

ИСТОРИЯ И МЕДИЦИНА

УДК 614.253

МЕЖКУЛЬТУРНЫЙ ДИАЛОГ В МЕДИЦИНЕ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ "ВРАЧ-ПАЦИЕНТ"

А.Г. Левицкая

Арканзасский университет медицинский наук

INTERCULTURAL DIALOGUE IN MEDICINE THROUGH A PRISM OF RELATIONS BETWEEN DOCTORS AND PATIENTS

A.G. Levitskaya

Abstract. Physicians should consider cultural and confessional traditions to avoid mistakes in general practice.

Key words: medicine, culture, doctor, patient.

Стремительный процесс глобализации, разворачивающийся буквально на наших глазах вслед за набирающими темпы информационной революцией уже пересек ту черту, когда мировые процессы идут как бы невидимо, не затрагивая жизнь многих обществ и тем более их отдельных представителей. Сегодня молодой человек, родившийся в 80-х гг., живет совершенно в ином мире, чем тот мир, в котором он родился. Каждое десятилетие уже XX в. имеет свой облик, отличный от предшествующего и последующего, причем отличный для большинства индивидуумов и социальных групп гораздо в большей степени, чем III и II тысячелетие до нашей эры или X и XII вв.

Существует ли проблема выбора методов лечения у врача для пациентов разных национальностей или вероисповедований? Должен ли врач знать, как относятся его пациенты к современным методам лечения? Знают ли они, что является причиной их заболевания? Стоит ли учитывать поведенческий стереотип больных из разных культур и религий?

Быть больным и лечить больных – это два огромных мира истории медицины и культуры, которые не всегда сосуществовали и зачастую не уживаются мирно и в наши дни. Каждая культура включает в себя традиции, обычаи, отношение к окружающему миру, веру, особые медицинские технологии, методики лечения, взаимоотношения между больными и врачами. Иммигранты и ино-

странные студенты приносят свой жизненный опыт и традиции в страну с новой для них культурой. Как в таких случаях будут складываться отношения между врачом и пациентом из другой культуры? Зачастую совсем не просто, поскольку врач и пациент имеют различный опыт, философию, концепцию и нестандартную, с точки зрения пациента, практическую медицину.

Врачи знают, что все пациенты разные. Они разные, потому что болеют разными болезнями, принадлежат к разным социальным и экономическим слоям общества, имеют разное образование и персональный характер, но самые глубокие различия, как правило, находятся в их культурном опыте. Многие врачи считают, что если они будут относиться к своим пациентам с уважением, они смогут избежать непонимания и исключить проблемы, связанные с культурным наследием больных. Но это не всегда так. Знания культуры, традиций, особенностей религии могут стать ключом к решению этой проблемы и помогут врачу оказывать высококвалифицированную медицинскую помощь.

Россию и Соединенные Штаты Америки очень часто называют "сборной солянкой", в которой каждый индивидуальный ингредиент придает ей особый вкус и аромат. В американских медицинских учреждениях количество больных из разных этнических групп возрастает с каждым годом. Для предоставления высококвалифици-

(17)

рованной медицинской помощи всем пациентам знания и понимание особенностей разных культур и религий являются абсолютно необходимыми. Во многих медицинских университетах США курс культурной компетентности является обязательным и начинается преподаваться с первого года обучения в разделе развития профессиональных навыков. Считается, что врачу необходимо знать, как его пациенты могут воспринять его назначения, так как не все одинаково относятся к одной и той же медицинской проблеме или ее лечению, или как они могут отнестись к диагнозу. Поведенческие стереотипы врача при лечении больных с определенными заболеваниями могут оказаться опасными.

Опасность стереотипов

Очень часто знание различных культур формируют у людей стереотипы. Каждый из нас – это отдельная, абсолютно уникальная личность. Личные качества и поведенческая модель каждого человека обусловлена многими факторами: семейными традициями и ценностями, воспитанием, образованием, умением работать над собой и др. Но зачастую отдельную личность не отделяют из всего общества или культуры и поэтому традиционно думают, что все русские пьют водку, все вьетнамцы верят в тигровый глаз, у всех мексиканцев очень большие семьи. Думать так – это не только по крайней мере глупо, но и небезопасно. Такие суждения часто бывают весьма оскорбительны.

Очень важно разграничить два абсолютно разных понятия – стереотип и обобщение. Они могут казаться очень близкими по смыслу, но несут абсолютно разную смысловую нагрузку. Например, если на приеме у врача женщина из Мексики, и он сразу подумает, что ее состояние связано с большим количеством родов, – это значит, у врача сложился стереотип. Но если он сначала подумает, что у мексиканцев, как правило, большие семьи, и лишь потом спросит, сколько у нее детей, это станет примером обобщения. Стереотип – это "конечная точка отсчета" понимания разных культур. С другой стороны, обобщение становится началом формирования стереотипов.

Профессиональная компетентность врачей должна включать знания культурных традиций и обычаев разных этнических групп, они помогут врачу избежать непонимания и позволят ему более эффективно лечить своих больных. Еще один пример незнания культурных особенностей. Пожилой женщине ирландского происхождения была назначена плановая операция на конец недели. За несколько дней до операции она неожиданно начала жаловаться своей семье, что у нее начались сильные боли, но она ничего не говорила своему врачу. Врач не знал, что в ирланд-

ских семьях не принято жаловаться на боль 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, и не считал необходимым переносить операцию. Когда же подошел срок плановой операции, состояние женщины настолько ухудшилось, что она не выдержала операции и умерла. Ее невестка, которая была медсестрой, считала, что операция была необходима сразу же, как только больная впервые пожаловалась на боль.

В этом случае врач совершил профессиональную ошибку, так как его стереотипы взяли верх над реальной медицинской ситуацией. Во-первых, больная была женщиной, в его понимании и по его опыту женщины обычно не переносят боли и дают о ней знать сразу же. Он даже не осмотрел больную еще раз и не оценил ее изменившегося состояния (такое отношение к больным может свидетельствовать о невысоком профессионализме). Если бы врач знал хотя бы в общих чертах, как ирландцы выражают чувство боли, первая жалоба семьи была бы воспринята им более серьезно, и больная могла бы жить.

Роль обобщений

Обобщение – это констатация общих тенденций внутри группы людей, но с признанием факта, что необходима дополнительная информация, чтобы отнести этот факт на счет отдельно взятого человека из этой группы. Вот почему обобщение часто называют началом формирования стереотипов. Следует всегда помнить, что существуют индивидуальности, и общие характеристики им могут быть не присущи. Этот факт легко выявляется во всех многонациональных странах и странах с широкой иммиграцией, как, например, США. В таких условиях огромное значение в каждом отдельном случае будут иметь продолжительность пребывания больного в стране и степень его ассимиляции.

Одним из самых ярких примеров непонимания в американской медицине является традиционный метод лечения среди азиатского населения – лечение монетой. В этом случае монетой, которая может быть нагрета или смазана маслом, делают глубокие царапины на спине больного. Идея нанесения таких ран заключается в "изгнании болезни из тела", а глубокие ссадины свидетельствуют об успехе манипуляции. Американский медицинский персонал, если не знает этой традиции, расценивает ее как физическое насилие. Кстати, существуют официальные данные об аресте родителей, пытавшихся лечить детей таким способом.

Не все пациенты хотят знать их диагноз

Если вернуться вновь к американской меди-

цине, то в ней огромное внимание уделяется праву пациента "знать". Такое отношение к больным присуще не всем культурам, а во многих странах оно не практикуется. Традиции в таких странах, как Мексика, Филиппины, Китай, Иран и Россия, отличаются от Америки тем, что диагноз или плохой прогноз лечения сообщают сначала членам семьи, которые решают, следует ли знать об этом больному, и если да, то насколько глубоко. В странах с такой медицинской культурой врачи считают, что сообщать больному человеку плохую новость бесчеловечно, это может вызвать дополнительный стресс или привести к преждевременной смерти, если у больного отнять последнюю надежду.

Некоторые страны разделяют веру в то, что только Господь знает, когда кому умирать, причем только естественной смертью. В случаях с религией Хмонг, если врач сообщает, что больной умрет, значит он задумал убить больного. Однако не следует автоматически переносить свой опыт или особенности культуры общества на отдельных больных. Врач должен быть осторожен, и в каждом отдельном случае ему необходимо косвенно выяснить, кому и в какой форме следует сообщить о плохом прогнозе заболевания, чтобы не подвергать больного излишнему стрессу и не оттолкнуть от себя членов семьи.

Знание лингвистических особенностей разных языков тоже может быть не бесполезным. Например, в случаях с больными из Китая или Японии следует помнить, что при госпитализации их нельзя класть в палату № 4, так как цифра "четыре" в языках этих стран произносится также, как слово "смерть". Американцы, например, не любят число 13. Во многих больницах палат с № 13 просто не существует.

Особенности американской культуры очень часто не совпадают с поведенческими моделями больных из других стран. В традициях общения американцев между собой особое место занимает умение постоянно поддерживать контакт с глазами собеседника. Если вы не смотрите на своего собеседника и стараетесь отвести глаза, это заставит его думать, что то, о чем он говорит, вам не интересно, или вы смущены, или у вас депрессия. В китайской культуре и культурах других азиатских стран не смотреть в глаза врачу говорит о большом уважении врача больным. Если пациентка женщина и мусульманка, а врач мужчина, она будет стараться вообще не поднимать глаза, что соответствует сексуальным традициям веры. Даже среди коренного американского населения, например в племени индейцев Навахо, пациент тоже будет стараться не смотреть в глаза врачу, так как он будет бояться, что последний украдет его душу. Зная все эти особенности, врач сможет избежать непонимания поведения своего больного.

Американские медсестры обучаются искус-

ству прикасаться к больным. Вместе с тем, им следует знать, что ухаживая за больным ортодоксальной еврейской веры, прикасаться к больному запрещено.

Знание общих черт той или иной культуры нельзя переносить на каждого отдельного больного. Знания особенностей различных культур, религий и поведенческих моделей больных позволяют врачам разработать наиболее эффективный план лечения больных. Можно привести множество других примеров, когда врач может потратить уйму времени на разговор с пациенткой, пытаясь уговорить ее принять решение, касающееся ее здоровья, не зная, что традиционно в странах Азии, Ближнего Востока и Мексике окончательное решение остается за мужем.

Современная медицина доказала, что многие болезни вызываются микроорганизмами. Однако люди из разных культур могут иметь другое мнение и считать, что все болезни вызываются либо дисбалансом в организме человека, либо сглазом, либо божьей волей. И какое бы лечение таким больным не назначали, они не будут выполнять предписания врача.

Возникшее непонимание между врачом и пациентом или неуважительное отношение к религии может стоить врачу потери доверия среди его пациентов. Для многих пациентов религия является основой всех их жизненных ценностей, в том числе и здоровья. Так, например, некоторые больные могут отказаться от лечения, твердо веря, что их вылечить может только Бог. Мусульмане могут отказаться от эвтаназии в семье, веря, что это будет противоречить воле Аллаха. Сигхи 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 некоторые из них носят только при достижении определенного статуса при церкви, заслужив тем самым защиту Бога.

Ключом профессиональной компетентности в вопросах культурных различий могут стать два фактора: *знание и отношение*.

Знание: знать хоть что-то о различных религиях, культурах, ценностях и традициях очень важно. Никто не может знать абсолютно все о культуре каждой страны, но знать основные, наиболее типичные характеристики культуры, традиций, религий своих пациентов просто необходимо. При этом всегда следует помнить, что даже внутри той группы людей, которые являются вашими пациентами, существует широчайшее разнообразие поведенческих моделей, и каждый больной индивидуален и уникален. Поэтому никогда не стоит стесняться спросить своих больных о семье, традициях, культуре. Если врач поделится информацией о себе, это только укрепит взаимоотношения с больным.