

The Blue Book of Doctor-Patient Relationship in Peking University
Language and Communication

北京大学医患关系蓝皮书 语言与沟通

王一方 甄橙 主编



北京大学医学出版社

北京大学医患关系蓝皮书 语言与沟通

主 编：王一方 甄 橙

副主编：（按姓氏笔画排序）

王 仲 王月云 李 芳

周晓艺 夏 萍 黄松武



北京大学医学出版社

BEIJING DAXUE YIHUAN GUANXI LANPISHU——
YUYAN YU GOUTONG

图书在版编目 (CIP) 数据

北京大学医患关系蓝皮书：语言与沟通 / 王一方，
甄橙主编. —北京：北京大学医学出版社，2019.3
ISBN 978-7-5659-1832-2

I . ①北… II . ①王… ②甄… III . ①医院 - 人间关
系 - 研究报告 - 中国 IV . ① R197.322

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 140486 号

北京大学医患关系蓝皮书——语言与沟通

主 编：王一方 甄 橙

出版发行：北京大学医学出版社

地 址：(100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

电 话：发行部 010-82802230；图书邮购 010-82802495

网 址：<http://www.pumpress.com.cn>

E - m a i l：booksale@bjmu.edu.cn

印 刷：中煤（北京）印务有限公司

经 销：新华书店

责任编辑：袁帅军 责任校对：金彤文 责任印制：李 啸

开 本：710 mm × 1000 mm 1/16 印张：16.75 字数：237 千字

版 次：2019 年 3 月第 1 版 2019 年 3 月第 1 次印刷

书 号：ISBN 978-7-5659-1832-2

定 价：62.00 元

版权所有，违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

编者名单

(按姓名汉语拼音排序)

- 黄松武(广东省东莞康华医院)
李 芳(北京大学医学人文研究院)
李 杏(福建省厦门市妇幼保健院)
李映兰(中南大学湘雅医院)
刘 巍(北京大学肿瘤医院)
刘义兰(华中科技大学同济医学院附属协和医院)
邱 琰(陆军军医大学第一附属医院)
史 赢(内蒙古自治区赤峰市医院)
苏志英(福建省厦门市妇幼保健院)
田 璐(福建省厦门市妇幼保健院)
王 林(首都医科大学附属北京天坛医院)
王丕琳(首都医科大学附属北京天坛医院)
王秋生(北京大学人民医院)
王双苗(广东医科大学附属第一医院)
王一方(北京大学医学人文研究院)
王玉梅(中国医科大学附属盛京医院)
王月云(广东省深圳市妇幼保健院)
王 仲(北京清华长庚医院)
魏学燕(湖北省肿瘤医院)
吴 媛(湖北省肿瘤医院)
夏 锋(陆军军医大学第一附属医院)
夏 萍(广东省中医院)
徐 翔(浙江省湖州市长兴县人民医院)
徐志宏(中日友好医院)
杨 华(福建省厦门市妇幼保健院)
杨 艳(上海交通大学医学院附属仁济医院)
姚 麟(中山大学附属第六医院)
殷 明(华北油田公司总医院)
俞姿容(湖南省冷水江市中医医院)
张 凌(中日友好医院)
甄 橙(北京大学医学人文研究院)
周晓艺(湖北省肿瘤医院)

引言：医患紧张关系松绑的语言维度

经济学家常常以零和博弈来比喻商场争斗的双输效应。日本著名儿童作家五味太郎编绘的图画书《鳄鱼怕怕牙医怕怕》则为我们形象地讲述了一幕鳄鱼看牙医的“双向恐惧”情境。话说一条鳄鱼牙疼病犯了，准备预约去某牙医诊所看医生，出发前踌躇再三。它知道牙医诊所里全是各种刀叉钻磨的“五金器械”，医生们都是“钳工”，在牙齿上舞刀弄钻，想起来一定会很恐怖，本来就牙疼，再去接受治疗岂不更痛？此时，在牙医诊所接到预约的医生听闻鳄鱼要来看牙，也惊出了一身冷汗，心想：那鳄鱼一口凶悍的牙齿，在我给他做治疗时一不小心合上牙床咬下去，我的两个胳膊就完蛋了。于是双方都陷入恐惧之中。鳄鱼牙疼得实在是扛不住了，终于来到了牙医诊所。双方各自怀揣着恐惧和不安在诊室里相遇了。牙医必须将胳膊伸到鳄鱼布满利齿的大嘴里，鳄鱼也必须强忍着牙疼张大嘴接受牙医的敲敲打打。怎么办？首先是术前的沟通，解除不信任而产生的恐惧感，然后再进入诊疗环节。当然，身边的“小诸葛”会提出，术前可以使用麻醉药呀，就像给老虎的麻醉枪，给麻翻了，它一身酥软，就不会伤人了。不过，看牙时全身麻醉，患者完全被动了，没有互动与配合，一旦遇上“术中知晓”（痛感、牵拉阻断了，但意识依然清醒），岂不更恐惧？那么，改用局部麻醉好了，不过，问题又冒出来了，鳄鱼还会受到别的惊吓、刺激而突然闭嘴，鳄鱼嘴里的医生胳膊不也同样会被咬断吗？

身处医患紧张关系中的医生和护士与患者可以从五味太郎的叙述中读出医患“双向恐惧”的隐喻。正是这份恐惧与不安让现代社会医患关系陷入两难。对于患者来说，医疗获益、风险、代价总是交互纠结，不可两全；对于医者来说，治病是奋不顾身，还是奋而顾身？于是，本书作者来一个穿越，关公大战秦琼，拉上药王孙思邈的“虎撑”道具为这一困局提供解决之道。

孙思邈，唐代名医，技术精湛、医德高尚，有《大医精诚》传世，被国人尊称为“药王”“医仙”，其轶事多多，神乎其神。传说药王孙思邈进山采药，回家途中被一只斑斓猛虎拦住了去路。惊恐之余，药王发现它眼里并无凶光，只是趴在地上，张着大嘴，默默地望着他，像是有所乞求。药王壮着胆子上前端详。原来，那老虎的咽喉处被一块骨头卡住了，咽之不下，吐之不出，疼得它浑身发抖。药王欲伸手帮它拔出，但担心拔出时老虎一闭嘴，自己的胳膊就毁掉了。此时，他也遇到了五味太郎笔下鳄鱼与牙医的困局。正在为难之时，药王猛一抬头，看到扁担上栓有两个铜环。他急忙取下一个放入老虎嘴中，将血盆大口牢牢地撑住。然后一只手从环里伸进去，迅速地将骨刺拔出，并涂抹上止痛生肌的药膏，救了老虎一命。很长一段时间里，每次药王上山采药，这只老虎都默默跟随，暗中保护。后来，人们把铜环制成手铃状的“虎撑”，作为游方郎中（串雅）招徕的道具。他们大多衣衫朴素，身背药囊，走街串巷，手持虎撑（大小、材质还反映其人医术的高低），边走边摇，街坊听闻铃声就知道是郎中来了。在今天看来，“虎撑”撑起的是医患之间的信任，患者不再担心自己的病无人治，医生也不再担心自己在治疗中受到伤害。

这两个故事告诉我们，沟通首先是感受、是互动、是交流，不是单向的告知（医疗程序、行为、价格）、告白（立场、情感）、解读（医疗原理、技术逻辑）。医患沟通固然需要标准规范，但最优境界是共情、温暖、得体。医者要创造条件为患者解除痛苦，同时也要有效地规避风险，奋而顾身比奋不顾身更明智。故事还提醒国人，老虎尚知感恩，何况万物之灵的人类呢？其实，临床沟通的境遇远比鳄鱼与牙医、老虎与孙思邈的困境复杂。医患沟通不同于日常生活沟通，性命相托的严峻性、生死一线的神秘性、陌生-亲密关系的迅速过渡的境遇、疾苦折磨中与死亡恐惧中的共情渴望（即将心比心的同理心）、患者焦躁情绪下挑衅性语言的伤害与应对、社会不满情绪的迁怒（即无名火的发泄、先入性误解情绪的化解）等，对医患双方的人格、人性都是一次次巨大的挑战。医患冲突首先是意气冲突（斗气），其次是语言冲突（斗嘴），进而发展到肢体冲突（斗力）和（或）诉讼（斗法），如果从深层次去发掘，则是道德

冲突、人格气场冲突、观念冲突、情感冲突和文化冲突。因此，要彻底化解医患冲突，还需要道德唤起和人性复苏。因此，医患紧张关系求解，不能仅从经济学维度去思考与施策，语言学维度虽然或许不是核心维度，但不可轻视。这涉及语义学与语用学，更关涉社会语言学和应用语言学。

在福柯看来，现代临床医学的转型就是从语言学开始的，奇点是从“怎么不舒服？”（感受、体验）到“哪儿不舒服？”（部位、指称）的改变。语言是人文性的维度，语言不是绝对客观的刚性环节，而是充满歧义的弹性环节，不仅有语义的不同理解，还有语境的不同折射，主客间性特征明显，说者无心，听者有意，一语双关，一词多义。如“心虚”（负面）与“虚心”（正面），“难受”（个体，可承受伤害）与“受难”（个体或群体，巨大伤害），顺序改变，意思大变；“小心-肝”（劝导肝病患者少喝酒、慎服药）与“小-心肝”（恋人之间的昵称），词语的停顿点不同，意义大变；体育赛场报道中的“大胜”与“大败”，本是一对反义词，意义却一样。“该回家啦”“该请假啦”在日常语境与别离语境中隐喻的意义不同。于是乎，人们便有了“听话听音”的感慨，亦有国人将“观-音”作为“听-话”之外的沟通别径，也进一步印证了沟通不只是交往的工具，还是生命的价值体验。诺贝尔和平奖得主特蕾莎有一段话深刻地诠释了这个道理：“请注意你的语言，有一天它会变成你的行动，请注意你的行动，有一天它会变成你的习惯，请注意你的习惯，有一天它会变成你的性格，请注意你的性格，有一天它会变成你的命运。”

诚然，医患之间，有着生命托付、苦难倾诉、求医问药的特别境遇，语言的智慧与艺术十分重要。鉴于此，教育部应用语言司委托北京大学医学人文研究院承担“当下医患沟通中的语言困局及其破解之策”课题，在全国二十所医院相关作者的协作与支持下，经过两年的努力，萃集了这本《北京大学医患关系蓝皮书：语言与沟通》，祈望通过我们的探索，为局部还比较紧张的医患关系彻底松绑。

王一方 甄 橙

2018.4.5

目 录

第一章 医患互动研究：回顾与展望·····	1
第二章 当下医患沟通中的语言困局及其破解之策·····	20
第三章 临床境遇中沟通困局的破解·····	111
第1节 医院场景中医患沟通语言困局及分析·····	111
第2节 肿瘤科场景中医患沟通语言困局及改进·····	119
第3节 妇幼保健场景中医患沟通语言困局及改进·····	127
第4节 乳腺科场景中医患沟通语言困局及分析·····	135
第5节 肝胆外科场景中医患沟通语言困局及改进·····	141
第6节 医院义工服务场景中医患沟通语言困局及改进·····	146
第7节 消化内科场景中医患沟通语言现状及改进·····	154
第8节 妇产科场景中医患沟通语言困局及改进·····	167
第9节 眼科场景中医患沟通语言困局及改进·····	174
第10节 医患沟通叙事病例精选及分析·····	184
第四章 医患沟通正向语清单·····	213
第1节 住院及门诊正向语清单·····	213
第2节 科别正向语清单·····	217
第3节 医院义工正向语清单·····	228
第五章 医患沟通负向语清单·····	232
第1节 住院及门诊负向语清单·····	232
第2节 科别负向语清单·····	237

第3节 医院义工负向语清单·····	246
附录1：医患沟通语言的调查思路与问题清单（部分）·····	248
附录2：医患交往中的语言习惯调查与结果（调查科室：肾内科）·····	251
致谢·····	255

第一章 医患互动研究：回顾与展望

1. 引言

医患互动，又称医患交流，是健康传播领域的重要研究课题之一。“健康传播”研究以影响个人或机构层面做出与改善健康相关的决策^[1]为目标。基于不同的研究语境，健康传播研究可以被划分为两类：个人层面的研究和机构层面的研究^[2]。个人层面的研究又根据研究对象的不同而被分为两类：人际内（intrapersonal）健康传播研究和人际间（interpersonal）健康传播研究。前者洞察人们对健康相关的定义和信息的态度、认识、感受和看法等。后者着眼于“关系”对健康的影响，包括医生和患者之间的关系，以及日常生活中的各种人际关系等。机构层面的研究着眼于医疗机构的体制、内部的信息组织和流动、上下级管理关系等。以上两个层面的研究中都体现了多学科融合的视角。譬如，跨文化学者和社会学者探寻社会文化因素如何影响人们的健康和人们对健康相关概念的理解与解读。传播学和语言学学者关注大众传媒对人们健康话语、观念和健康实践的引导^[2]。Thompson 等表示，1970—2008 年是健康传播研究的飞速发展时期^[3]。这一时期，新的研究话题层出不穷，有价值的话题经久不衰。其中最为持久的话题是“医患互动”研究，所占比例高达 20%。

传播学领域的医患互动研究探讨医患关系、医患沟通技巧和方式等，旨在对临床实践提供直接、具体和实际的指导。社会学、人类学以及语言学领域的医患互动研究相对间接、抽象并具有理论导向，多以揭示社会和言语互动的本质为目的。近年来，随着机构话语和工作场所话语研究的日益兴起，医患互动也成为社会语言学领域的一个研究热点。尽管医患互动被认为是诊疗中实现治愈和传达关爱最重要的途径，是医学的核心，堪称医学中的艺术^[4]，但直到 20 世纪 60 年代，有关医患对话的

系统研究才初见端倪。在过去 50 余年间，世界范围内的医患互动研究从萌芽走向成熟，研究范式和方法层出不穷，研究视角体现出跨学科、多元化倾向。来自人文社科学者的研究成为这个领域的主导力量。

2. 国外医患互动研究动态回顾

国外医患互动研究起源于 20 世纪 60—70 年代，研究内容涉及三个方面：医患会话本身、社会文化因素与医患会话的关系和医患会话与就诊结果的关系^[5]。第一类研究包含了综合性研究、会话序列结构、互动模式、医学信息的解释和传递、医患问答、交际障碍、交际模式等研究话题，对医患会话本身进行了全方位的探索。第二类研究涵盖了社会关系、文化背景、阶层、医患权力、患者自主权等相关探讨。第三类研究主要包括调查患者满意度、用药依从性、服从度以及开具抗生素等侧面的考察^[5]。国外医患互动研究主要采取的研究方法有：过程分析、微观分析^[6]和会话分析；研究视角呈现出宏观和微观两种趋势。

2.1 来自医学学科的宏观“行为”研究

此类研究主要采取“过程分析”方法，对医患会话中的行为进行宏观考察。“过程分析”起源于开展的儿科医患互动系列研究^[7]。该领域涌现出多种多样的互动分析方法，其中以“贝尔互动过程分析体系”^[8]和“Roter 互动分析体系”^[9-10]最为著名。互动分析体系将医患交流划分为“治疗体系”（the cure system）和“关爱体系”（the care system）。前者由“工具性”（或称“任务聚焦型”）行为构成，即医生在诊疗中用于解决问题、凸显其“专家”身份的、以医学知识为支撑的技术性行为，是诊疗互动的重要组成部分；后者主要表现在“情感性”（又称“社会情感型”）行为的使用，如安慰患者、社会谈话、开玩笑等。“治疗体系”使患者了解和理解疾病与治疗相关的信息；“关爱体系”则使患者感觉到被医生接纳、了解并被理解。在研究中，过程分析者对互动过程中的“任务聚焦型”和“社会情感型”行为进行编码，定量考察互动行为与患者健康结果、依从性、满意度等之间的关系，为改进临床实践做出反馈。例如，Roter 和

Hall 将医患互动中的过程变量划分为六类：信息给予、信息寻求、社会谈话、积极谈话、消极谈话和建立伙伴关系^[4]。以上行为又分别归属于两个维度：任务聚焦行为维度和社会情感行为维度。此类研究的难点在于对社会情感行为的定位。Roter 和 Hall 认为所有面对面的交流都承载着情感内容和色彩。据此，情感交流体现在 3 个层面：内在层面、传达层面和诠释层面。“内在层面”包含直接表达社会情感内容的口头交际，如同意、表扬、关心等。“传达层面”则指交际方式，如声音质量、非言语信号以及个别言语信号如措辞等传达情感。“诠释层面”反映了整体交流给受众留下的情感印象。三个层面较全面地把握了交流中传递的情感内容和色彩。但在具体分析中容易过滤上述丰富的情感要素，而将情感维度的考察简单化处理。该类宏观“行为”研究的优势是，分析方法具有可复制性，研究结果通常可以被推广到更大范围，但分析多数脱离具体互动情境和内容，往往被批评为过于笼统^[11]。

2.2 来自社会学和语言学的微观“话语”研究

此类研究又称为“微观分析”，主要经历了 3 个发展阶段：① Hughes 等采取民族志研究方法，考察医生在互动中的角色、行为等^[11]；② Strong 将民族志与话语分析方法相结合^[12]，开展儿科门诊互动跨国对比研究，将研究对象拓展到对患者的关注，并揭示了儿科问诊会话呈现出多种形式，如官僚式、诊疗式、怜悯式、私密式等，其中官僚式最为盛行，并展示了医学权威如何在诊疗会话中被表达出来；③ Mishler 等展开医学话语研究，通过分析诊疗会话中询问病史阶段的话语，发现双方在互动中追求的目标差别迥异^[13]；Waitzkin 进一步揭示诊疗会话具有一种隐形的结构，即排斥患者陈述“个人麻烦”^[14]。微观分析注重对医患会话语境和具体内容的考察，但研究方法难以复制，研究结果难以推广。自 20 世纪 80 年代起，会话分析成为“微观分析”领域的一枝新秀，下文将单独回顾会话分析相关研究。

2.3 国外会话分析视角下的医患会话研究

起源于 20 世纪 60 年代的会话分析成为研究医患互动的一个主要流

派^[15]。1984年 Frankel^[16]以及 West^[17]两个学者均以会话分析方法研究医患互动，成为该领域的两部代表作。医患互动被定义为社会生活中“自然发生的互动”。20世纪90年代，机构话语研究的兴起再次推动了医患互动研究。医患会话被视为有别于日常会话的机构话语类别，具有特殊的会话结构和机制。基于对医患会话的分析，Maynard与 Heritage 总结出医患会话有两个总体的特点^[18]：一是诊室内的医患会话的互动实践来源于日常会话；二是会话的组织是以合作管理双方关系为导向的。这两个特点可以被理解为医患会话与日常会话存在的共性与个性。前者表示人们会把日常会话中的说话和表达方式运用到医患会话中，即将日常会话惯习换位于医疗领域^[19]。后者体现了医疗情境这个特定场域的特点，即双方共同合作达到诊疗目的。根据 Byrne与 Long^[20]，社区医疗（primary care）中的医患会话可以被划分为6个阶段（表1-1）。基于此结构，会话分析学者从各个不同的阶段入手对医患会话进行了深入浅出的研究^[18]。以下将概述 Heritage与 Maynard 在其著作中对医患会话研究的回顾^[18]。

表 1-1 社区诊疗会话整体结构^[20]

阶段	活动
1	起始阶段（opening）：医患双方建立互动关系
2	陈述问题（presenting complaint）：患者陈述问题或就医原因
3	检查（examination）：医生进行口头或身体检查，或同时开展两类检查
4	诊断（diagnosis）：医生评估患者状况
5	治疗方案（treatment）：医生（与患者协商）明确治疗方案或进一步检查
6	结束（closing）：结束会话

Robinson 考察了起始阶段的医患会话是如何展开的。他注意到医生面对不同患者，设计不同的初始谈话^[21]。譬如面对新的患者，会问“我怎样才能帮助你？”（How can I help you?）面对复诊患者则是“感觉怎么样啊？”（How are you feeling?）而面对例行常规检查的慢性病患者，则问道：“有什么新情况吗？”（What's new?）由于患者对医生所使用的话语是非常敏感的，医生会在必要的时候给予纠正或修正，以符合他们自身的身体状况。

Heritage与 Robinson 分析了医患互动“陈述问题”阶段的会话^[22]。

他们注意到，患者在陈述问题时不仅仅在描述其病症细节，同时还在表达他们做出就诊决定的合理性，即“可医性”。Halkowski^[21]基于其研究，总结出“发现式陈述”（discovery accounts）模式，即患者描述其病症是如何逐渐发展到需要就诊的地步^[23]。以上研究各有不同，但均反映了“陈述问题”是门诊医患会话的关键步骤。Gill 和 Maynard 发现，在陈述问题和症状时，有些患者会尝试性地表述自己对疾病的理解，以求获得医生的认可或否定^[24]。患者往往以试探性或隐形的方式传递自己的理解，Gill 和 Maynard 认为，这是由于患者对于表达时机并没有把握。研究表明，有时候患者的尝试性解释会在交流过程中“流失”，即医生不仅当时没有回应，而且在之后的诊断阶段也没有任何反馈。这可能也是造成患者在表达自己对疾病理解时不自信的一个原因。

Boyd 与 Heritage 对“陈述问题”阶段时医生的提问进行了深入探讨，并总结出医生发问的 3 个方面内容^[25]：设定议程（agenda setting）、预判预设（presupposition）和倾向结构（preference structure）。其中设定议程包含了两个子类别：话题议程和行为议程。预判预设指的是医生在发问之前对患者已经形成了某种预设，这些预设会影响他们对问题的设计。倾向结构反映了医生发问时通常遵循了两个原则，即“最佳化”（optimization）和“听众设计”（recipient design）。前者指医生在问诊过程中使用的常规问题，通常是基于某种病症“最佳状态”而设计的，在一定程度上期待的回答是“没有问题”。后一种是针对不同患者的情况进行量体定制的问题。笔者认为，前一种原则体现了患者作为特定疾病群体的共性；后者则体现了患者个体的个性，需要给予充分关注。

Heath 通过考察“检查”阶段的会话中进行的口头和肢体语言，论述道：患者在检查中一方面把自己的身体或身体部位作为一个客观物体呈现给医生；与此同时，又保持了其主体性，体现出对自己情感、感知和身体的掌控力^[26]。

有学者关注了“诊断”阶段的会话。Perakyla 的研究表明，在这个阶段，医生优越于患者的权势得到了最大化的体现^[27]。而医生和患者之间由权势不平等而引发的紧张程度通常会通过诊断的“可讲述性”得以缓和。医生和患者双方都会以多种不同的方式讨论和验证诊断结果的可靠

性。也有学者比较了好消息和坏消息的传递方式（如 Maynard 与 Frankel, 2006^[28]），发现医生在传达两种消息时尽管有不同的方式，但都存在一定的不确定性，且有待于改进。此外，Stivers 注意到，患者很少对医生做出的诊断结果给予回应，然而对医生给出的治疗建议，则会做出大量的回应，其中包含他们的理解、顾虑、赞同或异议^[29]。即使患者有异议，他们也很少直截了当地拒绝医生的建议，而是采取较为含蓄的方式表达。譬如，患者或家属针对治疗计划表现出或主动或被动的抵触情绪等。

West 等学者考察了结束阶段的会话，发现医患双方在本阶段使用的结束话语与在其他场合结束语具有相似性^[30]。结束部分主要有两类行为，第一类是预结束话语，其主要功能是宣告会话的结束，但有时也会招致新话题的产生，即患者突然补充了先前未提及的信息或问题等。第二类是预约检查或下次就诊时间等，这为建立一个以“持久关怀”为导向的医患关系奠定了基础。

以上会话分析研究案例均属于关注特定会话阶段的研究，或称“以位置为导向”，即按照门诊会话的不同阶段进行考察和分析。“以话题为导向”的分析也比较常见。譬如，有学者研究医患会话中关于“生活方式”的提问和回答^[31]，这一话题可能出现在任何一个会话阶段。Drew 分析了患者电话求助医生的会话，发现在电话对话双方之间存在一定的交流和判断错位^[32]。以上这些研究关注的特定话题可能会出现在医患会话的任何一个阶段，不受阶段限制。会话分析为全面了解医患会话的组织、结构和互动秩序做出一定的贡献。然而，会话分析学者仅在本土层面关注会话内部结构和互动，缺少对宏观层面机构和社会语境的关注^[33]。

3. 国内医患互动研究动态回顾

国内以“医患互动”这一主题词开展的研究涵盖的内容非常广泛，提法也交叉，包括医患关系、医患沟通、医患交流和医患会话等主题。为了便于清晰地梳理相关研究的发展脉络，研究者进一步选取了“医患交流”和“医患会话”为主题词进行文献检索和回顾。

3.1 国内医患交流研究概况

基于中国知网 2018 年 3 月 22 日显示的期刊论文数据,研究者将国内以“医患交流”为主题的研究粗略划分为 3 个发展阶段:

第一是萌芽阶段(1983—1996 年)。在此期间,国内发表的医患交流研究论文数量较少,13 年间共计发表 4 篇。其中三篇论文对医患交流进行了理论探讨,内容涉及医患交流的重要性,医患思想交流的必要性、表现形式,交流技巧与心理基础等^[34-36]。另外一篇摘录翻译了美国医学杂志在 1985 年 78 卷第一期杂志中发表的一篇实证研究论文^[37]。原论文作者(Arnold 与 Epstein 等)选择 153 位医生及其所诊治的 213 例患者进行了研究,探讨了影响交流的医生及患者特征。其主要发现有医患交流与患者社会经济状况的关系表现在医疗保险与职业两方面。患者保险金额是一个重要指征。可见,在国内医患交流研究的启蒙期,研究主要以论说式范式为主,除了摘录国外实证研究案例外,国内尚没有相关实证研究出现。三篇论文作者均来自医学学科领域。

第二是起步阶段(1998—2003 年)。在这一阶段,医患交流研究发表论文数量稳中有升,从 1998 年的 2 篇逐渐升至 2003 年的 19 篇,年平均 5 篇左右,研究内容更加丰富,主要涉及三个方面。第一方面内容是聚焦医患交流本身,探讨交流技巧、形式、内容、定位和意义等(如陆苇,1998^[38];韩素萍,2002^[39];沙鑫家,朱文忠,王云,2003^[40];占伊扬,2003^[41])。其中一部分研究是针对特定科室开展的医患交流反思性研究,结合特定科室和疾病的特点,论述该情境中医患交流的主要内容、形式和特色等,如口腔^[38]、妇产^[39]、老年医学^[41]等。另一部分研究则从更宏观的角度论述医患交流对改善医患关系,推进医学模式的转变以及在医学教育中占据的重要角色^[42]。第二方面的内容围绕培养医患交流能力展开,主要从医学教育和医院管理的角度倡议对医生和医学生的交流能力进行培养,并提出相应的建议^[40, 43]。第三方面是聚焦特定患者群体的实证研究。黄雪薇与王秀丽等开展了有一定规模的实证研究,他们聚焦癌症患者人群,探讨患者、亲属和医护人员对医患信息交流的满意度及其影响因素^[44]。他们随机抽取广州市两所肿瘤医院、部分综合

医院和省生命之光俱乐部等机构中清楚本人癌症诊断的患者共计 423 例，采用自评信息需求问卷（INQ）、一般情况问卷（DQ）进行测查，并对患者及其已获得需要的信息内容和数量、对医患交流的满意度进行了解，同时请 82 位亲属和 86 位医护人员回答了对医患交流的满意度相关问题。结果显示，癌症患者、亲属和医护人员中均存在一定比例的人群对医患信息交流有所不满，但三者有显著性差异。患者的满意度受信息交流内容、交流形式、患者经历以及信息与其偏好或建议符合程度的影响。基于实证数据分析，该研究对如何提升肿瘤科医患信息交流质量提出了切实的改进建议。这一阶段的医患交流研究不仅在数量上比萌芽阶段有所增加，在研究范式方面也有突破，不再拘泥于传统的论说式研究，实证研究崭露头角。研究者主要来自医学学科背景。

第三是成熟阶段（2004—2017 年）。近十多年来，国内医患交流研究数量和质量整体有所提升，研究视角更加多元化。数量方面呈现出反复波动趋势。2004 年有 17 篇文章发表，2012 年达到数量高峰，为 41 篇，2017 年有 17 篇文章发表，14 年间每年平均约发表 21 篇。此外，研究内容也得到进一步丰富，主要包括：第一，对医患交流本身及其意义进行论述性研究^[45-50]；第二，医患交流培养与教育实践的探讨^[51-53]；第三，围绕医患交流的过程、质量和医患纠纷等主题开展的实证研究^[54-57]；第四，新媒体对医患交流的影响，如医患互联网交流、短信交流，移动医疗等的特点与启示等，体现了新时代对医患交流提出的新挑战^[58-59]；第五，来自语言学学科的医患交流话语研究崭露头角。从 2004 年起开始涌现出来自语言学背景的以“医患交流”为主题的相关论文^[60-61]，14 年间共计发表 15 篇期刊论文。该类研究关注了医患交流中的委婉语^[62]、沉默现象^[63]、言语行为与策略^[64]、医学情境的跨文化交际能力^[65-66]、医患交流中的权势关系^[67-68]，以及对医患交流中的人际意义的探讨^[69]等。可见，这一阶段在研究视角和方法上有所突破，实证研究数量较之前有明显增多，研究方法除了定量调查外，也出现了定性研究。

3.2 国内语言学视角下的医患会话研究概况

来自语言学学科的医患互动研究更关注交流话语和医患会话本身，