

УДК 378.016:130.2:378.661
ББК 4104.5р

DOI 10.26170/по19-04-10
ГРНТИ 14.35.07

Код ВАК 13.00.08

Зеленина Лилия Евгеньевна,

кандидат педагогических наук, доцент кафедры профессионально-ориентированного языкового образования, Уральский государственный педагогический университет; 620017, г. Екатеринбург, пр-т Космонавтов, 26; e-mail: zel-liliya@yandex.ru

Митрофанова Ксения Александровна,

кандидат педагогических наук, доцент, доцент кафедры медицинской физики, информатики и математики, Уральский государственный медицинский университет; 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3; e-mail: kmits@mail.ru

Пенькова Елена Анатольевна,

старший преподаватель кафедры иностранных языков, Уральский государственный медицинский университет; 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3; e-mail: penkova7@gmail.com

МОДЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ МЕЖКУЛЬТУРНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: межкультурные коммуникации; компетентностный подход; медицинское образование; культурное многообразие; студенты-медики.

АННОТАЦИЯ. Формирование межкультурной компетенции во время обучения в вузе становится необходимым условием становления специалиста, в том числе в сфере здравоохранения. В связи с этим существует потребность в создании модели формирования межкультурной компетенции студентов медицинского вуза. Проведен компонентный анализ существующей модели межкультурной компетенции с целью определения подходящей структуры модели для студентов-медиков. В своем исследовании мы также предложили определение межкультурной компетенции. Межкультурная компетенция специалиста в сфере здравоохранения — это его или ее способность и готовность взаимодействовать с пациентом, а также оказывать качественную, равную, медицинскую помощь представителям различных культур, с учетом их традиций, поведения, национальных, этнических, религиозных, психологических особенностей, при этом проявляя уважение к ценностям установкам, социальному статусу, личностным характеристикам с целью достижения позитивных исходов лечения. Мы создали модель межкультурной компетенции специалиста сферы здравоохранения, которая включает в себя следующие компоненты: межкультурные знания, умения и навыки; качества личности, модели поведения или способы деятельности; мотивы, установки, нравственные идеи, необходимые для межкультурного взаимодействия. Все указанные выше компоненты не формируются отдельно, их развитие происходит в процессе обучения студента в медицинском вузе, последующего постдипломного образования, наряду с развитием и совершенствованием других культурных и профессиональных компетенций. Предложенная нами модель учитывает особенности профессиональной деятельности специалиста в сфере здравоохранения.

Zelenina Liliya Evgen'evna,

Candidate of Pedagogy, Associate Professor of the Department of Professionally-oriented Linguistic Education, Ural State Pedagogical University, Ekaterinburg, Russia.

Mitrofanova Ksenia Aleksandrovna,

Candidate of Pedagogy, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Medical Physics, Informatics and Mathematics, Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia.

Pen'kova Elena Anatol'evna,

Senior Lecturer of the Department of Foreign Languages, Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia.

THE MODEL OF DEVELOPING INTERCULTURAL COMPETENCE OF MEDICAL STUDENTS

KEYWORDS: intercultural communication; competence-based approach; medical education; cultural diversity; medical students.

ABSTRACT. The development of intercultural competence during university studies is a necessary component in healthcare specialist's training. Thus, there is a need to create the model of intercultural competence development in medical students. The component analysis of the existing model of intercultural competence was performed to determine an adequate structure of the model for medical students. We also provided the definition of the intercultural competence. The intercultural competence of a healthcare specialist is their ability and readiness to communicate with a patient providing qualitative, equal medical care to representatives of diverse cultures taking into account their traditions, behavior; national, ethnic, religious, psychological peculiarities showing respect to values, social status and personal characteristics to achieve positive treatment outcomes. We developed the model of intercultural competence of a healthcare specialist including intercultural knowledge, abilities and skills; personality traits, behavioral models or activities; motives, values, moral judgments necessary for intercultural communication. All the mentioned above components do not act separately; their development occurs during training at medical school, post-graduate studies combined with the improvement of other cultural and professional competencies. The model was developed according to characteristics of professional activity of a healthcare specialist.

Обучение межкультурной коммуникации студентов медицинских вузов все чаще признается важным компонентом системы медицинского образования в мире. Например, предлагается разработать руководства по включению программ обучения межкультурной коммуникации и иностранным языкам в качестве обязательных для специалистов сестринского дела, как на уровне вузовской подготовки, так и на уровне усовершенствования профессиональной квалификации, и внедрить их в Саудовской Аравии и других странах [6, с. 2]. В рекомендациях медицинского совета Великобритании по составлению образовательной программы будущих специалистов в области здравоохранения прописано, что студенты должны научиться уважать пациентов независимо от их образа жизни, культуры, убеждений, цвета кожи, пола, сексуальной принадлежности, инвалидности, возраста, социального и экономического статусов. Такие цели могут быть достигнуты прежде всего в процессе обучения межкультурной коммуникации [8, с. 684]. Межкультурное образование стало неотъемлемым компонентом всех ступеней образовательного процесса в Германии. Высшее образование в университетах или других специальных учебных заведениях, в том числе медицинского профиля, признано одним из важных этапов межкультурного образования. Будущие студенты — бакалавры, магистры и специалисты имеют различные альтернативы изучения межкультурной коммуникации [1, с. 162].

В отечественном высшем медицинском образовании обучение межкультурной коммуникации стало частью процесса подготовки специалистов сферы здравоохранения [4, с. 70]. Ведутся исследования по поиску оптимальных моделей и способов развития межкультурной компетенции студентов-медиков [2, с. 52; 5, с. 209]. В зарубежной литературе представлена модель развития межкультурной компетенции для медицинских работников [15, с. 230], в основу которой положены следующие компоненты: осознание влияния культуры на формирование индивидуального поведения и мышления; знание социального контекста, в котором проживает та или иная этническая группа; осознание своих собственных предрассудков и склонности к стереотипированию; способность передавать информацию таким образом, чтобы она была понятна пациенту, и использовать внешнюю помощь (например, переводчиков) по мере необходимости; способность адаптироваться к новым ситуациям гибко и креативно [15, с. 232]. Также одним из компонентов

межкультурной компетенции специалистов сферы здравоохранения называют понимание зависимости терапевтических эффектов (исходов лечения) от этнической принадлежности пациента. С точки зрения перспектив лечения врачи должны основывать свои клинические решения на двух компонентах: представленных симптомах и вероятности заболевания [15, с. 233]. Этническая составляющая может оказывать влияние на клинические проявления заболеваний, например, в дерматологии в случаях с разным цветом кожи [15, с. 235]. Встречаемость заболеваний может также отличаться в разных этнических группах (например, сахарный диабет очень распространен в Азии) [15, с. 234].

Проведенное исследование вопросов формирования, а также разработки моделей межкультурной компетенции позволило авторам данной статьи предложить собственную модель межкультурной компетенции специалистов сферы здравоохранения. Компетенцию мы понимаем как результат обучения межкультурной коммуникации студента медицинского вуза, который имеет уровни сформированности, требует дальнейшего развития путем постдипломного межкультурного образования, самообразования и саморазвития [3, с. 168]. Межкультурная компетенция рассматривается нами как основной элемент содержания межкультурного образования студентов-медиков, которое, в свою очередь, является важной составляющей медицинского образования. Под межкультурной компетенцией специалиста сферы здравоохранения мы понимаем способность и готовность взаимодействовать с пациентом, оказывать качественную, равную, медицинскую помощь представителям различных культур, учитывая традиции их поведения, национальные, этнические, религиозные, психологические особенности, уважая ценностные установки, социальный статус, личностные характеристики с целью достижения позитивных исходов лечения. Результатами сформированности межкультурной компетенции специалиста сферы здравоохранения, как мы полагаем, являются знания универсальных правил межкультурного общения; признание культурных норм другого народа; умение ориентироваться в новой культуре; терпение и принятие индивидуальных особенностей поведения пациента, внешнего вида, социального статуса, уровня образования, пола, возраста; искренняя заинтересованность и сочувствие к проблеме, нуждам и физическим недомоганиям другого человека; стремление понять точку зрения пациента по вопросу оказания

помощи; готовность объяснять необходимость того или иного способа лечения для улучшения здоровья больного. Одним из важнейших результатов развития межкультурной компетенции специалиста сферы здравоохранения, на наш взгляд, должно стать стремление к постоянному межкультурному образованию, самосовершенствованию и поиску культурных знаний. Кратко, межкультурная компетенция врача / медицинского работника — это готовность адекватно воспринимать представителя другой культуры со всеми его национальными и ментальными особенностями, а также способность меняться самому в условиях глобального культурного многообразия. Предлагаемая модель межкультурной компетенции специалиста сферы здравоохранения включает в себя следующие компоненты: межкультурные знания, умения и навыки; качества личности, модели поведения или способы деятельности; мотивы, установки, нравственные идеи, необходимые для межкультурного взаимодействия. Данные компоненты не формируются разрозненно, их развитие происходит в процессе обучения студента в медицинском вузе, последующего постдипломного образования, наряду с развитием и совершенствованием других культурных и профессиональных компетенций. Они представляют собой гармоничное единство качеств целостной, образованной, духовной, культурной личности специалиста. К межкультурным знаниям мы относим понимание универсальных правил межкультурного взаимодействия, позволяющих контактировать с представителями различных культур, этносов, национальностей, принимая и уважая культурные отличия пациента. Это правила использования вербальных и невербальных средств и способов взаимодействия с пациентом, независимо от его культурной и социальной принадлежности для достижения эффективных результатов лечения. Также сюда можно отнести знания кросс-культурной психологии и коммуникации в сфере здравоохранения, помогающие понимать различия во взглядах на медицинские услуги, здравоохранение, деятельность медицинских работников, поведение врача и пациента в зависимости от принадлежности к той или иной культуре, этносу, социальной группе. Кроме перечисленных, важным является знание своей собственной культуры, способствующее толерантному восприятию и интерпретации другой культуры, пониманию собственных стереотипов поведения и мышления, осознанию многообразия культурных отличий людей. Следующие важные компоненты модели межкультурной компетенции спе-

циалиста сферы здравоохранения — умения и навыки. Умения мы определяем как владение способностью применять знания в практике межкультурного общения, а навыки как приемы деятельности, компоненты умений, доведенные до совершенства (автоматизированные умения). Основными здесь являются способность справляться с ситуациями, вызывающими дискомфорт в связи с культурной или социальной непохожестью пациента, преодоления культурных предрассудков, стереотипов и условностей поведения; умение вести диалог в условиях большой социальной и культурной дистанции [11, с. 550], навыки установления позитивных межличностных отношений с пациентом, взаимопонимания и сотрудничества для достижения удовлетворенности оказываемой медицинской помощью и лучших исходов для здоровья; навыки приспособления (адаптации) медицинской помощи к нуждам и ожиданиям пациента, достижения понимания со стороны пациента необходимости медицинских манипуляций, режима и способов лечения. Немаловажное значение имеют умения терпеливо объяснять пациенту важность медицинского вмешательства, составлять индивидуальный план лечения с учетом культурных, социальных и национальных особенностей больного, понимая важность влияния чужого мнения, принципов, ценностей на результаты медицинского ухода. Современный медицинский специалист должен владеть способностью обобщать и критически анализировать информацию, относящуюся к здоровью человека и человечества, которые позволяют выйти за пределы известных этнических и культурных фактов и выявлять факторы, влияющие на состояние здоровья людей, к которым относятся войны, травмирующие ситуации, загрязнение экологии и рост глобальной экономики, местных национальных экономик, социальные потрясения [10, с. 618]. Кроме того, нужно иметь умения и навыки привлечения третьих лиц (переводчиков, этнографов, психологов, членов семьи и т.д.) и/или технических средств, инструментов для полноценного взаимодействия с пациентом и включения его в процесс излечения.

Что касается такого необходимого компонента межкультурной компетенции специалиста сферы здравоохранения, как личные качества, то к самым главным мы вслед за другими исследователями отнесем толерантность и гибкость [7, с. 25]. Также важное значение имеют культурная восприимчивость и культурная гармония. Культурная (межкультурная, межличностная) восприимчивость, связанная со способностью ценить и уважать убеждения, культуру и пове-

дение пациентов [14, с. 15], способность слышать больного, желание и способность предугадывать его реакцию. Культурная гармония — правильное осознание и понимание как своей собственной культуры, так и других культур, отказ от стереотипов восприятия [13, с. 232]. Безусловно, работник сферы здравоохранения должен обладать такими личными свойствами, как рефлексия и эмпатия, которые помогают установить эмоциональный контакт с пациентом. Под рефлексией понимается стремление увидеть себя и свою деятельность глазами пациента, относящегося к другой культуре; осознание оценки и восприятия себя другим человеком с его позиции. Эмпатия — осознанное сопереживание эмоциональному и физическому здоровью другого человека, готовность помочь, уважение чувств пациента, независимо от его культурной, этнической, социальной принадлежности. Перечисленные качества позволяют создать доверительные отношения с пациентом, снять состояние тревожности, недоверия, сомнения, страха; способствуют развитию полноценного диалога, сотрудничества, что, в свою очередь, благоприятно влияет на исходы лечения. Необходимо отметить, что данные качества личности специалиста сферы здравоохранения могут принести пользу только в сочетании с уверенностью в правильности своих действий, высокой стрессоустойчивостью и ответственностью за принимаемые решения. В этом случае, несмотря на культурные различия, разницу взглядов на оказание медицинской помощи, поведение врача и пациента могут быть достигнуты качественные результаты исцеления. Немаловажными качествами личности специалиста в условиях межкультурной коммуникации являются тяга к новым знаниям, открытиям, любознательность, желание познать мир во всем его культурном разнообразии [12, с. 6]. К моделям поведения или способам деятельности отнесем, прежде всего, сотрудничество с пациентом как с представителем другой культуры, совместная деятельность, кооперация, результатом которых должно стать излечение пациента. В этом случае важно «перетянуть» его на свою сторону, объяснить необходимость тех или иных медицинских манипуляций, соблюдения плана лечения, дать возможность понять неотвратимость медицинской помощи, приема лекарственных препаратов, несмотря на внутренние культурные или религиозные запреты и установки. Информацию о лечении нужно давать в доступной и понятной для пациента форме. Здесь большую роль играют терпеливое убеждение, разъяснение, диалог. Главным является этическое, тактичное, ува-

жительное поведение и отношение к пациенту, без осуждения, ненавязчивое достижение обратной связи. Нет необходимости давать свои оценочные суждения о взглядах и убеждениях пациента, скорее, надо постараться понять его, принять его точку зрения и, если она мешает лечению, переубедить его, понимая, как сложно ему понять врача. Помогает самопрезентация, компетентное объяснение пользы лечения для здоровья, сочувствие и поддержка, способность поставить себя на место больного. Для успешного достижения результата лечения требуется сочетание перечисленных моделей поведения с хорошо развитой речью, самообладанием, умением слушать и терпением.

Регулировать модели поведения, выбирать необходимые способы деятельности в условиях межкультурного взаимодействия невозможно, не имея мотивации и ценностных установок, поэтому мы включаем мотивы и установки в качестве компонента межкультурной компетенции специалиста сферы здравоохранения. Установка на общение (взаимодействие), слушание, вежливость и доброжелательность. Пациент должен понять, что его уважают, ему хотят помочь, он не порицаем, несмотря на свое культурное или социальное отличие, проблемы с пониманием и восприятием. В медицине важной является установка помочь человеку, кем бы он ни был, он имеет право на медицинскую помощь. У специалиста должна быть очень высокой мотивация к оказанию медицинских услуг в условиях многокультурного общения. Крайне важными являются такие ценностные установки, как моральное рассуждение и межкультурная осознанность [9, с. 42]. Моральное рассуждение — основа этического поведения специалиста сферы здравоохранения, поиск адекватных ответов на моральные дилеммы, связанные с оказанием равной этической медицинской помощи пациенту, независимо от его культурной и социальной принадлежности. Межкультурная осознанность тесно связана с желанием и способностью воспринимать другого человека, чувствовать его состояние. Перечисленные мотивы и установки медицинского работника опираются на идею социального равенства и социальной справедливости. Предложенные компоненты межкультурной компетенции, на наш взгляд, удовлетворяют потребностям отечественного медицинского образования, так как они дают ясное представление о сущности и содержании межкультурного образования специалиста сферы здравоохранения; полноценно выражают требования к результатам подготовки, полноценно выражая способности, которыми должен владеть специалист в условиях

поликультурного здравоохранения; ориентируют процесс обучения межкультурной коммуникации на достижение эффективных и качественных результатов, что, в

свою очередь, позволяет подобрать оптимальные методы обучения, решать вопросы оценки уровня развития межкультурной компетенции и ее отдельных компонентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белозерова А. А., Корнеева Л. И. Межкультурное образование в Германии // Известия Уральского федерального университета. Серия 1: Проблемы образования, науки и культуры. — 2016. — Т. 22. — № 3 (153). — С. 161-170.
2. Зеленина Л. Е., Митрофанова К. А. Обучение межкультурной коммуникации в системе профессионального образования: подготовка специалистов в сфере здравоохранения // Педагогическое образование в России. — 2019. — № 1. — С. 50-54.
3. Митрофанова К. А. Компетентностный подход в медицинском образовании: опыт зарубежных исследователей // Профессиональное образование в России и за рубежом. — 2015. — № 3 (19). — С. 167-171.
4. Митрофанова К. А. Перспективы гуманитарных наук в медицинском образовании // Инновации в образовании. — 2015. — № 4. — С. 60-72.
5. Митрофанова К. А. Филологическое образование в системе профессионального образования в медицинском вузе // Казанская наука. — 2013. — № 4. — С. 208-210.
6. Cruz J. P., Alquwez N., Cruz C. P., Felicilda-Reynaldo R. F. D., Vitorino L. M., Islam S. M. S. Cultural competence among nursing students in Saudi Arabia: a cross-sectional study // International Nursing Review. — 2017. — № 64 (2). — P. 1-9.
7. Dasli M. Reviving the moments: From cultural awareness and cross-cultural meditation to critical intercultural language pedagogy // Pedagogy, Culture & Society. — 2011. — № 19 (1). — P. 21-39.
8. Dogra N., Wass V. Can we assess students' awareness of cultural diversity? A qualitative study of stakeholders' views // Medical Education. — 2006. — № 40. — P. 682-690.
9. Günçavdı G., Polat S. Level of Intercultural Competence of International Students at Kocaeli University // Universal Journal Of Educational Research. — 2016. — № 4 (12A). — P. 39-45.
10. Kai J., Spencer J., Wilkes M., Gill P. Learning to value ethnic diversity — what, why and how? // Medical Education. — 1999. — № 33. — P. 616-623.
11. Koehn P. H., Swick H. M. Medical education for a changing world: Moving beyond cultural competence into transnational competence // Acad Med. — 2006. — № 81. — P. 548-556.
12. Marino R., Ghanim A., Morgan M., Barrow S. Cultural competency and communication skills of dental students: clinical supervisors' perceptions // European Journal of Dental Education. — 2016. — P. 1-8.
13. Odağ Ö., Wallin H. R., Kedzior K. K. Definition of intercultural competence according to undergraduate students at an International University in Germany // Journal of Studies in International Education. — 2018. — P. 13-18.
14. Root E. Staging scenes of co-cultural communication: Acting out aspects of marginalized and dominant identities // Communication Teacher. — 2018. — № 32 (1). — P. 13-18.
15. Seeleman C., Suurmond J., Stronks K. Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning // Medical Education. — 2009. — № 43. — P. 229-237.

REFERENCES

1. Belozerova A. A., Korneeva L. I. Mezhhkul'turnoe obrazovanie v Germanii // Izvestiya Ural'skogo federal'nogo universiteta. Seriya 1: Problemy obrazovaniya, nauki i kul'tury. — 2016. — T. 22. — № 3 (153). — S. 161-170.
2. Zelenina L. E., Mitrofanova K. A. Obuchenie mezhhkul'turnoy kommunikatsii v sisteme professional'nogo obrazovaniya: podgotovka spetsialistov v sfere zdravookhraneniya // Pedagogicheskoe obrazovanie v Rossii. — 2019. — № 1. — S. 50-54.
3. Mitrofanova K. A. Kompetentnostnyy podkhod v meditsinskom obrazovanii: opyt zarubezhnykh issledovateley // Professional'noe obrazovanie v Rossii i za rubezhom. — 2015. — № 3 (19). — S. 167-171.
4. Mitrofanova K. A. Perspektivy gumanitarnykh nauk v meditsinskom obrazovanii // Innovatsii v obrazovanii. — 2015. — № 4. — S. 60-72.
5. Mitrofanova K. A. Filologicheskoe obrazovanie v sisteme professional'nogo obrazovaniya v meditsinskom vuze // Kazanskaya nauka. — 2013. — № 4. — S. 208-210.
6. Cruz J. P., Alquwez N., Cruz C. P., Felicilda-Reynaldo R. F. D., Vitorino L. M., Islam S. M. S. Cultural competence among nursing students in Saudi Arabia: a cross-sectional study // International Nursing Review. — 2017. — № 64 (2). — P. 1-9.
7. Dasli M. Reviving the moments: From cultural awareness and cross-cultural meditation to critical intercultural language pedagogy // Pedagogy, Culture & Society. — 2011. — № 19 (1). — P. 21-39.
8. Dogra N., Wass V. Can we assess students' awareness of cultural diversity? A qualitative study of stakeholders' views // Medical Education. — 2006. — № 40. — P. 682-690.
9. Günçavdı G., Polat S. Level of Intercultural Competence of International Students at Kocaeli University // Universal Journal Of Educational Research. — 2016. — № 4 (12A). — P. 39-45.
10. Kai J., Spencer J., Wilkes M., Gill P. Learning to value ethnic diversity — what, why and how? // Medical Education. — 1999. — № 33. — P. 616-623.
11. Koehn P. H., Swick H. M. Medical education for a changing world: Moving beyond cultural competence into transnational competence // Acad Med. — 2006. — № 81. — P. 548-556.
12. Marino R., Ghanim A., Morgan M., Barrow S. Cultural competency and communication skills of dental students: clinical supervisors' perceptions // European Journal of Dental Education. — 2016. — P. 1-8.
13. Odağ Ö., Wallin H. R., Kedzior K. K. Definition of intercultural competence according to undergraduate

students at an International University in Germany // Journal of Studies in International Education. — 2018. — P. 13-18.

14. Root E. Staging scenes of co-cultural communication: Acting out aspects of marginalized and dominant identities // Communication Teacher. — 2018. — № 32 (1). — P. 13-18.

15. Seeleman C., Suurmond J., Stronks K. Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning // Medical Education. — 2009. — № 43. — P. 229-237.