

6. *Fromm E.* Zdorovoe obshchestvo = The Sane Society (1955) [perevod T.V. Banketovoi] [Healthy society = The Sane Society (1955) [T.V. Banketova's translation]. Moscow: AST, the Guardian, 2006. 544 p. (Philosophy. Psychology).
7. *Rudenko A.M.* Filosofiya v skhemakh i tablitsakh [Philosophy in diagrams and tables]. Ed. 3. Rostov n/D: Feniks, 2015. 382 p.
8. *La Rochefoucauld.* Razmyshleniya na raznye temy [Reflections on various topics]. L.: Nauka, 1971. URL: <http://vikent.ru/enc/1494>
9. *Razlogov K.E.* The individual personality, a creative personality: myths and reality // Yaroslavskii pedagogicheskii vestnik. 2015. No. 1.
10. *Akhmedov A.A.* The Problem of the Creator in the culture: abstract. ... dis. PhD (philosophy): 24.00.01: Saint Petersburg, 2003. 23 p.
11. *Titarenko I.N.* The name of genius in the cultural heritage: domestic foreign experience // the Continuation of A. P. Chekhov. Chekhov. Tchaikovsky. Levitan: materials of the V all-Russian scientific. scient. conference library named after A.P. Chekhov (Taganrog, on may 14-15, 2015). Taganrog: Yip Dumic Y.A., 2015.
12. *Flier A.Y.* Kul'turologiya dlya kul'turologov [Culturology for culturologists]. M: Akkord, 2010. 672.
13. *Zamyatin D.* V serdtse vozdukha. K poiskam sokrovennykh prostranstv: Esse [In the heart of the air. To search for hidden spaces: Essays]. SPb.: Publishing house of Ivan Limbach, 2011. 416 p.
14. *Skrynnikova L.I., Titarenko I.N.* Name as a sociocultural phenomenon // Historical, philosophical, political and law sciences, culturology and study of art. Issues of theory and practice, 2015. No. 11. Part 2.
15. *Florensky P.* The Names // Files of the priest P. Florensky. Kostroma: Bush, 1993. 320 p.
16. *Schopenhauer A.* On independent thinking // Parerga und Paralipomena. GL. XXII: URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/>
17. *Gachev G.* Natsional'nye obrazy mira. Kosmo – Psikho – Logos [National images of the world. Cosmo – Psycho – Logos]. M., 1995. 485 p.
18. *Sorokin P.A.* Social and cultural dynamics // Civilization. Society. M., 1992. 429 p.
19. *Landry H.* Kreativnyi gorod [Creative city]. M.: Klassika–XXI, 2011. 399 p.
20. *Matlina S.G.* Biblionimika. Imya kak simvol i brend biblioteki (Postanovka problemy) [Blibionimika. Name as a symbol and brand of the library (problem Statement)]. 2007. No. 4.

**ОТОЗВАНА 17.07.2018 г .**

**УДК 614.2**

**А.В. ПЕТРОВ, И.К. ЧЕРЁМУШНИКОВА**

### **ИНТЕРАКЦИЯ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ В МЕЖКУЛЬТУРНОМ ДИСКУРСЕ**

Петров Андрей Владимирович, доктор философских наук, профессор кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины Волгоградского государственного медицинского университета 400131, Волгоград, пл. Павших борцов,1), [vip@sprint-v.com.ru](mailto:vip@sprint-v.com.ru)

Черёмушникова Ирина Кабдрахимовна, доктор философских наук, профессор кафедры истории и культурологии Волгоградского государственного медицинского университета (400131, Волгоград, пл. Павших борцов,1), [inhabitus@mail.ru](mailto:inhabitus@mail.ru)

**Аннотация.** В статье рассмотрены особенности медицинской кросскультурной коммуникации в условиях глобализации. Изучение культурных контекстов здоровья приобретает особое значение, поскольку в общении врача и пациента сталкиваются разные культурные модели и картины мира. Неспособность врача учитывать эти особенности может стать причиной врачебной ошибки. В статье использован ряд примеров из опыта сотрудничества с Арканзасским медицинским университетом (UAMS) США.

**Ключевые слова:** медицинская культура, культурный контекст здоровья, коммуникация врач-пациент, глобализация.

UDC 614.2

A.V. PETROV, I.K. CHEREMUSHNIKOVA

## DOCTOR-PATIENT INTERACTION IN CROSS-CULTURAL DISCOURSE

Petrov Andrei Vladimirovich, PhD (philosophy), professor of the philosophy, bioethics & law department, Volgograd state medical university (400131, Volgograd, sq. Pavshich Bortsov, 1), vip@sprint-v.com.ru

Cheremushnikova Irina Kabdrakhimovna, PhD (philosophy), professor of the history and culture science department, Volgograd state medical university (400131, Volgograd, sq. Pavshich Bortsov, 1), inhabitus@mail.ru

**Abstract:** In the article the specific features of medical cross-cultural communication in globalization are investigated. The study of the cultural contexts of health obtains special importance, since in doctor-patient contact different cultural models and worldviews withstand. The inability of doctor to consider these differences can be resulted in medical mistake. A number of examples from the experience of partnership with the Arkansas medical university USA (UAMS) is used.

**Keywords:** medical culture, the cultural context of health, doctor-patient communication, globalization.

ВОЗ в своем Докладе о состоянии здравоохранения в Европе за 2015 г. отметила, что в условиях глобализации и открытого культурного пространства назрела реальная потребность в изучении поведенческих проявлений, связанных с культурными паттернами. Игнорирование культурных факторов может стать одним из главных препятствий для развития социально справедливой и эффективной медицинской помощи. Настало время комплексных исследований контекстов здоровья с привлечением материалов медицинской культурологии. Несмотря на то, что этот род информации часто считается «неконкретным» и малодостоверным, он может дать значительный объем бесценных данных, способных улучшить коммуникацию на линии врач – пациент.

Медицинская культура представляет собой совокупность норм, ценностей, идей, направленных на сохранение здоровья, и характерных для культуры определенного сообщества. В них отражаются природные условия и ресурсы среды обитания, исторические условия формирования данного народа [1, с. 149-150]. Медицинская культура включает в себя содержание медицинских знаний, приемы врачевания, а также модели взаимоотношений врача и пациента. Обычно такие представления имеют этническую специфику и распространяются в пределах определенных территорий [2, с. 162]. Однако стремительный процесс глобализации уже пересек ту черту, когда экономические, социальные и культурные изменения происходят только на уровне макросистем. Миграционные волны, сопровождающие всю историю человечества, сегодня приобрели постоянный и непрерывный характер, при этом сроки адаптации к условиям новой культуры значительно сокращаются.

Все современные государства являются полиэтническими и поликонфессиональными. Совершенно обычными для нас стали постоянная или временная (трудовая) миграция, получение образования за рубежом, медицинский туризм. Мигранты, сезонные рабочие, студенты, погружаясь в инокультурную среду, привносят в нее свой жизненный опыт и свои ментальные представления. Их поведением управляют *культурные (антропологические) коды* – картины мира, модели социальной ориентации, системы конвенций, эстетических кодов, ценностей. На их основе возникают системы «повседневных практик, которые определяют для каждого человека эмпирические порядки». У. Эко использовал термин «чувственный универсум» и отмечал, что «люди различных культур живут в различных чувственных универсумах... пространственные отношения, запахи, тактильные ощущения, ощущение тела – все это обретает культурное значение» [3, с. 247]. В их представлениях, даже если они этого не осознают, продолжает существовать деление культур на «свою» и «чужие», при этом «своя» система ценностей, наделяется положительными чертами, «чужая» подвергается скрытому, а нередко и открытому неприятию.

Все это имеет непосредственное отношение к практикам, ориентированным на медицину и сохранение здоровья. Врачи и пациенты изначально оперируют различными представлениями. Картина мира пациента базируется на его собственном опыте болезни. Его пред-

ставления о причинах болезни часто бывают наивными или упрощенными. Врач, напротив, оперирует научными представлениями и должен уметь перевести информацию, полученную от пациента, в контекст, позволяющий сделать вывод об этиологии заболевания, диагнозе, возможных методах лечения. Неслучайно в последние годы чрезвычайно актуальной стала тема нарративной компетенции врача как условие успешности медицинской коммуникации [4, с. 59]. Нарративная компетентность врача является важнейшей частью его профессиональной коммуникации и подразумевает способность расшифровать и адекватно интерпретировать поведение пациента [5, с. 57-61]. Достаточный уровень нарративной компетенции позволит врачу выявить наиболее существенные моменты в состоянии пациента.

Врачи должны быть готовы к тому, что все пациенты разные. Самые глубокие различия, как правило, находятся в их культурном опыте. Современному врачу, как никогда раньше, необходимо знание и понимание особенностей разных культур. Естественно, что для предоставления адекватной и качественной медицинской помощи врачам необходимо быть готовым к тому, что они могут встретиться с совершенно неожиданной реакцией на обычные методы обследования и лечения. Многие врачи полагают, что если они будут демонстрировать формальное уважение к культурным особенностям своих пациентов, то смогут избежать непонимания и исключить проблемы, связанные с культурными различиями. На самом деле формальное уважение оборачивается игнорированием культурных различий и непониманием того, как много непоправимых ошибок случается из-за невнимания к такого рода информации. Это актуально еще и потому, что поможет защитить права врачей и медицинских работников, которые зачастую оказываются абсолютно не защищенными. Между тем качество оказываемой медицинской помощи напрямую зависит от того, насколько защищено чувствует себя сам медицинский работник [6, с. 102-114].

Знания культуры других народов, допущение и учет возможности «необычного поведения» помогут врачу избежать ошибок. Врач более точно будет понимать, что является истинной причиной заболевания, осознанно подойдет к выбору способов общения, будет лучше представлять, как его пациенты относятся к предложенным методам лечения. И возможно, тогда станет меньше ситуаций растерянности и беспомощности, которую описал в своей книге американский кардиолог Б. Лаун: «Я не знал, как лечить этого до глубины души встревоженного человека: наши культуры слишком сильно различались» [7, с. 92]. Неслучайно уже более 30 лет во многих медицинских университетах США и Европы работают курсы культурной компетентности.

У этой проблемы есть и другая сторона: знание о «чужой» культуре чаще всего формируется как стереотипное представление, которое не столько помогает в общении, сколько заставляет следовать общепринятым заблуждениям. Тогда врач видит перед собой не личность, а среднестатистического носителя культуры, о которой «он слышал что-то любопытное». Стереотип – это упрощенный, схематизированный образ чего-либо. В стереотипных представлениях только русские пьют водку, только вьетнамцы верят в тигровый глаз, только у мексиканцев очень большие семьи. Усвоенные стереотипы оказывают заметное влияние на принятие решений. Такие суждения часто бывают весьма оскорбительны и могут стать препятствием к успешному общению. Думать так – не только непрофессионально, но и небезопасно для врача.

При этом надо разграничить два понятия – «стереотип» и «обобщение». Обобщение – это констатация общих тенденций, характерных для какой-либо группы, но с признанием факта, что необходима дополнительная информация, чтобы ее можно было точнее соотнести с отдельным представителем культуры. Например, если врач на приеме женщины из Мексики будет исходить из представления о том, что ее состояние связано с большим количеством родов – у него сложился стереотип. Но, если он сначала подумает, что у мексиканцев, как правило, большие семьи, и лишь потом выяснит, сколько на самом деле у нее детей, это может стать полезным примером обобщения.

Профессиональная компетентность врачей должна включать знания культурных традиций и обычаев этнических групп, проживающих в конкретном регионе, штате, городе, районе. Вот пример того, как незнание культурных особенностей привело к непоправимой медицинской ошибке. Пожилой женщине ирландского происхождения была назначена плановая операция.

За несколько дней до операции она неожиданно начала жаловаться на боли семье, но ничего не говорила своему врачу. Врач не знал, что в ирландских семьях не принято жаловаться врачу. Когда семья обратилась с просьбой провести операцию в более ранние сроки, врач не отнесся к их просьбе серьезно. Он решил, что если бы у больной были сильные боли, она бы непременно сказала ему об этом. Когда же подошел срок плановой операции, состояние женщины ухудшилось, и она умерла. Врач совершил профессиональную ошибку, так как его стереотипы взяли верх над реальной медицинской ситуацией. Если бы врач знал хотя бы в общих чертах, как ирландцы выражают чувство боли, первая жалоба семьи была бы воспринята серьезно.

Ярким примером столкновения культурных кодов является резко негативное восприятие традиционного для азиатского населения метода лечения нагретой монетой, при котором делаются глубокие царапины на спине больного. Американский медицинский персонал, не знакомый с этой традицией, расценивает ее как физическое насилие. Существуют даже официальные данные об аресте родителей, пытавшихся лечить детей таким способом. В американской медицине акцент делается на «автономию пациента» и на его «право знать». Такое отношение к правам больного человека свойственно не всем культурам. Во многих странах, например в Мексике, Филипинах, Китае, России считается, что «трагический» прогноз лечения следует сначала сообщать близким родственникам, которые принимают решение о том, стоит ли информировать самого пациента. Считается, что стресс от плохой новости может только усугубить состояние пациента [8, с. 52-57]. Представители многих стран и религий разделяют представление о том, что заявление врача о неизбежной смерти воспринимается как акт нанесения вреда здоровью и процессу лечения.

Знание лингвистических особенностей разных языков, традиций и предрассудков тоже может быть полезным. Например, пациентов из Китая или Японии не следует помещать в палату № 4, американцы и многие европейцы не любят число 13, поэтому палат с № 13 просто не существует. В американской культуре общения особое место занимает умение постоянно поддерживать визуальный контакт. Если вы не смотрите на своего собеседника, вы можете заставить его думать, что что-то скрываете. В китайской культуре и культурах других азиатских стран, напротив, обычай предписывает не смотреть в глаза врачу, что говорит о большом уважении. Если пациентка женщина и мусульманка, а врач мужчина, она вообще не будет поднимать глаза, стараясь соблюсти строгие нормы общения между полами. Врач может потратить уйму времени, пытаясь уговорить ее принять решение, касающееся ее здоровья, не зная, что в странах Азии, Ближнего Востока, Мексике окончательное решение остается за мужем. Более того, даже при сборе анамнеза стоит обращаться к мужу, так как только ему женщина может высказывать все свои жалобы. Индейцы Навахо тоже не будут смотреть в глаза врача, боясь, что тот украдет их душу. В языках народов Кавказа зачастую отсутствует обращение на «Вы», поэтому обращение на «ты» к врачу может быть ошибочно расценено как неуважение. Прикосновение к больному является древнейшим и наиболее эффективным приемом врачевания. Американские и европейские медсестры обучаются искусству касаться больных, но им следует знать, что ухаживая за больным ортодоксальной еврейской веры, прикасаться к больному не следует. Сикхи могут отказаться от подготовки к операции, так как их религия запрещает стричь или брить волосы на теле. Мормоны могут не разрешить снять с них нижнее белье, которое является символом достижения определенного статуса. Знание этих скрытых культурных различий поможет врачу избежать непонимания поведения своего больного.

Для многих пациентов религия является основой всех их жизненных ценностей, в том числе и здоровья. Неуважительное отношение к религии и возникшее на этой основе непонимание между врачом и пациентом может стоить потери доверия его пациентов. И какое бы лечение вы ни назначали таким больным, они не будут выполнять ваши предписания.

Никто не может знать абсолютно все о культуре каждой страны, но знать наиболее типичные характеристики культуры, традиций, религий своих пациентов просто необходимо. Ключом к профессиональной компетентности культурных различий могут стать два фактора: *знание и отношение*. При этом всегда следует помнить, что и внутри любой группы суще-

ствуется широчайшее разнообразие поведенческих моделей, и каждый больной индивидуален и уникален.

### Литература

1. Галкова О.В., Кибасова Г.П., Петрова И.А. Эволюция этносов и этносоциальная темпоральность России // Известия Волгоградского государственного педагогического университета, 2015. № 1 (96).
2. Медведева Л.М. Болезнь в культуре и культура болезни. Волгоград: ВолГМУ, 2014. 252 с.
3. Эко У. Отсутствующая структура. Введение в семиологию. СПб., 2004. 432 с.
4. Жура В.В. Дискурсивная компетенция как компонент речевой культуры врача//Актуальные проблемы гуманитарных дисциплин в аспекте преподавания и изучения. Новосибирск: Сибмедииздат НГМУ, 2007.
5. Черёмушников И.К., Захарова И.А. Роль медицинского вуза в формировании коммуникативных навыков будущего врача//Лечебное дело. 2011. № 2.
6. Седова Н.Н., Петров А.В. Концепция прав человека в медицине. Т.1. Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2004.
7. Лаун Б. Дети Гиппократы XXI века. Дела сердечные. М.: Эксмо, 2010. 287 с.
8. Орлова Е.В. Проблемы межкультурного общения врача и пациента. Менеджмент здравоохранения. 2012. № 11.

### References

1. Galkova O.V., Kibasova G.P., Petrova I.A. Evolution of ethnosets and ethno-social temporality of Russia // Izvestiya Volgogradskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. 2015. № 1 (96).
2. Medvedeva L. M. Bolezn' v kul'ture i kul'tura bolezni [Disease in the culture and the culture of the disease]. Volgograd, 2014.
3. Eko U. Otsutstvuyushchaya struktura. Vvedenie v semiologiyu [Absent structure. Introduction into semiology]. SPb., 2004.
4. Zhura V.V. Discursive capacity as the components of the verbal culture of the doctor// The vital problems of humanitarian disciplines in the aspect of teaching and study. Novosibirsk, 2007.
5. Cheryomushnikova I.K., Zaharova I.A. Role of Higher medical education in forming of the communicative skills of the future doctor // Lechebnoe delo. 2011. № 2.
6. Sedova N.N., Petrov A.V. Konceptsiya prav cheloveka v medicine [Concept of the human rights in medicine]. T. 1, Volgograd, 2004.
7. Laun B. Deti Gippokrata XXI veka. Dela serdechnye [Children of Hippocrates of the XXI century. The heart matters]. M.: Eksmo, 2010.
8. Orlova E.V. Problems of the cross-cultural doctor - patient communication// Menedzhment zdравоохранeniya. 2012. № 11.