

# 西方医患互动话语分析研究

刘 畅

(吉林大学 公共外语教育学院, 长春 130012)

**摘 要:** 医患互动话语研究用以分析医生与患者在互动过程中的语言沟通现象及其规律, 而开展此研究的目的是为了了解不同话语对互动过程和结果所产生的影响。对西方医患互动话语研究最新动态和重要成果进行梳理和分析, 并对当代西方学者对医患互动话语模式、医患互动过程中的沟通行为、医患互动话语社会文化因素和医患互动话语的微观权利进行深入系统研究, 旨在对中国医患互动话语研究有所启示和借鉴。

**关键词:** 医患互动模式; 沟通行为; 微观权利

中图分类号: C91; H0 文献标志码: A 文章编号: 1007-4937(2015)06-0099-04

医生与患者之间的互动是一个沟通交流的过程。治疗通常始于一段对话。许多学者都不断强调沟通在医疗实践过程中的重要性。特南鲍姆通过对健康服务管理和政策方面的研究发现, 即使在当代医疗服务中, 科学技术起着重要的作用, 临床医疗过程中最重要的环节仍然是医生和病人之间的谈话<sup>[1]</sup>。哈佛医学院的著名学者米施勒也认为, 医生和患者之间的谈话组成了临床医学实践的重要组成部分, 构成了临床医学工作的重心<sup>[2]12</sup>。医生和患者之间互动的质量决定了患者对医疗服务的满意程度。同时, 互动成功与否还将影响医生诊断的正确性、病人对治疗方案的认可与遵守, 以及医生和患者之间良好关系的建立。因此, 通过对医患互动过程的研究, 可以找到互动过程中所存在的问题, 并给出具体的指导性意见。

国外学者普遍重视社会问题与医学问题的结合研究, 他们既强调医学中社会现象的宏观研究, 也注意对医学中社会问题的微观研究, 而后者正是国内研究人员容易忽略的问题和研究视角。国内学者更多地重视对医患互动中问题的研究, 而对于医患互动过程的研究却不多见。本文主要对西方医患互动话语的研究动态进行深入分析, 其具体表现为: 医患互动话语的模式研究、医患互动过程中的沟通行为研究、医患互动话语的社会文化因素分析, 以及医患互动话语的微观权利研究。

收稿日期: 2015-07-06

作者简介: 刘畅(1982—), 女, 吉林长春人, 讲师, 博士研究生, 从事社会语言学和语言会话分析研究。

## 一、医患互动话语模式研究

米施勒在哈佛医学院任职教授期间, 从话语的角度对医患互动进行了研究。米施勒把医疗门诊话语描述成两种“不同声音”的对话, 由于它们来自不同意义域, 很有可能会导致互动的冲突<sup>[2]121</sup>。米施勒所提到的这两种声音分别指“医学声音”和“生活世界声音”。西方医学和其相关话语趋向于在生物医学模式的框架下运作, 这种还原论的方法把疾病视为独立于社会行为的实体, 而且认为疾病完全可以用偏离正常的、可测量的生物学变量来说明。因此, 医生的主要任务就是向病人寻求疾病方面的信息, 给出诊断并进行治疗。米施勒认为, 医疗培训经常强调学生的科学技巧及诊断特殊疾病的能力, 而不是把病人看作是一个有生命的个体<sup>[2]19</sup>。

医疗访谈中患者所使用的语言被称为“生活世界的声音”, 因为这种声音经常被病人使用来讨论与其在某一特定时间就医相关的生理、社会和文化因素。医生经常认为这种“生活世界声音”与诊疗是不相关的, 并且试图忽视这种声音。米施勒描绘了生物医疗模式下, “医学声音”的典型话语结构。他发现医患访谈的最常见话语结构由三个连续的话步(一句话、一个短语、一个词、一个字, 有时也可以用沉默、手势、眼神等)组成<sup>[2]90</sup>: 医生的询问; 病人的回答; 医生对病人的回答做出评价或确认。医生在评价或确认之后, 再进行新一轮的询问, 于是下一轮的回合开始了。作为每一个回合的第一个话题发起者和最后一个收尾者, 医生可以很好地控制互动访谈的内容和进程。医生可以就病人回答的感兴趣的问题进行

提问,却忽略其他医生认为不重要的信息。

米施勒指出医学声音最主要的目的是脱离特殊的个体和社会背景来描述一个关于疾病的客观事实。医生在医疗访谈过程中会通过提问的方式引入不同的话题。这些话题都是针对病人的症状或者是其发展阶段展开的。对于受过专业训练的医生而言,这些问题之间可能具有某种内在联系,但对病人来说,医生的推理过程是非常难以理解的。然而病人还是会试图回答医生的问题,可能是因为病人认为医生有足够充分的理由去问这些问题。医生提问的结构和内容正好反映了生物医学模式下医生重视疾病的症状及不同症状之间的联系,并以此来判断特殊疾病的过程。

巴里等学者在英国也做过一个非常类似的研究。他们发现在医患互动过程中会呈现四种不同的沟通模式:(1)严格的医学模式,医生和病人都只是使用医学声音。这种交流模式经常出现在急性病的会诊过程中。(2)生活世界被限制的模式,医生通过提问的方式使访谈的内容限定在生物医学范围内,限制了病人关于生活世界的声音。在这种访谈模式下,只有很少一部分生活世界的声音得以展现。(3)生活世界被忽视的模式,病人在互动过程中使用以生活世界声音为主导的声音,医生却完全忽视这些声音,并且只是使用医学声音。第二种和第三种访谈模式经常出现在慢性疾病的访谈过程中。(4)互为生活世界话语的模式,医生和病人都主要使用生活世界的声音。这种沟通方式主要出现在心理疾病的诊疗过程中<sup>[3]487</sup>。

巴里等人除了描述医疗访谈的四种沟通模式外,还研究了不同沟通模式对会诊结果的影响。他们发现,最好的结果是医患双方都只是使用医疗话语“严格的医疗话语”类型)或他们都使用生活世界声音“互为生活世界话语”类型)<sup>[3]501</sup>。有趣的发现是,使用生活世界声音的医生也会使用医学声音。在这一研究的基础上,巴里等人提出,沟通行为是由沟通情境决定的,或者是在互动过程中共同建构的,而不是医生的固定选择。医生会根据他们对病人身体或心理问题的理解来选择他们的沟通策略<sup>[3]503</sup>。

对于“生活世界被忽视”和“生活世界被限制”的沟通模式来说,他们的诊疗结果最差。这些诊疗方式的病人一般都是慢性病患者。研究者发现,许多情况下,医生忽视或者绕开病人提到的生活世界问题,没有意识到每一个患者的状况都是独特的。在四种类型中,“生活世界被忽视”的沟通类型的问题最大。研究者在这种互动模式中发现医学话语和生活世界话语之间的激烈斗争。

病人不断地提及他们生活世界中的担忧,医生却不断地忽视它们。医生并不认为病人关于生活世界的担忧和诊疗相关。取而代之的是,他们认为病人的痛苦是生理上的问题,需要使用医学声音。然而,患有慢性疾病的患者的生活习惯、经历及个性可以为医生制定治疗方案提供重要的依据。医生提出的治疗方案也依赖于病人的同意和配合,因此,只有对病人有一个全面的了解,针对特定病人的治疗才能取得更好的结果。

## 二、医患互动过程中的沟通行为研究

在医患互动过程中,医生除了使用各种沟通模式之外,还会使用不同的沟通行为。研究者们对医患互动过程中的沟通行为进行研究,并讨论了这些沟通行为对病人满意度和诊疗效果的影响。

1. 医生的信息交换行为。在对医患沟通行为的研究中,国外有些学者认为,医患沟通应该达到三个目的:创造一个良好的人际关系;达到信息的交流;根据病人的情况来制定治疗方案<sup>[4]903-905</sup>。因此,信息交换是医患沟通行为研究中最重要方面。虽然精密的医疗技术设备可以帮助医生做出诊断和进行治疗,但是,医生和病人在医疗沟通过程中都有特定的交流任务需要完成。病人需要描述他们的担忧;清楚地向医生传递信息;寻求解释和同医生建立良好的人际关系等。医生通过交流要了解病人的症状;对病人提供的信息给予解释和进行回馈;给他们提供建议,并最终了解病人的需求等。信息给予和信息索取是医患沟通过程中的重要任务。在医患双方不断进行信息给予和索取的过程中,医生和患者的需求分别得到满足。医生需要信息来对病人进行正确的诊断和提出合适的治疗建议。病人的需求是知道自己到底出了什么问题,同时知道的情况被医生了解并且认真地对待<sup>[5]541</sup>。

研究显示,几乎在所有的情况下,病人都希望从医生那里获得尽可能多的信息,然而医生似乎总是低估病人对信息的需求<sup>[6]</sup>。医生更多的是从病人那里搜集信息,而病人是更频繁的给予信息。对于不同文化背景下所做的研究发现,医患互动经常是极其不平衡的,经常是医生在问而病人在回答。研究发现,医患互动过程中,医生的参与占60%,而病人的参与占40%<sup>[7]</sup>。医生只花费很少的时间给予病人相关信息。同时,研究还发现,医生的信息给予方式还同病人的交流风格和性格特点有关系。当病人询问更多问题,表现得更加担忧的时候,医生通常会给予更多信息<sup>[5]541</sup>。

2. 医生的控制行为。在医患沟通的研究中,医生和病人的“控制行为”也备受关注。沟通过

程中的高控制方式包括频繁发问、打断、言辞夸张地进行强调,争论和不断使用手势。传统意义上讲,医患关系中医生的强控制和病人的弱控制通常是指医生采取主动,经常做出其认为对病人最有利的决定。这种医生主导的沟通模式仍然是医疗实践过程中最为普遍的模式。医生和患者在医疗沟通过程中控制力的差异有可能是因为病人有限的医学知识和他们强烈的不确定性、医生所掌握的医学信息及受机构情境规约的医患角色等<sup>[4]909-910</sup>。

3. 医学语言及日常生活语言的使用。一些学者关注医患沟通过程中词语的使用。词语是沟通过程中的构成要素。科尔施等学者把医学术语的使用描述成医疗沟通过程中最主要的障碍<sup>[8]</sup>。布里等学者把医生看成是双语使用者,他们不但使用日常用语,同时也可以熟练地使用专业术语,也就是所说的医学语言。而对于病人来说,他们只是熟悉日常用语,对专业的医学词汇并不理解。布里等人在加拿大的医院里做了一项关于沟通过程中医学用语和日常用语的研究。在这个研究中,医生认为他们在同病人的沟通过程中23%的时间是使用医学用语,而病人却认为在沟通过程中,医生49%的时间都在使用医学用语。医生和病人都认为医生更应该使用日常用语同病人进行沟通,而且他们都认为医学用语的使用是造成医患沟通困难的主要原因<sup>[9]</sup>。

4. 沟通行为对病人的影响。研究发现,医生的沟通行为会对病人的行为和健康产生影响。有效的医疗沟通有助于提高病人的满意度,病人对医嘱的遵从,病人对信息的回忆和理解,以及病人的健康和心理结果<sup>[4]910-912</sup>。

就病人对医患沟通的满意度研究发现,病人经常对医生提供的信息不满。一部分原因是医生总是低估病人对信息的需求。病人的满意度同医生的信息给予行为之间存在着强关联。病人的满意度还和会诊的时间长度有关,时间越长,病人的满意度越高。病人对主导型或强控制型的医生交流模式更容易不满。同时,当病人的要求得到满足的时候,病人的满意度会提高<sup>[4]906</sup>。

就病人对医嘱遵从的研究发现,医生给予病人更多信息,进行积极对话,对病人表示同情等行为可以促进病人对医嘱的遵从<sup>[10]</sup>。在谈话开始和结束部分的沟通是最显著的,因此,也更容易被病人记忆。病人对信息的记忆还同医生提供的信息量多少有关,以及医生的信息给予行为有关<sup>[4]911-912</sup>。

病人对医生的非语言交流也非常敏感,病人经常寻求一些线索来判断自己的病情,如语调、动

作、微笑、面部表情、身体接触或身体距离等等。医生不想告知的信息可能会通过非语言沟通泄露。病人会对这些细微举动非常留意<sup>[4]908-909</sup>。

### 三、医患互动话语的社会文化因素分析

社会文化因素是指医生和患者的性别、年龄、社会经济地位、种族、文化等一系列的因素。年轻人、高社会地位和高学历的人更希望通过向医师询问问题、寻求答案的方式主动地参与到医患互动中。中等或较高社会经济地位的人倾向于把自己定位为消费者并积极参与和医生的互动<sup>[11]</sup>。随着病情的发展、就诊次数的增加、对疾病认识的增强,患者就越希望主动参与到互动中。较低阶层的人倾向于更顺从地将医生看作是权威人物,自己控制健康问题的意识表现得较弱。这种情况说明中层或较高社会阶层的患者可能会尽量与医生协商,并将他们自己作为合作者介入到对他们医疗问题的决策中,而较低阶层的患者则或多或少是专业性卫生服务的被动接收者。

对于不同类型的病人,医生与其互动方式也会有所不同。如面对高学历和男性病人时,医生认为他们信息需求更多,所以他们在互动过程中会主动提供更多的信息和解释。医生的这种偏见和患者的被动做法使得较低阶层的患者处于双重不利的境地。

在有关医患互动、消费者权益保护的研究中,玛丽豪格和贝比拉文发现,受过良好教育和较年轻的成年人对医生治疗的动机抱有更多怀疑,他们更有可能质问医生开具检查和提供服务的主要目的是出于对患者的考虑还是出于赚钱的目的,这些人强烈地反对在医生和患者的关系中全部由医生来做决策。

### 四、医患互动话语的微观权力研究

艾斯沃思·沃恩对医患互动话语中医患之间权力的研究做出了重要贡献。他认为,在医患互动过程中,病人并不总是处于被动的地位。把医生看成是掌控所有权力而病人完全弱势的看法是没有考虑到互动过程的动态性和复杂性。

医生和患者都可以对话语进行控制或对互动结果进行控制。然而,医生基于同医疗机构更正式的联系,他们更容易获得控制。医生经常具有更高的社会地位,这也为他们对医疗访谈的控制提供了基础<sup>[12]</sup>。同时,在医疗互动过程中,医生诊断和治疗疾病的社会角色也赋予了他们更多向患者提问的权力。病人了解医生获得权力的基础,所以病人经常需要显示出他们对医疗从业者的顺从。医疗情境下的社会规范允许病人向医生

征求意见,但很难向医生提出治疗建议,因为医生经常被看成是提出治疗建议的一方。当病人希望提出建议的时候,他们也需要使用非常缓和的方式。但是,不应该因为病人所表现出来的顺从态度,就认为病人处于权力关系的弱势地位,因为病人可以选择“逛医生”或者不遵从医嘱。

## 五、西方医患互动话语研究的启示

西方对医患互动话语的研究对于中国医患互动问题的研究具有重要启迪。中国医患互动问题研究只关注医患互动中的错位现象,并把问题常态化,却忽视了医患互动的过程研究。因此,借鉴西方医疗机构的互动情境研究,考察医患互动的内在逻辑和秩序,具有重要价值和实践意义。

在现代社会,医生专业知识的不断细化及医疗技术的发展对医患角色提出了挑战。在医患互动过程中,医生和病人持有不同的知识系统,并对身体及疾痛具有不同的态度。不断细化的专业知识加剧了医患之间知识类型的差异。同时,随着健康常识的普及和教育文化水平的整体提高,病人同时也发生了变化,从信息被动的接受者转向信息积极寻求者。

现代医疗技术的发展,使医生话语沟通成为医患互动过程中的新问题。医生更多地使用医疗设备对病患进行检查。在医患互动过程中,这些医疗设备已经成为医患互动过程中不可分离的一部分。检测结果对于医生做出诊断发挥着重要作用,这也意味着医生可以掌握病人所接触不到的信息,或者即使病人接触到这些信息后,如果没有医生的帮助,也不可能了解这些数据的含义。这些数据或影像信息一般情况下都比较抽象,并且并不容易用日常生活的话语进行表达,它要求医生以合适的语言和方式把关于病人的信息传达给患者。

西方学者对医患互动过程的话语研究为中国话语分析研究开拓了新的研究领域。西方医患互动话语研究深度挖掘医患互动过程中的言语行为,探寻医患会话与医学信息的解释和传递方式、医患会话中的医学叙事方式、医患会话与就诊结果的关系、医患会话和医患角色等问题,为我们还原了现实生活中的医患互动场景,不仅生动再现了这一充满合作与冲突、控制与妥协的互动情境,也揭示了医患互动背后所蕴涵的谈话双方的社会关系、权利关系、社会制度和价值观等诸多因素在互动过程中的运作模式。

参考文献:

[1] Tanenbaum S. J. 'Saying the right thing: Communi-

cation and physician accountability in the era of medical outcomes', in: Boyle, P. J. (ed.). *Getting Doctors to Listen. Ethics and Outcomes Data in Context* [M]. Washington: Georgetown University Press, 1998: 204 - 223.

- [2] Mishler, E. G. *The discourse of medicine. Dialectics of medical interviews* [M]. Norwood: Ablex Publishing Corporation, 1984.
- [3] Barry, C. A., Stevenson, F. A., Britten, N., Barber, N. & Bradley, C. P. Giving voice to the lifeworld. More human, more effective medical care? A qualitative study of doctor - patient communication in general practice [J]. *Social Science & Medicine* 2001.
- [4] Ong, L. M. L., J. C. M. De Haes, A. M. Hoos & F. B. Lammes. Doctor - patient communication: A review of the literature [J]. *Social Science and Medicine*, 1995.
- [5] Street R. L. Information - giving in medical consultations: the influence of patients communicative styles and personal characteristics [J]. *Social Science and Medicine*, 1991 ( 32 ).
- [6] Kurtz, S. M., Silverman, J. & Draper, J. *Teaching and learning communication skills in medicine* [M]. Oxon: Radcliffe Publishing 2005: 15.
- [7] Roter D. L., Hall J. A. and Katz N. R. Patient - physician communication: a descriptive summary of the literature [J]. *Patient Education Counseling*, 1998, ( 12 ): 99.
- [8] Korsch, B. M., Gozzi, E. K. & Francis, V. Gaps in doctor - patient interaction and patient satisfaction [J]. *Pediatrics*, 1968 #2 ( 5 ): 862.
- [9] Bourhis, R. Y., Roth, S. & MacQueen, G. Communication in the hospital setting: a survey of medical and everyday language use amongst patients, nurses and doctors [J]. *Social Science & Medicine*, 1989, 28 ( 4 ): 339 - 346.
- [10] Willems, S., De Maesschalck, S., Deveugele, M., Derese, A. & De Maeseeneer, J. Economic status of the patient and doctor - patient communication: does it make a difference? [J]. *Patient Education and Counselling* 2005 ( 56 ): 139 - 146.
- [11] Cockerham, William C., Guenther Lueschen, Gerhard Kunz, and Joe L. Spaeth. Social stratification and self - management of health [J]. *Journal of Health and Social Behavior*, 1986a ( 27 ): 1 - 14.
- [12] Ainsworth - Vaughn, N. Claiming power in doctor - patient talk [M]. U. K.: Oxford University press, 1998: 42 - 43.

[责任编辑:王雅莉]