

# 跨文化医患沟通的影响因素与能力提升途径\*

韩 叶<sup>1</sup>, 路 璐<sup>1\*\*</sup>, 吴 昊<sup>1</sup>, 许 晶<sup>2</sup>

(1 海军军医大学国际军事医学交流中心, 上海 200433, [calliehanye@163.com](mailto:calliehanye@163.com);

2 海军军医大学第二附属医院长征医院肾内科, 上海 200003)

〔摘要〕构建人类卫生健康共同体, 深入了解跨文化医患沟通影响因素必不可少。不同健康信仰、文化价值观和沟通中介影响跨文化医患沟通, 进而影响就医满意度和治疗依从性。医学教育应采用建构主义学习理念、提倡保持谦逊的文化态度、纳入更多的患者视角以及采用跨文化教学模式来提升医学生和医护人员跨文化医患沟通能力, 进而建立相互信任、相互理解的医患关系。

〔关键词〕跨文化沟通; 建构主义学习理念; 文化谦逊; 患者视角; 跨文化教学模式

〔中图分类号〕R197.32 〔文献标志码〕A 〔文章编号〕1001-8565(2022)02-0206-05

DOI:10.12026/j.issn.1001-8565.2022.02.17

## Influencing Factors of Cross-cultural Communication between Medical Professionals and Patients and Ways to Improve Competence

HAN Ye<sup>1</sup>, LU Lu<sup>1</sup>, WU Hao<sup>1</sup>, XU Jing<sup>2</sup>

(1 International Exchange Center for Military Medicine,

Naval Medical University, Shanghai 200433, China, E-mail: [calliehanye@163.com](mailto:calliehanye@163.com);

2 Department of Nephrology, the Second Affiliated Hospital of Naval Medical University,  
Shanghai Changzheng Hospital, Shanghai 200003, China)

**Abstract:** In order to build a global community of health for all, it is necessary to deeply understand the influencing factors of cross-cultural communication between medical professionals and patients. Factors such as different health beliefs, cultural values and communication mediators influence cross-cultural communication between medical professionals and patients, and then affect the medical satisfaction and treatment compliance. Medical education should adopt the learning concept of constructivism, advocate maintaining a humble cultural attitude, incorporate more patient perspectives and adopt cross-cultural teaching mode to improve the cross-cultural communication competence of medical students and medical staff, so as to establish a relationship based on communication and understanding.

**Keywords:** Cross-cultural Communication; Constructivist Learning Theory; Cultural Humility; Patient Perspective; Cross-cultural Teaching Model

习近平总书记在 2021 年的全球健康峰会发表讲话时呼吁二十国集团着力提高应对重大突发公共卫生事件能力和水平, 共同推动构建人类卫生健康共同体。目前, 国际上, 流行病及传染病的传播处于全球化态势, 国际医学交流与合作日益密切,

中国积极开展国际人道主义援助, 医疗机构人员及患者语言和文化呈现多样性。我国不同地域和民族存在文化差异, 有着不同的文化习俗, 患者就医流动性增大, 流动性医疗服务更为常见。已有研究表明<sup>[1-2]</sup>, 在跨文化医患沟通中, 忽视患者的文化习

\* 基金项目: 上海市高等教育学会 2021 年度规划研究课题“基于 Moodle 的‘医学跨文化交际平台’的设计与应用研究”(Y2-23)

\*\* 通信作者, E-mail: [xiaolu\\_Q23@163.com](mailto:xiaolu_Q23@163.com)

俗、健康文化价值观方面的差异等会导致医患沟通误解、门诊效率低下,甚至发生医患冲突。医护人员的跨文化医患沟通能力培养对于加强国际医学交流与合作以及改进国内医疗服务都有着积极的意义。

## 1 跨文化医患沟通

文化有广义和狭义之分,广义文化指“人类社会发 展所创造的物质财富和精神财富的总和,包括物质文化、制度文化和心理文化”;狭义的文化指“人们普遍的社会习俗,如衣食住行、风俗习惯、生活方式以及行为规范等”<sup>[3]</sup>。跨文化医患沟通是指不同文化背景下的医务人员(包括医生、护士等)与患者方面(包括患者、患者亲属、监护人等)围绕诊疗、服务与健康等相关因素,在医疗服务过程中开展的沟通交流。

尽管在全球范围内良好的医患沟通正在成为二十一世纪高质量医疗服务的重要条件之一,不同文化的医护人员对良好的医患沟通却看法不一。有研究者对来自不同国家的三所医学院校有过医患接触的并且有不同文化信仰的医学生进行访谈,结果发现这些来自不同社会文化的医学生对良好医患沟通的看法存在分歧,主要体现在性别、家庭和情感表达三方面<sup>[4]</sup>。目前,跨文化医患沟通能力研究主要包括特定沟通行为,指的是心理和情感上认同沟通对象的能力(即移情),以及生活在不同文化中的经历以及说第二语言的能力,目的是为个体族群探索恰当且有效的沟通方式<sup>[5]</sup>。也有研究者发现,不同民族的非言语行为——情感识别(如愤怒、厌恶、恐惧、快乐、悲伤、惊讶和中性表情)以及对表达以上情感的声调识别也是跨文化医患沟通的影响因素<sup>[6]</sup>。以上研究可见,跨文化医患沟通因文化而异,内涵又是复杂的,既包括言语沟通,又包括非言语沟通。提升跨文化医患沟通能力需要医护人员在多元文化医疗环境中,不仅掌握相关医疗知识,还需要具备足够的跨文化意识,了解影响经历“病痛”的患者话语所负载的不同文化因素,运用一定的技巧与策略,开展有效的跨文化医患沟通。

## 2 跨文化医患沟通影响因素

### 2.1 健康信仰

文化不同决定了人们对疾病的体验不同,健康信仰指人们如何看待健康和疾病,如何认识疾病的

严重程度及易感性,如何认识采取医疗措施后的效果及采取措施所遇到的障碍。健康信仰体现在跨文化医患沟通中交谈者本身,影响医患话语、情感和行为,以及对话是否引起歧义,沟通是否通畅,交谈是否取得既定目标。常见健康信仰分为超自然(宗教健康信仰)、整体观念、科学论(生物医学健康信仰)等。对疾病的体验方面,当代西方文化秉持自然主义、自主性和个人主义,医学哲学思想是身体与心灵的分离。而东方文化相信“整体论”,即人体是一个与环境高度相关的整体,如中医学非常重视人体本身的统一性、完整性及其与自然界的相互关系,认为人体是一个有机的整体,构成人体的各个组成部分之间在结构上不可分割,在功能上相互协调、互为补充,在病理上则相互影响<sup>[3]</sup>。

Lefebvre的民族医学话语空间理论认为医学话语具有民族性。就我国而言,藏族有传统藏医,苗族有传统苗医,不同的民族文化和医学观念会产生民族空间性话语以及医学话语空间。这些不同医学体系与西方生物医学的理念有着明显差异,它们会直接影响这些民族的人们看待疾病和治疗疾病的观点以及就医时的行为和预期,给跨文化医患沟通带来障碍<sup>[7]</sup>。

### 2.2 文化价值观

文化价值观是文化群体跨文化沟通的“烙印”,在医护人员、患者、家庭成员互动时影响决策过程、权力关系、性别角色等。

文化价值观影响决策过程中医患双方对患者自主权的认知。尊重患者自主权意味着允许患者对他们的医疗护理作出知情选择,深刻影响患者和家属对疾病和痛苦的理解,对痛苦的表达、对护理的期望、对未来的希望以及对死亡的看法。具有个人主义价值观的群体更看重个人的自主权,而一些文化则倾向于不直接告知患者患有危及生命的疾病。一些亚洲、中南美洲、中东、东欧和部分西欧国家的文化中,医疗专业人士向患者隐瞒严重病情是常见的现象<sup>[8]</sup>。目前,以患者和家庭为中心的共享决策逐渐被公认为是医疗决策的最佳方法。共享决策在很大程度上取决于医生和决策者(如患者或父母)之间的沟通质量,因此容易受不同文化背景的影响<sup>[9]</sup>。由于语言文化不通,一些移民患者会将决策权交给医生,决策的过程和结果可能与患者国家医学文化

相悖<sup>[10]</sup>。文化差异导致不同的价值观和优先等级,可能会影响门诊和住院环境中的共享决策过程。

此外,跨文化医患对话具有权力不对称性。有时医护人员会遇到不服从、不合作、无助或采取轻微对抗行为的患者,社会阶层、年龄、民族和性别等因素都可能导致患者作出这些反抗行为<sup>[11]</sup>。然而,随着信息技术的发展以及以患者为中心的医疗服务理念的流行,跨文化医患关系中的权力关系也在不断变化。过去的患者由于自身教育的受限以及信息获取不便等原因在医患对话中处于弱势地位,而现在随着信息技术的发达,医学知识更容易获取,医患对话的权力关系有所转变,面对已经在网络上获取相关知识以及充分准备好相关问题的患者时,医生常常会有一种无力感<sup>[4]</sup>。

不同文化背景的医患沟通也在性别身份方面存在差异性。欧洲和美国的研究结果表明<sup>[12]</sup>,与男医生相比,女医生倾向于采取更多以患者为中心的行为,包括情感交谈、提问、更长时间的咨询和建立融洽关系。也有研究发现<sup>[4]</sup>,在有的国家(如英国),性别基本上不会影响医患沟通,而在另一些国家(如埃及和印度),性别却是非常重要的影响因素。性别角色在医患沟通中呈现出不同分工以及被给予不同期待和“生活世界”的文化密切相关。

### 2.3 沟通中介

医疗机构人员的语言能力和文化能力影响跨文化医患沟通,其中语言主要指语言的流利度和沟通中介等<sup>[13]</sup>。尽管有时亲戚朋友会担当起医生和患者之间沟通的桥梁,然而为了保证信息传达的准确性和公正性,使用专业口译员优于使用工作人员或家庭成员<sup>[14]</sup>。专业口译员经过专业培训,是跨文化医患沟通中理想的沟通中介。他们是患者、家属和临床医生对话的直接参与者,帮助解决语言和文化困难以及沟通困难<sup>[15]</sup>。准确的翻译对于医生与患者和医生与患者家属的互动至关重要,因为它能够表现出对他人意见和个人的尊重,有助于建立互信的关系,提高就医的满意度;反之,不合格的翻译会影响医生开展具有文化敏感度的医学实践,进而会给患者及其家属带来挫折感,甚至产生误解。

## 3 提升跨文化医患沟通能力的途径

### 3.1 基于建构主义学习理念

提升跨文化医患沟通能力并不是重复堆砌学

习其他文化的具体事实,这样在某种程度上会导致学习者产生刻板印象<sup>[16]</sup>,建构主义学习理论基于认知心理学,强调学习者的主动性,强调“情境”“协作”“会话”和“意义建构”。在基于建构主义学习方式的学习中,学习者参与创设与学习内容相关的情境,利用已有的经验习得新知识、构建理解和生成意义。芬兰国家卫生与福利研究所的教育者基于这个学习理念,采用讲故事的方式,培训护理人员跨文化意识和跨文化医患沟通能力<sup>[17]</sup>。教育者通过讲述真实事例、故事、图片来呈现文化的不同维度,设计问答模块,利用现实生活中的经验促进学习者采用多样观点,理解未知的理论情境、规范和价值观。在叙事的过程中,教育者和培训者共同重现“情境”,进行“协作”或“会话”,建构“意义”。以讲述、反省、解决问题为主的建构主义学习方式有助于了解自身文化特征、改变思维方式、形成对交际实践的新观点以及解释某一行为的可行性,帮助受训者更好地认识到患者不同文化特征,也可以提升患者对医护人员职业精神和专业能力的认可度。

### 3.2 保持谦逊的文化态度

谦逊的文化态度帮助医护人员审视文化价值观、歧视,并重新形成发现,目的是在跨文化医患沟通中建立诚实和值得信赖的关系<sup>[18]</sup>。Anne Fadiman在《病魔附体》中提到跨文化医患沟通中在策略上要注意:文化能力的获取,具备另一个文化的知识,以及知识实践(如能够使用该民族的语言);文化谦逊,不宜粗暴地以自身的医学信仰来取代、否定,甚至修正另一个文化的医学信仰,或者打断另一个文化中的医学信仰叙事;文化反应,鼓励毫无偏见地倾听来自不同文化的患者的心声<sup>[19]</sup>。文化谦逊涉及对个人、职业、历史、现状的反思,有助于打破刻板印象,对“异国”患者保持一种开放的态度,对多样文化保持包容的心态,和患者一起对治疗方案进行协商,提高患者就医的满意度和治疗的依从性。

### 3.3 纳入患者视角

医生和患者在医疗情境中运用不同的话语,患者常常试图把回答扩大到医生所需要的范围之外,这要求医生在诊疗中有必要纳入更多患者的视角<sup>[20]</sup>。纳入患者视角意味着在跨文化医患沟通中,医护人员需要获得患者及其家属对疾病性质和原因的看法和解释,这也是医护人员临床胜任力的基础。人

类学家 Kleinman 提出跨文化疾病解释模型<sup>[21]</sup>,通过询问“您怎么称这种疾病?”“导致疾病的主要问题是什么?”“生这个病,您最怕什么?”等开放式问题来帮助来自其他文化环境的患者更好地描述对疾病的认识和感受。Stewart 建立解释模型来获取患者疾病体验,模型包括患者对疾病的看法、疾病对身体机能的影响、患者的感受以及对治疗的期望<sup>[22]</sup>。纳入患者视角,要求医护人员在“以患者为中心”的沟通技巧基础上,尊重患者的意愿,满足其心理需求,尊重患者的人格,表现出友好而开放的态度,对可能存在的文化差异做出适当的反应,建立医患之间的尊重与信任<sup>[5]</sup>。

### 3.4 采用跨文化沟通教学模式

一些医疗机构和院校研究者开发了跨文化医患沟通能力培养模式,帮助医务工作者克服沟通和文化障碍。系统的跨文化医患沟通教学模式可以帮助教育者培养医学生和医护人员的文化敏感性,为开展基于信任和合作的跨文化医患沟通提供指导和方法论。目前主要有两种,一是 LEARN 模式<sup>[23]</sup>,具体有:通过倾听患者;解释疾病治疗方案;确认患者反馈和理解;推荐最理想方案和协商并达成一致。医学教育中医患跨文化沟通常用的另外一种模式是加利福尼亚大学的研究者们设计的 RESPECT 模式<sup>[24]</sup>,包括建立融洽关系、共情、支持、合作、阐释、具备文化能力和建立信任。两种模式都将医患之间的文化差异纳入考虑范畴,培养受训人员以开放、尊重的态度来倾听、沟通、理解和协商,最终采取能够被患者文化所接受的治疗方案。

此外,面对不同文化背景的患者,在协商最终治疗方案时,重要的是促进、评估和确认患者对方案的理解,美国北卡罗来纳州健康素养计划提倡采用“回授法”,也称“向我展示法”<sup>[25]</sup>。“回授法”通过要求患者用自己的语言陈述需要了解或即将采取的医疗措施来确认患者是否理解,是否能够遵循特定指示(如怎样使用吸入器)。“回授法”可以帮助医生了解最常被患者误解的沟通方式,促进医患双方相互理解,减少回电和取消预约的次数,提高患者就医满意度,进而提高治疗依从性。

## 4 结论

跨文化医患沟通能力的提升有助于提高医疗质量和消除种族、民族健康差异,推动建设人类卫

生健康共同体。对于医护人员而言,贯彻了“以患者为中心”的医疗服务理念,有助于建立相互沟通、相互理解的医患关系,找到“最佳治疗方案”。然而,当前世界处于不断变化之中,文化和医疗实践也是如此,跨文化医患沟通也将呈现新的特征。为了提高跨文化医患沟通的有效性,教育者和医疗卫生实践者需要不断完善跨文化医患沟通培养途径,用发展的眼光、理论联系实际来解决当前问题。此外,跨文化医患沟通涉及多学科,涵盖人类学、社会学、心理学、语言学、政治学等跨专业知识,反思和探索沟通途径的时候还要采取多种视角。

### 〔参考文献〕

- [1] Napier A D, Ancarno C, Butler B, 等.健康领域的文化能力[J].中国卫生政策研究,2016,9(2):71-78.
- [2] 韩叶,章志萍.新型军事医学人才跨文化能力培养[J].解放军医院管理杂志,2020,27(9):895-898.
- [3] 尹梅,王锦帆.医患沟通[M].北京:人民卫生出版社,2020:165-174.
- [4] Mole T B, Begum H, Cooper-Moss N, et al. Limits of “patient-centeredness”: valuing contextually specific communication patterns[J]. Medical Education, 2016, 50(3): 359-369.
- [5] 陶思怡,梁立波,刘伟,等.跨文化视域下医患沟通问题分析与再思考[J].中国医学伦理学,2020,33(1):71-74.
- [6] Coelho K R, Galan C. Physician Cross-Cultural Nonverbal Communication Skills, Patient Satisfaction and Health Outcomes in the Physician-Patient Relationship[J]. International Journal of Family Medicine, 2012; 376907.
- [7] 李静燕,杨燕,王庆奖,等.话语空间与叙事策略——基于云南少数民族医学的研究[J].贵州民族研究,2019,40(10):136-142.
- [8] Kagawa-Singer M, Blackhall L. Negotiating Cross-Cultural Issues at the End of Life: You Got to Go Where He Lives[J]. JAMA, 2011, 286(23): 2993-3001.
- [9] Kon A A, Davidson J E, Morrison W, et al. Shared

- decision making in ICUs; an American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society policy statement [J]. *Crit Care Med*, 2016, 44(1): 188-201.
- [10] Lo M C. Cultural brokerage: Creating linkages between voices of lifeworld and medicine in cross-cultural clinical settings[J]. *Health*, 2010, 14(5): 484-504.
- [11] Lupton D. 医学的文化研究: 疾病与身体 [M]. 3 版. 苏静静, 译. 北京: 北京大学医学出版社, 2016: 164-166.
- [12] Fochsen G, Deshpande K, Thorson A. Power Imbalance and Consumerism in the Doctor-Patient Relationship: Health Care Providers' Experiences of Patient Encounters in a Rural District in India[J]. *Qualitative Health Research*, 2006, 16(9): 1236-1251.
- [13] Woodward-Kron R, Fraser C, Rashid H, et al. Perspectives of junior doctor intercultural clinical communication: Lessons for medical education [J]. *Focus on Health Professional Education*, 2016, 17(3): 82-95.
- [14] Mc Carthy J, Cassidy I, Graham M M, et al. Conversations through barriers of language and interpretation [J]. *The British Journal of Nursing*, 2013, 22(6): 335-339.
- [15] Matteliano M A, Street D. Nurse practitioners' contributions to cultural competence in primary care settings[J]. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2012, 24(7): 425-435.
- [16] Kumagai A K, Lyson M L. Beyond cultural competence: critical consciousness, social justice, and multicultural education [J]. *Academic Medicine Journal of the Association of American Medical Colleges*, 2009, 84(6): 782.
- [17] Kaihlanen A M, Hietapakka L, Heponiemi T. Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training[J]. *BMC Nursing*, 2019, 18(1): 1-9.
- [18] Yeager K A, Bauer-Wu S. Cultural humility: essential foundation for clinical researchers [J]. *Applied Nursing Research*, 2013, 26(4): 251-256.
- [19] Fadiman A. *The Spirit Catches You and You Fall Down: A Hmong Child, Her American Doctors and the Collision of Two Cultures* [M]. NY: Farrar, Straus, Giroux, 1997: 131.
- [20] 刘生琰, 张丽萍. 医学人类学视阈下疾病认知与医患关系的文化逻辑研究——以热贡女性生育为个案[J]. *兰州大学学报(社会科学版)*, 2019, 47(6): 28-34.
- [21] Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, Illness, and Care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research [J]. *Annals of Internal Medicine*, 1978, 88(2): 251-258.
- [22] Stewart M, Brown J, Weston W, et al. *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method* [M]. Florida: CRC Press, 2013.
- [23] Ladha T, Zubairi M, Hunter A, et al. Cross-cultural communication: Tools for working with families and children[J]. *Paediatr Child Health*, 2018, 23(1): 66-69.
- [24] Mutha S, Allen C, Welch M. *Toward culturally competent care: A toolbox for teaching communication strategies* [M]. San Francisco, CA: Center for Health Professions, University of California, 2002.
- [25] Farris C. The teach-back method[J]. *Home Healthcare Now*, 2015, 33(6): 344.

收稿日期: 2021-08-30

修回日期: 2021-11-30

(编辑 张茜)