

Ewa Kościatkowska-Okońska
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

TŁUMACZ PRZYSIĘGŁY A PUŁAPKI TEKSTÓW MEDYCZNYCH

DOI: <http://dx.doi.org/10.12775/RP.2015.007>

Zarys treści: artykuł dotyczy problematyki przekładu tekstów medycznych w kontekście wykonywania zawodu tłumacza przysięgłego. Przedstawione zostaną główne problemy tłumaczeniowe (m.in. użycie skrótów i skrótowców, specjalistyczna terminologia) oraz niezbędne kompetencje. W tekście zaprezentowane zostaną przykłady ilustrujące analizowane zagadnienia.

Słowa kluczowe: teksty medyczne, terminologia, język specjalistyczny, kompetencja tłumaczeniowa

Wprowadzenie

Tłumaczenie medyczne dotyczy przekładu różnego typu tekstów, wśród których możemy wymienić np. wypisy szpitalne, artykuły naukowe w czasopiśmie medycznych, ulotki informacyjne dla pacjenta (PILs), epikryzy, wyniki badań diagnostycznych lub też instrukcje użycia środków czy wyrobów medycznych (IFU). Ponadto członkostwo Polski w Unii Europejskiej zobowiązuje nasz kraj do implementacji prawa unijnego do polskiego ustawodawstwa, w tym – w interesującym nas kontekście tekstów związanych z medycyną i dziedzinami pokrewnymi – w celu wprowadzenia wyrobów medycznych do obrotu (mających akceptację Federal Drug Agency oraz European Medicines Agency czy Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych). Kolejnym istotnym czynnikiem, który stanowi wyzwanie dla tłumaczy przysięgłych, jest mobilność obywateli spowodowana możliwością leczenia w innym krajach UE (przewidziana w polskich przepisach) i związana z tym konieczność tłumaczenia dokumen-

tacji medycznej dla osób fizycznych w celach administracyjnych: są to takie dokumenty, jak np. wypisy szpitalne, karty chorób, dokumentacja przebiegu leczenia, wyniki badań czy też akty zgonu. Również osoby prawne prowadzące działalność na terenie państw UE potrzebują tłumaczy przysięgłych, aby przetłumaczyć dokumenty wymagane do działania na wspólnym rynku (np. certyfikaty badania projektu WE i deklaracje zgodności, które to dokumenty są niezbędne do wprowadzenia danego produktu do obrotu) czy też wspomniane już wyżej dokumenty typu IFU lub protokoły z badań klinicznych.

Należy nadmienić, że tłumacze przysięgli w Polsce nie mają dodatkowych obowiązków w postaci tłumaczenia ustawodawstwa unijnego, czyli takie akty prawne jak dyrektywa dotycząca wyrobów medycznych (Medical Device Directive), dyrektywa dotycząca wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro* (In Vitro Diagnostics Directive), dyrektywa dotycząca wyrobów aktywnego osadzania (Active Implantable Device Directive) lub dyrektywa dotycząca produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Human Medicines Directive) pozostają w gestii służb tłumaczeniowych Komisji Europejskiej i Parlamentu Europejskiego. Można jednakże poczynić uwagę, że zakres słownictwa i sformułowania stosowane w dyrektywach stanowią pewnego rodzaju wytyczne dla tłumaczy (nawet jeżeli do niektórych sformułowań można mieć zastrzeżenia). A zatem tłumacze przysięgli z racji wykonywanego zawodu muszą radzić sobie z tekstami z różnych dziedzin medycyny i dziedzin pokrewnych, takich jak np. farmakologia, biologia czy biochemia. W takiej sytuacji na tłumaczy w tekstach czyhają różnego rodzaju pułapki i trudności związane z terminologią medyczną, wszechobecnymi skrótami i skrótowcami, brakiem wiedzy medycznej czy ze zrozumieniem dyskursu medycznego. W niniejszym artykule zajmiemy się koniecznością wykształcenia nowego profesjonalnego podejścia do tłumaczenia takich właśnie tekstów i zaprezentujemy na przykładach¹, jak ważna jest specjalistyczna wiedza i kompetencja tłumacza w przekładzie szeroko pojętych tekstów medycznych.

Tłumaczenie medyczne może pochwalić się długą tradycją (interesujący rys historyczny przedstawili m.in. Fischbach 1998 oraz McMorro 1998). Artykuł nie koncentruje się jednak na historii, ale na współczesności, czyli cechach tekstów medycznych w ogóle, które sprawiają, że stanowią one duże wyzwanie dla tłumaczy. Stąd też wynika duża odpowiedzialność za efekt tłumaczenia spoczywająca na tłumaczu.

¹ Wszystkie przykłady podane w tekście pochodzą z archiwum tłumaczeń wykonanych i zebranych przez autorkę artykułu.

Pułapki w tekstach medycznych

Truizmem jest stwierdzenie, że podstawowym obowiązkiem tłumacza i warunkiem przetłumaczenia tekstu jest zrozumienie oryginału. Tekst medyczny często postrzegany jest tak jak inne rodzaje tekstów o tematyce naukowej czy nawet technicznej, czyli jako mający służyć przekazaniu obiektywnej (zobiektywizowanej) informacji, a nie odniesień kulturowych (jak to jest w tekście literackim). Prowadzi to do wytworzenia względnie bezosobowego, neutralnego i jednorodnego stylu (zob. także Resurrecció 2007). Język angielski używany w medycynie w olbrzymiej mierze opiera się na terminologii stworzonej z rdzeni, przedrostków i przyrostków z greki i łaciny, jak np. *pre/ante-* ('przed'/ 'zanim', np. *preoperative* – przedoperacyjny), *endo-* ('wewnątrz', np. *endothelial* – śródbłonkowy), *epi-* ('powyżej', np. *epigastrium* – nadbrzusze), *hyper-* ('nadmierny, powyżej', np. *hyperactive* – hiperaktywny, nadczynny), *hypo-* ('spadek, poniżej', np. *hypoglycaemic* – hipoglikemiczny), *mal-* ('źle funkcjonujący', np. *malfunction* – niewydolność), *peri-* ('około', np. *peritoneal* – okołootrzewnowy), *post-* ('po', np. *postnatal* – poporodowy), *sub-* ('poniżej, pod', np. *subdural* – podoponowy) lub *super-* ('nad, powyżej', np. *supersensitive* – nadwrażliwy). Przyrostki występują w takich terminach to np. *-algia* ('bolesny', np. *neuralgia* – newralgia/nerwoból), *-asthenia* ('słabość', np. *myasthenia* – miastenia), *-ectomy* ('usunięcie', np. *hysterectomy* – histerektomia/usunięcie macicy), *-itis* ('zapalenie/stan zapalny', np. *otitis* – zapalenie ucha), *-gram* ('obraz', np. *kardiogram* – kardiogram), *-orrhoea* ('przepływ', np. *diarrhoea* – biegunka), *-pathy* ('choroba, stan patologiczny', np. *discopathy* – dyskopatia), *-plasty* ('zabieg naprawczy', np. *angioplasty* – angioplastyka), *-sclerosis* ('nietypowe/wadliwe stwardnienie struktur', np. *arteriosclerosis* – arterioskleroza/miażdżycza) czy *-stenosis* ('zwężenie', np. *arteriostenosis* – zwężenie tętnic/arteriostenozja). To właśnie terminologia wywodząca się z greki i łaciny jest jedną z cech charakterystycznych dla języka tekstów medycznych i niewątpliwie stanowi problem dla tłumacza (o problemach tłumaczeniowych związanych z greckimi i łacińskimi tematami fleksyjnymi i rdzeniami wyrazowymi pisze obszernie van Hoof 1998).

Kolejną pułapką są synonimy, co często wynika z używania języka zarówno specjalistycznego, jak i niespecialistycznego w jednym dokumencie – możemy to zaobserwować dosyć często np. w wypisach szpitalnych czy kartach choroby. Ze względu na częstość ich występowania konsekwencja w przekładzie powinna być traktowana absolutnie priorytetowo. Wspomniane powyżej zamienne stosowanie języka specjalistycznego i niespecialistycznego to częsta pułapka dla mniej doświadczonych tłumaczy – tłumaczenie powin-

no mieć odpowiedni dla sytuacji i typu tekstu rejestr, dlatego też nie należy stosować języka niespecjalistycznego – bardziej zrozumiałego dla laików – w przekładzie dokumentacji medycznej, ponieważ odbiorcą tłumaczenia nie jest przecież szeroko pojęty odbiorca-laik, ale inny lekarz bądź specjalista. Przykładem mogą tu być takie słowa jak „zwykły” *stomach* i specjalistyczny *abdomen* (brzuch), *bowel* i specjalistyczny *intestine* (jelita), specjalistyczny *clavicle* i *collar bone* (obojczyk) lub też *neck vein* i specjalistyczna *jugular vein* (żyła szyjna). Stosowanie synonimów jest tym bardziej uwydatnione przez stosowanie eponimów, czyli terminów pochodzących od nazwisk naukowców lub lekarzy (zob. van Hoof 1998). Van Hoof rozróżnia dwa typy eponimów w języku medycznym: podział ten zdeterminowany jest faktem, czy nazwa własna odnosi się do choroby (np. *Down's syndrome* – zespół Downa, *Graves-Basedow disease* – choroba Graves-Basedowa, *Alzheimer's disease* – choroba Alzheimera), czy też do struktur anatomicznych (*islets of Langerhans* – wysepki Langerhansa), lub też czy dana nazwa własna wygenerowała inną nazwę własną, co nastąpiło w przypadku *parkinsonism* – parkinsonizm (od choroby Parkinsona).

Kolejną charakterystyczną cechą języka tekstów medycznych – a co za tym idzie także pułapką dla tłumaczy – jest powszechność stosowania skrótów i skrótowców. Stanowią one nie lada wyzwanie dla tłumaczy, głównie ze względu na swą wieloznaczność. Ogólnie przyjmuje się, że skróty to skrócone formy wyrazów (lub zwrotów), zazwyczaj pisane małymi, a nie wielkimi literami, natomiast skrótowce powstają z ciągu wyrazowego sylab pisanych wielkimi literami lub – w większości przypadków – pierwszych liter danego słowa. Jak podkreśla Kasprovicz (2010), rządzą nimi inne reguły gramatyczne i dlatego też w żadnym wypadku nie można mylić tych dwóch terminów ani stosować ich zamiennie. Skróty i skrótowce w języku tekstów medycznych stosowane są ze względu na ekonomię i ergonomię (zob. van Hoof 1998) – oszczędzają czas tworzenia i ilość miejsca, jaką zajmowałyby w dokumentacji, gdyby pisano je w pełnej postaci. Ponadto służą w pewnym stopniu zaciemnieniu prawdziwego znaczenia w nich ukrytego – w ten sposób tekst staje się bardziej hermetyczny, dostępny i zrozumiały wyłącznie dla specjalistów. Tym samym mamy do czynienia z podobną sytuacją jak w stosowaniu języka specjalistycznego zamiast niespecjalistycznego, zrozumiałego dla laików: skróty i skrótowce należą do zasobu poznawczego specjalistów – lekarzy, są tak często i tak szeroko stosowane, że nie ma potrzeby umieszczenia ich w pełnym brzmieniu. Widać to choćby na przykładzie zjawiska zastąpienia nazwy choroby skrótowcem (zarówno w polskim, jak i w angielskim): *obstructive sleep apnoea* to OSA, czyli „obturacyjny bezdech senny” zmienia

się w OBS. Z takim samym mechanizmem mamy do czynienia w przypadku *chronic obstructive pulmonary disease* stającym się COPD, czyli „przewlekłą obturacyjną chorobą płuc” przekształconą w POChP. Argument o ekonomii i ergonomii jest tym bardziej zasadny, że tekst, w którym umieszczono by pełne nazwy chorób lub związków chemicznych (np. zamiast DNA byłby kwas dezoksyrybonukleinowy), byłby mało komunikatywny, a więc skróty i skrótowce czynią go bardziej precyzyjnym, przejrzystym i na pewno krótszym, a ich znaczenie zawsze jest determinowane przez kontekst, w jakim występują. Bez znajomości kontekstu i bez wiedzy merytorycznej tłumacz jest – w najlepszym razie – niepewny stworzonego przez siebie tekstu, który może w takiej sytuacji zawierać poważne błędy.

Skróty i skrótowce również powszechnie występują w wynikach badań lub epikryzach – znaczna część tych form jest stosowana na świecie i możemy obserwować systematyczne zastępowanie rodzimych terminów ich angielskimi odpowiednikami. Doskonale widać to zjawisko na przykładzie chociażby wyników badań krwi, gdzie mamy do czynienia z anglojęzycznymi skrótami i skrótowcami, np. WBC (*white blood cells*, – krwinki białe), Hgb (*hemoglobin* – hemoglobina), RBC (*red blood cells* – krwinki czerwone), PLT (*platelets* – płytki), MCV (*mean corpuscular volume* – średnia objętość krwinki czerwonej) czy MCHC (*mean corpuscular hemoglobin concentration* – średnie stężenie hemoglobiny w erytrocytach). W wypisach szpitalnych CRP (*C reactive protein*) podawane jest głównie nie jako „białko C-reaktywne”, ale częściej jako po prostu CRP lub ewentualnie „białko CRP” (choć w tym przypadku powtarza się słowo *protein* – białko). Ten sam mechanizm dotyczy np. zastosowania skrótowca CSF (*cerebrospinal fluid* – płyn mózgowo-rdzeniowy), który często występuje w dokumentacji medycznej jako np. „duża ilość CSF w przestrzeniach wewnątrzczaszkowych”. Innym przykładem może być np. rozpoznanie po wykonaniu tomografii komputerowej: „Obraz KT przemawia za morbus neoplasmaticus disseminata o niejasnym ognisku pierwotnym”, gdzie zwrot łaciński wpleciony w zdanie w języku polskim oznacza ‘rozсіяną chorobę nowotworową’ lub ‘rozсіяny nowotwór’. Kolejny przykład to zalecenie „CHTH według schematu”, gdzie skrót oznacza ‘chemioterapię’. Inną charakterystyczną cechą dokumentacji typu wypisy szpitalne lub rozpoznania jest w dużej mierze forma bezokolicznikowa lub nawet równoważnikowa zdań, np. „PŻW nieposzerzony” (PŻW oznacza ‘przewód żółciowy wspólny’) lub „Nerki bez cech poszerzenia UKM” (gdzie UKM to ‘układ kielichowo-miedniczkowy’).

Niezależnie od jakości tekstu źródłowego (jego potencjalnych deficytów czy pułapek) lub terminów narzuconych tłumaczowi przez zleceniodawców

(osoby prywatne bądź instytucje), sprawą najistotniejszą dla prawidłowego przekazu treści i informacji jest kompetencja tłumacza.

Z racji ograniczeń artykułu nie będziemy rozważać zagadnienia kompetencji tłumaczeniowej w ogóle (zostały one szczegółowo omówione w Kościałkowska-Okońska 2012), skupimy się tylko na kompetencji ważnej w kontekście tłumaczenia tekstów medycznych.

Kompetencja a przekład tekstów medycznych

Problem z kompetencją to przede wszystkim określenie granic konceptualnych pojęcia. Możemy mówić tutaj o wręcz nieskończonej liczbie określeń deskryptywnych, takich jak kompetencja transferu (Nord 1991), kompetencja tłumaczeniowa (Toury 1995) czy kompetencja tłumacza (Kiraly 1997, 2000).

W naszym rozumieniu kompetencja tłumaczeniowa to wiedza typu eksperckiego, profesjonalnego, dotycząca danej dziedziny, operująca w połączeniu z doświadczeniem. Nie ma potrzeby mnożenia w nieskończoność list potencjalnych czynników wpływających na funkcjonowanie kompetencji tłumaczeniowej czy też prezentowania modeli teoretycznych (dotyczących koncepcji kompetencji przedstawionych m.in. przez Bell 1991, Hansen 1997, Hatim, Mason 1997, Neubert 2000, Risku 1998 czy też badaczy skupionych w grupie PACTE – por. Beeby 2000, 2009). Z modelu PACTE (a właściwie całej serii badań omówionych w Kościałkowska-Okońska 2012) wynika, że wiedza ekspercka w znacznym stopniu determinuje zarówno proces, jak i produkt tłumaczenia (PACTE 2009: 209). A zatem model ten można zastosować również empirycznie, ponieważ odwołuje się on do cech typowych dla tłumacza profesjonalnego, a tłumaczenie to działanie zorientowane na komunikację zmierzające do osiągnięcia celów na postawie skutecznych procesów podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów oraz wymagające wiedzy eksperckiej (PACTE 2003: 44).

Można więc wysunąć hipotezę, że tłumacz profesjonalny posiada wiedzę pragmatyczną, socjolingwistyczną, tekstową i gramatyczno-leksykalną, a także wiedzę encyklopedyczną, tematyczną i kulturową, co można podsumować jako interakcję kompetencji językowej i pozajęzykowej. Ponadto zna zasady tłumaczenia (procesy, metody, procedury etc.) oraz etyki zawodowej, co odpowiada – w praktycznej nomenklaturze modelu PACTE – kompetencji przekładoznawczej. Z kolei umiejętność wykorzystania dokumentacji i technologii informacyjnych, które można zastosować przy tłumaczeniu, to kompetencja instrumentalna. Za najważniejszą w przypadku tłumacza profesjonalnego uchodzi

kompetencja strategiczna, umożliwiającą rozwiązywanie problemów i będącą gwarantem efektywności całego procesu tłumaczeniowego. Widać więc wyraźnie w tym modelu, że wiedza merytoryczna jest ważna, acz nie tak istotna jak strategie (indywidualne) tłumacza. Mamy więc do czynienia z pewnego rodzaju paradoksem, ponieważ przy tłumaczeniu tekstów medycznych absolutnie najważniejsza jest wiedza merytoryczna, specjalistyczna, bez której tłumacz – rozumiejąc słowa – nie jest w stanie zrozumieć tekstu, procesów, do których się on odnosi, oraz kontekstu, w którym jest on osadzony. Warstwa językowa tekstów medycznych, w rozumieniu różnicowania stylistycznego, zastosowania danego rejestru czy użycia złożonych konstrukcji gramatycznych, nie stanowi aż tak znaczącego problemu w porównaniu z tekstami z innych dziedzin.

Praktyczną ilustracją tezy o niezwykle istotnej roli wiedzy merytorycznej i specjalistycznej w tłumaczeniu tekstów medycznych, unaoczniającą poważnie – żeby nie powiedzieć dramatycznie – skutki jej braku, będą fragmenty tłumaczenia rozpoznania oraz wypisów szpitalnych pacjentki cierpiącej na chorobę nowotworową. Celem zamieszczenia przykładów tłumaczeń jest podkreślenie odpowiedzialności ponoszonej przez tłumacza za dokonywany przekład, gdzie świadomość deficytów własnej wiedzy powinna przekładać się w uzasadnionych przypadkach na odmowę przyjęcia zlecenia, ponieważ tłumaczenie w sytuacji nieznanego tematu może spowodować – co nastąpiło w poniższym przypadku – konieczność przesunięcia w czasie terapii ratującej życie pacjentki ze względu na brak akceptacji tłumaczenia w instytucjach ochrony zdrowia ze względu na merytorycznych (tłumaczenie przysięgłe było jednym z wymogów przy składaniu dokumentacji do państwowej instytucji ubezpieczeniowej).

Przykłady zostaną przedstawione w układzie tabelarycznym, gdzie pierwszą kolumną będzie tekst oryginalny, w drugiej kolumnie znajduje się pierwotne tłumaczenie (w oryginalnej pisowni), a w trzeciej kolumnie umieszczono skorygowane tłumaczenie (z komentarzami) dokonane przez autorkę artykułu (które zostało złożone wraz z wymaganą dokumentacją).

Tekst oryginalny (w języku angielskim)	Tłumaczenie pierwotne	Tłumaczenie po korekcie
The abdomen palpable, vagina w/o pathological lesions, cervix w/o irritations or injuries, no lesions in the pelvis	Brzuch miękki, dający się nacisnąć, vagina bez zmian, zakończenie pochwy bez podrażnień, odbytniczo miednica bez zmian	Brzuch miękki, niebolesny, pochwa bez zmian, szyjka macicy bez podrażnień, miednica bez zmian [umieszczenie odniesienia do odbytnicy nie ma tu sensu, odbyt – w przeciwieństwie do jelit – nie znajduje się w miednicy]

Tekst oryginalny (w języku angielskim)	Tłumaczenie pierwotne	Tłumaczenie po korekcie
Transvaginal USG: the bladder with smooth walls, no liquid, normoechoogenic, no kidney block	USG vaginalne: pęcherz gładko zakończony, żadnej wolnej cieczy, żadnego trwałego zakłócenia przestrzeni, nerki nie zaczopowane	USG dopochwowe: pęcherz o gładkich ścianach <i>lub</i> gładkim obrysie, normoechoogeniczny bez zastoju moczu <i>lub</i> bez zastoju <i>lub</i> bez cech zastoju, nerki bez zastoju <i>lub</i> bez złogów
The patient faces a substantial risk of disease return both in glands and in the peritoneum (multifocal tumour)	U pacjentki istnieje zasadniczo duże ryzyko nawrotu zarówno ze strony węzłów, jak i ze strony peritonealnej, należy więc mówić o przypadku choroby wieloogniskowej i wielotrzewnej	U pacjentki jest <i>lub</i> występuje ryzyko przerzutu nowotworu do węzłów chłonnych i jamy otrzewnej (nowotwór wieloogniskowy)
The patient's sensitivity to cisplatin is weak; isplatin-based reinduction would be recommended	Pacjentka jest na granicy sensytywności platyny i reindukcji opartej na platynie, np. możliwością terapii mogłaby być platyna w interwałach	U pacjentki widać osłabioną <i>lub</i> zmniejszoną reakcję <i>lub</i> wrażliwość <i>lub</i> odpowiedź na cisplatinę, wskazane jest ponownie podanie cisplatin
Potential peritoneal foci	Mogą istnieć inne peritonealne ogniska	Mogą istnieć inne ogniska w jamie otrzewnej
abd HE	abd HE (skrót nieczytelny) cum przydatki	Skrót jest czytelny: histerekto-mia drogą transabdominalną <i>lub</i> usunięcie macicy drogą brzuszną <i>lub</i> przezbrzuszną z przydatkami
Adhaesiolysis and extirpation of metastasis in the right and left liver lobes	Adhaesioliza i ekstrakcja przerzutu wątrobowego prawego i lewego płata wątroby	Adhezjoliza <i>lub</i> usunięcie zrostów i usunięcie <i>lub</i> ekstyrpacja przerzutu z prawego i lewego płata wątroby
No macroscopic tumour fund perioperatively	Podczas operacji został osiągnięty makroskopowy brak guza	W trakcie zabiegu operacyjnego nie stwierdzono obecności guza
With the presence of peritoneal tumour, lyphadenectomy in the pelvis is recommended	Przy wolnym guzie peritonealnym zalecane jest przeprowadzenie pelwin (pelwin-należący do miednicy) usunięcia węzłów	Przy obecności guza <i>lub</i> po stwierdzeniu guza w jamie otrzewnej należy usunąć węzły miedniczne
Progressing dissemination of neoplastic foci in the abdomen and LK	Postępujący rozsiew siedlisk rakowych rozproszony w obrębie powłok brzusznych i LK (skrót nieczytelny)	Rozsiane ogniska nowotworowe w obrębie jamy otrzewnej i okolicach nerki lewej
On thoracic x-ray no infiltration found	Przy wymianie gazów w obrazie rtg w klatce piersiowej nie był obecny żaden wylew	Obraz rtg klatki piersiowej bez cech infiltracji

Tekst oryginalny (w języku angielskim)	Tłumaczenie pierwotne	Tłumaczenie po korekcie
Histology: paracolic peritoneal adipose tissue on the left and right, with ligamentum falciforme	Histologia: tkanka tłuszczowa powłoki brzusznej wg danych <i>paracolic</i> po prawej stronie i <i>paracolic</i> po lewej stronie, a także <i>ligamentum falciforme</i>	Tkanka tłuszczowa w obrębie jamy otrzewnej przyokreślniczo po prawej i lewej stronie, również wokół więzadła sierpowatego
Metastases of not well differentiated tumour in the liver and left liver lobe (acc. to 13 and 14: left liver lobe)	Przerzuty mało zróżnicowanego raka w usuniętych częściach wątroby (wg danych 13 wątroba i 14 lewy płat wątroby)	Przerzuty mało zróżnicowanego raka w wątrobie i lewym płacie wątroby (zgodnie z pkt. 13 i 14) [wątroba jest jedna, a płatów ma 4, a nie 14]

Z powyższej tabeli wynika nie tylko brak wiedzy merytorycznej, ale nawet nadinterpretacja wyrażona w dopisywaniu elementów, których nie ma w oryginale, tworzeniu nowych terminów medycznych bądź ignorowaniu informacji. Tym wyraźniej widać więc, jak ważna jest świadomość podstawowej prawdy: tłumacz to nie tylko ekspert w sprawach językowych, ale również osoba, na której spoczywa odpowiedzialność za ostateczny produkt procesu tłumaczeniowego, mianowicie zrozumiały, adekwatny treściowo i terminologicznie tekst.

Uwagi końcowe

Tłumaczenie tekstów medycznych wymaga od tłumacza przede wszystkim poznania dziedziny w takim stopniu, w jakim jest to możliwe u osoby niebędącej lekarzem lub specjalistą z dziedzin pokrewnych, w przeciwnym razie tłumacz nie będzie mógł zrozumieć tekstu, którego tłumaczenia się podjął. Rozumienie wiąże się z chęcią i wewnętrzną motywacją do pogłębiania wiedzy. Oprócz wiedzy merytorycznej i znajomości specjalistycznej terminologii należy jeszcze rozumieć kontekst, w jakim dany tekst funkcjonuje. Hipotetycznie idealną sytuację proponuje O'Neill (1998: 76), w której tekst przetłumaczony przez lekarza/specjalistę jest korygowany pod względem poprawności stylistycznej i językowej przez lingwistę (tłumacza) lub lingwista (tłumacz) tłumaczy tekst medyczny, który jest następnie pod względem merytorycznym korygowany przez lekarza/specjalistę. Wydaje się, że właśnie w takim kierunku powinno się zmierzać przy dokonywaniu tłumaczeń tekstów medycznych (co zresztą jest częstą praktyką w dużych agencjach tłumaczeniowych, natomiast dosyć rzadko zdarza się w sytuacji tłumaczy przysięgłych

prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą). Oprócz wiedzy specjalistycznej bardzo ważny jest również dostęp do wszelkiego rodzaju źródeł informacji i korzystanie z nich, poczynając od konwencjonalnych słowników specjalistycznych, poprzez glosariusze, leksykony i podręczniki, kończąc na bazach danych, artykułach i informacjach zamieszczonych on-line.

Czynniki poznawcze odgrywają niezwykle istotną rolę w tym procesie: doświadczenie (zwiększające się sukcesywnie) w połączeniu z osobistym zaangażowaniem i motywacją do rozwoju i pogłębiania wiedzy stanowią fundament przy wykonywaniu tego rodzaju tłumaczeń. Ostatnim ogniwem procesu jest konsultacja z ekspertem, specjalistą z danej dziedziny, która przyczynia się do doskonalenia jakości tworzonych tekstów oraz wynikającej z tego skuteczniejszej komunikacji i przekazywania niezbędnej wiedzy. Wszystkie te czynniki działające interakcyjnie mają szansę sprawić, że na kompetentnego tłumacza w tekście medycznym nie będą czekać pułapki, a będą czekać interesujące wyzwania.

Literatura

- Beeby, A., 2000, „Choosing an Empirical-Experimental Model for Investigating Translation Competence: The PACTE Model”, [w:] *Intercultural Faultlines. Research Models in Translation Studies I. Textual and Cognitive Aspects*, M. Olohan (red.), Manchester, s. 43–55.
- Bell, R., 1991, *Translation and Translating. Theory and Practice*, London–New York.
- Fischbach, H., 1998, *Translation and Medicine*, Amsterdam–Philadelphia.
- Hansen, G., 1997, „Success in Translation”, [w:] *Perspectives: Studies in Translationology*, nr 5(2) s. 201–210.
- Hatim, B., Mason, I., 1997, *The Translator as Communicator*, London–New York.
- Hoof van, H., 1998, „The Language of Medicine: A Comparative Ministudy of French and English”, [w:] *Translation and Medicine*, H. Fischbach (red.), Amsterdam–Philadelphia, s. 49–65.
- Kasprowicz, M., 2010, „Handling Abbreviations and Acronyms in Medical Translation”, [w:] *Translation Journal*, vol. 14, nr 2, [http:// translationjournal.net/journal/52abbreviations.htm](http://translationjournal.net/journal/52abbreviations.htm) (dostęp: 15 grudnia 2013 r.).
- Kiraly, D., 1997, „Think-Aloud Protocols and the Construction of a Professional Translator Self-Concept”, [w:] *Cognitive Processes in Translation and Interpreting*, J.H. Danks i in. (red.), London, s. 137–160.

- Kiraly, D., 2000, *A Social Constructivist Approach to Translator Education. Empowerment from Theory to Practice*, Manchester.
- Kościałkowska-Okońska, E., 2012, „Kompetencja tłumaczeniowa: modele teoretyczne a rzeczywistość”, [w:] *Tłumacz: służa, pośrednik, twórca?*, M. Guławska-Gawkowska, K. Hejwowski, A. Szczęsny (red.), Warszawa, s. 119–129.
- McMorrow, L., 1998, „Breaking the Greco-Roman Mold in Medical Writing: The Many Languages of 20th Century Medicine”, [w:] *Translation and Medicine*, H. Fischbach (red.), Amsterdam–Philadelphia, s. 13–27.
- Neubert, A., 2000, „Competence in Language, in Languages, and in Translation”, [w:] *Developing Translation Competence*, Ch. Schäffner, B. Adab (red.), Amsterdam, s. 3–18.
- Nord, Ch., 1991, *Textanalyse und Übersetzen*, Heidelberg.
- O’Neill, M., 1998, „Who Makes a Better Medical Translator: The Medically Knowledgeable Linguist or the Linguistically Knowledgeable Medical Professional? A Physician’s Perspective”, [w:] *Translation and Medicine*, H. Fischbach (red.), Amsterdam–Philadelphia, s. 69–80.
- PACTE 2003, „Building a Translation Competence Model”, [w:] *Triangulating Translation: Perspectives in Process Oriented Research*, F. Alves (red.), Amsterdam, s. 43–66.
- PACTE 2000, „Acquiring Translation Competence: Hypotheses and Methodological Problems in a Research Project”, [w:] *Investigating Translation Competence*, A. Beeby, D. Ensinger, M. Presas, Amsterdam, s. 99–106.
- PACTE 2009, „Results of the Validation of the PACTE Translation Competence Model: Acceptability and Decision Making”, [w:] *Across Languages and Cultures*, vol. 10, nr 2, s. 207–230.
- Resurreccio, V.M., Davies, M.G., 2007, *Medical Translation Step by Step*, Manchester.
- Risku, H., 1998, *Translatorische Kompetenz. Kognitive Grundlagen des Übersetzens als Expertentätigkeit*, Tübingen.
- Toury, G., 1995, *Descriptive Translation Studies and Beyond*, Amsterdam.

Dyrektywy

- Dyrektywa 93/42/EWG dotycząca wyrobów medycznych (Medical Device Directive) z dn. 14 czerwca 1993 r.
- Dyrektywa 98/79/WE dotycząca wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro (In Vitro Diagnostics Directive) z dn. 27 października 1998 r.
- Dyrektywa 90/383/EWG dotycząca wyrobów aktywnego osadzania (Active Implantable Device Directive) z dn. 20 czerwca 1990 r.

Dyrektywa 2001/83/WE dotycząca produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Human Medicines Directive) z dn. 6 listopada 2001 r.

Medical texts: traps for the sworn translator

Summary

Medical translation has been an area of an increased growth in the demand for translation services. It is considered to cover an extensive variety of genres, starting from hospital discharge reports, epicrisis, specialist articles in medical journals, patient information leaflets (PILs) or instructions for use (IFU). It also has entered the area of activity of sworn translators due to e.g. migration or Poland's membership in the EU and resultant EU-law implementation procedures (i.e., implementation of the Medical Devices Directive 93/42/EEC) and commercialisation of medical devices, thus generating the need to deal with an array of texts from the entire realm of various fields of medicine, and related disciplines (pharmacy, pharmacology, biology, etc.). Sworn translators are therefore facing difficulties and at the same time challenges, among which most important are the lack of medical knowledge, medical terminology (including acronyms and abbreviations) or medical phraseology in general. This entails the development of a new professional approach towards proceeding with such tasks, and requires constant improvement of skills and knowledge. The priority of the translator while translating medical texts is the complexity of the original, embracing both complex terminological content as well as form with certain features typical of technical (scientific) texts in general. In the article the utmost significance of the translator's specialist knowledge and competence is underlined and typical problem areas are presented. The absence of those two factors is reflected in practical examples which were analysed in terms of their correctness and terminological accuracy.

Keywords: medical texts, terminology, specialist language, translation competence

