

## ОСОБЕННОСТИ МЕЖКУЛЬТУРНОЙ КОММУНИКАЦИИ В КОНТЕКСТЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*И.В. Яковлева (Москва, Россия)*

*Культура, являясь общим контекстом для любого вида коммуникации, оказывает влияние как на людей, так и на институты. Мы рассматриваем этот эффект на примере системы здравоохранения. Поскольку системы здравоохранения призваны решать общие проблемы глобального здоровья вне зависимости от гражданства, дохода и социального положения, то система должна идентифицировать подобные сложности и предлагать современные решения. Стоит отметить, что существенную часть проблем системы здравоохранения можно решить с применением методов межкультурной коммуникации. В статье подробно рассматриваются важные аспекты межкультурной коммуникации, которые нашли свое отражение в контексте системы здравоохранения. Мы анализируем современные исследования в области здоровья и здравоохранения с точки зрения современной межкультурной коммуникации. Определенные сложности систематически возникают при коммуникации между людьми, объединенными общим культурным контекстом и фоновыми знаниями. Контекст межкультурного общения потенциально является источником взаимного непонимания и, как следствия, конфликтов. Особенно чувствительной к данному типу проблем оказалась сфера здравоохранения. Понимание правил и основ взаимодействия культур является необходимой компетенцией для решения ряда важных проблем системы здравоохранения.*

*Ключевые слова:* межкультурная коммуникация, здравоохранение

## PECULIARITIES OF CROSS-CULTURAL COMMUNICATIONS IN HEALTH CARE CONTEXT

*I. Yakovleva (Moscow, Russia)*

*Needless to say that being the context for all types of communication culture has a significant impact on people and institutions. Thus, health care institution should be mentioned in this respect. Health issues demand attention irrespective of the citizenship, income, social group, thus Health Care system should cope with all these challenges. It turned out that sorting out communications issues was the key to dealing with major difficulties in Health Care context. The article is focused on such important issue as cross-cultural communication within the health care context. We define the interrelation between health communication and intercultural communication. Also, we analyze contemporary research in the sphere of health from the intercultural communication viewpoint.*

*For the most part we communicate with people with the same background knowledge, yet the problems of communication occur quite often. It proved to globally be the case for health care sphere. Intercultural context is sure to contain even more potentials for conflict and misunderstandings. As far as communication theory offers various models for understanding different cultures, we suggest that they might be successfully applied to health care settings.*

*Key words:* cross-cultural communication, health care institution

Традиционное внимание к изучению современной межкультурной коммуникации было продиктовано необходимостью решения практических задач, которые в частности стояли перед коммерческими компаниями с сетью международных представительств. Межкультурная коммуникация стала одним из ключевых подходов для понимания и в конечном итоге адаптации людей, жизнь которых сопровождалась более активными передвижениями по всему миру. Преодоление коммуникационных барьеров было связано с выявлением и преодолением стереотипов, предрассудков и дискриминации. Культурно обусловленное восприятие авторитета, отношение к социальным и гендерным ролям, – все это оказалось в фокусе внимания для достижения практических результатов, – управления международными командами, проведения переговоров, разрешения конфликтов. Таким образом, межкультурная коммуникация как подход оказалась незаменима в решении практических задач и достижении результатов.

Уровень развития технологий в медицине достиг небывалых высот – это позволяет предположить, что здравоохранение может стать более эффективным. Одновременно возникает закономерный вопрос, почему же несмотря на современное развитие технологий, количество накопленных знаний и доступности информации, люди не стали здоровее по сравнению с другими поколениями. Частично вину

за то, что до сих пор не получается достичь оптимальных результатов для здоровья каждого индивида лежит на действиях в отношении собственного здоровья, насколько индивид придерживается или не придерживается паттернов поведения здорового человека или же придерживается схемы назначенного лечения. Разумеется, индивидуальное поведение людей в отношении собственного здоровья приводит в конечном итоге к большому разнообразию в итогах для здоровья [Schroeder, 2007]. И именно паттерны поведения, отношение к собственному и популяционному здоровью, установление доверительных отношений с врачом – это задачи коммуникации в сфере здравоохранения.

Одной из важных сфер практического применения разработок в области межкультурной коммуникации стала область здравоохранения. Преамбула к Уставу Всемирной организации здравоохранения, представленная на Международной конференции здравоохранения в Нью-Йорке 19–22 июня 1946 года поддерживала следующий подход Всемирной организации здравоохранения к пониманию здоровья как состояния полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствия болезней и физических дефектов потребовала применения инструментария межкультурной коммуникации для работы с определенными группами людей. Особенно широко и сам подход, и инструментарий обсуждаются в связи с международной, – добровольной и вынужденной, – миграцией населения. Не только стандарты оказания медицинской помощи в каждой стране, но также и подходы к пониманию состояния здоровья и болезни, оценке собственного здоровья, доверия врачу и готовность выполнять его предписания, традиции народной медицины и иные практики самолечения, привычки питания и склонность к высоко рисковому, или наоборот способствующего сохранению здоровья поведению, оказывают существенное влияние на взаимодействие с новой системой здравоохранения и результаты этого взаимодействия.

Глобальный мир характеризуется перемещением большого количества людей, так, по данным ООН, число международных мигрантов насчитывало 244 миллиона человек во всем мире [Trends in International Migration, 2015: 1]. Следует отметить, что не только факт проживания в новой стране может повлечь определенные изменения в образе жизни человека, которые обусловлены законодательством, развитием инфраструктуры, статусом приезжего, но и сам процесс переезда, может оказать существенное влияние на состояние здоровья мигранта, и фактически статус здоровья. Переезд может сопровождаться травмами или заболеваниями, высоким уровнем стресса, также условия проживания или работы в новой стране, – это далеко не полный список факторов, который предполагает взаимодействие с институтами системы здравоохранения, но фактически далеко не всегда осуществляется, или происходит с большой отсрочкой, которая влияет на качество жизни человека, его безопасность, трудоспособность и продолжительность жизни.

Исследования, посвященные межкультурной коммуникации, традиционно выделяют следующие категории мигрирующих людей, на основании причин, целей и длительности пребывания в принимающей стране, – это туристы, студенты, представители бизнес сообщества, иммигранты и беженцы [Ward, Borchner, Furnham, 2005]. Правила взаимодействия с системой здравоохранения регламентированы статусом приезжего: от механизма страхового покрытия оказания медицинской помощи до получения доступа к системе здравоохранения наравне с местными жителями.

К важнейшим базовым понятиям коммуникативистики как научного направления относится понятие контекста. Так, и сфера коммуникации в области здравоохранения предполагает многочисленные контексты коммуникации [Wright, Sparks, O’Hair: 2013].

С точки зрения внутри личностной коммуникации, в фокусе внимания оказываются отношения, убеждения, ценности и оценки относительно концептов, текстов и сообщений, связанных со здоровьем.

Межличностная коммуникация закономерно представлена межличностной коммуникацией в сфере здравоохранения, например, коммуникацией между пациентами и организаторами медицинской помощи, членами семьи, коллегами и друзьями, – все в отношении влияния на здоровье.

Организационная коммуникация фокусируется на внимании к таким чертам медицинских организаций, как иерархии, информационные потоки, отношения между работником и работодателем.

Межкультурный аспект коммуникации в сфере здравоохранения выделяет и изучает уникальную роль культуры, которая накладывает отпечаток на понимание того, что же именно люди понимают под состояниями здоровья и болезни, а также изучают межкультурные особенности, которые влияют на отношения в области здоровья и здравоохранения. Особую роль именно этот аспект коммуникации приобретает при решении проблем глобализованного мира с многочисленными передвижениями людей.

Следующим контекстом коммуникации является социальный, предполагающий особое внимание к социальному влиянию коммуникации, а рамках понимания того, насколько сформированные сообщения относительно здоровья и здравоохранения, распространяемые посредством коммуникативных кампаний в сфере здравоохранения, способны положительно влиять и улучшить поведения как можно больших групп населения с целью улучшения индивидуального и популяционного здоровья.

Еще один важный контекст изучения коммуникации в сфере здравоохранения – это изучение роли СМИ в их возможности формировать как отношение к профессии врача, роли и типу системы здравоохранения, индивидуальной ответственности за собственное здоровьесбережение. В условиях развития новых технологий распространения информации, и что существенно, ее скорости, контекст коммуникации также предполагает выявление роли и степени их влияния на распространение информации в области здоровья и здравоохранения, развития взаимоотношений между участниками коммуникации,

а также улучшению коммуникации между пациентами и организаторами здравоохранения в рамках медицинских организаций.

Контекст здравоохранения, в котором происходит коммуникация между носителями различных культур, представлен различными коммуникативными уровнями.

Во-первых, взаимодействие между системой здравоохранения как институтом и пациентом. Данный уровень характеризуется разнообразием культурно обусловленных форм участия, например, требование к знанию местного языка или наличию доступа в интернет, где есть вся необходимая информация о приеме специалистов, записи к врачу, необходимым документам. Одной из первых стран, которая стала предъявлять требования не только к знанию национального языка, но и наличию доступа в Интернет, стали Нидерланды еще в начале 2000-х годов. В настоящий момент и система российского здравоохранения находится на переходной стадии необходимости доступа в Интернет для получения медицинской помощи, хотя традиционные формы записи к врачу еще существуют.

Техническая оснащенность и компьютерная грамотность являются существенным барьером осуществления коммуникации в сфере здравоохранения мигрантами из менее развитых стран, или с более низким уровнем образования.

Особенности организации системы здравоохранения и логика, которая в ней заложена формирует принципиально разные схемы доступа к системе здравоохранения – бюджетной, страховой или частной, – также требует выделения в отдельный уровень межкультурного взаимодействия.

Примечательно, что очевидное для приезжего знание языка принимающей страны в новых условиях представляет существенную сложность по причине изменившихся моделей миграции: мигрант редко планирует на очень длительный срок остаться в принимающей стране, и с большой долей вероятности, переедет при возникновении более благоприятных условий.

Под культурной компетенцией понимается способность медицинской организации и специалистов, занятых в медицинской области, выявлять культурно опосредованные взгляды, ценности, отношения, традиции, языковые предпочтения и сложившиеся практики в области здоровья, а также способностью направить эту сумму знаний на улучшение результатов лечения [McKinney, Kurtz-Rossi: 2000].

Культурная компетенция, необходимая для осуществления деятельности медицинской организации должна включать такие параметры, обусловленные культурой, как этничность (характеризуемую убеждениями, ценностями, отношениями, традициями); уровнем образования; социально-экономическими и гендерными характеристиками; возрастом; практиками в области здравоохранения.

Во-вторых, необходимо выделить уровень непосредственного взаимодействия врача и пациента, – это многоаспектное явление включает множество направлений, среди которых и принятый в профессиональном стандарте медицинского сообщества тип коммуникации, базовое понимание основных терминов и подходов пациентами, и наличие языковых или культурных барьеров, объяснение процессов, связанных с состоянием пациента, возможность проведения медицинских манипуляций, а также приверженность пациента выполнению рекомендаций врача. К традиционным моделям взаимодействия врача и пациента можно отнести следующие:

- информационная (бесстрастный врач, полностью независимый пациент),
- интерпретационная (убеждающий врач),
- совещательная (доверие и взаимное согласие),
- патерналистская (врач-опекун).

Важность привычной системы взаимодействия отражается в формировании доверия врачу и лечению, которые в конечном итоге оказывают решающее влияние на результат лечения и его интерпретацию.

В-третьих, уровень культурно обусловленной оценки собственного здоровья – очень важный показатель с учетом таких детерминантов, как уровень образования и гендер, – которые в свою очередь вносят вклад в оценку качества и удовлетворения функционированием системы здравоохранения в целом, к этому же уровню относится и культурно детерминированное отношение к состоянию здоровья и болезни.

В-четвертых, уровень коммуникации пациента в пациентском сообществе, который маркирован необходимостью повышения уровня медицинской грамотности и принятия решений относительно собственного здоровья. Те параметры, которые часто представляются примерами свободы выбора пациента на деле оказываются принятием очень важных решений в условиях асимметрии информации: например, выбор плана лечения из нескольких возможных при отсутствии профессиональных медицинских знаний; выбор врача из нескольких специалистов аналогичной узкой специализации; выбор медицинского учреждения для получения узко специализированной помощи. Отдельно стоит отметить, что решения такого типа также культурно обусловлены (с уровнем доверия врачу, возможности получить актуальную медицинскую информацию, типом коммуникации представителей профессионального сообщества и пациентов), и предполагают определенный тип установок и возможность нести ответственность.

В настоящее время под медицинской грамотностью принято понимать уровень знаний, который позволяет человеку воспринимать, осознавать и понимать базовую информацию о здоровье и услугах системы здравоохранения, необходимый для принятия решений о здоровье [Health literacy Quick guide, 2010]. ВОЗ характеризует медицинскую грамотность как важнейшую детерминанту здоровья [Kickbus-

ch, 2014].

К системе медицинской грамотности можно отнести следующие факторы:

- коммуникативные навыки неспециалистов,
- понимание различий между непрофессиональными и профессиональными знаниями в области здравоохранения,
- культура,
- требования системы здравоохранения,
- требования контекста/ситуации:
  - необходимость разбираться в особенностях функционирования системы здравоохранения, включая заполнение сложных документов, находить поставщиков и услуги,
  - сообщать личную информацию (историю болезни) поставщикам услуг,
  - участвовать в стабилизации собственных хронических состояний,
  - математическая грамотность (уровень холестерина, сахара крови, дозировки медикаментов; основы медицинского страхования; основы математической вероятности и понимание риска).

Особое внимание заслуживает явление информационной асимметрии в рамках коммуникационного подхода в контексте здравоохранения. С одной стороны, наблюдается разнообразие доступной информации в том числе медицинской, однако для человека, который не обладает профессиональными медицинскими знаниями, это явление только увеличивает информационную асимметрию по причине того, что сложно определить качество и адекватность информации, что в свою очередь приводит к таким результатам, как сложность оценки пациентом медицинской услуги. Несмотря на то, что асимметрия информации является характерной чертой коммуникации в сфере здравоохранения, сама система здравоохранения (равно как и вектор ее развития) предъявляет высокие требования к знаниям пациента.

Серьезным фактором преодоления негативных последствий асимметрии информации лежит в формировании эффективной коммуникации врача и пациента. В отсутствие необходимой базы знаний и несформированным доверием между врачом и пациентом, последние склонны искать ответы в ненаучных направлениях и теориях, которые могут вредить популяционному здоровью. К информационной асимметрии также относятся и вопросы юридической грамотности, необходимые для осуществления коммуникации, например, со страховыми компаниями.

Таким образом, реализация задач долгосрочного развития в области здоровья населения страны – постоянного или нового – акцентирует необходимость моделей ответственного поведения в области здоровья со стороны пациента и понимания и преодоления межкультурных барьеров со стороны врача, – предполагает привлечение методов межкультурной коммуникации в сфере здравоохранения.

## Список литературы

- [1] Санитарная грамотность. Убедительные факты / под ред. Ilona Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel и Agis D. Tsouros. Всемирная Организация здравоохранения. Европейское региональное бюро, 2014.
- [2] Colleen Ward, Stephen Bochner, Adrian Furnham. *The Psychology of Culture Shock*. Taylor & Francis e-Library, 2005.
- [3] Health literacy Quick guide. U.S. Department of Health and Human Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion. URL: <https://health.gov/communication/literacy/quickguide/> (10.09.2017)
- [4] McKinney J., Kurtz-Rossi S. *Culture, Health and Literacy: A Guide to Health Education Materials for Adults With Limited English Skills*. – Boston, MA: World Education, 2000.
- [5] Population Facts. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. Trends in International Migration, 2015. № 2015/4. С. 1. URL: <http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/populationfacts/docs/MigrationPopFacts20154.pdf>
- [6] Schroeder, S. We can do better: Improving the health of the American people. *New England Journal of Medicine*, 357, 1221 – 1228., 2007
- [7] Wright, K.B., Sparks, L., O’Hair, H.D. *Health Communication in the 21<sup>st</sup> Century*. 2<sup>nd</sup> Edition. John Wiley & Sons, Inc., 2013.