnosti svépomoci při léčbě nejrůznějších onemocnění, od průjmu⁶⁰ až po diabetes⁶¹. Nicméně ani zdravotní sestra ve venkovské nemocnici v Nigeru, ani praktický lékař v Belgii nemůže například hospitalizovat pacienta bez předchozích souhlasů^{62, 63}, musí totiž spolu s lékařskými kritérii brát v úvahu osobní a rodinné hodnoty pacienta, jeho životní styl a budoucí plány⁶⁴.

Tabulka 3.2 Orientace na pacienta: zlepšení kvality a efektivity péče

Zvýšení intenzity léčení a zlepšení kvality života – Ferrer (2005) ⁵⁴
Hlubší porozumění psychologickým aspektům pacientových problémů – Gulbrandsen (1997) ⁵⁵
Větší spokojenost s výsledky komunikace – Jaturapatporn (2007) ⁵⁶
Větší otevřenost a důvěrnost pacientů při řešení citlivých otázek – Kovess-Masféty (2007) ⁵⁷
Větší důvěra a ochota dodržovat režim léčby – Fiscella (2004) ⁵²
Širší začlenění aspektů prevence a podpory zdravého životního stylu do terapie – Mead (1982) ⁵⁰

Počet poskytovatelů zdravotní péče, kteří jsou speciálně vyškoleni v přístupu zaměřeném na pacienta, je stále malý. Nedostatečnou odbornou přípravu komplikují mezikulturní rozdíly, sociální stratifikace, diskriminace a stigmatizace⁶³. V důsledku toho se plně nevyužívá potenciál pacientů v oblasti ochrany zdraví prostřednictvím změn životního stylu, vzorů chování a svépomoci, jakož i optimálních adaptací odborných rad

na jejich situaci. Existuje mnoho často přehlížených možností, jak rozšířit práva pacientů na jejich zapojení do rozhodovacího procesu, který se týká jejich vlastního života a jejich rodinných příslušníků (vsuvka 3.4). K realizaci těchto příležitostí jsou zapotřebí zdravotničtí pracovníci, kteří jsou schopni navázat kontakt s lidmi a pomoci jim se vědomě rozhodnout. Stávající systémy plateb a finančních bonusů v oblasti poskytování zdravotní péče na úrovni místních komunit často brání zahájení takového dialogu⁶⁵. Střet zájmů mezi poskytovateli a uživateli služeb je zejména v neregulovaném komerčním zdravotnictví hlavní překážkou při zavádění přístupu zaměřeného na pacienty. Komerční poskytovatelé zdravotní péče mohou být k pacientovi zdvořilejší a pozornější než zaměstnanci běžného zdravotnického zařízení, ale to není alternativa k metodě péče zaměřené na člověka.

Všestranné a komplexní reakce

Rozmanitost potřeb a problémů v oblasti zdravotnictví neodpovídá rozdílným diagnostickým kategoriím učebnicové preventivní, osvětové, lékařské a rehabilitační pomoci^{78, 79}. Je zapotřebí aktivizovat různorodou škálu zdrojů zahrnující mimo jiné opatření v oblasti prevence a podpory zdravého životního stylu a také diagnostiku, léčbu nebo doporučení k odbornému vyšetření, léčbu chronických onemocnění, dlouhodobou domácí zdravotní péči a v některých případech sociální služby⁸⁰. Právě tam, kde pacienti [orig. s. 54] přicházejí do styku se systémem zdravotní péče, kde poprvé vysvětlují své problémy, je potřeba nabízet všestrannou a komplexní péči největší.

Vsuvka 3.4 Umožnit pacientovi podílet se na rozhodování o svém zdraví

Rodiny mohou dostat příležitost rozhodovat o zdraví všech svých členů. Například porodní plány a plány urgentní lékařské pomoci⁶⁶ se připravují dlouho před narozením dítěte během diskuze mezi matkou a zdravotnickým personálem o tom, jak by ona sama chtěla porod vést. Mezi diskutované otázky patří místo porodu, zajištění péče o domácnost a starší děti během nepřítomnosti ženy. Další otázka se může týkat plánování výdajů, zajištění dopravy a léků a také výběru dárce s příslušnou krevní skupinou v případě krvácení. Podobné porodní plány se používají v tak rozdílných zemích, jako je Guatemala, Egypt, Indonésie, Nizozemsko a Tanzanská sjednocená republika. Jedná se pouze o jeden z mnoha příkladů rozšíření práv

i možností pacientů spolurozhodovat o jejich zdraví⁶⁷. Strategie rozšíření těchto práv a možností mohou napomoci dosáhnout lepších sociálních a zdravotních výsledků několika způsoby. Podmínkou úspěchu je začlenění těchto strategií do místního kontextu a spoléhání se na pevné vazby mezi pacienty a zdravotnickými pracovníky⁶⁸. Strategie se mohou týkat nejrůznějších oblastí života, jak je uvedeno dále:

- budovat schopnost rodin a domácností pečovat o své zdraví, rozhodovat v oblasti zdraví a řešit mimořádné situace – např. organizace svépomoci pro osoby s diabetem ve Francii⁶⁹, vzdělávací programy pro rodiče a rozšíření práv i možností rodin v Jihoafrické republice⁷⁰, diskuse a plánování bezpečných porodů v Tanzanské sjednocené republice⁷¹, program aktivního stárnutí v Mexiku⁷²;
- zvyšovat povědomí občanů o jejich právech, potřebách a možných problémech – např. osvětová kampaň o cílené pomoci v Chile⁷³, přijetí Deklarace o právech pacienta v Thajsku⁷⁴;
- posilovat vztahy s komunitami a systémem zdravotní péče za účelem sociální podpory – např. poskytování podpory a poradenství osobám poskytujícím v rodinách péči slabomyslným v rozvojových zemích⁷⁵, programy úvěrování venkovských lokalit v Bangladéši a jejich vliv na to, jak si pacienti budou vybírat poskytovatele zdravotní péče⁷⁶, iniciativy ke zlepšení stavu okolního životního prostředí v Libanonu⁷⁷.

Všestranná povaha služeb má smysl z provozního a manažerského hlediska a zvyšuje celkový přínos (viz tabulka 3.3). Pacienti ochotněji využívají služeb, pokud jim je nabídnuto jejich celé spektrum. Navíc se tak maximalizují možnosti pro poskytování preventivní péče a podpory zdravého životního stylu a snižuje se nadbytečná potřeba specializované nebo nemocniční péče⁸¹. Specializace má své výhody, ale s ní související roztržitost služeb je často kontraproduktivní a neefektivní, totiž je nesmyslné monitorovat vývoj dítěte a zároveň ignorovat zdraví matky (a naopak) nebo léčit pacienta s tuberkulózou bez prověření, zda-li není kuřák nebo osoba s HIV.

To neznamená, že zaměstnanci systému primární zdravotní péče jsou povinni řešit všechny zde prezentované zdravotní problémy a problémy ve zdravotnictví a že všechny zdravotnické programy musí být realizovány na jednotlivých střediscích poskytujících komplexní zdravotní péči. Týmy primární zdravotní péče však musí být schopny zvládat většinu zdravotních problémů místního obyvatelstva. Pokud to nedokážou, musí zmobilizovat externí zdroje, nasměrovat pacienty ke specialistovi nebo se obrátit na pomoc specialistů, nemocnic, diagnostických a léčebných center, programů v oblasti

veřejného zdravotnictví, dlouhodobé lékařské péče, sociální pomoci nebo domácí péče, svépomocných skupin a další veřejných institucí. To však neznamená vyloučení odpovědnosti, totiž tým primární péče je stále zodpovědný za pomoc pacientovi při orientaci v těchto obtížných podmínkách.

Tabulka 3.3 Všestranná péče: dosažení lepších výsledků a kvality zdravotnických služeb

Vyšší efektivita lékařské péče – Forrest (1996) ⁸² , Chande (1996) ⁸³ , Starfield (1998) ⁸⁴
Větší ochota pacientů věnovat se prevenci u určitých onemocnění (např. pravidelné měření krevního tlaku, mamografie, cytologický stěr – Pap) – Bindman (1996) ⁸⁵
Snížení počtu pacientů přijatých na klinikách za účelem prevence komplikací chronických onemocnění – Shea (1992) ⁸⁶

[orig. s. 55]

Všestranný a komplexní přístup k většině zdravotních problémů komunity se ukazuje být účinnějším než roztržštěné služby při řešení jednotlivých problémů, a to částečně proto, že pomáhá lépe poznat místní obyvatele a získat jejich důvěru. Jedna aktivita podporuje druhou. Zdravotnická zařízení, která poskytují rozmanité spektrum služeb, zabezpečují širší zavedení a pokrytí populace preventivními programy, například programy zaměřenými na onkologická vyšetření nebo na očkování (graf 3.3), předcházejí komplikacím a zvyšují efektivitu lékařské péče.

Komplexní služby také přispívají k včasnému odhalení a předcházení problémům, dokonce i když pacient nic takového nepožadoval. Existují jednotlivci a skupiny, kterým bude zdravotní péče prospívat, i když ji přímo nevyžadují. Patří sem například ženy, které navštěvují zdravotní střediska v provincii Ouallam v Nigeru nebo lidé s nedignostikovaným vysokým krevním tlakem nebo depresí. Včasné odhalení nemocí, preventivní opatření ke snížení četnosti výskytu neuspokojivého zdravotního stavu, podpora zdravého životního stylu s cílem vymýcení rizikového chování a řešení sociálních a jiných problémů, které determinují zdraví – to vše vyžaduje, aby zdravotnická zařízení převzala iniciativu. V mnoha případech jsou místní zdravotníci jedinými odborníky, kteří mohou úspěšně zvládnout problémy v komunitě, například

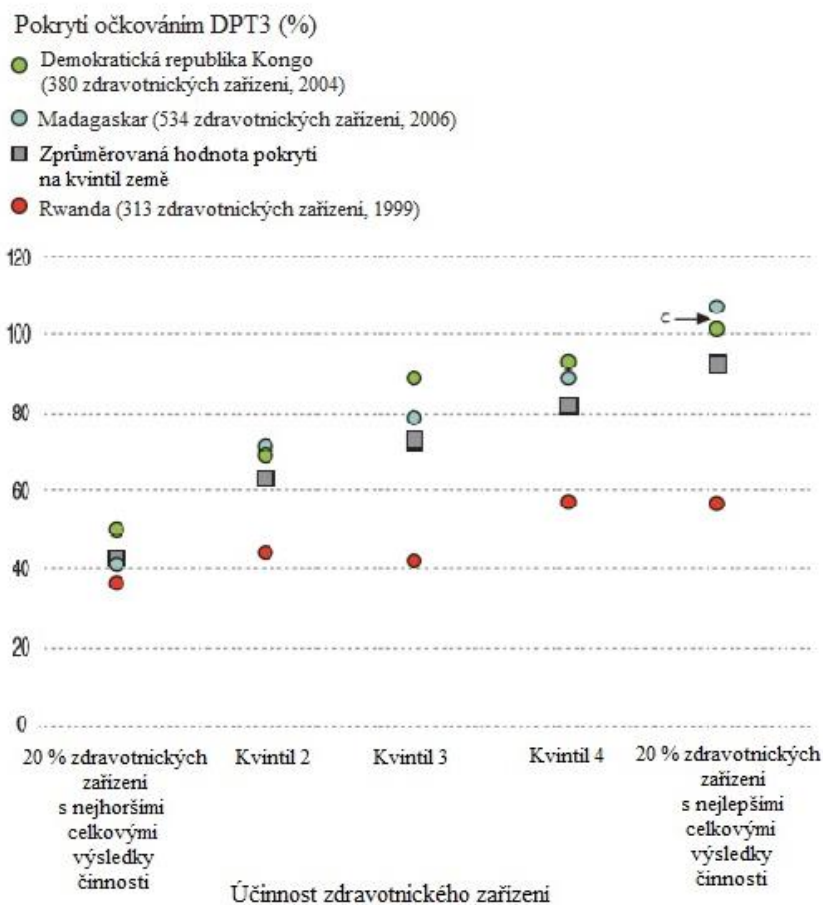
pouze oni mohou pomoci rodičům s péčí a aktivní výchovou jejich dětí v raném věku, což je samo o sobě důležitým faktorem zdraví, prosperity a produktivity v dospělosti⁸⁷. Podobná činnost vyžaduje, aby se vytvářely operativní týmy zdravotní péče nabízející nejrůznější služby. Úspěch jejich práce závisí na blízkém, důvěrném vztahu mezi zdravotnickými zařízeními a jejich cílovými komunitami, zejména na zdravotním personálu, který dobře zná místní obyvatelstvo⁸⁸.

Kontinuita péče

Porozumění pacientům a okolnostem, v nichž žijí, je důležité nejen pro poskytování všestranné péče zaměřené na pacienta. Je to také důležitá podmínka pro kontinuitu péče. Poskytovatelé zdravotní péče se často chovají tak, jako kdyby jejich profesní odpovědnost začala od okamžiku, kdy pacient vstoupí do ordinace, a končí, když ji opouští. Poskytování lékařské péče by však nemělo být omezeno dobou konzultace nebo čtyřmi stěnami ordinace. Aby byla zdravotní péče účinná, je zapotřebí důsledný a promyšlený přístup k řešení pacientova problému do jeho úplného vyřešení a odstranění rizika, které by ospravedlňovalo následnou intervenci. Kontinuita péče je určujícím faktorem účinnosti, ať jde o léčbu chronických onemocnění, péči o reprodukční a duševní zdraví nebo o zajištění zdravého růstu dětí (viz tabulka 3.4).

Návaznost péče závisí na zajištění dostupnosti informací v případech, kdy pacienti stárnou, mění místo pobytu nebo v situacích, kdy se konkrétnímu pacientovi nebo domácnosti věnuje několik odborníků.

Graf 3.3 Lékařská střediska nabízející řadu různých služeb dosahují většího pokrytí očkováním ^{a b}



[orig. s. 56]

Tabulka 3.4 Kontinuita péče: zajištění vysoké kvality a účinnosti

Snížení úmrtnosti z nejrůznějších příčin – Shi (2003) ⁹⁰ , Franks (1998) ⁹¹ , Villalbi (1999) ⁹² , PAHO(2005) ⁹³
Rozšíření přístupu k zdravotní péči – Weinick(2000) ⁹⁴ , Forrest (1998) ⁹⁵
Snížení počtu případů opakované hospitalizace – Weinberger (1996) ⁹⁶
Snížení počtu návštěv specialistů – Woodward (2004) ⁹⁷
Méně časté využívání zdravotnické záchranné služby – Gill (2000) ⁹⁸
Účinnější detekce nežádoucích účinků léčebné intervence – Rothwell (2005) ⁹⁹ , Kravitz (2004) ¹⁰⁰

Přístup k elektronickým, běžným lékařským záznamům nebo k opisům pro pacienty či k propouštěcím zprávám usnadňuje výběr léčby a koordinaci lékařské péče. Například v Kanadě nebyly o každém sedmém pacientovi přijímaném na pohotovost k dispozici žádné lékařské informace, což mu velmi pravděpodobně mohlo způsobit újmu na zdraví¹⁰¹. Nedostatek lékařských údajů je nejčastější příčinou pozdního poskytnutí pomoci či poskytnutí nepotřebné pomoci¹⁰². V USA je 15,6 % zaznamenaných lékařských omylů na ambulancích zapříčiněno právě těmito důvody¹⁰³. Moderní informační a komunikační technologie, které se v medicíně dosud využívají nedostatečně, nabízejí unikátní příležitosti pro šíření lékařských informací za přiměřených nákladů¹⁰⁴, čímž přispívají ke kontinuitě a bezpečnosti péče a také akumulaci znalostí (vsuvka 3.5). Navíc, jak ukazuje příklad Otevřené databáze zdravotních údajů, již nejsou tyto technologie výhradním privilegiem dobře zajištěných struktur, totiž elektronické archivy zdravotnické dokumentace, které vyvinuly asociace praktických lékařů pomocí veřejně dostupného softwaru, zajišťují kontinuitu a vysokou kvalitu péče o pacienty s HIV / AIDS v mnoha zemích s nízkými příjmy¹⁰⁵.

Zdokonalené lékařské záznamy pacientů nestačí. Zdravotnická zařízení musí aktivně usilovat o minimalizaci mnoha překážek při zajišťování kontinuity péče. Na rozdíl od platby na osobu nebo platby za návštěvu je placení služeb z vlastní kapsy pacientů nejčastější překážkou lepší dostupnosti a kontinuity péče¹⁰⁷. Například v Singapuru ještě donedávna neměli pacienti možnost využívat své zdravotní spořicí účty (Medisave) na úhradu ambulantní léčby, což vedlo ke zpoždění v pravidelných návštěvách u lékařů a nedodržování lékařských předpisů chronicky nemocnými pacienty. Problém narostl natolik, že bylo nutné provést změny v legislativě. V současné době mají nemocnice doporučení, aby posílaly pacienty s diabetem, hypertenzí, poruchami metabolismu lipidů a cévní mozkovou příhodou k praktickým lékařům s tím, že se ambulantní péče hradí z účtů Medisave¹⁰⁸.

Mezi další překážky patří plány léčby, které vyžadují časté návštěvy kliniky, což s sebou nese více času i výdajů na dopravu a s tím i ušlou mzdu. Pacienti nemusí být schopni pochopit důležitost dodržování těchto plánů a následně mohou být málo motivováni k léčbě. Pacienti mohou být dezorientovaní v složité struktuře specializovaných nemocnic nebo sociálních služeb. Takové problémy je potřeba předvídat a identifikovat co nejdříve. Bude to vyžadovat značné úsilí od lékařů, totiž diskutovat s pacientem o podmínkách léčebného plánu, aby se maximalizovala šance

dokončení terapie; evidovat klienty s chronickými nemocemi, stejně jako vytvářet komunikační kanály prostřednictvím návštěvy lékaře u pacienta doma, být v kontaktu s pracovníky pečovatelské služby, provozovat telefonické upomínky a zasílat textové zprávy za účelem obnovení péče. Tyto každodenní úkoly mívají často rozhodující význam pro úspěšnost léčby, ale velmi vzácně jsou honorovány. Je mnohem snazší řešit tyto problémy, když si pacient a osoba zabezpečující péči dříve jasně definovali, jak a kdo bude na pacienta po odchodu z nemocnice dohlížet.

Stabilní důvěryhodný lékař jako garant přístupu k systému zdravotnictví

Komplexní povaha, kontinuita a orientace na pacienta mají přímý vliv na [orig. s. 57] účinnost lékařské péče. Všechny tyto faktory závisí na stabilních, dlouhodobých osobních vztazích (někdy označovaných jako „víceleté pozorování“⁸⁴) mezi veřejností a odborníky, kteří jsou pro pacienty garanty přístupu do systému zdravotní péče.

Ve většině případů tradiční ambulantní péče vznik takových vztahů nepodporuje. Úřední, anonymní a nadmíru technické prostředí ambulantních oddělení nemocnic, kde pracuje mnoho odborníků širokého i úzkého zaměření, poskytuje mechanickou interakci mezi anonymními jednotlivci a institucí, nikoliv však pomoc zaměřenou na člověka. Malé kliniky nejsou tak anonymní, ale pomoc v nich poskytovaná se spíše podobá obchodnímu či úřednímu ujednání, které začíná a končí konzultací, než že by se jednalo o rychlou reakci na řešení problému. V tomto ohledu se soukromé kliniky příliš neliší od státních zdravotnických středisek⁶⁴. Ve venkovských oblastech zemí s nízkými příjmy je práce státních zdravotních středisek obvykle založena na těsné interakci s místním obyvatelstvem. Skutečnost však často bývá jiná. Cílené poskytování zdrojů a personálu na jednotlivé programy stále více vede k fragmentaci¹⁰⁹, zatímco nedostatek finančních prostředků, velmi nízké mzdy zdravotnického personálu a rozsáhlá komercializace ve všech směrech brání vytváření takovýchto vztahů¹⁰¹. Existuje mnoho příkladů, které svědčí o opaku, ale vztahy mezi poskytovateli služeb a jejich klienty, zejména z chudých vrstev, nepřispívají k budování vztahů na základě vzájemného porozumění, soucitu a důvěry⁶².

Vsuvka 3.5 Využití informačních a komunikačních technologií pro zlepšení přístupu a zvýšení kvality a efektivity primární zdravotní péče

Informační a komunikační technologie umožňují lidem ve vzdálených a špatně obsluhovaných oblastech získat přístup k službám a odborné pomoci, které by jinak nemohli využívat, zejména v zemích s různou koncentrací lékařské praxe nebo chronickým nedostatkem lékařů, pomocného, nižšího a středního zdravotnického personálu nebo v oblastech, kde přístup k lékařským institucím a odborným konzultacím vyžaduje přejezdy na velké vzdálenosti. Za takových okolností nutnost rozšíření dostupnosti lékařské péče stimuluje zavedení dálkových technologií v diagnostice, vyšetření a poradenství. Typickým příkladem je praxe okamžitého přenosu elektrokardiogramů používaná v Chile při podezření na infarkt myokardu, totiž vyšetření se provádí v ambulantních podmínkách a údaje jsou zasílány do Národního kardiologického centra, jehož odborníci potvrzují diagnózu faxem nebo e-mailem. Tato konzultace se specialisty na dálku umožňuje operativně předepsat nezbytnou léčbu, což bylo dříve nemožné. Klíčovým faktorem tohoto technického pokroku je internet, stejně jako telefonní spojení, které jsou již k dispozici všem zdravotnickým zařízením v zemi.

Dalším pozitivním výsledkem využívání informačních a komunikačních technologií při poskytování primární zdravotní péče bylo zlepšení kvality služeb. Zdravotnické instituce se snaží poskytovat nejen lepší lékařskou péči, ale také usilují o její větší bezpečnost. V tom napomáhají praktikujícím doktorům, kteří pracují v nejrůznějších podmínkách, takové prostředky jako elektronická zdravotní dokumentace, počítačové systémy pro předepisování léků a pro podporu klinických rozhodování. Například v jedné obci v západní Keni integrace údajů elektronické zdravotní dokumentace, laboratorních výsledků, informací o nákupu léků a lékařských výkazů výrazně zredukovala technickou práci a chyby a zlepšila kvalitu léčby po odchodu z nemocnice.

Kvůli rostoucím nákladům za zdravotní péči vytvářejí informační a komunikační technologie nové příležitosti pro individuální péči zaměřenou na pacienta a na domácí péči. Za tímto účelem byly investovány značné prostředky do výzkumu a vývoje aplikací orientovaných na spotřebitele. V Kapském Městě v Jihoafrické republice vkládá tzv. „služba podpory při dodržování léčebného režimu“ do databáze příjmení a čísla mobilních telefonů pacientů s tuberkulózou (údaje poskytují kliniky). Každou půlhodinu server prohledává databázi a odesílá SMS zprávy pacientům s připomínkou, že mají užít léčivo. Jedná se o nízkonákladovou a velmi spolehlivou technologii. Účinnost léčby a její ukončení jsou téměř stejné jako u pacientů podstupujících krátkodobou léčbu tuberkulózy pod přímým dohledem, ale náklady pacienta a kliniky jsou mnohem nižší, navíc to mnohem méně ruší pacienta v každodenním životě¹⁰⁶. V rámci stejné myšlenky podporovat dosavadní životní styl pacientů přijalo Nizozemí inovační komunitní program,

v němž jsou komunikační a monitorovací nástroje zabudovány do tzv. systému „inteligentní dům“ v bytech seniorů. Tento systém umožňuje snížit počet návštěv na klinikách a usnadňuje život pacientům trpícím chronickými onemocněními, která vyžadují časté návštěvy lékaře a úpravu předepsaných léků.

Mnoho klinických lékařů, kteří usilují o dosažení výsledků v prevenci a léčbě, vkládá naději do internetu jako mechanismu, který zprostředkuje lékařskou konzultaci, jež doplní nebo nahradí návštěvu odborného lékaře. Tím, že nové aplikace, služby a přístup k informacím poskytly nutné znalosti přímo lidem, navždy změnilo vztah mezi uživateli a pracovníky zdravotní péče.

[orig. s. 58]

Tabulka 3.5 Obvyklé kontaktní místo: zlepšení kvality a efektivity lékařské péče

Zvýšená spokojenost se službami – Weiss (1996) ¹¹⁶ , Rosenblatt (1998) ¹¹⁷ , Freeman (1997) ¹²⁴ , Miller (2000) ¹²⁵
Větší ochota dodržovat předepsané léčby a méně častá hospitalizace – Weiss (1996) ¹¹⁶ , Rosenblatt (1998) ¹¹⁷ , Freeman (1997) ¹²⁴ , Mainous (1998) ¹²⁶
Méně časté návštěvy u specialistů a záchranné služby – Starfield (1998) ⁸² , Parchman (1994) ¹²⁷ , Hurley (1989) ¹²⁸ , Martin (1989) ¹²⁹ , Gadomski ¹³⁰
Méně časté odborné poradenství – Hurley (1989) ¹²⁸ , Martin (1989) ¹²⁹
Efektivnější využití zdrojů – Forrest (1996) ⁸² , Forrest (1998) ⁹⁵ , Hjortdahl (1991) ¹³¹ , Roos (1998) ¹³²
Hlubší porozumění psychologickým aspektům pacientových problémů – Gulbrandsen (1997) ⁵⁵
Efektivnější preventivní práce mezi dospívajícími – Ryan (2001) ¹³³
Ochrana před nadbytečnou léčbou – Schoen (2007) ¹³⁴

Vytváření pevných vztahů vyžaduje čas. Podle výzkumů trvá dva až pět let, než se potenciál takových vztahů plně rozvine⁸⁴, avšak jak můžeme vidět z příkladu zdravotnického centra na Aljašce, které jsme zmínili na začátku kapitoly, radikálně se tím mění povaha poskytované pomoci. Dlouhodobý přístup ke stejné skupině lékařů přispívá k rozvoji důvěrných vztahů mezi pacientem a doktorem^{97, 111, 112}. S větší

pravděpodobností začínají lékaři odborníci projevovat respekt a porozumění pacientovi, kterého znají už dlouhou dobu, což vede k rozvoji pozitivní spolupráce a lepší komunikaci¹¹³. Je pro ně snadnější porozumět potížím a předvídat nesnáze při zajišťování kontinuity péče a dohlížet na průběh léčby a posuzovat, jak nemoc nebo postižení ovlivňují každodenní život pacienta. Pokud lékaři více zohledňují zázemí svých pacientů, mohou přizpůsobovat lékařskou péči specifickým potřebám jednotlivce a identifikovat zdravotní problémy v počátečních fázích.

Není to jen otázka důvěry a spokojenosti pacientů, i když i ty jsou velmi důležité^{114, 115}. V konečném důsledku jde o otázku vyšší kvality a efektivnosti lékařské péče (tabulka 3.5). Pacienti, kteří se se všemi svými problémy obracejí na stejný zdroj péče, jsou zpravidla ochotnější řídit se obdržnými doporučeními, méně často potřebují hospitalizaci a jsou se službami spokojenější^{98, 116, 117, 118}. Zdravotnická zařízení šetří čas lékařů, snižují množství laboratorních rozborů a snižují náklady^{95, 119, 120} a také rozšiřují používání preventivních opatření¹²¹. Motivace se posiluje uznáním ze strany populace. Nicméně i ti skutečně obětaví odborníci nepoužívají tyto možnosti okamžitě^{122, 123}. Kontakty mezi veřejností a zdravotnickými službami by měly být budovány tak, aby to bylo nejen možným, ale i nejpravděpodobnějším způsobem jednání.

Vytvoření sítě zařízení primární péče

Zdravotnické zařízení, které poskytuje primární ambulantní péči v případě nemoci a souvisejících problémů, musí poskytovat kompletní rozsah komplexních diagnostických, léčebných, rehabilitačních a paliativních služeb. Na rozdíl od většiny tradičních modelů lékařské péče musí nabízené služby zahrnovat preventivní opatření a opatření na podporu zdraví, a také snahu bojovat s místními faktory, které vedou ke zhoršení zdraví. Nejdůležitější podmínkou pro navázání pevných a stabilních vztahů mezi poskytovatelem služeb a obyvatelstvem je zohlednění osobních a sociálních podmínek života pacientů a jejich rodin, což zaručuje kontinuitu služeb jak v čase, tak při změně zdravotnických zařízení.

Aby se tradiční zdravotnická zařízení přeměnila na službu primární péče, aby tedy patřičně zohledňovala výše zmíněné zásady, je nutné je reorganizovat. Předpokladem zde je zajištění přímé a trvalé dostupnosti péče, zamezení neoprávněnému [\[orig. s. 59\]](#) využívání placených služeb, dále poskytování sociální péče, která vyplývá z programů

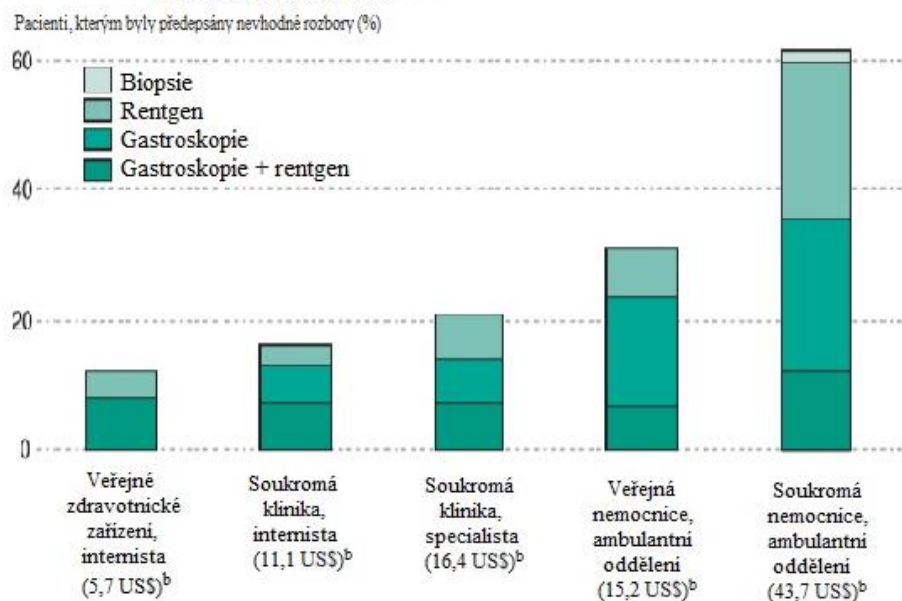
všeobecného pokrytí obyvatelstva lékařskou pomocí. Transformace tradiční péče – ambulantní, lůžkové, všeobecné a specializované – do lokálních sítí středisek primární péče však vyžaduje zavedení řady dalších opatření^{135, 136, 137, 138, 139, 140}, která mají:

- přiblížit pomoc k lidem, umístit zdravotnické zařízení do bezprostřední blízkosti komunity a zajistit s ní přímou interakci tím, že se kontaktní místo ve zdravotnickém systému přesune z nemocnic a odborných ordinací do obecných středisek primární péče, která se nacházejí přímo u klienta;
- uložit poskytovatelům zdravotní péče plnou odpovědnost za zdravotní stav určité skupiny obyvatel, jak pacientů, tak zdravé populace, těch, kteří žádají o konzultaci, i těch, kteří ji nevyžadují;
- posílit úlohu poskytovatelů primární péče jako koordinátorů interakce s ostatními stupni zdravotní péče tím, že jim budou dány administrativní pravomoci a kupní síla.

Přiblížit pomoc k lidem

Prvním krokem musí být přesun přístupového místa do systému zdravotní péče z odborných klinik, ambulantních oddělení nemocnic a zdravotnické záchranné služby do ordinací všeobecného lékařství nacházejících se v blízkosti klienta.

Graf 3.4 Nevhodná vyšetření předepsaná modelovým pacientům v Thajsku, kteří si stěžovali na mírné bolesti břicha^{a, b, 162}



^a Pozorování bylo provedeno v roce 2000, před zavedením systému všeobecného pokrytí obyvatelstva v Thajsku.

^b Náklady na pacienta, včetně lékařských poplatků, nákladů na léky a laboratorního a technického vyšetření.

Jsou stále četnější důkazy toho, že takový krok přináší měřitelné pozitivní výsledky, pokud jde o zmírnění utrpení, prevenci onemocnění a předcházení úmrtí a také o dosažení větší rovnosti v oblasti zdraví. Tato zjištění jsou potvrzena jak národními, tak mezinárodními výzkumy, i když nejsou plně implementovány všechny zásady primární péče³¹.

Ve všeobecných ambulatorních zařízeních jsou nejčastější nemoci ohrožující život odhalovány stejně často nebo i častěji než ve specializovaných službách^{141, 142}. Praktičtí lékaři dodržují stejné zásady klinické praxe jako specialisté¹⁴³, ale zřídka se k nim uchylují^{144, 145}. Předepisují méně invazivních výkonů^{146, 147, 148, 149}, méně často hospitalizují pacienty i na kratší období^{127, 133, 149} a věnují mnohem větší pozornost preventivním opatřením^{133, 150}. To vede k poklesu celkových nákladů na zdravotnické služby⁸² a to při dosažení stejných výsledků léčby^{146, 151, 152, 153, 154, 155} a vyšší spokojenosti pacientů^{125, 150, 156}. Ze srovnání údajů ze zemí s vysokými příjmy vyplývá, že zvýšení počtu praktických lékařů pracujících v ambulantních zařízeních je doprovázeno snížením celkových nákladů a zvýšením kvality služeb¹⁵⁷. Avšak v zemích, kde je nadále kladen důraz především na specializovanou pomoc, se indexy efektivnosti, měřené na úrovni populace, nezvyšují nebo dokonce snižují, přičemž fragmentace péče zvyšuje nespokojenost uživatelů a zvětšuje již tak hlubokou propast mezi zdravotnickými zařízeními a sociálními službami^{157, 158, 159}. Získat informace o zemích se středními a nízkými příjmy je těžší¹⁶⁰, ale situace je zřejmě analogická. Podle některých odhadů by mohlo v zemích Latinské Ameriky a Karibiku aktivnější využívání praktických lékařů vést k eliminaci každého druhého případu hospitalizace¹⁶¹. V Thajsku se ukázalo, že ambulantní péče poskytovaná praktickým lékařem za zdi nemocnic je operativnější, více zaměřená na pacienta a také je méně nákladná a vyhýbá se redundantním preskripcím¹⁶² (viz graf 3.4).

Přesun kontaktního místa zdravotnického systému od specializovaných nemocnic k ambulancím praktického lékaře vytváří předpoklady pro komplexnější, kontinuální [orig. s. 60] a na pacienta orientovanou péči, čímž se přínos takového přesunu zvýší. To platí zejména tehdy, když jsou služby poskytovány v rámci husté sítě malých středisek umístěných v těsné blízkosti populace. Umožňuje to vytvářet týmy, které jsou dostatečně malé na to, aby dobře poznaly členy komunit, o které se starají, a aby byli sami zdravotníci v komunitě známí. Týmy jsou zároveň dostatečně stabilní, aby mohly vytvořit pevné vztahy s obyvatelstvem. Takové týmy musí být schopny budovat vztahy,

mít dobré organizační schopnosti a také mít odborné znalosti pro řešení většiny problémů lékařské péče na místní úrovni.

Odpovědnost za konkrétní skupinu obyvatelstva

V případě tradiční ambulantní péče přebírá poskytovatel služeb odpovědnost za osobu, která přišla na vyšetření, pouze v době výkonu a v tom lepším případě může tato odpovědnost být spojena se zajištěním nepřetržité péče. Tento pasivní přístup, který uspokojuje jen stávající poptávku, vede k tomu, že značný počet pacientů, kteří potřebují pomoc, zůstane nepokryto. Existují lidé, kteří z různých důvodů nemají přístup k službám nebo se cítí odříznuti od takového přístupu, a proto nevyhledávají lékařskou pomoc, ani když ji potřebují. Existují lidé, kteří sice trpí chorobou, ale návštěvu lékaře odkládají. Mnozí z nich spadají do rizikových skupin a potřebují vyšetření nebo preventivní léčbu (například u rakoviny děložního čípku nebo dětské obezity), ale tyto programy se na ně nevztahují, protože nenavštěvují lékaře, totiž pokud jsou preventivní služby omezené, nemohou být využity těmi, kdo je nejvíce potřebují¹⁶³. Pasivní přístup má ještě jeden nežádoucí následek: zcela ignoruje místní faktory přispívající ke zhoršení zdraví, jako jsou sociální, ekologické faktory nebo faktory související s pracovními podmínkami. To všechno jsou promarněné příležitosti pro úspěšnou zdravotní péči, protože poskytovatelé zdravotní péče, kteří přebírají odpovědnost jen za své klienty, se zabývají pouze léčbou a nikoliv udržením a upevněním zdraví.

Alternativní přístup znamená, že každý tým primární péče má jasně definovanou odpovědnost za konkrétní komunitu nebo skupinu lidí. Budou tak použitím administrativních opatření či na základě uzavřené smlouvy zodpovědní za poskytování všestranné, kontinuální a na pacienta zaměřené zdravotní péče o obyvatelstvo a také za aktivní využívání souboru podpůrných služeb – od rekreačních aktivit až po paliativní péči. Nejsnazší způsob, jak tuto odpovědnost určit, je vyčlenit obsluhované skupiny obyvatelstva podle územního principu, což je tradiční přístup ve venkovských oblastech. Jednoduchost územního principu je ve skutečnosti zavádějící. Řídí se úřední logikou veřejného sektoru, který se často nemůže přizpůsobit vzniku mnoha alternativních poskytovatelů služeb. Administrativní území se navíc nemusí shodovat se sociologickou realitou, zejména v městských oblastech, jejichž obyvatelé jsou vysoce mobilní a nepracují tam, kde žijí, což činí zdravotní středisko v blízkosti domu nevhodným

k návštěvě. Dále pacienti oceňují možnost volby a mohou projevit nespokojenost s přiřazením k určitému zdravotnickému zařízení. V některých zemích se za nejvhodnější kritérium pro určení obsluhované skupiny obyvatelstva považuje geografická blízkost, zatímco v jiných zemích je použita zásada aktivní registrace nebo se vytváří seznamy pacientů. V tomto případě není důležité, jak je určena skupina obyvatelstva, ale jak dobře mechanismus určení skupiny zajišťuje, že žádný z jejích členů nezůstal nepodchycen zdravotnickým zařízením.

Jakmile je stanovena jasně definovaná komplexní odpovědnost za zdravotní stav konkrétní skupiny obyvatelstva a vypracovávají se příslušné mechanismy finanční a správní zpětné vazby, pravidla se mění.

- Tým primární péče by měl rozšiřovat rozsah poskytované pomoci, připravovat akce a programy zaměřené na zlepšení efektivity, které by v jiných případech mohly být opomenuty¹⁶⁴. To vyžaduje investice do preventivních a léčebných aktivit, stejně tak je nutné pokrytí oblastí, kterým se obvykle nevěnuje pozornost, jako je například ochrana zdraví na školách a na pracovišti.

[orig. s. 61]

To pobízí týmy primární péče, aby spolupracovaly s organizacemi i jednotlivci v místní komunitě, zejména s dobrovolníky a komunitními zdravotníky, kteří jsou prostředníky mezi lékaři a pacienty, nebo aby mobilizovaly skupiny aktivistů, sociálních pracovníků, svépomocných skupin apod.

- Tím se tým dostane mimo kancelář a pracuje s celou populací. Pro zdravotnictví může být v tomto případě pozitivní dopad velmi významný. Bylo například zjištěno, že rozsáhlé programy zahrnující domácí péči a mobilizaci obyvatelstva účinně snižují rizikové faktory dětské úmrtnosti a počet skutečných úmrtí. U některých skupin populace ve Spojených státech klesla v důsledku implementace těchto programů dětská úmrtnost o 60 %¹⁶⁵. To je částečně způsobeno tím, že přístup k efektivní péči nyní získaly i osoby, které ho předtím neměly. Například v Nepálu činnost nevládních ženských sdružení přispěla k širšímu pokrytí populace lékařskou péčí, což snížilo úmrtnost kojenců o 29 % a matek o 80 % oproti kontrolním skupinám¹⁶⁶.
- Tým bude také muset poskytovat cílenou pomoc ve spolupráci s ostatními sektory, aby pokryl i marginalizované a nezapojené skupiny obyvatelstva a také

aby vyřešil širší škálu problémů vedoucích ke zhoršení zdraví. Jak je uvedeno v kapitole 2, je to nezbytný předpoklad pro dosažení všeobecného pokrytí obyvatelstva zdravotní péčí a zvláště zde hrají místní zdravotní služby klíčovou úlohu. Například horké léto r. 2003 v západní Evropě prokazatelně demonstrovalo význam práce s osamělými seniory a dramatické důsledky absence takové práce, zbytečně zahynulo více než 50 tisíc seniorů¹⁶⁷.

Jak pro jednotlivé pacienty, tak pro komunity zvyšuje formální kontakt se známým zdrojem zdravotní péče pravděpodobnost, že se budou utvářet dlouhodobé vztahy, že se zvýší zájem ze strany lékařů k definování základních principů primární péče a že se vytvoří lepší komunikační kanály. Současně je možné formalizovat vztahy s dalšími stupni zdravotní péče – specialisty, nemocnicemi a technickými službami, stejně jako sociálními službami.

Tým primární péče jako koordinační místo

Týmy primární péče nebudou schopny zajistit plnou odpovědnost za svěřenou populaci bez podpory specializovaných služeb, organizací a institucí mimo komunitu, o kterou pečují. Při omezeném množství finančních a jiných prostředků jsou tyto zdroje podpory zpravidla soustředěny v „oblastních diagnostických a léčebných centrech primární péče“. Ve své klasické podobě může být systém zdravotní péče založený na primární zdravotní péči prezentován jako pyramida skládající se z oblastní nemocnice na vrcholu a řady zdravotních středisek, která odkazují pacienty na kompetentnější zdravotnické zařízení.

Za normálních podmínek lékaři jako poskytovatelé ambulantní péče prakticky nemají vliv na to, jak nemocnice a specializované služby přispívají – nebo nepřispívají – ke zlepšení zdraví svých pacientů, a nemají tendence interagovat s jinými institucemi a zainteresovanými stranami, na kterých závisí úroveň veřejného zdraví. Tato situace se změní, pokud tíha odpovědnosti za určitou skupinu obyvatelstva bude ležet na nich a centra primární péče budou pro tuto část obyvatelstva uznána jako oficiální přístupové místo do zdravotnického systému. S tím, jak se rozšiřuje síť zdravotnických zařízení, se sektor zdravotnictví stává rozmanitější a vstupují do něj noví členové. Diverzifikace je umožněna navýšením zdrojů, totiž soubor dostupných specializovaných služeb může zahrnovat rychlou záchrannou pomoc, specialisty, diagnostickou infrastrukturu, dialyzační centra, centra realizující screeningová vyšetření na onkologická onemocnění,

odborníky na ochranu životního prostředí, zdravotnická zařízení pro chronicky nemocné pacienty, lékárny apod. Tím se otevírají nové možnosti, avšak za předpokladu, že týmy primární péče pomohou komunitě, která jim byla svěřena, využívat uvedeného potenciálu, což je obzvláště důležité pro tělesné i duševní zdraví obyvatelstva a dlouhodobou lékařskou pomoc¹⁶⁸.

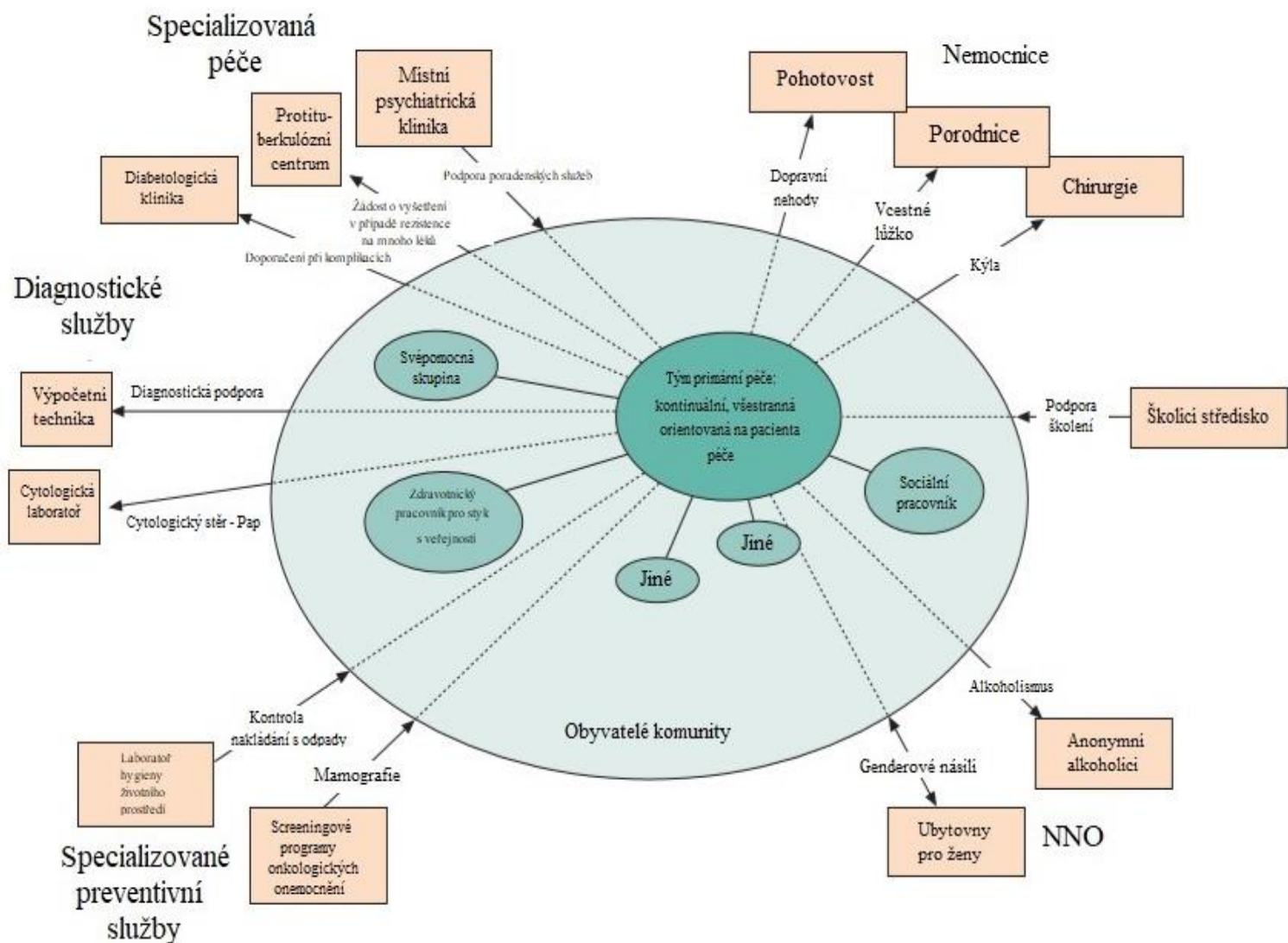
Koordinační role (supervize) vyplývající z výše uvedeného přeměňuje pyramidu na [orig. s. 62] síť, v níž nejsou vztahy mezi týmem primární péče a jinými institucemi a službami založeny na hierarchické podřízenosti a odkazování pacientů na nadřazené zdravotnické zařízení, ale na spolupráci a koordinaci činností (graf 3.5). V tomto případě se tým primární péče stává prostředníkem mezi komunitou a ostatními stupni systému zdravotní péče, pomáhá pacientům orientovat se v bludišti zdravotnických služeb a mobilizuje podporu z jiných institucí, ať už tam posílá pacienty nebo zve tamní specialisty.

Tato koordinační a zprostředkovatelská role se vztahuje i na spolupráci s jinými typy organizací, včetně nevládních organizací. Ty můžou významným způsobem podpořit centra primární péče. Mohou informovat obyvatele o jejich právech a o tom, jak se vyhnout nekvalitním zdravotnickým službám^{169, 170}. Nezávislé organizace, které se zabývají veřejnými stížnostmi nebo se podílejí na ochraně práv spotřebitele, mohou uživatelům pomoci stížnosti správně sestavit a adresovat. Navíc v mnoha zemích existují četné svépomocné a podpůrné skupiny pro diabetiky, osoby se zdravotním postižením a chronické pacienty, které učí lidi techniky svépomoci¹⁷¹. Jen ve Spojených státech sdružují svépomocné skupiny pět milionů lidí a v mnoha zemích s nízkými a středními příjmy se v posledních letech podílí stále více organizací občanské společnosti na ochraně zdraví a na řešení s tím souvisejících problémů, od svépomoci až k ochraně lidských práv. Jejich činnost je mnohem rozsáhlejší než prosté šíření znalostí mezi populací. Pomáhají lidem převzít odpovědnost za svou situaci, zlepšit svůj zdravotní stav, učí je, jak efektivněji zvládat onemocnění, budovat víru ve vlastní síly a snižovat své předepsané medikace¹⁷². Vliv týmů primární péče lze posílit pouze prostřednictvím vazeb s takovými skupinami.

V případě, že týmy primární péče mohou převzít koordinační funkci, jejich práce se stává atraktivnější a uspokojivější a celkový dopad na úroveň zdraví je pozitivní. Díky tomu, že se eliminují pacienti, kteří odbornou péči nepotřebují, se snižuje počet

hospitalizací a zkracuje se čekací lhůta pro ty, kteří skutečně potřebují odborné poradenství, zkracuje se délka pobytu v nemocnici, zlepšuje se kvalita péče po propuštění z nemocnice^{83, 128, 129}.

Graf 3.5 Primární péče jako koordinační centrum: interakce v rámci obsluhované komunity a s externími partnery^{173, 174}



[orig. s. 63]

Koordinační funkce vytváří institucionální základ pro mobilizaci všech sektorů za účelem ochrany zdraví místního obyvatelstva. Není to doplňková funkce týmů primární péče, ale jedna z hlavních. Ze strategického hlediska je to důležité proto, že o koordinaci se bude pořád jen mluvit, pokud tým primární péče nebude zbaven administrativních či finančních pát. Koordinace závisí také na tom, jestli jednotlivé instituce uznají klíčovou úlohu týmů primární péče. Současný systém odborného

vzdělávání, personální struktura a mechanismy odměňování často svědčí o opaku. Boj s tak závažnými překážkami v rozvoji primární péče vyžaduje politickou vůli vedení.

Monitorování pokroku

Přechod od tradičního modelu k primární péči je složitý proces, který nelze měřit obecnými standardy. Až v posledních letech se objevila možnost analyzovat pozitivní výsledky, které přinášejí různé aspekty primární péče. To je částečně způsobeno skutečností, že trvalo několik let, aby se formou pokusů a omylů určily charakteristiky, které odlišují primární péči od tradičního modelu poskytování služeb, a nástroje pro takové hodnocení vůbec neexistovaly. Vysvětluje se to také tím, že zmíněné principy primární péče se nikdy nerealizovaly v rámci jednoho reformního balíčku, ale vznikaly z postupných změn a restrukturalizace systému zdravotní péče. Nehledě na obtížnost úkolu je však možné pokusit se zhodnotit úspěchy v tomto směru a posoudit, nakolik se podařilo dosáhnout všeobecného pokrytí obyvatelstva zdravotní péčí.

Prvním kritériem je stupeň implementace organizačních opatření nezbytných pro přechod na systém primární péče.

- Ke komu přijde pacient na první návštěvu – ke specialistům, do nemocnice nebo k týmu primární všeobecné péče v místě bydliště?
- Nesou poskytovatelé primární péče odpovědnost za zdraví všech členů určité skupiny populace, a to jak těch, kteří navštěvují lékaře, tak i těch, kteří nenavštěvují zdravotnická zařízení?
- Jsou poskytovatelé primární péče oprávněni koordinovat různé činnosti specializovaných, nemocničních a sociálních služeb tím, že jsou posíleny jejich úřední pravomoci a kupní síla?

Druhým kritériem je míra rozšíření principů charakteristických pro primární péči.

- Orientace na pacienta: je možné na základě přímých pozorování a vyšetření uživatelů mluvit o zlepšení situace?
- Komplexní charakter: rozšiřuje se portfolio služeb primární péče, získalo komplexní charakter zahrnující všechny hlavní výhody zavedení nového modelu – od prevence po paliativní péči – pro všechny věkové skupiny?

- Kontinuita: zaznamenávají se informace o pacientech po celou dobu jejich života a předávají se dalším institucím nebo střediskům primární péče, kam pacient odejde při změně bydliště?
- Trvalé kontaktní místo: jsou přijímána opatření, která zajistí, aby lékaři ve zdravotnických zařízeních dobře znali své klienty a naopak?

Výše uvedené skutečnosti jsou návodem pro politiky na to, jak zhodnotit úspěch reforem zdravotnických služeb. Tato kritéria však ještě neumožňují najít spojitost mezi sociálními a zdravotními výsledky a specifickými aspekty reforem. Za tímto účelem je nutné sledovat reformní proces pomocí mnohem intenzivnějšího výzkumu. To je přesvědčivě ukázáno ve shrnutí Cochrane Collaboration¹³⁹, která hodnotí strategie integrace služeb primární péče v zemích s nízkými a středními příjmy, podle této zprávy pouze jedna studie zabývající se danou otázkou zohlednila názor uživatelů¹⁶⁰. Je potěšitelné, že roste počet studií týkajících se problematiky primární péče v zemích s vysokými příjmy a v poslední době v zemích se středními příjmy, které zahájily rozsáhlé reformy v odvětví primární zdravotní péče. Nicméně je zajímavé, že odvětví, na které v současnosti připadá 8,6 % světového HDP, investuje tak málo do výzkumu svých dvou nejúčinnějších a nejvýdělečnějších strategií, primární péče a státní politiky, která ji podporuje a doplňuje.

[orig. s. 64]

¹³⁹ Jedná se o nezávislou neziskovou nevládní organizaci založenou roku 1993. Sdružuje již přes 30 000 odborníků z celého světa, kteří provádějí nezávislé lékařské testy, studie a metaanalýzy. Od roku 2011 organizace oficiálně spolupracuje s WHO (komentář překladatele I.Z.).

6 TRANSLATOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA PŘEKLADU

Každý překládaný text v sobě zahrnuje nespočet těžkostí, se kterými se překladatel musí co nejlépe vypořádat. V našem případě se problematika týká českého a ruského prostředí. Užité postupy při procesu překladu odrážejí překladatelské transformace. Proto se v této kapitole budeme zabírat vybranými překladatelskými problémy a jejich řešeními.

Snažili jsme se o adekvátní překlad zprávy, o dodržení funkčního stylu originálu, který má pomezí charakteru stylu odborného s podstylem populárně-naučným. Originální dokument je z hlediska grafického ztvárnění vysoce propracovaný (barevná pestrost, rozdělení stránek na několik oddílů apod.). My jsme se rozhodli překlad naformátovat tradičním způsobem, vhodným pro závěrečné diplomové práce, pouze odsazení odstavců je analogické k výchozímu textu. Pro ulehčení orientace mezi výchozím textem a textem překladu a maximální podporu původních komponentů jsme zachovali číslování stran (včetně jeho originálního umístění), které jsme za účelem lepší viditelnosti barevně i graficky odlišili. Dodržování jevů výchozího textu se týká i odkazů na citované zdroje v textu originálu, avšak celkový seznam bibliografie byl zachován pouze v originálním zdrojovém dokumentu, v českém překladu byl tento aspekt pro naše účely eliminován.

V rámci translatologické analýzy vymezujeme celkem devět nejčastějších a pro naši práci nejpodstatnějších jevů, které jsou rozděleny pro větší přehlednost do jednotlivých podkapitol. První velkou oblastí je proces kondenzace / dekonenzace při překladu do češtiny včetně práce s přechodníky (podkapitola 6.1), druhá prezentuje záměny větných členů (podkapitola 6.2). Třetí ucelená oblast je věnována tendencím k univerbizaci, resp. multiverbizaci (podkapitola 6.3). Na ni navazuje slovnědruhá záměna (podkapitola 6.4), která úzce souvisí i se slovosledem, na který jsme se více zaměřili v páté části (podkapitola 6.5). Šestý segment se zabývá překladem metafory. Zbývající tři podkapitoly představují různé překladatelské transformace, které jsme v rámci určitých témat užívali nejvíce. Jednou velkou skupinou jsou zkratky a jejich překlad (podkapitola 6.7), následují vlastní jména (podkapitola 6.8) a na závěr uvádíme zajímavá místa (6.9).

6.1 DEKONDENZACE PŘI PŘEKLADU DO ČEŠTINY

První velkou oblastí je větná **kondenzace**, resp. **dekondenzace**. Jak jsme uvedli v podkapitole 1.4.3, ruský jazyk a jeho odborný a administrativní styl je charakteristický vysoce nominálními vazbami, dlouhými větami, souvětími, které v českém úzu působí nepřirozeně a mnohdy zmatečně. Při dokonalém zachování struktury klesá čtivost a s ní spojená srozumitelnost textu, z těchto důvodů jsme se rozhodli pro rozvolnění ruských sevřených větných staveb, ať už pomocí vět vedlejších či úplné segmentace a vytvoření dvou samostatných větných celků, např.:

- *Выявленные в ходе исследования в Кот-д'Ивуаре (рис. 3.2) удручающе низкие результаты профилактики передачи ВИЧ от матери **ребенку продемонстрировали, что** большое значение имеют и другие аспекты организации медицинской помощи – одних даже хороших препаратов недостаточно.*

- *На Побереží слоновины, kde proběhla studie, byly zjištěny zdrcující výsledky prevence přenosu HIV z matky na **dítě. Ukázalo se** (obr. 3.2), že důležité jsou i další aspekty organizace zdravotní péče – samotné kvalitní léky nestačí.*

- *Вместо традиционного проведения медицинских консультаций в утренние часы и приема в специализированных клиниках в дневное и вечернее время (диспансеризация детей, планирование семьи и т. п.) теперь предлагался полный спектр услуг в любое время суток, а средний медицинский персонал **был обучен ведению** активного диалога с пациентами.*

- *Намísto tradičních dopoledních lékařských prohlídek a návštěв ordinací специализованных клиник během dne a вечера (диспансеризация детей, плановане rodičovství atd.) byla nyní nabídnuta celá škála služeb kdykoliv během dne a ošetrovatelský personál **byl instruován, aby se zapojil** do aktivního dialogu s pacienty.*

- *По мере расширения сети медицинских учреждений сектор здравоохранения становится более разнообразным и пополняется новыми участниками.*

- *С tím, jak se rozšiřuje síť zdravotnických zařízení, se sektor zdravotnictví stává rozmanitější a vstupují do něj noví členové.*

Dekondenzace se také hojně užívá při překladu ruských přechodníkových vazeb, srov. př.:

- *приблизить помощь к людям, разместить медицинские учреждения в непосредственной близости от общины и обеспечить прямое взаимодействие с ней, переместив точку доступа в систему здравоохранения из больниц и кабинетов специалистов в расположенные рядом с клиентом центры первичной помощи общего профиля*

- *přiblížit pomoc k lidem, umístit zdravotnické zařízení do bezprostřední blízkosti komunity a zajistit s ní přímou interakci tím, že se kontaktní místo ve zdravotnickém systému přesune z nemocnic a odborných ordinací do obecných středisek primární péče, kteřá se nacházejí přímo u klienta – zde je kromě dekondenzace patrná i práce s typicky ruským obmykáním, které jsme přeložili pomocí vedlejší věty.*

- *Хотя пациентки не ждут от врача решения своих проблем, они желают, чтобы их выслушали **не осуждая** и обеспечили им поддержку, которая нужна им, чтобы самостоятельно принимать решения.*

- *Прestože pacientky neočekávají, že doktor vyřeší jejich problémy, chtějí, aby je vyslechli, **aniž by je soudili**, a poskytli jim podporu, kterou potřebují k tomu, aby se rozhodly samy za sebe.*

- *Перемещение точки доступа в систему здравоохранения из специализированных больниц в амбулаторные учреждения общего профиля создает предпосылки для более всесторонней, непрерывной и ориентированной на пациента помощи, **усиливая** преимущества такого перемещения.*

- *Пřesun kontaktního místa zdravotnického systému od specializovaných nemocnic k ambulancím praktického lékaře vytváří předpoklady pro komplexnější, kontinuální a na pacienta orientovanou péči, **čímž se přínos** takového přesunu zvýší.*

- *Специализация имеет свои положительные стороны, но связанная с ней фрагментация услуг нередко контрпродуктивна и неэффективна: бессмысленно следить за развитием ребенка, **игнорируя** состояние здоровья матери (и наоборот), или лечить туберкулезного больного, не проверяя, является ли он курильщиком или носителем ВИЧ.*

- *Specializace má své výhody, ale s ní související roztržštěnost služeb je často kontraproduktivní a neefektivní, totiž je nesmyslné monitorovat vývoj dítěte **a zároveň ignorovat** zdraví matky (a naopak) nebo léčit pacienta s tuberkulózou bez prověření, zda-li není kuřák nebo osoba s HIV.*

- *Новые приложения, услуги и доступ к информации навсегда изменили взаимоотношения между потребителями и работниками здравоохранения, напрямую **предоставив** людям соответствующие знания.*

- ***Tím, že nové aplikace, služby a přístup k informacím poskytly nutné znalosti přímo lidem,** navždy změnil vztah mezi uživateli a pracovníky zdravotní péče. U tohoto příkladu je patrný silný zásah do slovosledu.*

- ***Уделяя** больше внимания обстоятельствам жизни людей, врачи могут адаптировать медицинскую помощь к конкретным потребностям индивида и выявить медицинские проблемы на ранних этапах.*

- ***Pokud** lékaři více zohledňují zázemí svých pacientů, mohou přizpůsobovat lékařskou péči specifickým potřebám jednotlivce a identifikovat zdravotní problémy v počátečních fázích. V tomto případě jsme se kromě překladu typicky ruské přechodníkové vazby přes spojku *pokud* zabývali také nominalizací ruštiny. Pro její minimalizaci jsme využili určitého slovesa.*

I v následující větě jsme využili rozvolnění větné stavby, při které došlo k transformaci ruského spojení na českou vedlejší větu s užitím podřadicí spojky *pokud*, srov. př.:

*Имеется все больше свидетельств того, что такое перемещение приносит поддающиеся измерению положительные результаты **с точки зрения облегчения страданий, профилактики заболеваний и предотвращения смертных случаев,** а также достижения большего равенства в уровне здоровья.*

*Jsou stále čtenější důkazy o tom, že takový krok přináší měřitelné pozitivní výsledky, **pokud jde o zmírnění utrpení, prevenci onemocnění a předcházení úmrtí** a také o dosažení větší rovnosti v oblasti zdraví. Kromě dekonzenzačního prvku zde také nalezneme příklady univerbizace ruského obratu do češtiny (*поддающиеся измерению – měřitelné; смертные случаи – úmrtí*).*

Při překladu z ruštiny do češtiny zde sice jednoznačně převládá proces dekonduzace, tedy rozvolnění větných staveb, avšak v následujícím příkladu nalezneme i proces opačný, srov. př.:

- *Ответственность за состояние здоровья всех членов общины на протяжении всего жизненного цикла; ответственность за борьбу с факторами, негативно влияющими на здоровье.*

- *Оdpovědnost za zdravotní stav všech členů komunity v průběhu životního cyklu; odpovědnost za boj s determinantami špatného zdravotního stavu.*

6.2 ZÁMĚNA VĚTNÝCH ČLENŮ

V procesu překladu textu jsme se velmi často potýkali s překladovou transformací známou jako **záměna větných členů**. V rusko-českém plánu jasně dominuje rozdílnost použití přívlastku neshodného (srov. ruština) a shodného (srov. čeština), např. *амбулаторная помощь общего профиля* – *všeobecná ambulanti péče*; *параметры безопасности* – *bezpečnostní parametry*; *график работы* – *ordinační hodiny*; *службы здравоохранения* – *zdravotnické služby*; *проблемы здоровья* – *zdravotní problémy*; *программы обучения* – *vzdělávací programy*; *процедуры, связанные с риском* – *rizikové úkony*; *риск для здоровья* – *zdravotní rizika*; *учреждения здравоохранения* – *zdravotnická zařízení*; *помощь на дому* – *domácí péče*, *службы самопомощи* – *svěpomocné skupiny*. Kromě změny přívlastků jsme se také setkali se změnou podmětu, srov. př.:

- *Недостаток надлежащей подготовки усугубляется межкультурными конфликтами, социальным расслоением, дискриминацией и стигматизацией.*

- *Nedostatečnou odbornou přípravu komplikují mezikulturní rozdíly, sociální stratifikace, diskriminace a stigmatizace*⁶³.

- *Семьям могут быть предоставлены возможности принимать решения, касающиеся здоровья всех их членов.*

- *Rodiny mohou dostat příležitost rozhodovat o zdraví všech svých členů.*

6.3 EXPLICITNOST RUŠTINY

Nezanedbatelnou část tohoto překladatelského procesu tvoří víceslovná spojení, která se dají do češtiny přeložit jedním slovem, tedy s pomocí **univerbizace**, v případě opačném **multiverbizací** při zachování smyslu vyjádření. Významnou roli v těchto případech hraje sklon ruského jazyka k větší explicitnosti, např. *принимать решение* – *rozhodovat*, *работник здравоохранения* – *zdravotník*, *противозачаточные средства* – *antikoncepce*, *предоставлялась информация* – *informovat*, *реформы в области предоставления услуг* – *reformy v poskytování služeb*, *недостаточности мероприятий по лечению хронических заболеваний* – *nedostatečné léčbě chronických onemocnění*, *предоставление возможности* – *umožnění*, *поставщики медицинских услуг, работающие на коммерческой основе* – *komerční poskytovatelé zdravotní péče*, *несвоевременно оказанная или ненужная помощь* – *pozdní nebo zbytečné poskytnutí pomoci*, *в амбулаторных условиях* – *na ambulancích*, *в недостаточной степени используемые* – *využívají se nedostatečně*, *при разумном уровне затрат* – *za přiměřených nákladů*, *предпринять активные усилия* – *aktivně usilovat*, *с целью сведения к минимуму препятствий* – *o minimalizaci překážek*, *на пути к обеспечению* – *při zajišťování*, *составление планов в отношении безопасных родов* – *plánování bezpečných porodů*, *принятые ими меры вмешательства* – *jejich intervence*, *более высокий уровень доверия* – *větší důvěra*.

Příklady **multiverbizace** při překladu z ruštiny do češtiny jsou následující: *сокращение очередей* – *zkrácení čekací doby*, *вежливость персонала* – *zdvořilé chování zaměstnanců*, *здравоохранение* – *zdravotní péče*.

Explicitnost ruštiny a užívání univerbizace je také ve větě:

- *Бригады первичной помощи не смогут обеспечить всестороннюю ответственность за вверенное им население без поддержки со стороны специализированных служб, организаций и учреждений, находящихся за пределами обслуживаемой общины.*

Tuto konstrukci jsme přeložili následovně:

- *Тýту примáрни пéче небуду schopны zajistit plnou odpovédnost за свéрену популаци без подпоры специализованýх служб, организаци и институци мимо комуниту, о котору*

pečují. Zde jsme pro podporu českého úzu eliminovali sekundární předložku *со стороны* a víceslovné spojení *находящихся за пределами обслуживаемой общины* jsme upravili již zmíněnou univerbizací a zároveň opisem na *mimo komunitu, o kterou pečují*.

6.4 ZÁMĚNA SLOVNÍCH DRUHŮ

Výraznou skupinou z hlediska překladatelských transformací je **slovnědruhov**á **záměna**. V prvním příkladu jsme v češtině za použití předložky zkrátili ruskou konstrukci s přídavným jménem slovesným, srov. př.: *участвовать в принятии решений, касающихся их здоровья – účastnit se rozhodování o svém zdraví*. V následujícím překladu jsme zvolili proces verbalizace, kdy jsme nominální spojení *принятие мер* nahradili slovesem *věnovat se*, srov. př.: *к принятию мер профилактики по конкретным болезням – věnovat se prevenci u určitých onemocnění*.

Dalšími příklady nominalizace v ruštině a **práce se slovesem** v češtině jsou:

- *Для реализации этих возможностей требуются работники здравоохранения, которые умеют установить контакт с людьми и помочь **им сделать осознанный выбор***.
- *К реализации těchto příležitostí jsou zapotřebí zdravotničtí pracovníci, kteří jsou schopni navázat kontakt s lidmi a pomoci **jim se vědomě rozhodnout***.
- *усиление связей с общинами – **posilovat vztahy s komunitami***
- *Существуют индивиды и группы, которым медицинская помощь пойдет на благо, даже если они прямо **не выражают потребности** в ней*.
- *Existují jednotlivci a skupiny, kterým bude zdravotní péče prospívat, i když ji přímo **nevyžadují***.
- *Учреждения здравоохранения **должны предпринять активные усилия с целью сведения к минимуму многочисленных препятствий на пути к обеспечению непрерывности помощи***.
- *Здравотnická zařízení **musí aktivně usilovat o minimalizaci mnoha překážek při zajištění kontinuity péče***.

Příkladem slovnědruhové záměny je také řešení překladu podstatného jména v originálu prostřednictvím přídavného jména pro eliminaci silné nominální vazby, která je typičtější spíše pro ruský úzus, srov. př.: *все программы в области*

здравоохранения должны реализовываться на базе отдельных пунктов оказания комплексной медицинской помощи – всеchny **zdravotnické** programy musí být realizovány na jednotlivých střediscích poskytujících komplexní zdravotní péči.

Typická vysoká nominalizace ruského jazyka a s ní spojené řetězení jmen a genitivů je patrná v následujících příkladech:

- **Недостаточный учет** человеческого фактора в здравоохранении и **необходимости адаптации** медицинских услуг к специфике общин и индивидуальных ситуаций является основным недостатком современной системы здравоохранения, что не только приводит к неравноправию и напряженности в социальной сфере, но также ограничивает отдачу от капиталовложений в здравоохранение.

Skutečnost, že se málo zohledňuje lidský faktor v oblasti zdravotní péče a **že se nebere v potaz ani nutnost adaptovat** zdravotnické služby vzhledem ke zvláštnostem společnosti a individuálním situacím, je hlavním недостатком současného systému, což vede nejen k nerovnoprávnosti a napětí v sociální oblasti, ale také omezuje návratnost investic do zdravotní péče.

Pro ruštinu je typická mnohoslovnost, již zmíněná abstraktnost a jmenné tvary, které v češtině nezní přirozeně. Proto jsme se snažili překládat konkrétněji, jednoduššími konstrukcemi, mnohdy pomocí opisu za pomoci slovesa v určitém tvaru, srov. př.:

- **Уменьшилось число жалоб** на узковедомственный и фрагментарный характер услуг.

- **Pacienti si méně stěžovali** na úzce rezortní povahu a roztržitost služeb.

- Возникновение в 1980-е годы научно-обоснованного подхода в медицине **придало процессу принятия решений** в области здравоохранения силу и дисциплину **научного доказательства**, при этом ценности и предпочтения пациента по-прежнему принимались во внимание.

- **Vznik vědecky podloženého přístupu** v medicíně v 80. letech 20. století **vedl k tomu, že v rozhodovacím procesu** ve zdravotnictví se používají **principy a váha vědeckého dokazování**, přitom byly hodnoty a preference pacienta brány v úvahu stejně jako

předtím. Zde je při reformulaci do českého jazyka také patrné rozvolnění hutné stavby za doprovodu výrazné změny slovosledu.

- В странах с высоким уровнем доходов рост числа хронических заболеваний, проблемы с психическим здоровьем населения, количество сочетанных патологий и социальные составляющие заболевания заставили задуматься о необходимости принятия комплексных и ориентированных на пациента подходов и обеспечения непрерывности медицинской помощи.

- В земích s vysokými příjmy vedl rostoucí počet chronických onemocnění, problémy duševního zdraví populace, počet přidružených patologií a sociální aspekty onemocnění i k tomu, že se odborníci zamýšleli nad nutností zavést komplexní přístup zaměřený na pacienty a zajistit kontinuitu zdravotní péče.

- Несмотря на отсутствие консенсуса в отношении наиболее эффективной стратегии, ширится согласие относительно того, что выявление жертв насилия и оказание им поддержки должны входить в число задач медицинских служб и что работники здравоохранения должны проходить специальное обучение по этим вопросам в целях формирования навыков и наращивания потенциала.

- Navzdory tomu, že neexistuje konsensus o nejúčinnější strategii, odborná veřejnost se stále více shoduje v tom, že by oběti násilí měly odhalovat právě zdravotnické služby a měly by jim také poskytovat podporu a že zdravotnický personál by měl být v této problematice odborně školen, aby si osvojil návyky a nadále posiloval svůj potenciál.

- Комплексные услуги также способствуют раннему выявлению и предупреждению проблем, даже в отсутствие прямого спроса.

- Комплексní služby také přispívají k včasnému odhalení a předcházení problémům, dokonce i když pacient nic takového nepožadoval.

6.5 ZMĚNA SLOVOSLEDU

Změna slovosledu závisí kromě výše uvedeného také na aktuálním členění jednotlivých jazykových systémů a na úzu daného jazyka. V následujících příkladech je to doplněno příznačným ruským obmykáním, srov. př.:

- Более широкое включение в терапию аспектов профилактики и пропаганды здорового образа жизни – Mead (1982 г.)

Širší začlenění aspektů prevence a podpory zdravého životního stylu **do terapie** - Mead (1982)

- Далее в главе рассматриваются связанные с вышесказанным требования к организации оказания медицинской помощи: необходимость перехода от специализированной помощи к амбулаторной помощи общего профиля...

- **Капитола se dále zabývá požadavky na organizaci poskytování lékařské péče, které souvisí s výše uvedeným, a to nezbytným přechodem od specializované péče k všeobecné ambulantní zdravotní péči...**

6.6 PRÁCE S METAFOROU

Jak uvádíme v kapitole 4, k jistému odlehčení a přiblížení zprávy laické veřejnosti přispívá **metafora**. Níže uvádíme některé příklady jejího převodu do češtiny:

- Таким образом, каждый год в результате небезопасных уколов умирает 1,3 млн. человек и **теряется** почти 26 млн. лет жизни в связи с инфицированием гепатитом В и С и ВИЧ-инфекцией.

- Každý rok tedy 1,3 milionu lidí zemře v důsledku nebezpečných injekcí a téměř 26 milionů let života **zmizelo** kvůli infekci hepatitidou B a C a infekci HIV. V tomto případě se jedná o zachování metafory, avšak s jistým zmírněním.

Постоянный доверенный врач – **точка доступа в систему здравоохранения**.

- Stabilní důvěryhodný lékař **jako garant přístupu k systému zdravotnictví**. I v této situaci jsme metaforu vyřešili metaforou, ovšem oproti originálu se ztrácí obraznost.

6.7 PRÁCE SE ZKRATKAMI

Ve zvoleném materiálu se setkáváme také se zkratkami. Až na dvě výjimky jsme formy zkrácení zachovali, tzn. nalezneme je jak v textu originálu, tak v textu překladu. První výjimkou je zkratka ПМСП (Первичная медико-санитарная помощь). V překladu se jedná o **primární zdravotní péči**, která v českém prostředí využívá zkratky z anglického Primary Health Care, tedy PHC. Jelikož se tento jev nachází na samém konci vybrané části zprávy WHO a dále se v našem úseku nevyskytuje, rozhodli jsme se pro jeho eliminaci. Druhou výjimkou je *Jihoafriická republika (JAR)*, která byla

v originále zmíněna pouze pomocí zkratky *ЮАР*, čímž se potvrzuje známý fakt, že ruština využívá zkratky častěji než čeština. Použili jsme způsob lexikální dekomprese s pomocí multiverbizace.

Překlad anglické zkratky zkratkou vzniklou v ruštině na základě překladu původního anglického spojení (tj. kalkováním) je patrný v následujících příkladech:

- *США (Соединённые Штаты Америки) – USA (United States of America)*
- *ВИЧ-инфекция (Вирус иммунодефицита человека) – HIV infekce (Human Immunodeficiency Virus)*
- *СПИД (Синдром Приобретенного Иммунодефицита – AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)*

Podobná situace, avšak za předpokladu zohlednění tendence ruštiny k přívlastku neshodnému se týká i překladu zkratky *ВОЗ*, srov. př.:

ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) – WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization).

Zkratka *ЮНИСЕФ* vznikla transkripcí celosvětové známé zkratky organizace *UNICEF* (srov.: *the United Nations Children's Fund, Детский фонд Организации Объединённых Наций*), do češtiny jsme však transplantaci opět využili původní anglickou verzi. Jedná se o všeobecně používaný a širokému publiku známý výraz.

Opisný překlad anglické zkratky jsme užili v následujícím případě:

ПМП (профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку) – PMTCT (Program na minimalizaci přenosu viru HIV z matky na dítě; Prevention of Mother to Child Transmission).

V rámci překladu spojení substantiva se zkratkou *вакцинация КДС3* jsme využili transplantaci mezinárodního označení smíšeného druhu vakcíny proti tetanu, difterii, černému kašli apod., která je identická ruské verzi. Českým překladem je tedy *očkování DPT3*.

Zkratka *НПО (Неправительственная организация)*, jež vychází z plného názvu slovního spojení, byla na základě českého úzu a základní charakteristiky organizace

analogicky přeložena a přizpůsobena českým reáliím na *NNO (Nevládní nezisková organizace)*.

Ruské iniciály *C. M.* byly transliterovány na *S. M.*

Transformaci tzv. kalkování jsme dále aplikovali při překladu ruské zkratky *ВВП (Валовой внутренний продукт)*. Adekvátním ekvivalentem je *HDP (hrubý domácí produkt)*.

6.8 VLASTNÍ JMÉNA

Součástí textu jsou i **vlastní jména**, především z bionymických vlastních jmen antroponyma. Jedná se o vlastní jména všech lidí, která jsme v rámci překladu řešili různými způsoby, srov. př. *Уильям Ослер* je v ruštině transkripcí původní anglické verze, kterou jsme transplantovali do českého prostředí, srov. př.: *Уильям Ослер* – *William Osler*. Ostatní antroponyma byla transplantována z původního jazykového prostředí, tj. z angličtiny (např. *Ferrer, Gulbrandsen, Mead, Shi, Weinick, Forrest, Weinberger, Woodward, Gill, Rothwell, Kravitz, Forrest, Chande, Starfield, Bindman*). Stejným způsobem byl řešen název spořicího účtu *Medisave*.

V rámci překladu toponym jsme používali převážně metodu **substituce**, a sice u názvů států, srov. př.: *Гватемала* – *Guatemala*, *Египет* – *Egypt*, *Нидерланды* – *Nizozemsko*, *Объединенная Республика Танзания* – *Tanzanská sjednocená republika*, *Ливан* – *Libanon*, *Дели* – *Dillí*, *Эфиопия* – *Etiopie*, *Германия* – *Německo*, *Таиланд* – *Thajsko*, *Аляска* – *Aljaška*, *Уаллам в Нигере* – *Ouallam v Nigeru*, *Ком-д'Ивуарь* – *Pobřeží slonoviny*, a měst, srov. př.: *Кейптаун* – *Kapské Město*.

Stejně překladatelské řešení jsme aplikovali na *cytologický stěr* – *Pap*, srov. př.: *взятие мазков Папаниколу* – *cytologický stěr-Pap* a dále za využití angličtiny na překlad organizace, srov. př.: *Кокрановский обзор* – *ve shrnutí Cochrane Collaboration*.

Stěžejní transformací byla substituce i při překladu názvů dokumentů, programů, organizací či systémů, srov. př.: *Декларация о правах пациента в Таиланде* – *Deklarace o právech pacienta v Thajsku*, *Расширенная программа ВОЗ по иммунизации* – *Rozšířený program imunizace WHO*, *Всемирный альянс за безопасность пациентов* – *Světová aliance pro bezpečí pacientů*.

6.9 ZAJÍMAVÁ MÍSTA V PŘEKLADU

Samotný název textu nám nabízel několik možností řešení překladu. My jsme se rozhodli pro neúplnou strukturu části titulku, pro minimalizaci slov a tím posílení pozice titulku, srov. př.:

- *Первичная медико-санитарная помощь: в центре внимания – интересы людей*
- *Primární zdravotní péče: důraz kladen na zájmy lidí*

Otázkou bylo správné užití předložek, konkrétně ve spojení s africkým státem *Pobřeží slonoviny*. Na základě kvantitativního porovnání v Českém národním korpusu s podporou internetového vyhledávače Google jsme se rozhodli pro předložku *na*, srov. př.: *Выявленные в ходе исследования в Ком-д'Ивуаре – На Побереží слоновины, где провела studie.*

Paralelní užití **adjektivizace** a vložení přivlastňovacího zájmena je patrné v dalším příkladu, srov. př.:

- *Реагирование служб здравоохранения на насилие в отношении женщин со стороны партнеров*
- *Reakce zdravotnických služeb na násilí páchané na ženách jejich partnery*

Při překladu do češtiny jsme se setkali také se situacemi, které jsme řešili pomocí **opisné konstrukce** či dokonce **komplexní přestavbou věty**, srov. př.:

- *Доступ к электронным, обычным или выданным пациентам на руки историям болезни или выписным эпикризам облегчает выбор курса лечения и координацию медицинской помощи.*
- *Пřístup k elektronickým, běžným lékařským záznamům nebo k opisům pro pacienty či k propouštěcím zprávám usnadňuje výběr léčby a koordinaci lékařské péče.*
- *Общие результаты медико-санитарной помощи зависят от баланса между совокупной пользой лечения или медицинского вмешательства и ущербом, который может быть нанесен пациенту.*
- *Celkové výsledky zdravotní péče jsou závislé na rovnováze mezi souhrnným přínosem léčby či lékařské intervence možným poškozením zdraví pacienta.*

- программы сельского кредитования – програмы úvěrování venkovských lokalit
- До недавнего времени степень подобного ущерба было принято недооценивать.
- Až donedávna byl rozsah takového poškození běžně podceňován.

Během překladu jsme se setkali s problematikou překladu odlišné hierarchie zdravotnického personálu, srov. př.:

- особенно в странах с неравномерным распределением или хроническим недостатком врачей, младшего и среднего медицинского персонала или в регионах, где доступ к медицинским учреждениям и консультациям специалистов требует переездов на длительные расстояния.
- zejména v zemích s různou koncentrací lékařské praxe nebo chronickým nedostatkem lékařů, pomocného, nižšího a středního zdravotnického personálu nebo v oblastech, kde přístup k lékařským institucím a odborným konzultacím vyžaduje přejezdy na velké vzdálenosti. V ruském prostředí младший медицинский персонал zahrnuje pozice jako ošetřovatelka, sanitář, pečovatelka apod.¹⁴⁰ V českém úzu je daný soubor funkcí představen dvěma organizačními složkami hierarchie personálu ve zdravotnictví, tj. pomocný personál, který je reprezentován např. sanitáři, a nižší zdravotnický personál zahrnující například ošetřovatelky, dezinfektory, laboratorní pracovníky apod.¹⁴¹ Z tohoto důvodu jsme se rozhodli pro naturalizaci, tj. zohlednění zkušenosti cílového čtenáře (viz kapitola 2).

Dále se v textu nachází místa, která jsme řešili v češtině pomocí **jinak motivovaného, synonymického výrazu**, srov. př.:

- они хотят иметь врача, которому они могли бы доверять и который придет на помощь своевременно, в соответствующих условиях, с проявлением уважения к больному и с соблюдением **конфиденциальности**

¹⁴⁰ Большая медицинская энциклопедия. Медицинский персонал [online]. © Академик, 2000-2020 [cit. 1.1.2020]. Dostupné z:

https://bigmedicine.academic.ru/5775/%D0%9C%D0%95%D0%94%D0%98%D0%A6%D0%98%D0%9D%D0%A1%D0%9A%D0%98%D0%99_%D0%9F%D0%95%D0%A0%D0%A1%D0%9E%D0%9D%D0%90%D0%9B.

¹⁴¹ VALENOVÁ, Jana. Opravdové příčiny nedostatku zdravotních sester. In: *Halonoviny.cz* [online]. 9. 6. 2016 [cit. 24.7.2019]. Dostupné z: <http://www.halonoviny.cz/articles/view/43645750>.

- chtějí mít lékaře, kterému mohou důvěřovat, který se jim bude věnovat rychle, v odpovídajících podmínkách, s respektem a **diskrétností**

- Таблица 3.3 Всесторонняя помощь: достижение **более высоких** результатов и качества медицинских услуг

- Tabulka 3.3 Všestranná péče: dosažení **lepších** výsledků a kvality zdravotnických služeb

V tomto příkladě je slovo v ruštině motivováno výškou, kdežto v češtině kvalitou.

ZÁVĚR

Předkládaná závěrečná diplomová práce se zabývala komplexní stylistickou charakteristikou a komentovaným překladem textu na téma „Primární péče“ z ruštiny do češtiny.

Zjistili jsme, že se jedná o informačně nasycené, intertextově podložené, monotematické sdělení psané v odborném stylu s hraničními jevy s oblastí podstylu populárně-naučného, posílené výzkumy, grafy či tabulkami. Text je určen především specialistům v oblasti zdravotnictví, avšak při zohlednění tématu může být zajímavý i pro laickou veřejnost, která by se měla zajímat o ideální poskytování primární péče, se kterou se během života setká každý z nás. Materiál není ryze odborného stylu, v textu se nacházejí i odlehčenější formulace např. v podobě metafor, jednoduchých vět, zvýšené názornosti a mnohdy jde spíše o sdělování než o výklad a analýzu. Ovšem hlavním stylem zůstává styl odborný. Podtrhuje ho velký důraz na přesnost vyjadřování, vysoký výskyt termínů, terminologických spojení všech skupin, sevřenost větných celků, explicitnost vyjadřování za použití vysoké nominalizace a multiverbizace v ruštině. Jasně dominovaly především v ruštině abstraktní konstrukce. Patrné je i oslabování subjektivity či minimalizace expresivních výrazů. Složitá souvětí v sobě často zahrnují i deagentizované větné struktury. Specifikem odborného sdělení jsou také předložkové a spojovací výrazy. Jedná se o hojnější užívání sekundárních předložek a spojek. Dalšími ukazateli odborného komunikátu je genitiv substantiv či logicky strukturovaná posloupnost. Vzhledem k výše zmíněným faktům jsme se při překladu z ruštiny do češtiny nejčastěji setkávali s takovými překladatelskými postupy, jakými jsou záměna větných členů (např. *амбулаторная помощь общего профиля* – *všeobecná ambulantní péče*), univerbizace (např. *предпринять активные усилия* – *aktivně usilovat*) a slovnědruhová záměna (např. *участвовать в принятии решений, касающихся их здоровья* – *účastnit se rozhodování o svém zdraví*). Pomocí určitého tvaru sloves jsme využívali při převodu do češtiny dekonduzace, srov. př.:

- *По мере расширения сети медицинских учреждений сектор здравоохранения становится более разнообразным и пополняется новыми участниками.*

- *S tím, jak se rozšiřuje síť zdravotnických zařízení, se sektor zdravotnictví stává rozmanitější a posilují ho noví členové/posiluje se novými členy.*

S dekondenzací a příznačným ruským obmykáním je úzce spojena i změna slovosledu, srov. př.:

- *Более широкое включение в терапию аспектов профилактики и пропаганды здорового образа жизни – Mead (1982 г.)*

- *Širší začlenění aspektů prevence a podpory zdravého životního stylu do terapie – Mead (1982).*

V rámci překladu jsme řešili také problematiku zkratk či vlastních jmen (především antroponym a názvů států), kde jsme hojně využívali především substituci (např. *Ком-д'Ивуарь – Pobřeží slonoviny*) či kalkování (např. *ВВП = Валовой внутренний продукт – HDP = hrubý domácí produkt*). Při překladu ruského spojení *вакцинация КДСЗ* jsme užili transplantaci mezinárodního označení. Českým překladem je *očkování DPT3*.

Závěrem můžeme říct, že se nám podařilo splnit hlavní cíl práce, a sice přeložit zvolený výňatek zprávy WHO, na základě analýzy a následné syntézy zvoleného materiálu definovat funkční styl daného textu, jimž byl hypotézou daný styl odborný a jeho podstyl populárně-naučný, vytvořit komplexní charakteristiku textu originálu a podpořit toto tvrzení konkrétními příklady v rámci komentovaného překladu. Práce pro nás byla velmi přínosná a obohacující. Prohloubili jsme si teoretické i praktické znalosti z oblasti stylistiky a překladu. Navíc jsme také dozvěděli mnoho zajímavých informací o Světové zdravotnické organizaci a především ideálně praktikované primární péči.

РЕЗЮМЕ

Первичная медико-санитарная помощь должна лечь в основу системы здравоохранения. Большинство людей впервые сталкиваются с системой здравоохранения, с областью человеческой деятельности, которая заботится о нашем здоровье. Вышеупомянутый факт привёл нас к мысли перевести часть сообщения Всемирной организации здравоохранения, опубликованного 14 октября 2008 г. Научный и научно-популярный стили, характеристика первичной медико-санитарной помощи в связи с комплексностью работы и сравнением чешского и русского языков являются основой данной дипломной работы.

Основной целью предлагаемой дипломной работы является перевод документа, посвященного первичной медико-санитарной помощи с русского на чешский язык вместе с анализом проблематичных моментов, возникших при переводе, а также описание стилистической специфики данного типа текста. Выбор данной темы тесно связан также с отсутствием исследований в сфере перевода на данную тему. Возлагаем надежду на то, что переведённый документ может стать полезным для чешских и русских переводчиков. Одновременно он может приблизить деятельность ВОЗ и её хорошо работающую систему заботы о здоровье не только к специалистам без необходимых лингвистических знаний, но и широкой публике.

Основной целью предлагаемой дипломной работы является адекватный перевод выбранной части сообщения ВОЗ, то есть текста в научном стиле с элементами научно-популярного стиля из области здравоохранения, и создание стилистического анализа и детального описания выбранных переводческих решений. В дипломной работе мы исходим из предположения, что выбранный текст действительно написан на грани вышеупомянутых стилей.

Дипломная работа состоит из шести основных глав, первые три из которых теоретические, а в остальных основное внимание уделено переводу, его характеристике в рамках транслатологии и анализу выбранных переводческих решений.

Первая глава нацелена на общее определение стиля и стилистики как научной дисциплины, которая начала формироваться в 20-х годах XX века.

Стилистика – филологическая дисциплина, изучающая разновидности употребления языка (стили) и их систему. На основе анализа отдельных текстов мы перейдем к обобщению принципов стилизации языковых приёмов. Предметом исследования являются тексты разного типа и формы. В течение лет возник целый ряд новых, изменившихся или расширенных теорий о стиле и его функциях. На основе представления выбранных подходов (М. Н. Кожина, В. Йилек, В. В. Виноградов, К. Гаусенблас) показано разнообразие данной проблематики. Дипломная работа основывается на общепринятом мнении, что функциональный стиль речи определяется исходя из функции стиля, главной определяемой частью которой является замысел коммуникации или же ее цель.

Учитывая направленность дипломной работы, в ней подробно рассматривается характеристика научного стиля и определение его рамок. В современной российской и чешской лингвистической стилистике хорошо проработана проблематика научного стиля (например, у М. Н. Кожиной, О. Н. Григоровой, Н. В. Кориной, М. Чеховой, Д. Жвачека, М. Тешителовой и других). Общая цель научного стиля – изложить качественное, информационно насыщенное высказывание, касающееся специфической проблематики, разбирая её на теоретическом уровне. В целом, научный стиль можно определить как стиль целостный, который достижению цели передачи основной информации полностью подчиняет структуру текста, начиная с композиции, синтаксических конструкций, морфологии и заканчивая лексикой.

Хотя высказывания стремятся к максимальной устойчивости, даже к стереотипности, лексика все время развивается и благодаря строго определённым закономерностям участвует в развитии литературного языка. Языковые средства данного стиля характеризуются высокой мерой эксплицитности и изначально направлены не на эстетичность или эмоциональность повествования, а на как можно более точное описание обнаруженной информации, знаний. Следующей характерной чертой научного стиля является интертекстуальность. Темы стиля не ограничены, они могут относиться к любой сфере человеческой деятельности (Кожина 2003). В дипломной работе мы уделяем внимание классификации научного стиля, характерным для него жанрам и стилистически пограничным явлениям. Тексты в научном стиле можно условно разделить на группы

в зависимости от того, решают ли они теоретические или практические вопросы из данной специальности. По разделению М. Чеховой на основе меры специализации и замысла коммуникации выделяется пять подстилей: собственно-научный (теоретический), научный практический, научно-популярный, научно-учебный и эссеистический. Н. В. Корина выделяет только четыре подстиля, которые определяются следующими жанрами:

1. собственно-научный – научный трактат, диссертация, монография
2. научно-учебный – пособия, конспект лекций, учебник
3. научно-деловой – аннотация, доклад, описание патента
4. научно-популярный – руководство, инструкция, энциклопедия, популярно-научные статьи, научная литература с чертами беллетристики

Обширная часть данной главы посвящена языковой и композиционной характеристике научного стиля. Первой и одновременно наиболее характерной чертой является наличие специфической лексики, а именно специальных названий и терминов, их определение, характерные особенности (систематизация, однозначность, элиминация экспрессивности, устойчивость и тд.). Лексика научного стиля не ограничивается только терминами. И. Голуб (2008) и Н. В. Корина (2014) подразделяют лексику научного стиля на три основные части:

1. общеупотребительная лексика (например, *знание, изучать, работа, сначала, по-прежнему*)
2. общенаучная лексика (например, *исследование, формулировать, беспрецедентный, синтез*)
3. термины (терминология) (например, *синтаксис, аппендектомия, агглютинация*)

Из вышеприведённого деления вытекает факт, что в рамках общеупотребляемой лексики есть такие языковые средства, которые можно найти в любом тексте. Данной проблематикой занимался также В. А. Судовцев (1989).

Важной особенностью научного стиля является тенденция к номинализации, то есть уменьшение использования глаголов и глагольных форм в пользу имён

существительных и прилагательных. С данной особенностью тесно связана тенденция к мультивербизации. М. Крчмова (2008) дополняет характеристику стиля появлением в тексте конкретных данных и конвенциональных знаков «языка науки» (данные, имена собственные, цифры, знаки химических элементов и физических величин, математические символы и тп.)

С точки зрения морфологии первый важный элемент данного стиля – литературный язык. Научный стиль выделяется применением дейктических местоимений, настоящего времени и разнообразной гаммой союзов (Корина 2014). Неоспоримая особенность стиля – использование генитива имен существительных в рамках обоих чисел. Говоря об именах существительных, в данном стиле намного чаще встречаются средний род имён и абстрактные существительные. Учитывая незначительность индивидуального стиля автора, разнообразие морфологии не так сильно, из чего вытекает присутствие деагентных синтаксических конструкций, богато представленных описательной формой страдательного залога (Кожина 2013).

В основе стилизации научного текста лежит логически структурированная последовательность. Она связана не только с большими структурными единицами, такими как главы, разделы или абзацы, но также с предложениями, которые в научном стиле соединяются в более сложные синтаксические единицы (Кожина 2003). Славянские языки, такие как русский или чешский, принадлежат к группе языков со свободным порядком слов, однако даже эта характеристика имеет свои исключения в виде трёх важных факторов: синтаксическая структура предложения, актуальное членение предложения и стилистическая окраска (Флидрова, Жажа 2013). Научный стиль характерен использованием стандартных структур и конструкций, причём субъективный подход и стиль автора вынесены на задний план. Создатель действия бывает не определён, выражен неопределённо, или обобщен (Кожина 2003). Значительными чертами научного стиля являются отглагольные существительные и прилагательные, а также деепричастия, которые в чешском языке встречаются гораздо реже (Флидрова, Жажа 2013). Невозможно исключить важную роль предлогов и союзов, прежде всего их вторичных форм в сложных предложениях. Учитывая максимальную насыщенность текста, его плотность, экономию сообщения и сильное присутствие терминов, в научном стиле

проявляется рост количества сложных предложений, а именно определительных придаточных предложений. Часто в текстах появляются составные наречия (*после того, потом, как правило*), союзные конструкции (*и потому, поэтому, следовательно, благодаря этому, в результате этого...*) и другие. К выражению постепенного развития мысли помогают вводные слова и словосочетания (*во-первых, во-вторых, наконец, итак, таким образом*). Неотъемлемой частью синтаксиса является актуальное членение предложения. Рема в научном стиле находится в самом конце предложения, чтобы оказаться ведущей для продолжения высказывания (Флидрова, Жажга 2013).

Структура текста определяется тем, что научный стиль – стиль общественной языковой коммуникации. Тексты должны проходить тщательную подготовку, так как встречаются преимущественно в письменной форме, хотя существуют и в устной, в форме, например, доклада или лекции. Однако они исходят из подготовленной письменной основы. Григорьева (2000) и М. Крчмова (2008) обозначают, что автор всегда стремится создать вневременный текст, чтобы остаться понятным и однозначным и в будущем. Текст обычно подразделяется на четыре части – описательное название, общее введение, основная часть и заключение. В рамках научных работ также выделяются иноязычные части, такие как аннотация в начале текста, и резюме в его конце.

Черта, которая также тесно связана с научным стилем, – это монотематика глав и абзацев. Их взаимосоединение основано на связывании идей, а не на употреблении союзных слов (частиц, союзов и т.п.). Целостную когезию текста формируют также и текстовые ориентиры. Для более легкой ориентации в тексте служат, например, параграфы, подзаголовки, ссылки в тексте, индексы, маргиналии или универсальная и гибкая международная десятичная классификация. Членению текста визуальным образом помогают разный размер и тип шрифта. Текст может быть также обогащён другими средствами (например, иллюстрациями, таблицами, схемами и т. д.)

Во второй главе мы сосредоточимся на спецификах перевода текстов научного стиля. Й. Левы (1958) считает одним из основных вопросов деятельности переводчика, как на теоретическом, так и на практическом уровне, концепцию

правильности и свободы перевода, а также сохранение формальной и содержательной эквивалентности. На финальный перевод возложены два основных требования – требование адекватности перевода и его эквивалентности. Взгляды авторов в рамках данного вопроса расходятся. Во второй главе мы упоминаем взгляды И. С. Алексеевой (2004) или В. А. Судовцева (1989). Наше внимание также сосредоточено на различных подходах к переводу переводчика-специалиста и переводчика-неспециалиста. Данной проблематикой занимался, например, Д. Жвачек (1998).

Для создания адекватного перевода с точки зрения формального и содержательного соответствия оригиналу, переводчик обязан соблюдать соответствующие переводческие методы и приёмы, сохраняющие адекватную интерпретацию первичного замысла текста. В рамках разбора перевода мы исходим из пособия под названием «Введение в теорию перевода для русистов» (З. Выходилова 2013), в котором переводческие преобразования разделены на:

1. Формально-грамматические преобразования
2. Лексико-семантические преобразования

К формальным преобразованиям относятся транскрипция, транслитерация, трансплантация, калькирование, замена грамматических категорий, замена частей речи, замена членов предложения, универбизация, мультивербизация, изменение порядка слов, компрессия (конденсация) выражения, декомпрессия (деконденсация), изменение грамматического статуса конструкции предложения, и объединение / расчленение предложений.

Под лексико-семантическими преобразованиями подразумевается конкретизация значений, генерализация значений, дифференциация значений, модуляция значений или смысловое развитие, антонимический перевод, компенсация потерь при переводе, целостное преобразование, добавление информации (расширение информационной основы) и экспликация (описательный перевод).

Так как в центре интереса нашей работы стоит Всемирная организация здравоохранения (World Health Organization – WHO) и первичная

медико-санитарная помощь, в третьей главе внимание сосредоточено именно на основной информации ВОЗ и на описании принципа первичной помощи. ВОЗ – это международная организация здравоохранения и специализированное учреждение Организации Объединённых Наций, которое является координационным авторитетом в рамках международного здравоохранения населения Земли. Цели ВОЗ – реализовать программы по борьбе с некоторыми болезнями и повысить качество жизни людей вообще.

Одним из главных направлений деятельности ВОЗ является всемирное предоставление услуг здравоохранения. Причём ВОЗ хочет сосредоточиться именно на первичной медико-санитарной помощи с целью улучшить доступ к качественным основным услугам. Проблематикой первичной медико-санитарной помощи и её теоретическим определением занимается, например, О. Кошта (2013). Конкретные характерные аспекты первичной помощи, такие как доступность, гуманность, эффективность, непрерывность и другие описывает в своих работах Р. Червены (2017).

Далее следуют главы, по нашему мнению важнейшие, уже так называемой практической части дипломной работы, в которых представлена общая характеристика стиля сообщения ВОЗ из 2008 г. Следует перевод выбранной части текста, дополненный детальным анализом выбранных переводческих решений. Данная часть нацелена на приведение самых встречаемых и значительных примеров переводческих приёмов, типичных для данного функционального стиля речи.

В ходе перевода мы сделали вывод, что в данном случае речь идет об информационно насыщенном, монотематическом сообщении с богатой интертекстуальностью, написанном в научном стиле с пограничными чертами научно-популярного стиля и усиленным использованием результатов исследований, графиков и таблиц. Текст предназначен для специалистов в области здравоохранения, однако учитывая тему, может оказаться интересным и широкой публике, интересующейся областью первичной медико-санитарной помощи, с которой сталкивается каждый из нас.

Текст не написан полностью в собственно научном стиле, так как в нём присутствуют более свободные обороты в форме **метафор** (например, *Постоянный доверенный врач – точка доступа к системе здравоохранения – Stabilní důvěryhodný lékař jako garant přístupu k systému zdravotnictví*), **простых предложений** (например, *Уменьшилось число жалоб на узковедомственный и фрагментарный характер услуг.*) а роль текста скорее информативна, чем докладная или аналитическая. Редко также появляются **диминутивы** (например, *маленькие бумажные пакеты, баночка*) или экспрессивные выражения (например, *доктор и его жена горят желанием оказывать помощь*). Признаками популярно-научного подстиля являются также **вопросы**, которые обогащают текст и одновременно сигнализируют о коммуникативной функции речи. Несмотря на наличие вышеупомянутых оборотов, в тексте преобладают явления, типичные для чисто научного стиля. Научный стиль текста подчёркивает точность высказывания, употребление большого количества **терминов** (например, *первичная медико-санитарная помощь, диспансеризация детей, противозачаточные средства, эпизодическая медицинская помощь, сердечно-сосудистое заболевание*), сжатость предложений, эксплицитность высказывания, употребление приёмов **высокой степени номинализации и родительного падежа имён существительных** (например, *Недостаточный учет человеческого фактора в здравоохранении и необходимости адаптации медицинских услуг к специфике общин и индивидуальных ситуаций является основным недостатком современной системы здравоохранения...; Спустя несколько месяцев низкий уровень применения средств планирования семьи...*) и **мультивербизация** (например, *принимать решение, предоставлять информацию, недостаточность мероприятий по лечению*). В русском тексте оказались доминантами также и **абстрактные конструкции** (например, *возможность входа в систему здравоохранения; какими значительными могут быть последствия продвижения в этом направлении; уменьшилось число жалоб на узковедомственный и фрагментарный характер услуг*). Сильно проявлялось отклонение от экспрессивных выражений и ослабление субъективности. Сложные предложения нередко включают в себя **деагентные структуры предложения** (например, *В настоящей главе описывается, как...*).

К специфике научного стиля относятся также **предлоги** и **союзы**, как мы детально определили в главе: «1.4 Jazyková a kompoziční charakteristika odborného funkčního stylu». Речь идёт прежде всего о **вторичных предлогах** (например, *в соответствии с, в рамках, в результате, несмотря на, включая*) и **союзах** (например, *по причине того что; не только...но и*). Следующим индикатором научного стиля считается **логически структурированная последовательность** текста, которая касается не только разделения текста до глав и абзацев, но также и сложности синтаксических единиц. Текст насыщен также и **устойчивыми оборотами и формулировками**, такими как *в настоящей главе описывается, отличительные черты, как видно на примере, текстовыми ссылками* (например, *вышеуказанный, вышесказанный*), которые являются частью также и официально-делового стиля, **дейктическими выражениями** (например, *это, его, их, там, теперь*) или **вводными словами** (например, *таким образом, например*). Присутствие **конкретных данных** (*98 тыс. смертных случаев ежегодно; около 3,5 минут; в среднем 3,2 вопроса и 2,5 обследования*), **имён собственных**, конкретно топонимов (например, *провинция Уаллам, Аляска, Кот-д'Ивуар*) подчёркивает принадлежность текста к научному функциональному стилю речи. Ввиду вышеприведённых фактов при переводе мы чаще всего сталкивались с такими переводческими преобразованиями, как **замена членов предложения**. В отличие от русского, в чешском языке доминирует согласованное определение за счёт несогласованного, приводим примеры: *амбулаторная помощь общего профиля – všeobecná ambulantní péče; службы здравоохранения – zdravotnické služby; программы обучения – vzdělávací programy; риск для здоровья – zdravotní riziko; помощь на дому – domácí péče*. Кроме того, в рамках перевода нам пришлось столкнуться с заменой подлежащего, например, - *Недостаток надлежащей подготовки усугубляется межкультурными конфликтами, социальным расслоением, дискриминацией и стигматизацией.*

- *Nedostatečnou odbornou přípravu komplikují mezikulturní rozdíly, sociální stratifikace, diskriminace a stigmatizace.*

Следующее часто употребляемое преобразование – это **мультивербизация**. Часто встречаемой в данном тексте группой переводческих преобразований является **замена частей речи**. В следующем примере, используя предлог

и местоимение, мы сократили конструкцию с причастием, например, *участвовать в принятии решений, касающихся их здоровья – účastnit se rozhodování o svém zdraví*. Мы использовали также приём вербализации, в рамках которой мы заменили именное словосочетание «*принятие мер*» глаголом: «*к принятию мер профилактики по конкретным болезням – věnovat se prevenci u určitých onemocnění*».

Решением перевода высокой номинализации в русском языке оказалось употребление конкретного глагола, как в следующих примерах:

- *усиление связей с общинами – posilovat vztahy s komunitami*

- *помочь им сделать осознанный выбор – pomoci jim se vědomě rozhodnout*.

Часто встречаемым переводческим приёмом, употребляемым в рамках упомянутой выше номинализации, является **деконденсация**, чаще всего использованная в связи с переводом деепричастий в русском языке, например,

- *Новые приложения, услуги и доступ к информации навсегда изменили взаимоотношения между потребителями и работниками здравоохранения, напрямую предоставив людям соответствующие знания.*

- *Tím, že nové aplikace, služby a přístup k informacím poskytly nutné znalosti přímo lidem, navždy změnil vztah mezi uživateli a pracovníky zdravotní péče.*

Данный пример прекрасно показывает изменение порядка слов.

В рамках перевода нам пришлось столкнуться с проблематикой перевода сокращений (например, *ПМСП, ВОЗ, ПМР, КДСЗ*) и имен собственных (прежде всего антропонимов и названий государств). При переводе мы выбрали приём **субституции**, например, *Нидерланды – Nizozemsko, Германия – Německo, Ком-д'Ивуар – Pobřeží slonoviny*). В тексте появлялись названия из исходной языковой среды, то есть слова на английском языке. Таким образом, имена авторов интертекстовой поддержки мы переводили с помощью **трансплантации** (например, *Ferrer, Forrest, Weinberger, Kravitz*). Следующие примеры показывают перевод английского сокращения сокращением, возникшим в русском языке на основе перевода изначально английского словосочетания (т.е. формой **калькирования**):

- *США (Соединённые Штаты Америки) – USA (United States of America)*
- *ВИЧ-инфекция (Вирус иммунодефицита человека) – HIV infekce (Human Immunodeficiency Virus)*

Следует перевод сокращения *ВОЗ*, отличающегося от предыдущих примеров тенденцией русского языка к применению несогласованного определения:

ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) – WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization).

В итоге, мы уверены, что дипломная работа полностью отвечает определённым в начале нашей дипломной работы целям. А именно, в рамках работы нам удалось перевести выбранную часть сообщения ВОЗ, на основе анализа и синтеза текста определить функциональный стиль (научный стиль с чертами научно-популярного стиля), предложить целостную характеристику текста оригинала и продемонстрировать характерные черты стиля в рамках подробного анализа выбранных переводческих решений. Научное исследование и переводческая работа обогатила нас знанием теоретических и практических особенностей в рамках стилистики научного функционального стиля и опытом перевода данного типа текста. Более того, благодаря дипломной работе мы узнали много интересной информации о Всемирной организации здравоохранения и прежде всего об идеальной форме первичной медико-санитарной помощи.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Česky psané zdroje

BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

ČECHOVÁ, Marie. Komunikát a text. 4. Styl jako vlastnost komunikátu a textu. In: *Čeština - řeč a jazyk*. 3., rozš. a upr. vyd. Praha: SPN - pedagogické nakladatelství, 2011, s. 404–411. ISBN 978-80-7235-413-9.

ČECHOVÁ, Marie. Pojetí a pojmosloví stylistiky. Stylistika a příbuzné obory. In: ČECHOVÁ, M., KRČMOVÁ, M., MINÁŘOVÁ, E. *Současná stylistika*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2008, s. 19–23. ISBN 978-80-7106-961-4.

ČECHOVÁ, Marie. Regulativní a operativní funkce jako konstituující faktor projevu. Funkční styl administrativní. In: ČECHOVÁ, M., KRČMOVÁ, M., MINÁŘOVÁ, E. *Současná stylistika*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2008, s. 230–243. ISBN 978-80-7106-961-4.

ČERVENÝ, Rudolf. Primární péče jako základ zdravotnictví. In: ČELEDOVÁ, L., HOLČÍK, J. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2017, 96–120 s. Učební texty Univerzity Karlovy. ISBN 978-80-246-3809-6.

GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003, xii, 380 s. Praxe manažera. ISBN 80-7226-996-8.

HAUSER, Přemysl. *Nauka o slovní zásobě*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986, 195 s. Učebnice pro vysoké školy.

HOLČÍK, Jan, KAŇOVÁ, Pavlína a PRUDIL, Lukáš. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. Vydání druhé upravené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2015, 115 s. ISBN 978-80-7013-575-4.

HRDLIČKA, Milan. Odborný text a jeho translace. In: *Antologie teorie odborného překladu: (výběr z prací českých a slovenských autorů)*. Ostrava: Repronis, 2003, s. 59–63 s. ISBN 80-7329-026-X.

HUBÁČEK, Josef. *Učebnice stylistiky: pro posluchače pedagogických fakult, studenty učitelství v 1.-4. ročníku základní školy*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987, 269 s. Učebnice pro vysoké školy.

CHLOUPEK, Jan. *Stylistika češtiny*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1991, 294 s. Učebnice pro vysoké školy. ISBN 80-04-23302-3.

ILEK, Bohuslav. Místo teorie odborného překladu v soustavě věd o překladu. In: *Antologie teorie odborného překladu: (výběr z prací českých a slovenských autorů)*. Ostrava: Repronis, 2003, s. 10–17. ISBN 80-7329-026-X.

JELÍNKOVÁ, J. *Abreviatury a zkratková slova v současné ruské publicistice a jejich české ekvivalenty (společensko-politická oblast)*. Magisterská diplomová práce. Brno: Masarykova Univerzita, 2012. 130 s.

JÍLEK, Viktor. *Lexikologie a stylistika nejen pro žurnalisty: studijní texty pro distanční studium*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 125 s. ISBN 80-244-1246-2.

KNITTLOVÁ, Dagmar, GRYGOVÁ, Bronislava a ZEHNALOVÁ, Jitka. *Překlad a překládání*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, 2010, 291 s. Monografie. ISBN 978-80-244-2428-6.

KNITTLOVÁ, Dagmar. *K teorii i praxi překladu*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000, 215 s. ISBN 80-244-0143-6.

KOŠTA, Oto. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada, 2013, 112 s., viii s. obr. příl. ISBN 978-80-247-4422-3.

KRČMOVÁ, Marie. Pojmosloví stylistiky. Styl a stylistika. In: ČECHOVÁ, M. *Současná česká stylistika*. Praha: ISV, 2003, s. 17–23. Jazykověda. ISBN 80-86642-00-3.

KRČMOVÁ, Marie. Pojmovost jako konstituující faktor projevu. Funkční odborný styl. In: ČECHOVÁ, M. *Stylistika současné češtiny*. Praha: ISV, 1997, s. 148–166. Jazykověda. ISBN 80-85866-21-8.

KRČMOVÁ, Marie. Pojmovost jako konstituující faktor projevu. Funkční styl odborný. In: ČECHOVÁ, M., KRČMOVÁ, M., MINÁŘOVÁ, E. *Současná stylistika*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2008, s. 208–229. ISBN 978-80-7106-961-4.

KRČMOVÁ, Marie. Pojmovost jako konstituující faktor projevu. Funkční styl odborný. In: ČECHOVÁ, M. *Současná česká stylistika*. Praha: ISV, 2003, s. 175–193. Jazykověda. ISBN 80-86642-00-3.

LEVÝ, Jiří. *Umění překladu*. Praha: Panorama, 1983, 396 s. Pyramida.

LEVÝ, Jiří. *Úvod do teorie překladu*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1958, 109 s. Učební texty vysokých škol.

MAN, Oldřich. Otázky ekvivalence v odborném překladu. In: GROMOVÁ, E., M. HRDLIČKA a V. VILÍMEK. *Antologie teorie odborného překladu: Výběr z prací českých a slovenských autorů*. 3. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2010, s. 130–135. ISBN 978-80-7368-801-1.

MINÁŘOVÁ, Eva. Pojmosloví stylistiky. Teorie funkčních stylů. In: ČECHOVÁ, M. *Současná česká stylistika*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2003, s. 37–44. ISBN 978-80-7106-961-4.

MINÁŘOVÁ, Eva. *Stylistika češtiny*. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 84 s. ISBN 978-80-210-4973-4.

MISTRÍK, Jozef. *Štylistika*. 2. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1989, 582 s.

POPELA, Jaroslav. *Skaličkova jazyková typologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2006, 45 s. ISBN 80-210-4019-X.

POŠTOLKOVÁ, Běla, ROUDNÝ, Miroslav a TEJNOR, Antonín. *O české terminologii*. Praha: Academia, 1983, 119 s. Malá jazyková knižnice.

SEIFERT, Bohumil, a kolektiv. *Primární péče. Praktické lékařství*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2004. 158 s. ISBN 80-2460883-9.

TĚŠITELOVÁ, Marie a kol. *Kvantitativní charakteristiky současné odborné češtiny (v rámci věcného stylu)*. Praha: ÚJČ 1983, 111 s.

ŽVÁČEK, Dušan. *Kapitoly z teorie překladu I: (odborný překlad)*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1995, 51 s. ISBN 80-7067-489-X.

ŽVÁČEK, Dušan. *Úvod do teorie překladu: (pro rusisty)*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1998, 53 s. ISBN 80-7067-814-3.

Rusky psané zdroje

BAJKOVA, Larisa a Josef SKÁCEL. *Стилистика современного русского языка: пособие для студентов-русистов*. Ostrava: Ostravská univerzita, 1994, 100 s. ISBN 80-7042-401-X.

FLÍDROVÁ, Helena, ŽAŽA, Stanislav. *Синтаксис русского языка в сопоставлении с чешским*. Brno: Tribun EU, 2013, 157 s. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-263-0355-8.

VYCHODILOVÁ, Zdeňka. *Введение в теорию перевода для русистов*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 83 s. Skripta. ISBN 978-80-244-3417-9.

АЛЕКСЕЕВА, Ирина Сергеевна (2004): *Введение в переводоведение. Учебно пособие*. Москва: Издательский центр „Академия“, 2004, 352 с. ISBN 5-7695-1542- 2.

АЛЕКСЕЕВА, Лариса Михайловна. Термин. Термин. In: КОЖИНА, Маргарита Николаевна. *Стилистический энциклопедический словарь русского языка*. Москва: ФЛИНТА, 2003, с. 544–549. ISBN 5-89349-342-7.

ВИНОГРАДОВ, Виктор Владимирович. *Стилистика. Теория поэтической речи. Поэтика*. Москва: Издательство АН СССР, 1963, 253 с.

ГОЛОВИН, Борис Николаевич, КОБРИН, Рафаил Юрьевич. *Лингвистические основы учения о терминах*. Москва: Высшая школа, 1987.

ГОЛУБ, Ирина Борисовна. *Новый справочник по русскому языку и практической стилистике*. Москва: Эксмо, 2008.

ГРИГОРЬЕВА, Ольга Николаевна. *Стилистика русского языка. Учебное пособие для иностранцев*. Москва: НВИ-ТЕЗАУРУС Москва, 2000, 164 с. ISBN 5-89191-032-2.

КОЖИНА, Маргарита Николаевна. Научный стиль. In: *Стилистический энциклопедический словарь русского языка*. Москва: ФЛИНТА, 2003, с. 242–248. ISBN 5-89349-342-7.

КОЖИНА, Маргарита Николаевна. *Стилистика русского языка*. М.: ФЛИНТА, 2011, 464 с. ISBN 978-5-9765-0256-7.

КОЖИНА, Маргарита Николаевна. *Стилистика*. In: *Стилистический энциклопедический словарь русского языка*. Москва: ФЛИНТА, 2003, с. 408–414. ISBN 5-89349-342-7.

КОМИССАРОВ, Вилен Наумович. *Лингвистика перевода*. Москва: Международные отношения, 1980, 165 с. ISBN 978-5-397-06794-2.

КОРИНА, Наталья Борисовна. *Функциональная стилистика русского языка*. Нитра: Университет им. Константина Философа, 2014, 114 с. ISBN 978-80-558-0716-4.

КУБИК, Милослав, КОНДРАШОВ, Николай Андреевич. *Русский язык глазами лингвиста-слависта*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1976, 265 s.

КУБИК, Милослав, ФОРМАНОВСКАЯ, Наталия Ивановна. *Основы языкознания для русистов*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1985, 231 s. Učebnice pro vysoké školy.

СУДОВЦЕВ Владимир Антонович. *Перевод и научно-техническая информация*. Москва: Высшая школа, 1989, 231 с. ISBN: 5-06-000445-7.

ФЕДОРОВ, Андрей Венедиктович. *Основы общей теории перевода: (лингвистический очерк)*. Изд. 3-е перер. и доп. Москва: Высшая школа, 1968, 395 с.

Anglicky psané zdroje

VACHEK, Josef. *Chapters from modern English lexicology and stylistics*. 2. vyd. Praha: SPN, 1991, 221 s. ISBN80-7066-337-5.

Slovníkové zdroje

CSIRIKOVÁ, Marie a Nataša KONÍČKOVÁ. *Rusko-český, česko-ruský slovník: s důrazem na užití ve větách*. Voznice: Leda, 2010, 589 s. ISBN 978-80-7335-143-4.

HEJK, Oleg a Oldřich MAN. *Rusko-český lékařský slovník*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1966, 993 s.

VENCOVSKÁ, Marta. *Rusko-český slovník = Russko-češskij slovar' : nové výrazy!*. Voznice: Leda, 2002, 1334 s. ISBN 80-85927-99-3.

Internetové zdroje

České fórum pro rozvojovou spolupráci [online]. FORS: ©2019 [cit. 18.1.2019]. Dostupné z: <http://www.fors.cz/rozvojova-spoluprace/evropska-politika/rozvojove-cile-tisicileti-mdgs/#.XZWqVWWTIU>.

HÁNDLOVÁ Olga. *Dějiny a vývoj MDT*. KIVI: Knihovnictví a informační věda informuje [online]. 2004 [cit. 2014-06-18]. ISSN 1214-7265. Dostupné z: <http://www.phil.muni.cz/kivi/clanky.php?cl=25>.

HAUSENBLAS, Karel. Učební styl v soustavě stylů funkčních. *Naše řeč* [online]. 1972, roč. 55, č. 2-3, s. 150-158 [2.1.2020]. ISSN 2571-0893. Dostupné z: <http://nase-rec.ujc.cas.cz/archiv.php?art=5628>.

KORTUSOVÁ, Pavla, ŠTĚPÁNYOVÁ, Gabriela. Ministr zdravotnictví Adam Vojtěch a ředitel WHO v ČR Srdan Matić společně připomněli Světový den zdraví. In: *Hygpraha.cz* [online]. 5.4.2019 [cit. 27.6.2019]. Dostupné z: http://www.hygpraha.cz/dokumenty/ministr-zdravotnictvi-adam-vojtech-a-reditel-who-v-cr-srdan-mati--spolecne-pripomneli-svetovy-den-zdravi-4137_4137_161_1.html.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. MZČR: ©2010 [cit. 16.1.2019]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/svetova-zdravotnicka-organizace_9047_3115_8.html.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. MZČR: ©2010 [cit. 27.1.2019]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/mudralena-steflovaph-dmph_14647_3796_1.html.

SVOBODOVÁ, Daria. *Teorie a praxe překladu odborného textu z oblasti porodnictví* [online]. Brno, 2012 [cit. 5. 1. 2020]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/qjutc/>.

VALENOVÁ, Jana. Opravdové příčiny nedostatku zdravotních sester. In: *Halonoviny.cz* [online]. 9. 6. 2016 [cit. 24.7.2019]. Dostupné z: <http://www.halonoviny.cz/articles/view/43645750>.

World Health Organization [online]. WHO: ©2020 [cit. 13.1.2019]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>.

World Health Organization [online]. WHO: ©2020 [cit. 16.1.2019]. Dostupné z: https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/.

World Health Organization [online]. WHO: ©2020 [cit. 19.1.2019]. Dostupné z: <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/structure>.

World Health Organization [online]. WHO: ©2020 [cit. 5.10.2019]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/what-we-do>.


Большая медицинская энциклопедия. *Медицинский персонал* [online]. © Академик, 2000-2020 [cit. 1.1.2020]. Dostupné z: https://bigmedicine.academic.ru/5775/%D0%9C%D0%95%D0%94%D0%98%D0%A6%D0%98%D0%9D%D0%A1%D0%9A%D0%98%D0%99_%D0%9F%D0%95%D0%A0%D0%A1%D0%9E%D0%9D%D0%90%D0%9B.

Всемирная организация здравоохранения [online]. ВОЗ: ©2020 [cit. 16.1.2019]. Dostupné z: <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/history>.

Всемирная организация здравоохранения [online]. ВОЗ: 2014 [cit. 10.1.2019]. Dostupné z: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-ru.pdf>.

РУСАКОВА, Наталия Александровна, ЛЮБЕЗНОВА, Наталья Владимировна. *Практическая и функциональная стилистика русского языка. Учебное пособие* [online]. Саратов: ССЭИ РЭУ им. Г. В. Плеханова, 2015 [cit. 25.7.2019]. Dostupné z: <http://www.seun.ru/content/learning/7/doc/%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0%20%D1%80%D1%83%D1%81%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA%D0%B0%20%D1%83%D0%BF.pdf>.

PŘÍLOHA



Первичная медико-санитарная помощь:

В центре внимания – интересы людей



В настоящей главе описывается, как в рамках первичной медико-санитарной помощи, где население входит в контакт с учреждениями здравоохранения, безопасным, эффективным и социально плодотворным образом проводится профилактическая и разъяснительная работа, осуществляется лечение и уход. Иными словами, речь идет о том, что для достижения всего вышеуказанного необходимо в первую очередь поставить в центр внимания интересы людей, а именно взвешенно рассмотреть как вопросы здоровья и благосостояния, так и ценности и возможности населения и работников здравоохранения¹. В начале главы приводятся те характеристики системы здравоохранения, которые, наряду с эффективностью и безопасностью, имеют существенное значение для получения более высоких результатов в социальной сфере и здравоохранении.

Глава 3

Качественная помощь – это прежде всего забота о людях	48
Отличительные черты первичной медико-санитарной помощи	50
Создание сети учреждений первичной помощи	59
Мониторинг прогресса	64

Это такие характеристики, как ориентация на пациента, всеобъемлемость, комплексность и непрерывность медицинской помощи, а также постоянная возможность входа в систему здравоохранения, что позволяет выстроить длительные отношения доверия между людьми и поставщиками услуг здравоохранения. Далее в главе рассматриваются связанные с вышесказанным требования к организации оказания медицинской помощи: необходимость перехода от специализированной помощи к амбулаторной помощи общего профиля, охватывающей определенные группы населения и способной координировать поддержку со стороны больниц, специализированных служб и организаций гражданского общества.

Качественная помощь – это прежде всего забота о людях

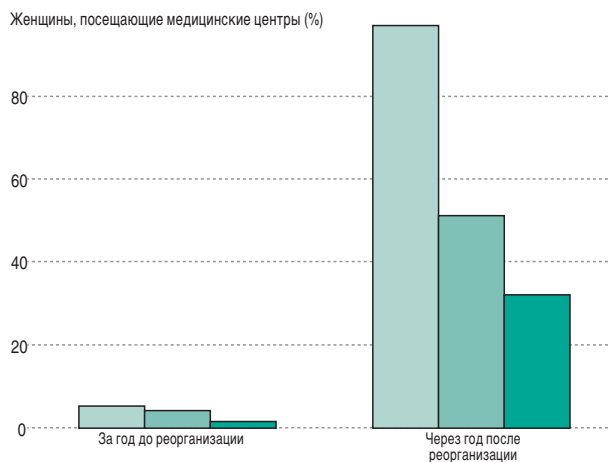
В основе современной медицины лежит, как и должно, медико-биологическая наука. Однако, как указывал один из ее основателей Уильям Ослер, “гораздо важнее знать, какой именно пациент страдает заболеванием, чем каким именно заболеванием пациент страдает”². Недостаточный учет человеческого фактора в здравоохранении и необходимости адаптации медицинских услуг к специфике общин и индивидуальных ситуаций является основным недостатком современной системы здравоохранения, что не только приводит к неравноправию и напряженности в социальной сфере, но также ограничивает отдачу от капиталовложений в здравоохранение.

Придание приоритета интересам людей – центральное направление реформирования сферы предоставления медицинских услуг – задача непростая. Ее решение может потребовать значительного – хотя и простого на первый взгляд – отхода от обычных методов ведения дел. На примере реорганизации медицинского центра на Аляске, на который приходится 45 тыс. обращений пациентов в год, видно, какими значительными могут быть последствия продвижения в этом направлении. Работа центра не приносила удовлетворения ни врачебному персоналу, ни пациентам, пока не было принято решение установить прямые связи между каждым пациентом и каждой семьей местной общины и конкретным сотрудником центра³. Это позволило медработникам изучить истории болезни “своих” пациентов и вникнуть в их личные и семейные ситуации. Пациенты, со своей стороны, лучше узнали своих врачей и стали доверять им: теперь они имели дело не с медицинским учреждением, а со своим

личным доктором. Уменьшилось число жалоб на узковедомственный и фрагментарный характер услуг⁴. Посещение пунктов неотложной помощи снизилось приблизительно на 50%, а количество обращений к специалистам – на 30%; значительно сократилось время ожидания приема в очередях. За счет того, что пациенты стали реже обращаться за помощью повторно, уменьшилась нагрузка на персонал и возросла удовлетворенность сотрудников центра своей работой. Более того, у пациентов возникла уверенность в том, что их слышат и относятся к ним с уважением – а это главное, что люди ценят в здравоохранении^{5,6}. Неповоротливая бюрократическая система была преобразована, таким образом, в систему, отвечающую интересам клиента, принадлежащую ему и функционирующую в соответствии с его потребностями⁴.

В совершенно другой точке мира – в сельскохозяйственной провинции Уаллам в Нигере – медицинские центры прибегли к столь же радикальной реорганизации методов работы в целях первоочередной ориентации на пациентов. Вместо традиционного проведения медицинских консультаций в утренние часы и приема в специализированных клиниках в дневное и вечернее время (диспансеризация детей, планирование семьи и т. п.) теперь предлагался полный спектр услуг в любое время суток, а средний медицинский персонал был обучен ведению активного диалога с пациентами. Например, не дожидаясь обращений женщин за противозачаточными средствами, женщинам предоставлялась информация об имеющихся услугах при каждом посещении

Рисунок 3.1 Воздействие на уровень применения противозачаточных средств реорганизации рабочего графика сельских медицинских центров в Нигере



Источник: 7.



врача. Спустя несколько месяцев низкий уровень применения средств планирования семьи, прежде приписываемый ограничениям культурного характера, стал делом прошлого (рис. 3.1)⁷.

Впечатления о помощи, которую люди получают в системе здравоохранения, определяются для них прежде всего тем, как к ним относятся, когда, заболев, они обращаются за медицинской помощью, а именно тем, насколько гибко медико-санитарные работники обеспечивают взаимодействие между пациентом и службами здравоохранения. Пациентам важно иметь некоторую свободу в выборе поставщика медицинских услуг, так как они хотят иметь врача, которому они могли бы доверять и который придет на помощь своевременно, в соответствующих условиях, с проявлением уважения к больному и с соблюдением конфиденциальности⁸.

Медицинские услуги становятся более эффективными, если при их оказании пациентам уделяется внимание и предоставляются удобства, как видно на примере провинции Уаллам. Однако первичная медико-санитарная помощь предусматривает не только сокращение очередей, изменение графика работы учреждений или вежливость персонала. Медико-санитарные работники должны заботиться о пациентах на протяжении всей их жизни и относиться к ним

как к личностям и членам семей и общества, здоровье которых следует охранять и улучшать⁹, а не рассматривать их просто как носителей патологий и симптомов, требующих лечения¹⁰.

Реформы в области предоставления услуг, предлагаемые движением в поддержку первичной медико-санитарной помощи, направлены на то, чтобы поставить в центр внимания системы здравоохранения интересы людей и тем самым сделать медицинские услуги более эффективными, продуктивными и справедливо распределенными. Медицинские услуги, отвечающие указанным требованиям, начинают формировать непосредственное и тесное взаимодействие между отдельными пациентами и общинами и лицами, осуществляющими уход за больными. Это создает основу для ориентации на пациента, непрерывности, всеобъемлющего характера и комплексности предоставления услуг, которые являются характерными чертами первичной медико-санитарной помощи. В таблице 3.1 приведены различия между первичной медико-санитарной помощью и помощью, оказываемой традиционным способом, например в клиниках или в поликлинических отделениях больниц, а также в рамках программ по борьбе с заболеваниями, которые определяют характер различных служб здравоохранения в условиях ограниченности ресурсов. В следующем

Таблица 3.1 Особенности, отличающие традиционную медицинскую помощь от первичной помощи, ориентированной на пациента

Традиционная амбулаторная помощь в клиниках или поликлинических отделениях	Программы борьбы с болезнями	Первичная помощь, ориентированная на пациента
Первоочередное внимание уделяется болезни и ее лечению	Первоочередное внимание уделяется заболеваниям, имеющим приоритетное значение	Первоочередное внимание уделяется потребностям пациента в области медицины
Взаимодействие ограничивается моментом консультации	Взаимодействие ограничивается рамками реализации программы	Длительные личные отношения
Эпизодическая медицинская помощь	Предусмотренные программой меры по борьбе с заболеванием	Всеобъемлющая непрерывная помощь, ориентированная на пациента
Ответственность ограничивается действенным и безопасным советом пациенту во время консультации	Ответственность за достижение целей в области борьбы с заболеванием в целевой группе населения	Ответственность за состояние здоровья всех членов общины на протяжении всего жизненного цикла; ответственность за борьбу с факторами, негативно влияющими на здоровье
Пользователи являются потребителями приобретаемых ими услуг	Группы населения являются объектом, на который направлены меры по борьбе с заболеванием	Люди являются партнерами, участвующими в решении вопросов, касающихся их собственного здоровья и здоровья общины

разделе главы рассматриваются особенности первичной медико-санитарной помощи и то, как эти особенности способствуют улучшению состояния здоровья населения и социальной сферы.

Отличительные черты первичной медико-санитарной помощи

Эффективность и безопасность – не просто технические вопросы

Медицинская помощь должна быть эффективной и безопасной. Профессионалы и общественность часто переоценивают качество работы служб здравоохранения. Возникновение в 1980-е годы научно-обоснованного подхода в медицине придало процессу принятия решений в области здравоохранения силу и дисциплину научного доказательства¹¹, при этом ценности и предпочтения пациента по-прежнему принимались во внимание¹². На протяжении последнего десятилетия было проведено несколько сотен исследований эффективности медицинской помощи¹³, которые расширили представления о возможностях практикующих врачей при выборе методов оказания помощи пациентам.

Однако научно-обоснованный подход сам по себе еще не гарантирует эффективности и безопасности медико-санитарной помощи. Растущее осознание того, что медицинскую помощь можно дискредитировать самыми разнообразными способами, способствует постепенному улучшению стандартов качества и безопасности (вставка 3.1). Тем не менее на настоящий момент подобные усилия сосредоточены преимущественно в области специализированной и больничной помощи в странах с высоким и средним уровнем доходов. Гораздо меньшее внимание уделяется эффективности и безопасности амбулаторной помощи общего профиля, в рамках которой и происходит наибольшее число взаимодействий между людьми и системой здравоохранения¹⁴. Этот вопрос стоит особенно остро в отношении нерегулируемых коммерческих медицинских учреждений во многих развивающихся странах, где пациенты за свои деньги нередко получают услуги низкого качества (вставка 3.2)¹⁵.

Технические параметры и параметры безопасности являются не единственными факторами, определяющими общие результаты медико-санитарной помощи. Выявленные в ходе исследования в Кот-д'Ивуаре (рис. 3.2) удручающе низкие результаты профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку продемонстрировали, что большое значение имеют и другие аспекты

организации медицинской помощи – одних даже хороших препаратов недостаточно. Важно, как службы здравоохранения работают с людьми. Исследования в Австралии, Германии, Канаде, Новой Зеландии, Соединенном Королевстве и США показывают, что значительное число пациентов сообщают о риске для здоровья, слабой координации медицинской помощи и недостаточности мероприятий по лечению хронических заболеваний²⁵. Коммуникация часто оказывается недостаточной, не хватает информации о графике лечения. Практически каждый второй пациент утверждает, что врачи никогда или почти никогда не интересуются их мнением по поводу проводящегося лечения. В отношении

Вставка 3.1 На пути к науке и культуре усовершенствования: примеры обеспечения безопасности пациента и достижения лучших результатов

Общие результаты медико-санитарной помощи зависят от баланса между совокупной пользой лечения или медицинского вмешательства и ущербом, который может быть нанесен пациенту¹⁶. До недавнего времени степень подобного ущерба было принято недооценивать. В промышленно развитых странах приблизительно один пациент из десяти страдает от вреда, нанесенного неблагоприятными явлениями, возникшими в ходе лечения и которых можно было бы избежать¹⁷; только в США такие осложнения являются причиной 98 тыс. смертных случаев ежегодно¹⁸. За этой ситуацией стоит множество факторов¹⁹, начиная с системных ошибок, некомпетентности и социального давления на пациента, принимающего решение о прохождении процедур, связанных с риском, и заканчивая неправильным применением технологии²⁰. Например, почти 40% от 16 млрд. инъекций, производимых ежегодно во всем мире, делаются при помощи шприцев и игл, которые используются повторно без стерилизации¹⁴. Таким образом, каждый год в результате небезопасных уколов умирает 1,3 млн. человек и теряется почти 26 млн. лет жизни в связи с инфицированием гепатитом В и С и ВИЧ-инфекцией²¹.

Особую тревогу вызывает недостаток информации о масштабах и детерминантах небезопасной медико-санитарной помощи в странах с низким и средним уровнем доходов. В силу нерегулируемой коммерциализации медицинских услуг, слабости контроля и ограниченности ресурсов здравоохранения пользователи услуг в странах с низким уровнем доходов подвергаются еще большему риску понести ненамеренный ущерб, чем пациенты в странах с высоким уровнем доходов. Всемирный альянс за безопасность пациентов²², наряду с другими организациями, выступает за повышение уровня безопасности пациентов путем принятия системных мер и изменения организационной культуры, а не путем осуждения отдельных практикующих врачей или администраторов²³.



одного и того же состояния пациенты обращаются за консультацией к разным специалистам, что, учитывая отсутствие координации в их деятельности, приводит к дублированию диагнозов и противоречиям²⁵. Это ситуация сходна с ситуацией, отмечаемой в других странах, таких как Эфиопия²⁶, Пакистан²⁷ и Зимбабве²⁸.

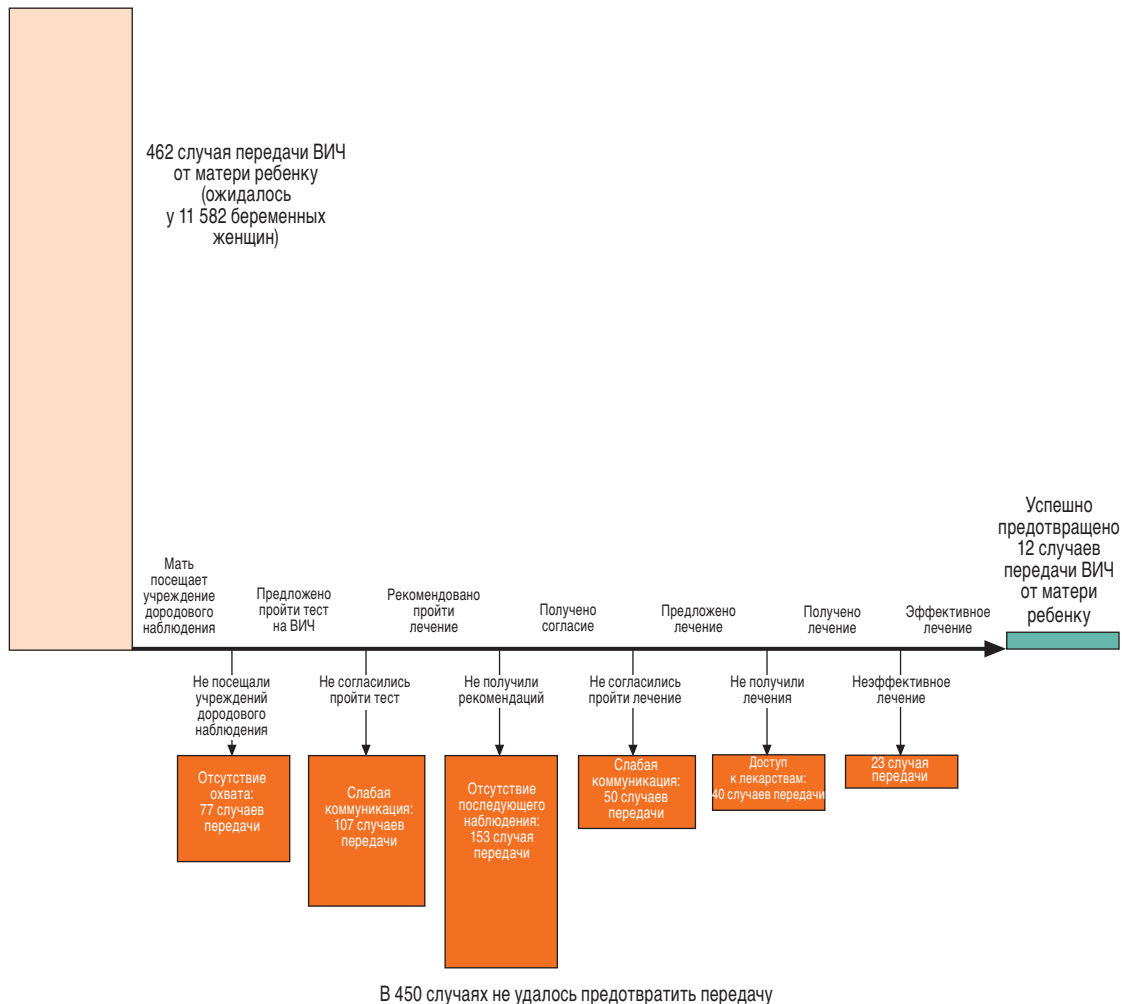
Впрочем, в последние годы отмечается некоторый прогресс. В странах с высоким уровнем доходов рост числа хронических заболеваний, проблемы с психическим здоровьем населения, количество сочетанных патологий и социальные составляющие заболевания заставили задуматься о необходимости принятия комплексных и ориентированных на пациента подходов и обеспечения непрерывности медицинской помощи. На этом настаивали не только пациенты, но и профессионалы, осознавшие жизненную важность таких качеств в здравоохранении для достижения наилучших результатов для пациентов. Многие медицинские работники признали ограниченность узкого клинического подхода, например, к лечению сердечно-сосудистых заболеваний. Это привело в итоге к обнадеживающему размытию традиционных границ между лечебной помощью, профилактической медициной и пропагандой здорового образа жизни.

В странах с низким уровнем доходов также отмечается подобная эволюция. В последние годы в рамках многих программ борьбы с инфекционными заболеваниями уделялось пристальное внимание комплексному подходу, непрерывности медицинской помощи и ориентированности на пациента. На переднем крае этих усилий часто оказывались службы охраны материнства и детства, организовывавшие непрерывный процесс помощи на основе всестороннего подхода. Этот процесс консолидировался в рамках Совместных инициатив ЮНИСЕФ и ВОЗ в области интегрированного ведения болезней детского возраста³⁰. Опыт реализации таких программ, как Расширенная программа ВОЗ по иммунизации, позволил работникам здравоохранения во многих развивающихся странах сделать шаг вперед по сравнению с их коллегами из стран с высоким уровнем доходов, так как они с большей готовностью принимают на себя не только ответственность за своих пациентов, но и охват населения в целом. В последнее время программы борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДом убедили поставщиков медицинских услуг и политиков в важности консультирования, непрерывности медицинской помощи, взаимодополняющего характера профилактических, лечебных и паллиативных мероприятий, а также, самое главное,

Вставка 3.2 Когда спрос на медицинские услуги стимулируется поставщиками и подстегивается потребителями: амбулаторная помощь в Индии

“Г-жа С. – типичная пациентка, проживающая в городе Дели. В радиусе 15 минут ходьбы от ее дома (и практически любого домохозяйства в городе) находятся около 70 частных поставщиков медицинских услуг. Она выбирает частную клинику, которой управляют доктор С.М. и его жена. Над входом в клинику висит внушительная табличка “Г-жа М.М., золотая медалистка, бакалавр медицины и хирургии”, указывающая на то, что в клинике работает специалист высокого класса (степень бакалавра является базовой ступенью медицинского образования, соответствующей двухступенчатой британской системе). Выясняется, однако, что г-жа М.М. крайне редко появляется в клинике. Нам рассказывали, что иногда она появляется не ранее четырех часов дня, чтобы избежать огромных очередей пациентов, ожидающих ее. Позднее мы обнаружили, что в порядке концессии она “одолжила” свое имя и титулы целому ряду других клиник. Поэтому г-жа С. идет на прием к доктору С.М. и его жене, которые заочно прошли шестимесячный курс традиционной аюрведической медицины. Доктор и его жена сидят за маленьким столиком, с одной стороны от которого – полки с огромным количеством пузырьков и баночек с таблетками, с другой – скамья с пациентами, причем очередь начинается еще на улице. Г-жа С. занимает место в конце скамьи. Доктор С.М. и его жена – самые популярные поставщики медицинских услуг в районе, принимающие до 200 пациентов в день. На каждого пациента доктор тратит около 3,5 минут, задает в среднем 3,2 вопроса и проводит 2,5 обследования. Поставив диагноз, он достает две или три таблетки, толчет их в ступке и высыпает образовавшийся порошок в маленькие бумажные пакетики, которые отдает г-же С. с указанием принимать лекарство в течение двух-трех дней. Как правило, в этот набор входит один антибиотик, одно обезболивающее или противовоспалительное средство. Доктор С.М. рассказывает нам, что ему постоянно приходится сталкиваться с нереалистичными ожиданиями пациентов, как по причине того, что пациентов слишком много, так и по причине того, что они требуют назначить им лечение, которое, как знает даже доктор С.М., им не поможет. Тем не менее доктор и его жена горят желанием оказывать помощь своим больным и, несмотря на огромный поток пациентов, они уделяют им больше времени, чем любой доктор в государственной больнице уделяет своим пациентам. Они не ограничиваются аюрведическими знаниями [...] и предпочитают лечить больных порошками в бумажных пакетиках, в результате чего их услуги готовы оплачивать (и по более высокой цене) все новые и новые пациенты”²⁴.

Рисунок 3.2 Упущенные возможности профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (ПМР) в Кот-д’Ивуаре²⁹: предотвращен лишь незначительный процент ожидаемых случаев передачи



в необходимости проявлять сочувствие и выслушивать пациента.

Понимание пациента: помощь, ориентированная на человека

Когда человек болен, он менее всего озабочен управленческими вопросами производительности труда, целевыми показателями здравоохранения, эффективностью затрат и рациональной организацией медицинской помощи, гораздо больше его волнует собственное бедственное положение. Каждый пациент по-своему переживает и справляется с возникающими проблемами здоровья в соответствии с конкретными жизненными обстоятельствами³¹. Медицинские работники должны уметь работать в условиях этого

разнообразия. Для медицинских работников, обеспечивающих контакт между населением и службами здравоохранения, это гораздо более сложная задача, чем для служб специализированной помощи: лечение хорошо известного заболевания – это относительно простая техническая задача. Справляться с проблемами здоровья, однако, гораздо труднее, так как пациента следует понимать целостно, учитывая его физическое, эмоциональное и социальное состояние, прошлое и будущее, а также реалии мира, в котором он живет. Игнорирование конкретного семейного и общественного контекста, в котором живет и действует индивид, приводит к тому, что упускаются из вида важные составляющие состояния его здоровья, которые не обязательно



Вставка 3.3 Реагирование служб здравоохранения на насилие в отношении женщин со стороны партнеров

Насилие со стороны сексуальных партнеров имеет многочисленные, хорошо документированные последствия для женского здоровья (а в силу этого – и для здоровья их детей), включая травмы, хронические боли, нежелательную и незапланированную беременность, осложнения в течение беременности, инфекции, передаваемые половым путем, и широкий круг проблем психического здоровья^{32, 33, 34, 35, 36, 37}. Женщины, страдающие от насилия, часто обращаются за медицинской помощью^{38, 39}.

В связи с этим работники здравоохранения имеют все возможности для выявления жертв насилия и предоставления им помощи, включая направление в службы психосоциальной, правовой и другой поддержки. Принятые ими меры вмешательства могут уменьшить последствия насилия для здоровья и благополучия женщин и их детей, а также предотвратить дальнейшее насилие.

Согласно результатам исследования, большинство женщин убеждены в том, что врачи должны спрашивать их о случаях насилия⁴⁰. Хотя пациентки не ждут от врача решения своих проблем, они желают, чтобы их выслушали не осуждая и обеспечили им поддержку, которая нужна им, чтобы самостоятельно принимать решения. Медицинские работники зачастую затрудняются задавать пациенткам вопросы о насилии. Им не хватает времени, специальных навыков и подготовки, чтобы проводить подобные беседы надлежащим образом; неохотно включают врачи и в судебные разбирательства.

Все еще продолжают споры относительно того, какой подход медицинских работников к случаям насилия считать наиболее эффективным⁴¹. Самая общая рекомендация состоит в том, чтобы задавать всем пациенткам вопрос о насилии со стороны сексуальных партнеров в ходе любого медицинского осмотра, который обычно называют “скрининг” или “стандартное обследование”⁴². В ходе некоторых исследований было установлено, что этот метод позволил повысить число выявленных жертв насилия среди пациенток родильных домов и клиник первичной медико-санитарной помощи, однако имеется мало доказательств устойчивости этого эффекта⁴⁰ или того, что это оказало существенное влияние на результативность медицинской помощи⁴³. Что касается женщин, проживающих в специализированных убежищах, имеются свидетельства того, что те из них, кто получил конкретную правовую и психологическую помощь, впоследствии реже подвергались насилию и улучшили качество своей жизни⁴⁴. Аналогичным образом, те пациентки из числа женщин, подвергавшихся насилию во время беременности, которые получили консультации по проблемам расширения их прав, впоследствии более успешно действовали в своих жизненных обстоятельствах и реже подвергались психологическому и физическому насилию даже в легкой форме, а также реже страдали от послеродовой депрессии⁴⁵.

Несмотря на отсутствие консенсуса в отношении наиболее эффективной стратегии, ширится согласие относительно того, что выявление жертв насилия и оказание им поддержки должны входить в число задач медицинских служб⁴⁶ и что работники здравоохранения должны проходить специальное обучение по этим вопросам в целях формирования навыков и наращивания потенциала. Сотрудники учреждений здравоохранения должны, как минимум, быть хорошо информированы о насилии в отношении женщин, распространенности этого явления и его последствиях для здоровья, о признаках совершенного насилия и о том, какие меры следует принимать. Разумеется, имеются технические аспекты проблемы. Например, в случае изнасилования медицинский работник должен уметь назначить необходимое лечение и обеспечить уход, включая предоставление средств экстренной контрацепции и профилактики инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ, а также оказать психосоциальную помощь. Имеются и другие аспекты: медико-санитарные работники должны уметь составить соответствующую документацию о травмах наиболее полным и тщательным образом^{47, 48, 49}, а также должны уметь работать с местными жителями – в частности, с мужчинами и мальчиками – по вопросам изменения стереотипов сознания и поведения, касающихся гендерного неравенства и насилия.

соответствуют какой-либо категории заболевания. Например, службы здравоохранения, которые работают в достаточно тесном взаимодействии с обслуживаемыми общинами, и медработники, хорошо знающие местное население, могут выявить, предотвратить или смягчить последствия случаев насилия в отношении женщин со стороны партнеров (вставка 3.3).

Людам хочется быть уверенными в том, что их врач понимает их страдания и испытываемые ими трудности. К сожалению, многие поставщики медицинских услуг игнорируют этот аспект терапевтических отношений, особенно когда им приходится иметь дело с социально неблагополучными группами населения. Во

многих медицинских учреждениях отзывчивость и ориентированность на пациента рассматриваются в качестве предметов роскоши, доступных немногим избранным.

Данные, полученные в ходе многочисленных исследований на протяжении последних тридцати лет, показывают, что ориентированность на пациента важна не только с точки зрения облегчения тревоги пациента или повышения удовлетворенности медицинских работников своим трудом⁵⁰. Решение медицинской проблемы будет более эффективным, если поставщик медицинских услуг видит эту проблему во всех ее аспектах⁵¹. Например, если врач вначале просто распросит пациента о том, как он относится к своему

заболеванию, как оно изменило его жизнь, и не будет сосредотачиваться только на обсуждении болезни, это поможет существенно повысить уровень доверия и готовности пациента к лечению⁵², что позволяет пациенту и врачу найти общий язык по вопросам ведения болезни и облегчает включение в терапевтическое лечение аспектов профилактики и пропаганды здорового образа жизни^{50, 51}. Таким образом, ориентированность на пациента становится “клиническим методом обеспечения демократии участия”⁵³, что способствует существенному повышению качества медицинской помощи, успешности лечения и качества жизни получателей такой помощи (см. таблицу 3.2).

На практике врачи редко интересуются заболеваниями пациентов, их мнениями и тем, насколько они понимают природу своего заболевания, и столь же редко обсуждают с ними варианты решения проблемы⁵⁸. Они ограничиваются простыми техническими предписаниями, полностью игнорируя сложную человеческую составляющую, имеющую решающее значение для правильного выбора лечения и его эффективности⁵⁹.

Таким образом, чисто технические советы об изменении образа жизни, назначении курса лечения или направлении к специалисту не только не учитывают ограничения, накладываемые повседневными обстоятельствами пациентов, но и мешают им использовать возможности самопомощи при лечении самых разнообразных заболеваний, начиная от диареи⁶⁰ и заканчивая диабетом⁶¹. Однако ни медсестра сельской больницы в Нигере, ни врач общей практики в Бельгии не

Таблица 3.2 Ориентированность на пациента: повышение качества и результативности помощи

Повышение интенсивности лечения и улучшение качества жизни – Ferrer (2005 г.) ⁵⁴
Более глубокое понимание психологических аспектов проблем пациента – Gulbrandsen (1997 г.) ⁵⁵
Более высокая удовлетворенность результатами общения – Jaturapatporn (2007 г.) ⁵⁶
Большая доверительность пациента в том, что касается болезненных вопросов – Kovess-Masfety (2007 г.) ⁵⁷
Более высокий уровень доверия и готовности соблюдать режим лечения – Fiscella (2004 г.) ⁵²
Более широкое включение в терапию аспектов профилактики и пропаганды здорового образа жизни – Mead (1982 г.) ⁵⁰

могут, к примеру, госпитализировать пациента без предварительных договоренностей^{62, 63}: наряду с медицинскими критериями, они должны принимать во внимание личные и семейные ценности пациента, их образ жизни и виды на будущее⁶⁴.

Число поставщиков услуг здравоохранения, специально обученных ориентированному на пациента подходу, пока невелико. Недостаток надлежащей подготовки усугубляется межкультурными конфликтами, социальным расстройством, дискриминацией и стигматизацией⁶³. Вследствие этого недостаточно используется значительный потенциал пациентов в области сохранения здоровья путем изменения образа жизни, моделей поведения и самопомощи, а также путем оптимального адаптивного профессиональных советов к своим обстоятельствам. Существует множество возможностей, зачастую упускаемых, расширить права пациентов на участие в процессе принятия решений, касающихся их собственной жизни и жизни членов их семей (вставка 3.4). Для реализации этих возможностей требуются работники здравоохранения, которые умеют установить контакт с людьми и помочь им сделать осознанный выбор. Существующие системы платежей и стимулов в отношении предоставления медицинской помощи на уровне общин нередко препятствуют установлению такого диалога⁶⁵. Конфликт интересов поставщиков и потребителей услуг, особенно в условиях нерегулируемой коммерческой медицины, является главным препятствием для реализации ориентированного на пациента подхода. Поставщики медицинских услуг, работающие на коммерческой основе, могут быть более вежливыми и внимательными к пациенту, чем сотрудники обычного учреждения здравоохранения, но это не альтернатива методу, ориентированному на человека.

Всесторонние и комплексные ответные меры

Разнообразие потребностей и проблем в области здравоохранения не вписывается в разрозненные диагностические категории хрестоматийной разъяснительно-профилактической, лечебной и реабилитационной помощи^{78, 79}. Требуется мобилизация разностороннего спектра ресурсов, включающего, помимо прочего, меры в области профилактики и пропаганды здорового образа жизни, а также диагностику, лечение или направление к специалистам, терапию хронических заболеваний, долговременную медицинскую помощь на дому и, в некоторых случаях, социальные услуги⁸⁰. Именно там, где пациенты



Вставка 3.4 Предоставление пациентам возможности участвовать в принятии решений, касающихся их здоровья

Семьям могут быть предоставлены возможности принимать решения, касающиеся здоровья всех их членов. Планы в отношении родов и экстренной медицинской помощи⁶⁶, например, разрабатываются на основе обсуждения будущей матерью и медицинскими работниками – задолго до появления ребенка на свет – того, как она хотела бы организовать этот процесс. В числе обсуждаемых вопросов – место, где будут проходить роды, организация заботы о домашнем хозяйстве и старших детях на время отсутствия женщины. Можно также затронуть вопрос о планировании расходов, обеспечении транспортом и медикаментами, а также о подборе донора с соответствующей группой крови на случай кровотечения. Подобные планы в отношении родов используются в таких разных странах, как Гватемала, Египет, Индонезия, Нидерланды и Объединенная Республика Танзания. Это всего лишь один из примеров расширения прав и возможностей пациентов участвовать в принятии решений, касающихся их здоровья⁶⁷. Стратегии расширения прав и возможностей могут обеспечить достижение более высоких социальных и медицинских результатов несколькими способами; условиями успеха являются включенность этих стратегий в местный контекст и опора на прочные прямые связи между пациентами и работниками здравоохранения⁶⁸. Стратегии могут касаться самых разнообразных областей жизни, как показано ниже:

- создание у домохозяйств потенциала в области сохранения здоровья, принятия способствующих здоровью решений и умения действовать в экстренных ситуациях – организации самопомощи больных диабетом во Франции⁶⁹, программы обучения родителей и расширения прав и возможностей семьи в ЮАР⁷⁰, обсуждение и составление планов в отношении безопасных родов в Объединенной Республике Танзании⁷¹, программа активного старения в Мексике⁷²;
- повышение информированности граждан о своих правах, потребностях и потенциальных проблемах – информационная кампания об адресной помощи в Чили⁷³, принятие Декларации о правах пациента в Таиланде⁷⁴;
- усиление связей с общинами и системой здравоохранения с целью социальной поддержки – оказание содействия и предоставление консультаций лицам, осуществляющим в семьях уход за слабоумными больными в развивающихся странах⁷⁵, программы сельского кредитования в Бангладеш и их влияние на выбор пациентами поставщиков медицинских услуг⁷⁶, инициативы по улучшению состояния окрестной окружающей среды в Ливане⁷⁷.

соприкасаются с системой здравоохранения, где они впервые излагают свои проблемы, потребность в предложении всесторонней и комплексной помощи наиболее высока.

Всесторонний характер услуг имеет смысл с оперативной и управленческой точки зрения и увеличивает совокупную выгоду (см. таблицу 3.3). Пациенты гораздо охотнее пользуются услугами, если им предлагается полный их спектр. Более того, таким образом создаются максимальные возможности для оказания профилактической помощи и пропаганды здорового образа жизни и снижается излишняя потребность в специализированной или больничной помощи⁸¹. Специализация имеет свои положительные стороны, но связанная с ней фрагментация услуг нередко контрпродуктивна и неэффективна: бессмысленно следить за развитием ребенка, игнорируя состояние здоровья матери (и наоборот), или лечить туберкулезного больного, не проверяя, является ли он курильщиком или носителем ВИЧ.

Это не означает, что работники системы первичной медико-санитарной помощи обязаны решать все представленные здесь проблемы здоровья и здравоохранения и что все программы в области здравоохранения должны реализовываться на базе отдельных пунктов оказания комплексной медицинской помощи. Тем не менее бригады

первичной медико-санитарной помощи должны уметь справляться с большинством медицинских проблем местного населения. Если они это делать не в состоянии, необходимо мобилизовать внешние ресурсы, направляя пациента к специалистам или прибегая к помощи специалистов, больниц, лечебно-диагностических центров, программ в области общественного здравоохранения, служб долговременной медицинской помощи, социальной помощи или помощи на дому, служб самопомощи и других общественных учреждений. Это не означает отказа от ответственности: бригада первичной медико-санитарной помощи

Таблица 3.3 Всесторонняя помощь: достижение более высоких результатов и качества медицинских услуг

Более высокая результативность медицинской помощи – Forrest (1996 г.) ⁸² , Chande (1996 г.) ⁸³ , Starfield (1998 г.) ⁸⁴
Более высокая готовность пациентов к принятию мер профилактики по конкретным болезням (например, регулярное измерение артериального давления, прохождение маммографии, взятие мазков Папаниколу) – Bindman (1996 г.) ⁸⁵
Снижение числа пациентов, поступающих в клиники с предотвращаемыми осложнениями хронических заболеваний – Shea (1992 г.) ⁸⁶

по-прежнему отвечает за то, чтобы помогать пациенту ориентироваться в этих сложных условиях.

Всесторонний и комплексный подход к большинству проблем здоровья в общине оказывается более эффективным, чем разрозненные услуги по решению отдельных проблем, отчасти потому что он позволяет лучше узнать местных жителей и завоевать их доверие. Один вид деятельности подкрепляет другой. Медицинские учреждения, предоставляющие разносторонний спектр услуг, обеспечивают более широкое внедрение и охват населения профилактическими программами, например программами онкологических обследований или вакцинации (рис. 3.3), предотвращают осложнения и повышают результативность медицинской помощи.

Комплексные услуги также способствуют раннему выявлению и предупреждению проблем, даже в отсутствие прямого спроса. Существуют индивиды и группы, которым медицинская помощь пойдет на благо, даже если они прямо не выражают потребности в ней. К их числу относятся, например, женщины, посещающие медицинские центры в провинции Уаллам в Нигере, или лица с невыявленным повышенным кровяным давлением или с депрессией. Ранняя диагностика заболеваний, профилактические мероприятия с целью снижения частотности неудовлетворительного состояния здоровья, пропаганда здорового образа жизни с целью искоренения рискованных типов поведения и решение социальных и других проблем, являющихся детерминантами здоровья, – все это требует от учреждения здравоохранения брать на себя инициативу. Во многих случаях местные медико-санитарные работники являются единственными профессионалами, которые могут успешно справиться с проблемами в общине; например, только они могут помочь родителям в области развития детей в раннем возрасте, что само по себе является важным фактором здоровья, благополучия и продуктивности во взрослом возрасте⁸⁷. Подобная деятельность требует формирования оперативных бригад медицинской помощи, предлагающих разнообразные услуги. Успех их работы зависит от тесных, доверительных отношений между медицинскими учреждениями и общинами, которые они обслуживают, в частности от работников здравоохранения, которые хорошо знают местное население⁸⁸.

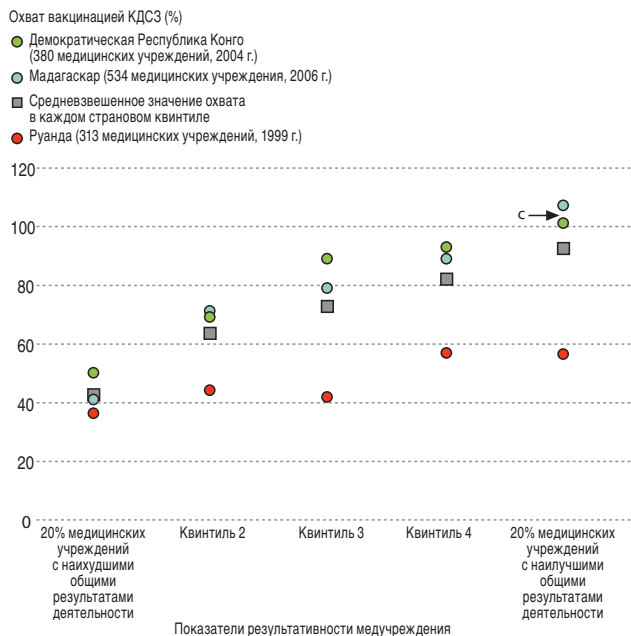
Непрерывность помощи

Понимание пациентов и обстоятельств, в которых они живут, важно не только для предоставления

всесторонней помощи, ориентированной на пациента. Это также является важным условием непрерывности помощи. Поставщики медицинских услуг часто действуют так, словно их профессиональные обязанности начинаются с момента, когда пациент входит в кабинет, и заканчиваются, когда он его покидает. Однако предоставление медицинской помощи не должно ограничиваться моментом получения пациентом консультации или четырьмя стенами кабинета. Чтобы медицинская помощь была результативной, требуется последовательный и продуманный подход к решению проблемы пациента до ее полного разрешения и устранения риска, оправдывающего последующие вмешательства. Непрерывность помощи является определяющим фактором эффективности, идет ли речь о лечении хронических заболеваний, заботе о репродуктивном и психическом здоровье или об обеспечении здорового роста детей (см. таблицу 3.4).

Непрерывность помощи зависит от обеспечения преемственности информации в случаях, когда пациенты стареют, меняют место жительства или в ситуациях, когда конкретному пациенту или домохозяйству предоставляют услуги

Рисунок 3.3 Медицинские центры, предлагающие комплекс разнообразных услуг, добиваются более широкого охвата населения вакцинацией^{a, b}



^a По 1227 медицинским учреждениям в Демократической Республике Конго, Руанде и на Мадагаскаре, охватывающим в общей сложности 16 млн. человек.

^b Показатели охвата населения вакцинацией не включены в качестве критерия в оценку производительности труда медицинских центров, предлагающих комплексные услуги.

^c Включая вакцинацию детей, не относящихся к целевой группе населения.



Таблица 3.4 Непрерывность помощи: обеспечение высокого качества и результативности

Снижение уровня смертности от всех причин – Shi (2003 г.) ⁹⁰ , Franks (1998 г.) ⁹¹ , Villalbi (1999 г.) ⁹² , PAHO (2005 г.) ⁹³
Расширение доступа к медицинской помощи – Weinick (2000 г.) ⁹⁴ , Forrest (1998 г.) ⁹⁵
Сокращение числа случаев повторной госпитализации – Weinberger (1996 г.) ⁹⁶
Сокращение числа обращений к специалистам – Woodward (2004 г.) ⁹⁷
Более редкое использование служб скорой помощи – Gill (2000 г.) ⁹⁸
Более эффективное выявление побочных эффектов медицинского вмешательства – Rothwell (2005 г.) ⁹⁹ , Kravitz (2004 г.) ¹⁰⁰

несколько профессионалов. Доступ к электронным, обычным или выданным пациентам на руки историям болезни или выписным эпикризам облегчает выбор курса лечения и координацию медицинской помощи. В Канаде, например, по каждому седьмому пациенту, поступающему в отделение скорой помощи, не имелось никакой медицинской информации, что могло с очень большой вероятностью привести к причинению ему вреда¹⁰¹. Отсутствие медицинских данных – наиболее частая причина несвоевременно оказанной или ненужной помощи¹⁰². В США 15,6% зарегистрированных медицинских ошибок в амбулаторных условиях совершается именно по этой причине¹⁰³. Современные информационные и коммуникационные технологии, пока в недостаточной степени используемые в медицине, создают беспрецедентные возможности для распространения медицинской информации при разумном уровне затрат¹⁰⁴, способствуя таким образом непрерывности и безопасности помощи, а также накоплению знаний (вставка 3.5). Более того, как показывает пример Открытой базы медико-санитарных данных, эти технологии более не являются исключительной привилегией структур, обладающих значительными ресурсами: электронные архивы медико-санитарной документации, разработанные сообществами практических работников на основе программного обеспечения из открытых источников, обеспечивают непрерывность и высокое качество медицинской помощи для пациентов с ВИЧ/СПИДом во многих странах с низким уровнем доходов¹⁰⁵.

Усовершенствованных медицинских карт пациентов недостаточно. Учреждения здравоохранения должны предпринять активные усилия с целью сведения к минимуму многочисленных препятствий на пути к обеспечению непрерывности помощи. В отличие от оплаты из расчета на одного человека или оплаты одного посещения, оплата услуги из собственного кармана является самым распространенным препятствием к расширению доступа и непрерывности помощи¹⁰⁷. Например, в Сингапуре пациентам до недавнего времени не разрешалось использовать свои сберегательные медицинские счета (Medisave) для оплаты поликлинического лечения, что приводило к задержкам плановых посещений врача и несоблюдению врачебных предписаний хронически больными пациентами. Это превратилось в проблему такого масштаба, что потребовалось внести изменения в законодательные акты. В настоящее время больницам рекомендовано направлять пациентов, страдающих диабетом, гипертонией, нарушениями липидного обмена и инсультом, к терапевтам с оплатой амбулаторной помощи со счетов Medisave¹⁰⁸.

В числе других препятствий – графики лечения, требующие частых посещений клиники, влекущих за собой значительные затраты времени, расходы на транспорт и потери в заработной плате. Пациенты могут не оценить важность соблюдения таких графиков и вследствие этого проявить низкую мотивацию к лечению. Пациенты могут растеряться в сложной структуре специализированных больниц или социальных служб. Такие проблемы следует предвидеть и выявлять на ранних этапах. Это потребует значительных усилий от врачей: обсуждение условий графика лечения с пациентом с тем, чтобы максимально увеличить шансы завершения терапии; регистрация клиентов с хроническими заболеваниями; а также создание каналов связи посредством визитов врача на дом, взаимодействие с работниками патронажа, организация напоминаний по телефону и рассылка текстовых сообщений для восстановления утраченной непрерывности помощи. Эти повседневные задачи часто имеют решающее значение для успешности лечения, но очень редко вознаграждаются. Гораздо легче решать эти задачи, когда пациент и лицо, обеспечивающее уход, четко определили, как и кем проводится послебольничное наблюдение.

Постоянный доверенный врач – точка доступа в систему здравоохранения

Всесторонний характер, непрерывность и ориентированность на пациента напрямую влияют на

результативность медицинской помощи. Все эти факторы зависят от стабильных, долгосрочных личных отношений (иногда это называется “многолетним наблюдением”⁸⁴) между населением и профессионалами, являющимися для пациентов точкой доступа в систему здравоохранения.

В большинстве случаев традиционная амбулаторная помощь не способствует созданию таких отношений. Деловая, анонимная и сугубо техническая обстановка поликлинических отделений больниц, где трудится множество специалистов широкого и узкого профиля, обеспечивает механическое взаимодействие между анонимными индивидами и учреждением, но не помощь, ориентированную на человека.

Небольшие клиники не столь анонимны, но предоставляемая в них помощь больше похожа на коммерческую или административную сделку, начинающуюся и заканчивающуюся консультацией, чем на быструю реакцию по решению проблемы. В этом отношении частные клиники мало чем отличаются от государственных медицинских центров⁶⁴. В сельских районах стран с низким уровнем доходов работа государственных медицинских центров обычно рассчитана на тесное взаимодействие с обслуживаемым населением. В реальности дела зачастую обстоят иначе. Целевое предоставление ресурсов и персонала под отдельные программы все чаще приводит к фрагментации¹⁰⁹, в то время как недостаток

Вставка 3.5 Использование информационно-коммуникационных технологий для расширения доступа и повышения качества и эффективности первичной медико-санитарной помощи

Информационно-коммуникационные технологии обеспечивают жителям отдаленных и плохо обслуживаемых районов доступ к услугам и профессиональной помощи, которыми иначе они не могли бы воспользоваться, особенно в странах с неравномерным распределением или хроническим недостатком врачей, младшего и среднего медицинского персонала или в регионах, где доступ к медицинским учреждениям и консультациям специалистов требует переездов на длительные расстояния. В таких условиях задача расширения доступа к медицинскому обслуживанию стимулирует внедрение дистанционных технологий диагностики, обследования и консультирования. Ярким примером является применяемая в Чили практика немедленной передачи электрокардиограмм при подозрении на инфаркт миокарда: обследование проводится в амбулаторных условиях, и данные направляются в национальный кардиологический центр, специалисты которого подтверждают диагноз по факсу или электронной почте. Такая дистанционная консультация специалистов позволяет оперативно назначить необходимое лечение, что раньше было невозможно. Ключевым фактором этого прорыва является интернет, а также телефонная связь, которые стали доступны всем медицинским учреждениям в стране.

Еще одним положительным результатом использования информационно-коммуникационных технологий при оказании первичной медицинской помощи стало повышение качества услуг. Учреждения здравоохранения не только стремятся к тому, чтобы предоставить более качественную медицинскую помощь, они стараются сделать ее более безопасной. В этом практикующим врачам, работающим в самых разных условиях, помогают такие средства, как электронные медицинские карты, компьютеризированные системы назначения препаратов и принятия клинических решений. Например, в одной из деревень на западе Кении интеграция данных электронных медицинских карт, результатов лабораторных исследований, информации о закупке препаратов и медицинской отчетности позволила значительно снизить объем технических работ и число ошибок, а также улучшить качество послебольничного лечения.

По мере роста стоимости медицинского обслуживания информационно-коммуникационные технологии создают новые возможности для индивидуальной, ориентированной на пациента и уход на дому медицинской помощи. В этих целях были вложены значительные средства в исследование и разработку ориентированных на потребителя приложений. В Кейптауне, ЮАР, “служба указаний по соблюдению режима лечения” вводит фамилии и номера мобильных телефонов (предоставляемых клиниками) пациентов, страдающих туберкулезом, в базу данных. Каждый полчаса сервер просматривает базу данных и направляет SMS-сообщения пациентам с напоминанием о необходимости принять лекарство. Это малозатратная и очень надежная технология. Показатели эффективности лечения и его завершения практически такие же, что и у пациентов, проходящих краткосрочный курс противотуберкулезной терапии под прямым наблюдением, но затраты пациента и клиники при этом значительно ниже, кроме того, это гораздо меньше отвлекает пациента от повседневных забот в отличие от посещения клиники¹⁰⁰. В русле той же самой концепции поддержания образа жизни, при котором необходима первичная медицинская помощь, в Нидерландах была принята инновационная коммунальная программа, в рамках которой средства коммуникации и мониторинга встраиваются в систему “умный дом” в квартирах пожилых людей. Эта система позволяет снизить количество посещений клиник и облегчает жизнь пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, при которых требуются частые визиты к врачу и корректировка назначений препаратов.

Многие врачи-клиницисты, стремящиеся добиться результатов в лечебно-профилактической работе, возлагают большие надежды на интернет как на механизм получения медицинской консультации, дополняющей или заменяющей посещение врача-профессионала. Новые приложения, услуги и доступ к информации навсегда изменили взаимоотношения между потребителями и работниками здравоохранения, напрямую предоставив людям соответствующие знания.



Таблица 3.5 Привычная точка доступа: повышение качества и результативности медицинской помощи

Рост удовлетворенности услугами – Weiss (1996 г.) ¹¹⁶ , Rosenblatt (1998 г.) ¹¹⁷ , Freeman (1997 г.) ¹²⁴ , Miller (2000 г.) ¹²⁵
Более охотное выполнение предписаний и снижение показателей госпитализации – Weiss (1996 г.) ¹¹⁶ , Rosenblatt (1998 г.) ¹¹⁷ , Freeman (1997 г.) ¹²⁴ , Mainous (1998 г.) ¹²⁶
Более редкие обращения к специалистам и в службы скорой помощи – Starfield (1998 г.) ⁸² , Parchman (1994 г.) ¹²⁷ , Hurley (1989 г.) ¹²⁸ , Martin (1989 г.) ¹²⁹ , Gadamski (1998 г.) ¹³⁰
Более редкие консультации специалистов – Hurley (1989 г.) ¹²⁸ , Martin (1989 г.) ¹²⁹
Более эффективное использование ресурсов – Forrest (1996 г.) ⁸² , Forrest (1998 г.) ⁹⁵ , Hjortdahl (1991 г.) ¹³¹ , Roos (1998 г.) ¹³²
Более глубокое понимание психологических аспектов проблемы пациента – Gulbrandsen (1997 г.) ⁵⁵
Более эффективная профилактическая работа среди подростков – Ryan (2001 г.) ¹³³
Защита от избыточного лечения – Schoen (2007 г.) ¹³⁴

средств, обнищание медицинского персонала и широко распространенная коммерциализация всячески препятствуют формированию таких отношений¹¹⁰. Имеется множество примеров, свидетельствующих об обратном, однако связи между поставщиками услуг и их клиентами, особенно из бедных слоев, не способствуют выстраиванию отношений на основе взаимопонимания, сочувствия и доверия⁶².

Формирование устойчивых отношений требует времени. Согласно исследованиям, требуется от двух до пяти лет, чтобы потенциал таких отношений развился в полной мере⁸⁴, однако, как видно на примере медицинского центра на Аляске, упомянутого в начале этой главы, это кардинально меняет характер предоставляемой помощи. Доступ к одной и той же группе врачей в течение длительного времени способствует развитию доверительных отношений между пациентом и доктором^{97, 111, 112}. Профессионалы-медики с большей вероятностью начинают проявлять уважение и понимание к пациенту, с которым они давно знакомы, в результате чего развивается более позитивное сотрудничество и качественное общение¹¹³. Им легче понять и предвидеть трудности в обеспечении непрерывности помощи, следить за ходом лечения и оценивать то, как болезнь или инвалидность сказывается

на повседневной жизни пациента. Уделяя больше внимания обстоятельствам жизни людей, врачи могут адаптировать медицинскую помощь к конкретным потребностям индивида и выявить медицинские проблемы на ранних этапах.

Это не просто вопрос доверительных отношений и удовлетворенности пациента, как бы важно это ни было^{114, 115}. В конечном счете речь идет о более высоком качестве и результативности медицинской помощи (таблица 3.5). Пациенты, которые со всеми своими проблемами обращаются к одному источнику помощи, как правило, охотнее следуют полученным рекомендациям, реже нуждаются в госпитализации и больше удовлетворены обслуживанием^{98, 116, 117, 118}. Медицинские учреждения экономят консультационное время, сокращают количество лабораторных исследований и снижают расходы^{95, 119, 120}, а также расширяют использование профилактических мероприятий¹²¹. Мотивация усиливается благодаря признанию населения. Тем не менее даже самые преданные делу профессионалы не сразу начинают использовать эти возможности^{122, 123}. Контакты между населением и службами здравоохранения следует выстраивать таким образом, чтобы это становилось не только возможным, но и наиболее вероятным методом действий.

Создание сети учреждений первичной помощи

Медицинское учреждение, оказывающее первичную амбулаторную помощь в случае заболевания и связанных с ним проблем, должно предоставлять полный спектр комплексных диагностических, лечебных, реабилитационных и паллиативных услуг. В отличие от большинства традиционных моделей оказания медицинской помощи, предлагаемые услуги должны включать меры по профилактике и укреплению здоровья, а также усилия по борьбе на местах с факторами, способствующими ухудшению здоровья. Важнейшим условием налаживания тесных, устойчивых отношений между поставщиком услуг и обслуживаемым населением является учет личных и социальных обстоятельств пациентов и их семей, что гарантирует непрерывность предоставления услуг как во времени, так и при смене медицинских учреждений.

Для того чтобы трансформировать традиционные медицинские учреждения в службы первичной помощи, то есть гарантировать должное внимание описанным выше принципам, их следует реорганизовать. Предварительным условием для этого является обеспечение прямого и постоянного доступа, отказ от неоправданного

использования платных услуг, а также обеспечение социальной защиты, предусмотренной программами всеобщего охвата населения медицинской помощью. Однако трансформация традиционной помощи – амбулаторной, стационарной, общего профиля и специализированной – в местные сети центров первичной помощи требует осуществления целого ряда других мер^{135, 136, 137, 138, 139, 140}.

- приблизить помощь к людям, разместить медицинские учреждения в непосредственной близости от общины и обеспечить прямое взаимодействие с ней, переместив точку доступа в систему здравоохранения из больниц и кабинетов специалистов в расположенные рядом с клиентом центры первичной помощи общего профиля;
- возложить на поставщиков медицинских услуг всю полноту ответственности за состояние здоровья определенной группы населения – как больных, так и здоровых, тех, кто обращается за консультациями, и тех, кто этого не делает;
- усилить роль поставщиков первичной помощи в качестве координаторов взаимодействия с другими уровнями медицинской помощи, наделив их административными полномочиями и покупательной способностью.

Приблизить помощь к людям

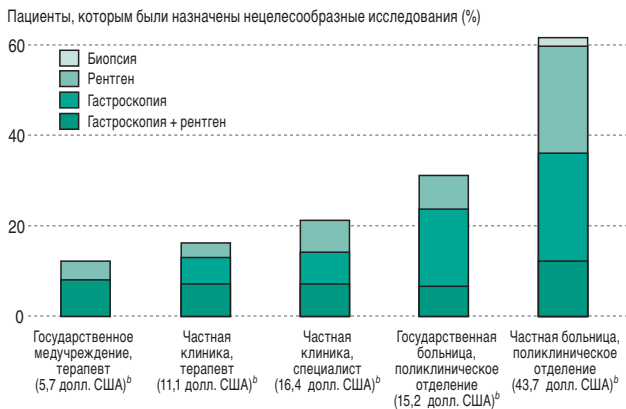
Первым шагом должно стать перемещение точки доступа в систему здравоохранения из специализированных клиник, поликлинических отделений больниц и служб скорой помощи в расположенные рядом с клиентом амбулаторные учреждения общего профиля. Имеется все

больше свидетельств того, что такое перемещение приносит поддающиеся измерению положительные результаты с точки зрения облегчения страданий, профилактики заболеваний и предотвращения смертных случаев, а также достижения большего равенства в уровне здоровья. Эти выводы подтверждены как национальными, так и межнациональными исследованиями, даже если не все из принципов первичной помощи вполне реализованы³¹.

В амбулаторных учреждениях общего профиля наиболее распространенные угрожающие жизни заболевания выявляются чаще или так же часто, как в специализированных службах^{141, 142}. Врачи общего профиля придерживаются тех же принципов клинической практики, что и специалисты¹⁴³, но реже к ним прибегают^{144, 145}. Они назначают меньше инвазивных процедур^{146, 147, 148, 149}, реже госпитализируют пациентов и на более короткие сроки^{127, 133, 149}, уделяя гораздо большее внимание профилактическим мерам^{133, 150}. Это приводит к снижению общих затрат на медицинские услуги⁸² на фоне одинаковых результатов лечения^{146, 151, 152, 153, 154, 155} и более высокой удовлетворенности пациентов^{125, 150, 156}. Сравнение данных по странам с высоким уровнем доходов показывает, что увеличение числа врачей общего профиля, работающих в амбулаторных учреждениях, сопровождается снижением общих затрат и повышением качества услуг¹⁵⁷. В странах же, где упор по-прежнему делается на специализированную помощь, показатели результативности, измеренные на уровне населения, не растут или даже снижаются, в то время как фрагментация помощи усиливает неудовлетворенность пользователей и увеличивает и без того углубляющийся разрыв между учреждениями здравоохранения и социальными службами^{157, 158, 159}. Информацию по странам со средним и низким уровнем доходов получить сложнее¹⁶⁰, однако, судя по всему, ситуация там складывается аналогичным образом. Согласно некоторым оценкам, в странах Латинской Америки и Карибского бассейна более активное использование врачей общей практики позволило бы избежать каждого второго случая госпитализации¹⁶¹. В Таиланде амбулаторная помощь общего профиля за пределами больниц оказалась более оперативной и ориентированной на пациента, а также менее затратной и позволяющей избежать избыточных назначений¹⁶² (см. рис. 3.4).

Перемещение точки доступа в систему здравоохранения из специализированных больниц в амбулаторные учреждения общего профиля создает предпосылки для более всесторонней, непре-

Рисунок 3.4 Нецелесообразные исследования, назначенные моделируемым пациентам в Таиланде, жаловавшимся на незначительную боль в животе^{a, b, 162}



^a Наблюдение проведено в 2000 году, до введения в Таиланде системы всеобщего охвата населения.

^b Расходы пациента, включая гонорар врача, стоимость лекарств и лабораторных и технических исследований.



рывной и ориентированной на пациента помощи, усиливая преимущества такого перемещения. В особенности это касается случаев, когда услуги оказываются на базе плотной сети небольших пунктов, расположенных в непосредственной близости от населения. Это позволяет создавать бригады, достаточно небольшие, чтобы хорошо знать жителей обслуживаемых ими общин и быть известными среди общины, и достаточно стабильные, чтобы установить прочные отношения с населением. Такие бригады должны уметь выстраивать отношения и иметь хорошие организационные навыки, а также обладать техническими знаниями для решения большинства вопросов медицинской помощи на местном уровне.

Ответственность за определенную группу населения

В случае традиционной амбулаторной помощи поставщик услуг принимает на себя ответственность за лицо, пришедшее на консультацию, только на время приема, и в лучшем случае такая ответственность может предполагать обеспечение непрерывности помощи. При таком пассивном подходе, выражающемся в удовлетворении существующего спроса, значительное число нуждающихся в помощи пациентов остаются неохваченными ею. Есть люди, которые по различным причинам не имеют доступа к услугам или чувствуют себя отрезанными от такого доступа и поэтому не обращаются за медицинской помощью, даже когда в ней нуждаются. Есть люди, страдающие от заболеваний, но откладывающие посещение врача. Многие находятся в группах риска и нуждаются в обследовании или профилактическом лечении (например, по поводу рака шейки матки или детского ожирения), но оказываются неохваченными такими программами, потому что не посещают врача: когда профилактические услуги носят ограниченный характер, ими не могут воспользоваться те, кто больше всех в них нуждается¹⁶³. У пассивного подхода есть еще одно нежелательное последствие: при нем совершенно игнорируются местные факторы, способствующие ухудшению здоровья – социальные, экологические или связанные с условиями труда. Все это представляет собой утраченные возможности успешной охраны здоровья, так как поставщики медицинских услуг, которые берут на себя ответственность лишь за своих клиентов, занимаются только лечением, а не поддержанием и укреплением здоровья.

Альтернативный подход подразумевает, что на каждую бригаду первичной помощи возлагается

четко сформулированная ответственность за определенную общину или группу населения. Таким образом, они будут нести ответственность путем использования административных мер или на основании положений контракта за предоставление всесторонней, непрерывной и ориентированной на пациента медицинской помощи населению, а также за мобилизацию комплекса вспомогательных услуг – от оздоровительных мероприятий до паллиативного ухода. Самым простым способом определения такой ответственности является выделение обслуживаемой группы населения по территориальному принципу – классический подход в сельских районах. Простота территориального принципа на самом деле обманчива. Он следует административной логике государственного сектора, который зачастую не может адаптироваться к возникновению многочисленных альтернативных поставщиков услуг. Кроме того, административная территория может не совпадать с социологической реальностью, особенно в городских районах, жители которых отличаются высокой мобильностью и работают совсем не там, где живут, что делает медицинский центр вблизи от дома неудобным для посещения. Кроме того, пациенты ценят возможность выбора и могут выражать недовольство прикреплением к определенному медицинскому учреждению. В некоторых странах наиболее целесообразным для определения обслуживаемой группы населения считается критерий территориальной близости, в то время как в других действует принцип активной регистрации или составляются списки пациентов. В данном случае важно не то, как именно определяется группа населения, а насколько хорошо механизм определения группы гарантирует, что ни один из ее членов не остался за пределами внимания медицинского учреждения.

Как только устанавливается четко сформулированная всесторонняя ответственность за состояние здоровья конкретной группы населения и вырабатываются соответствующие механизмы финансовой и административной отчетности, правила меняются.

■ Бригада первичной помощи должна расширить портфель предлагаемой помощи, разрабатывая мероприятия и программы, направленные на повышение результативности, которыми в других случаях они могли бы пренебречь¹⁶⁴. Это приводит к необходимости инвестиций в профилактические и оздоровительные мероприятия, а также к охвату областей, которым обычно не уделяется внимание, например здравоохранение в школах и на производстве.

Это заставляет бригады первичной помощи поддерживать связь с организациями и частными лицами в местной общине, в частности с добровольцами и общественными медработниками, которые служат посредниками между врачами и пациентами, или мобилизовать группы активистов, социальных работников, группы самопомощи и т. п.

- Это заставляет бригаду выйти за пределы врачебного кабинета и работать со всем населением. Положительные последствия для здравоохранения могут в этом случае быть весьма значительными. Например, было установлено, что крупномасштабные программы, предусматривающие посещения на дому и мобилизацию населения, эффективно уменьшают факторы риска младенческой смертности и число фактических случаев смерти. В некоторых группах населения в США младенческая смертность снизилась на 60% в результате реализации таких программ¹⁶⁵. Частично это объясняется тем, что доступ к эффективной помощи теперь получили лица, которые прежде были его лишены. В Непале, например, активность женских общественных организаций способствовала более широкому охвату населения медицинской помощью, что позволило сократить младенческую и материнскую смертность на 29 и 80% соответственно, по сравнению с контрольными группами¹⁶⁶.
- Бригаде также придется оказывать адресную помощь в сотрудничестве с другими секторами, с тем чтобы охватить маргинализированные и неохваченные группы населения, а также решать более широкий круг проблем, ведущих к ухудшению здоровья. Как показано в главе 2, это необходимое условие достижения всеобщего охвата медицинской помощью, и именно здесь местные службы здравоохранения играют ключевую роль. Жаркое лето 2003 года в Западной Европе, например, убедительно показало важность работы с одинокими пожилыми людьми и драматические последствия отсутствия такой работы: избыточная смертность составила более 50 тыс. случаев¹⁶⁷.

Как для отдельных пациентов, так и для общин формальная связь с известным им источником медицинской помощи увеличивает вероятность формирования долгосрочных отношений, усиления внимания со стороны медицинских служб к определению основных принципов первичной помощи, а также создания более четких каналов связи. В то же время возможна формализация

связей с другими уровнями медицинской помощи – специалистами, больницами и техническими службами, а также с социальными службами.

Бригада первичной помощи как координационный центр

Бригады первичной помощи не смогут обеспечить всестороннюю ответственность за вверенное им население без поддержки со стороны специализированных служб, организаций и учреждений, находящихся за пределами обслуживаемой общины. При ограниченных ресурсах такие источники поддержки, как правило, сосредоточены в «районных лечебно-диагностических центрах первого уровня». В классическом виде систему здравоохранения, основанную на первичной медико-санитарной помощи, можно представить в виде пирамиды, состоящей из районной больницы на вершине и ряда центров здравоохранения, которые направляют пациентов в более компетентное лечебное учреждение.

В обычных условиях врачи, оказывающие амбулаторную помощь, практически не влияют на то, каким образом больницы и специализированные службы способствуют – или не способствуют – улучшению здоровья их пациентов, и не склонны взаимодействовать с другими учреждениями и заинтересованными сторонами, от которых зависит уровень здоровья населения. Эта ситуация изменится, если возложить на них ответственность за определенную группу населения и признать учреждения первичной помощи в качестве официальной точки доступа в систему здравоохранения для этой части населения. По мере расширения сети медицинских учреждений сектор здравоохранения становится более разнообразным и пополняется новыми участниками. Диверсификация становится возможной благодаря увеличению ресурсов: комплекс доступных специализированных служб может включать службу скорой помощи, специалистов, диагностическую инфраструктуру, центры диализа и обследований на выявление онкологических заболеваний, специалистов по охране окружающей среды, лечебные учреждения для хронических больных, аптеки и т. п. Это открывает новые возможности при условии, что бригады первичной помощи помогут вверенной им общине использовать указанный потенциал, что особенно важно для физического и психического здоровья населения и долгосрочной медицинской помощи¹⁶⁸.

Вытекающая из вышесказанного координационная роль (кураторство) превращает пирамиду



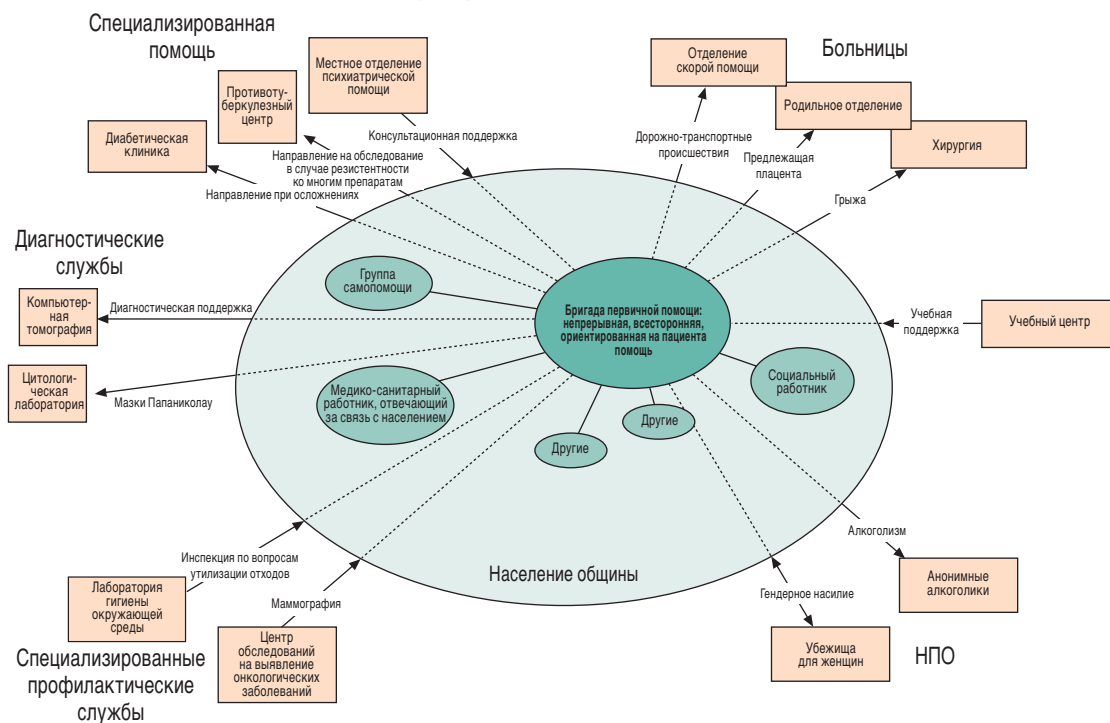
в сеть, в рамках которой отношения между бригадой первичной помощи и другими учреждениями и службами основаны не на иерархическом подчинении и направлении пациентов в вышестоящие лечебные учреждения, а на сотрудничестве и координации деятельности (рис. 3.5). Бригада первичной помощи становится в этом случае посредником между общиной и другими уровнями системы здравоохранения, помогая пациентам ориентироваться в лабиринте медицинских служб и мобилизуя поддержку других учреждений, направляя туда больных или приглашая специалистов.

Эта координирующая и посредническая роль распространяется на сотрудничество с другими типами организаций, в том числе и неправительственными. Последние могут оказать учреждениям первичной помощи существенную поддержку. Они могут способствовать распространению среди населения знаний о своих правах и о том, как избежать получения некачественных медицинских услуг^{169, 170}. Независимые организации, рассматривающие жалобы населения или занимающиеся защитой прав потребителей, могут помочь пользователям правильно составлять и адресовать претензии. Кроме того, во многих странах имеются многочисленные группы

самопомощи и поддержки для диабетиков, инвалидов и хронических больных, которые обучают людей приемам самопомощи¹⁷¹. Только в Соединенных Штатах группы самопомощи объединяют пять миллионов человек, а во многих странах с низким и средним уровнем доходов в последние годы растет число организаций гражданского общества, занимающихся охраной здоровья и связанными с этим проблемами, от самопомощи до защиты прав человека. Их деятельность гораздо шире, чем простое распространение знаний среди населения. Они помогают людям взять на себя ответственность за свою ситуацию, улучшить состояние здоровья, научиться эффективнее справляться с заболеваниями, поверить в свои силы и снизить зависимость от чрезмерных назначений¹⁷². Усилить влияние бригад первичной помощи можно только за счет связей с такими группами.

В случае, когда бригады первичной помощи могут взять на себя координирующую функцию, их работа становится более привлекательной и приносящей удовлетворение, а общее воздействие на уровень здоровья – положительным. Число госпитализаций и обращений к специалистам снижается за счет отсева пациентов, которые в этом не нуждаются, сокращается время

Рисунок 3.5 Первичная помощь как координационный центр: взаимодействие внутри обслуживаемой общины и с внешними партнерами^{173, 174}



ожидания для тех, кто действительно нуждается в консультации специалиста, срок пребывания в больнице сокращается, улучшается качество послебольничного наблюдения^{83, 128, 129}.

Координирующая функция создает институциональную базу для мобилизации всех секторов в целях охраны здоровья местного населения. Это не дополнительная, а одна из главных функций бригад первичной помощи. С точки зрения стратегии это важно потому, что разговоры о координации так и останутся разговорами, если бригада первичной помощи будет лишена административных или финансовых рычагов. Координация также зависит от признания различными институтами ключевой роли бригад первичной помощи. Существующая система профессионального образования, кадровая структура и механизмы оплаты труда зачастую свидетельствуют об обратном. Борьба с такими серьезными препятствиями на пути развития первичной помощи требует политической воли руководства.

Мониторинг прогресса

Переход от традиционной модели к первичной помощи представляет собой сложный процесс, который нельзя мерить общими мерками. Только в последние годы появилась возможность разобратся в положительных результатах, которые дают различные аспекты первичной помощи. Это отчасти следствие того, что на определение характеристик, которые отличают первичную помощь от традиционной модели предоставления услуг, потребовались годы проб и ошибок, а инструменты для такой оценки вообще не существовали. Это объясняется также тем, что эти принципы первичной помощи никогда не реализовывались в виде единого пакета реформ, а стали результатом постепенного изменения и перестройки системы здравоохранения. Тем не менее, несмотря на всю сложность задачи, можно попытаться оценить успехи в этом направлении и дополнить оценку достижения всеобщего охвата населения медицинской помощью.

Первый критерий – степень реализации организационных мер, требующихся для перехода к системе первичной помощи.

- К кому пациент приходит при первом обращении – к специалистам, в больницу или в бригаду первой помощи общей практики по месту проживания?
- Несут ли поставщики услуг первичной помощи ответственность за состояние здоровья всех членов определенной группы населения, как тех, кто посещает врачей, так и тех, кто не обращается в медицинские учреждения?

- Наделены ли поставщики первичной помощи полномочиями координировать различную деятельность специализированных, больничных и социальных служб посредством усиления их административных полномочий и покупательной способности?

Второй критерий – степень распространения характерных для первичной помощи принципов.

- Ориентированность на пациента: можно ли на основании непосредственных наблюдений и обследования пользователей говорить об улучшении ситуации?
- Всесторонний характер: расширяется ли портфель услуг первичной помощи, приобретает ли он всесторонний характер, охватывая все основные преимущества от внедрения новой модели – от профилактики до паллиативного ухода – для всех возрастных групп?
- Непрерывность: фиксируется ли информация о пациентах на протяжении их жизни и происходит ли ее передача при направлении пациента в другие учреждения или центры первичной помощи при смене места жительства?
- Постоянная точка доступа: принимаются ли меры для того, чтобы врачи медицинских учреждений хорошо знали своих клиентов и наоборот?

Вышесказанное является руководством для оценки политиками успехов в сфере реформирования услуг здравоохранения. Однако эти критерии еще не дают возможности установить связь между результатами в социальной сфере и в области здравоохранения и конкретными аспектами реформ. В этих целях необходим мониторинг процесса реформ на основе гораздо более интенсивных исследований. Об этом красноречиво свидетельствует Кокрановский обзор, оценивающий стратегии интеграции услуг первичной помощи в странах с низким и средним уровнем доходов, согласно которому только в одном исследовании по данному вопросу учитывалась точка зрения пользователей¹⁶⁰. Отрадно видеть, что растет число исследований по проблеме первичной помощи в странах с высоким уровнем доходов, а с недавнего времени – в странах со средним уровнем доходов, которые начали крупномасштабные реформы в сфере ПМСП. Тем не менее примечательно, что сектор, на который в настоящее время приходится 8,6% мирового ВВП, так мало инвестирует в исследования двух своих самых эффективных и прибыльных стратегий – первичной помощи и государственной политики, которая ее поддерживает и дополняет.



Библиография

1. *People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems*. New Delhi, World Health Organization Regional Office for South-East Asia, Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2007.
2. Osler W. *Aequanimitas*. Philadelphia PA, Blakiston, 1904.
3. Eby D. Primary care at the Alaska Native Medical Centre: a fully deployed "new model" of primary care. *International Journal of Circumpolar Health*, 2007, 66(Suppl. 1):4–13.
4. Eby D. Integrated primary care. *International Journal of Circumpolar Health*, 1998, 57(Suppl. 1):665–667.
5. Gottlieb K, Sylvestre I, Eby D. Transforming your practice: what matters most. *Family Practice Management*, 2008, 15:32–38.
6. Kerssens JJ et al. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004 82:106–114.
7. Bossyns P, Miye M, Van Lerberghe W. Supply-level measures to increase uptake of family planning services in Niger: the effectiveness of improving responsiveness. *Tropical Medicine and International Health*, 2002, 7:383–390.
8. *The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
9. Mercer SW, Cawston PG, Bikker AP. Quality in general practice consultations: a qualitative study of the views of patients living in an area of high socio-economic deprivation in Scotland. *BMC Family Practice*, 2007, 8:22.
10. Scherger JE. What patients want. *Journal of Family Practice*, 2001, 50:137.
11. Sackett DL et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 1996, 312:71–72.
12. Guyatt G, Cook D, Haynes B. Evidence based medicine has come a long way: The second decade will be as exciting as the first. *BMJ*, 2004, 329:990–991.
13. Cochrane database of systematic reviews. The Cochrane Library, 2008 (<http://www.cochrane.org>, accessed 27 July 2008).
14. Iha A, ed. *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Geneva, World Health Organization, The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety, 2008.
15. Smith GD, Mertens T. What's said and what's done: the reality of sexually transmitted disease consultations. *Public Health*, 2004, 118:96–103.
16. Berwick DM. The science of improvement. *JAMA*, 2008, 299:1182–1184.
17. Donaldson L, Philip P. Patient safety: a global priority. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:892–893.
18. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, National Academy Press, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 1999.
19. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*, 2000, 320:768–770.
20. Kripalani S et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*, 2007, 297:831–841.
21. Miller MA, Pisani E. The cost of unsafe injections. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:808–811.
22. *The purpose of a world alliance*. Geneva, World Health Organization, World Alliance for Patient Safety, 2008 (<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/alliance/en/>, accessed 28 July 2008).
23. Shortell SM, Singer SJ. Improving patient safety by taking systems seriously. *JAMA* 2008, 299:445–447.
24. Das J, Hammer JS, Kenneth LL. *The quality of medical advice in low-income countries*. Washington DC, The World Bank, 2008 (World Bank Policy Research Working Paper No. 4501; <http://ssrn.com/abstract=1089272>, accessed 28 Jul 2008).
25. Schoen C et al. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Affairs*, 2005 (web exclusive W 5-5 0 9 DOI 10.1377/hlthaff.W5.509).
26. Mekbib TA, Teferi B. Caesarean section and foetal outcome at Yekatit 12 hospital, Addis Abba, Ethiopia, 1987-1992. *Ethiopian Medical Journal*, 1994, 32:173–179.
27. Siddiqi S et al. The effectiveness of patient referral in Pakistan. *Health Policy and Planning*, 2001, 16:193–198.
28. Sanders D et al. Zimbabwe's hospital referral system: does it work? *Health Policy and Planning*, 1998, 13:359–370.
29. Data reported at World Aids Day Meeting, Antwerp, Belgium, 2000.
30. *The World Health Report 2005 – Make every mother and child count*. Geneva, World Health Organization, 2005.
31. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contributions of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 2005, 83:457–502.
32. Heise L, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence. In: Krug EG et al, eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
33. Ellsberg M et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 2008, 371:1165–1172.
34. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002, 359:1331–1336.
35. Edleson JL. Children's witnessing of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 1996, 14: 839–870.
36. Dube SR et al. Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence and Victims*, 2002, 17: 3–17.
37. Åsling-Monemi K et al. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:10–18.
38. Bonomi A et al. Intimate partner violence and women's physical, mental and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 2006, 30:458–466.
39. National Centre for Injury Prevention and Control. *Costs of intimate partner violence against women in the United States*. Atlanta GA, Centres for Disease Control and Prevention, 2003.
40. Ramsay J et al. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*, 2002, 325:314–318.
41. Nelson HD et al. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task force. *Annals of Internal Medicine*, 2004, 140:387–403.
42. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet*, 2002, 359:1509–1514.
43. Wathan NC, MacMillan HL. Interventions for violence against women. Scientific review. *JAMA*, 2003, 289:589–600.
44. Sullivan CM, Bybee DI. Reducing violence using community-based advocacy for women with abusive partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67:43–53.
45. Tiwari A et al. A randomized controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112:1249–1256.
46. Taket A et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. *BMJ*, 2003, 327:673–676.
47. MacDonald R. Time to talk about rape. *BMJ*, 2000, 321:1034–1035.
48. Basile KC, Hertz FM, Back SE. *Intimate partner and sexual violence victimization instruments for use in healthcare settings*. 2008. Atlanta GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2008.
49. *Guidelines for the medico-legal care of victims of sexual violence*. Geneva, World Health Organization, 2003.
50. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51:1087–1110.
51. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*, 2001, 322:444–445.
52. Fiscella K et al. Patient trust: is it related to patient-centred behavior of primary care physicians? *Medical Care*, 2004, 42:1049–1055.
53. Marinowitz GJO, Fehrsen GS. *Caring, learning, improving quality and doing research: Different faces of the same process*. Paper presented at: 11th South African Family Practice Congress, Sun City, South Africa, August 1998.
54. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Annals of Internal Medicine*, 2005, 142:691–699.
55. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *British Medical Journal*, 1997, 314:1014–1018.
56. Jaturapatporn D, Delow A. Does family medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? *BMC Family Practice*, 2007, 8:14.
57. Kovess-Masfety V et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*, 2007, 7:188.
58. Bergeson D. A systems approach to patient-centred care. *JAMA*, 2006, 296:23.
59. Kravitz RL et al. Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 1993, 153:1869–1878.
60. Werner D et al. *Questioning the solution: the politics of primary health care and child survival, with an in-depth critique of oral rehydration therapy*. Palo Alto CA, Health Wrights, 1997.
61. Norris et al. Increasing diabetes self-management education in community settings. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22:39–66.
62. Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*, 2004, 2:1.
63. Willems S et al. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference. *Patient Education and Counseling*, 2005, 56:139–146.

64. Pongsupap Y. *Introducing a human dimension to Thai health care: the case for family practice*. Brussels, Vrije Universiteit Brussel Press, 2007.
65. *Renewing primary health care in the Americas. A Position paper of the Pan American Health Organization*. Washington DC, Pan American Health Organization, 2007.
66. Penny Simkin, PT. Birth plans: after 25 years, women still want to be heard. *Birth*, 34:49–51.
67. Portela A, Santarelli C. Empowerment of women, men, families and communities: true partners for improving maternal and newborn health. *British Medical Bulletin*, 2003, 67:59–72.
68. Wallerstein N. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe 2006 (Health Evidence Network report; (<http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>, accessed 21-11-07).
69. Diabète-France.com – portail du diabète et des diabétiques en France, 2008 (<http://www.diabete-france.com>, accessed 30 July 2008).
70. Barlow J, Cohen E, Stewart-Brown SSB. Parent training for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, (4):CD002020.
71. Ahluwalia I. An evaluation of a community-based approach to safe motherhood in northwestern Tanzania. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2003, 82:231.
72. De la Luz Martinez-Maldonado M, Correa-Muñoz E, Mendoza-Núñez VM. Program of active aging in a rural Mexican community: a qualitative approach. *BMC Public Health*, 2007, 7:276 (DOI:10.1186/1471-2458-7-276).
73. Frenz P. *Innovative practices for intersectoral action on health: a case study of four programs for social equity*. Chilean case study prepared for the CSDH. Santiago, Ministry of Health, Division of Health Planning, Social Determinants of Health Initiative, 2007.
74. Paethayasapaa. Kam Prakard Sitti Pu Pau, 2003? (<http://www.tmc.or.th>, accessed 30 July 2008).
75. Prince M, Livingston G, Katona C. Mental health care for the elderly in low-income countries: a health systems approach. *World Psychiatry*, 2007, 6:5–13.
76. Nanda P. Women's participation in rural credit programmes in Bangladesh and their demand for formal health care: is there a positive impact? *Health Economics*, 1999, 8:415–428.
77. Nakkash R et al. The development of a feasible community-specific cardiovascular disease prevention program: triangulation of methods and sources. *Health Education and Behaviour*, 2003, 30:723–739.
78. Stange KC. The paradox of the parts and the whole in understanding and improving general practice. *International Journal for Quality in Health Care*, 2002, 14:267–268.
79. Gill JM. The structure of primary care: framing a big picture. *Family Medicine*, 2004, 36:65–68.
80. *Pan-Canadian Primary Health Care Indicator Development Project. Pan-Canadian primary health care indicators, Report 1, Volume 1*. Ottawa, Canadian Institute for Health Information 2008 (<http://www.cihi.ca>).
81. Bindman AB et al. Primary care and receipt of preventive services. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11:269–276.
82. Forrest CB, Starfield B. The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *Journal of Family Practice*, 1996, 43:40–48.
83. Chande VT, Kinane JM. Role of the primary care provider in expediting children with acute appendicitis. *Achives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1996, 150:703–706.
84. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York, Oxford University Press 1998.
85. Bindman AB et al. Primary care and receipt of preventive services. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11:269–276.
86. Shea S et al. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-city minority population. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:776–781.
87. Galobardes B, Lynch JW, Davey Smith G. Is the association between childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality established? Update of a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62:387–390.
88. *Guide to clinical preventive services, 2007*. Rockville MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2007 (AHRQ Publication No. 07-05100; <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm>).
89. Porignon D et al. *Comprehensive is effective: vaccination coverage and health system performance in Sub-Saharan Africa*, 2008 (forthcoming).
90. Shi L et al. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States, 1980–1995. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2003, 16:412–422.
91. Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. *Journal of Family Practice*, 1998, 47:105–109.
92. Villalbi JR et al. An evaluation of the impact of primary care reform on health. *Atenci on Primaria*, 1999, 24:468–474.
93. *Regional core health data initiative*. Washington DC, Pan American Health Organization, 2005 (<http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulador/newTabulador.htm>).
94. Weinick RM, Krauss NA. Racial/ethnic differences in children's access to care. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1771–1774.
95. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:1330–1336.
96. Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? For The Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. *New England Journal of Medicine*, 1996, 334:1441–1447.
97. Woodward CA et al. What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Social Science and Medicine*, 2004, 58:177–192.
98. Gill JM, Mainous AGI, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:333–338.
99. Rothwell P. Subgroup analysis in randomised controlled trials: importance, indications, and interpretation. *Lancet*, 2005, 365:176–186.
100. Kravitz RL, Duan N, Braslow J. Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment effects, and the trouble with averages. *The Milbank Quarterly*, 2004, 82:661–687.
101. Stiell A. et al. Prevalence of information gaps in the emergency department and the effect on patient outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 2003, 169:1023–1028.
102. Smith PC et al. Missing clinical information during primary care visits. *JAMA*, 2005, 293:565–571.
103. Elder NC, Vonder Meulen MB, Cassidy A. The identification of medical errors by family physicians during outpatient visits. *Annals of Family Medicine*, 2004, 2:125–129.
104. Elwyn G. Safety from numbers: identifying drug related morbidity using electronic records in primary care. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:170–171.
105. Open Medical Records System (OpenMRS) [online database]. Cape Town, South African Medical Research Council, 2008 (<http://openmrs.org/wiki/OpenMRS>, accessed 29 July 2008).
106. Hüslér J, Peters T. *Evaluation of the On Cue Compliance Service pilot: testing the use of SMS reminders in the treatment of tuberculosis in Cape Town, South Africa. Prepared for the City of Cape Town Health Directorate and the International Development Research Council (IDRC)*. Cape Town, Bridges Organization, 2005.
107. Smith-Rohrberg Maru D et al. Poor follow-up rates at a self-pay northern Indian tertiary AIDS clinic. *International Journal for Equity in Health*, 2007, 6:14.
108. Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention, health and aging, and health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health policy developments 78).
109. James Pfeiffer International. NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:725–738.
110. Jaffré Y, Olivier de Sardan J-P. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala, 2003.
111. Naithani S, Gulliford M, Morgan M. Patients' perceptions and experiences of "continuity of care" in diabetes. *Health Expectations*, 2006, 9:118–129.
112. Schoenbaum SC. The medical home: a practical way to improve care and cut costs. *Medscape Journal of Medicine*, 2007, 9:28.
113. Beach MC. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors? *Patient Education and Counselling*, 2006, 62:347–354 (Epub 2006 Jul 21).
114. Farmer JE et al. Comprehensive primary care for children with special health care needs in rural areas. *Pediatrics*, 2005, 116:649–656.
115. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Patient experience with self-styled family practices and conventional primary care in Thailand. *Asia Pacific Family Medicine Journal*, 2006, Vol 5.
116. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *American Journal of Public Health*, 1996, 86:1742–1747.
117. Rosenblatt RL et al. The generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care? *JAMA*, 1998, 279:1364–1370.
118. Kempe A et al. Quality of care and use of the medical home in a state-funded capitated primary care plan for low-income children. *Pediatrics*, 2000, 105:1020–1028.
119. Raddish MS et al. Continuity of care: is it cost effective? *American Journal of Managed Care*, 1999, 5:727–734.
120. De Maeseener JM et al. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Annals of Family Medicine*, 2003, 1:131–133.
121. Saver B. Financing and organization findings brief. *Academy for Research and Health Care Policy*, 2002, 5:1–2.
122. Tudiver F, Herbert C, Goel V. Why don't family physicians follow clinical practice guidelines for cancer screening? *Canadian Medical Association Journal*, 1998, 159:797–798.
123. Oxman AD et al. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, 1995, 153:1423–1431.

124. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *British Medical Journal*, 1997, 314: 1870–1873.
125. Miller MR et al. Parental preferences for primary and specialty care collaboration in the management of teenagers with congenital heart disease. *Pediatrics*, 2000, 106:264–269.
126. Mainous AG III, Gill JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *American Journal of Public Health*, 1998, 88:1539–1541.
127. Parchman ML, Culler SD. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *Journal of Family Practice*, 1994, 39:123–128.
128. Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Emergency room use and primary care case management: evidence from four medicaid demonstration programs. *American Journal of Public Health*, 1989, 79: 834–836.
129. Martin DP et al. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. *American Journal of Public Health*, 1989, 79:1628–1632.
130. Gadoski A, Jenkins P, Nichols M. Impact of a Medicaid Primary Care Provider and Preventive Care on pediatric hospitalization. *Pediatrics*, 1998, 101:E1 (<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/101/3/e1>, accessed 29 July 2008).
131. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *British Medical Journal*, 1991, 303:1181–1184.
132. Roos NP, Carriere KC, Friesen D. Factors influencing the frequency of visits by hypertensive patients to primary care physicians in Winnipeg. *Canadian Medical Association Journal*, 1998, 159:777–783.
133. Ryan S et al. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2001, 155:184–190.
134. Schoen C et al. Towards higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Affairs*, 2007, 26:w717–w734.
135. Saltman R, Rico A, Boerma W, eds. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Maidenhead, England, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
136. Nutting PA. Population-based family practice: the next challenge of primary care. *Journal of Family Practice*, 1987, 24:83–88.
137. *Strategies for population health: investing in the health of Canadians*. Ottawa, Health Canada, Advisory Committee on Population Health, 1994.
138. Lasker R. *Medicine and public health: the power of collaboration*. New York, New York Academy of Medicine, 1997.
139. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: historical perspective. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2001, 14:54–563.
140. *Improving health for New Zealanders by investing in primary health care*. Wellington, National Health Committee, 2000.
141. Provenzale D et al. Gastroenterologist specialist care and care provided by generalists – an evaluation of effectiveness and efficiency. *American Journal of Gastroenterology*, 2003, 98:21–8.
142. Smetana GW et al. A comparison of outcomes resulting from generalist vs specialist care for a single discrete medical condition: a systematic review and methodologic critique. *Archives of Internal Medicine*, 2007, 167:10–20.
143. Beck CA et al. Discharge prescriptions following admission for acute myocardial infarction at tertiary care and community hospitals in Quebec. *Canadian Journal of Cardiology*, 2001, 17:33–40.
144. Fendrick AM, Hirth RA, Chernew ME. Differences between generalist and specialist physicians regarding *Helicobacter pylori* and peptic ulcer disease. *American Journal of Gastroenterology*, 1996, 91:1544–1548.
145. Zoorob RJ et al. Practice patterns for peptic ulcer disease: are family physicians testing for *H. pylori*? *Helicobacter*, 1999, 4:243–248.
146. Rose JH et al. Generalists and oncologists show similar care practices and outcomes for hospitalized late-stage cancer patients. For SUPPORT Investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks for Treatment). *Medical Care*, 2000, 38:1103–1118.
147. Krikke EH, Bell NR. Relation of family physician or specialist care to obstetric interventions and outcomes in patients at low risk: a western Canadian cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 1989, 140:637–643.
148. MacDonald SE, Voaklander K, Birtwhistle RV. A comparison of family physicians' and obstetricians' intrapartum management of low-risk pregnancies. *Journal of Family Practice*, 1993, 37:457–462.
149. Abyad A, Homs R. A comparison of pregnancy care delivered by family physicians versus obstetricians in Lebanon. *Family Medicine*, 1993 25:465–470.
150. Grunfeld E et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. *British Journal of General Practice*, 1999, 49:705–710.
151. Grunfeld E et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *Journal of Clinical Oncology*, 2006, 24:848–855.
152. Scott IA et al. An Australian comparison of specialist care of acute myocardial infarction. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15:155–161.
153. Regueiro CR et al. A comparison of generalist and pulmonologist care for patients hospitalized with severe chronic obstructive pulmonary disease: resource intensity, hospital costs, and survival. For SUPPORT Investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment). *American Journal of Medicine*, 1998, 105:366–372.
154. McAlister FA et al. The effect of specialist care within the first year on subsequent outcomes in 24,232 adults with new-onset diabetes mellitus: population-based cohort study. *Quality and Safety in Health Care*, 2007, 16:6–11.
155. Greenfield S et al. Outcomes of patients with hypertension and non-insulin dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties. Results from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274:1436–1444.
156. Pongsupap Y, Boonyapaisarnchoeroen T, Van Lerberghe W. The perception of patients using primary care units in comparison with conventional public hospital outpatient departments and "prime mover family practices": an exit survey. *Journal of Health Science*, 2005, 14:3.
157. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Affairs*, 2004 (Suppl. web exclusive: W4-184–197).
158. Shi, L. Primary care, specialty care, and life chances. *International Journal of Health Services*, 1994, 24:431–458.
159. Baicker K et al. Who you are and where you live: how race and geography affect the treatment of Medicare beneficiaries. *Health Affairs*, 2004 (web exclusive: VAR33–V44).
160. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (3):CD003318.
161. *Estudo regional sobre asistencia hospitalar e ambulatorial especializada na America Latina e Caribe*. Washington DC, Pan American Health Organization, Unidad de Organización de Servicios de Salud, Area de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud, 2004.
162. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Choosing between public and private or between hospital and primary care? Responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. *Tropical Medicine and International Health*, 2006, 11:81–89.
163. *Guide to clinical preventive services, 2007*. Rockville MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2007 (AHRQ Publication No. 07-05100; <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm>).
164. Margolis PA et al. From concept to application: the impact of a community-wide intervention to improve the delivery of preventive services to children. *Pediatrics*, 2001, 108:E42.
165. Donovan EF et al. Intensive home visiting is associated with decreased risk of infant death. *Pediatrics*, 2007, 119:1145–1151.
166. Manandhar D et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 364:970–979.
167. Rockenschaub G, Pukkila J, Profili MC, eds. *Towards health security. A discussion paper on recent health crises in the WHO European Region*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007
168. *Primary care. America's health in a new era*. Washington DC, National Academy Press Institute of Medicine, 1996.
169. Tableau d'honneur des 50 meilleurs hôpitaux de France. Palmarès des Hôpitaux. *Le Point*, 2008 (<http://hopitaux.lepoint.fr/tableau-honneur.php>, accessed 29 July 2008).
170. Davidson BN, Sofaer S, Gertler P. Consumer information and biased selection in the demand for coverage supplementing Medicare. *Social Science and Medicine*, 1992, 34:1023–1034.
171. Davison KP, Pennebaker JW, Dickerson SS. Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychology*, 2000, 55:205–217.
172. Segal SP, Redman D, Silverman C. Measuring clients' satisfaction with self-help agencies. *Psychiatric Services*, 51:1148–1152.
173. Adapted from Wollast E, Mercenier P. Pour une régionalisation des soins. In: Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine. *Pour une politique de la santé*. Bruxelles, Editions Vie Ouvrière/La Revue Nouvelle, 1971.
174. Criel B, De Brouwere V, Dugas S. *Integration of vertical programmes in multi-function health services*. Antwerp, ITGPress, 1997 (Studies in Health Services Organization and Policy 3).

ANOTACE

Jméno a příjmení autora práce:	Bc. et Bc. Iveta Zouharová
Název fakulty:	Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
Název katedry:	Katedra slavistiky
Název diplomové práce:	Komplexní stylistická charakteristika a komentovaný překlad textu na téma „Primární zdravotní péče“ z ruštiny do češtiny
Vedoucí práce:	Mgr. Jindřiška Kapitánová, Ph.D.
Počet znaků:	214 117
Počet příloh:	1

Klíčová slova: odborný styl, komentovaný překlad, primární péče, Světová zdravotnická organizace, proces překladu, styl, funkční styly, termíny, analýza překladu, překladatelská řešení

Anotace:

Náplní magisterské diplomové práce je vytvoření komplexní stylistické charakteristiky a komentovaného překladu části zprávy Světové zdravotnické organizace na téma „Primární zdravotní péče“. V práci je představena problematika stylistiky se zaměřením na odborný styl, jeho specifika překladu. Dále se práce zaměřuje na vymezení pojmu primární péče a stručně prezentuje zmíněnou organizaci. Praktická část práce je představena obecnou stylistickou charakteristikou zvoleného textu. Následuje samotný překlad části zprávy a translatologická analýza překladu, která na základě analýzy a následné syntézy představí nejčastější překladatelské postupy a charakteristické rysy odborného stylu.

ANNOTATION

Author of Diploma Thesis:	Bc. et Bc. Iveta Zouharová
Faculty:	Faculty of Arts, Palacký University Olomouc
Department:	Department of Slavonic Studies
Advisor of Diploma Thesis:	Mgr. Jindřiška Kapitánová, Ph.D.
Title of Diploma Thesis:	Comprehensive stylistic analysis and translation of the text on the topic of "Primary Health Care" from Russian to Czech with commentary
Number of Signs:	214 117
Number of Appendices:	1

Key words: scientific style, translation with a commentary, primary health care, World Health Organization, the process of translation, style, functional styles, terms, analysis of translation, translation solutions

Annotation:

The aim of the submitted diploma thesis is to create a comprehensive stylistic analysis and a translation of a part of the report of the World Health Organization on the topic "Primary health care" with commentary. The thesis presents the issue of stylistics with a focus on scientific text, its specifics of translation. Hereinafter, the thesis focuses on the definition of the concept of primary care and briefly presents WHO. The practical part of the thesis provides a general stylistic characteristics of the selected text, followed by the translation of a part of the report and the commentary. The most common translation procedures applied in the translation as well as characteristics of Russian scientific style are presented in the commentary.