·医学人文·

包容多元——医学人文的胸襟与路径

彭文飒　曾勇
200032　复旦大学上海医学院八年制临床医学专业 2013 级(彭文飒);200032　复旦大学上海医学院(曾勇);200433　上海,复旦大学教师教学发展中心(曾勇)
通信作者:曾勇,Email:yongzeng@fudan.edu.cn
DOI:10.3760/cma.j.issn.2095-1485.2018.10.004

【摘要】 “包容多元”已逐渐成为当今社会的核心价值取向之一,医疗领域中同样需要提倡。在向医生求助之前,病人都会对自身疾病以及即将接受的治疗有预测、担忧和期待,而这一切都与病人的背景有关——他们文化背景多样、受教育水平与社会经济地位多样、人生哲学多样。医生和其他医务工作者只有理解和接纳,作出诊断,结合患者意愿进行治疗,方能体现医学人文的胸襟,铺平医学人文关怀的路径。

【关键词】 包容多元;　医学人文;　疾病的解释模式
【中图分类号】 R-05
基金项目:上海市浦江人才计划(12PJC075)

Embracing diversity: the abundance and pathway for medical humanity

Peng Wensa, Zeng Yong
Grade 2013 of Eight-year Clinical Medicine Program, Shanghai Medical College, Fudan University, Shanghai 200032, China (Peng WS); Shanghai Medical College, Fudan University, Shanghai 200032, China (Zeng Y); Center for Faculty Development, Fudan University, Shanghai 200433, China (Zeng Y)
Corresponding author: Zeng Yong, Email: yongzeng@fudan.edu.cn

【**Abstract**】 As an important element of contemporary values, "embracing diversity" has driven overwhelming attention from different fields of society, especially in medical field. Before seeking medical help, every patient has prediction, worry and expectation for the treatment to come, which is determined by their diversity. This article includes three sections to layer and substantiate the concept of "embracing diversity" — cultural diversity, socioeconomic diversity and philosophy diversity. Cultural diversity focuses on the concern about religion, LGBT and alternative medicine. Socioeconomic diversity illustrates the thought for patient's educational level, profession, changes in their living condition and so on. Philosophy diversity asks for the respect of people's lifestyle and their medical choice in the end of life.

【**Key words**】 Embracing diversity;　Medical humanity;　Patient's explanatory model
Fund program: Shanghai Pujiang Programm (12PJC075)

在人类社会越来越复杂的情况下,“包容多元”逐渐成为一个重要的文化理念;这样不同种族、民族、宗教或社会群体在同一社会中,都能持续而自主地参与及发展自有传统文化或利益。

孔子说:“道不同,不相为谋”。人们总倾向于与自己背景相似的人相处共事。但由于医学这一学科与“人”的密切相关性,医生在其漫长的职业生涯中要接触各行各业不同背景的患者及其家属。每一种疾病都不只是简单的病理生理反映,而是由生物-心理-社会等多种因素共同影响。病人的多元文化背景、心理与行为,可能不只是其疾病之外的附加因素,而是从根本上影响并决定了疾病。

每个病人在向医生问诊之前,都会对自己的疾病以及即将接受的治疗有种预测、担忧和期待,即病人的解释模式(patient's explanatory model)[1]。病人的解释模式就是病人对自身疾病起因、严重性以及最

终治疗结果的理解。本质上，这就是那个疾病对病人的意义，而多元性正是决定病人的疾病解释模式最重要的因素。

一方面，对多元的互相包容和彼此尊重是文明社会的要求，只有真正平等地理解与尊重每一个个体，了解他们的故事，无条件地接纳他们；才能体现医学人文的胸襟。另一方面，现代医学之父 William Osler 曾说过，比知道所患何病更为重要的是了解何人患病。医生必须意识到病人的多元性，将他作为一个有想法、有背景、有社会关系的人一样看待，并在诊疗过程中对此有所关注，才能与患者进行最有效的沟通；并以此为路径，真正将医学落实到人文关怀层面。否则，对所有病人采取“一刀切”处理，则无法搭建起医患协作的桥梁，无法深入了解病情、找出病因，对症选择最合适的诊疗方案。

在此，以医患沟通交流中经历的各个阶段为例，介绍包容多元在具体医疗行为中的体现。

1　与背景各异的患者良好沟通

由于患者背景各异，在初步沟通时，医生需要根据他们的特点进行相应调整，以拉近医患之间的距离，方便进一步诊疗决策。其中，患者的教育水平、LGBT 群体和患者就医环境变迁是重要因素。

1.1　患者教育水平

患者在面对医学这一专业性极强、有相当高知识壁垒的学科时，常会感到无所适从。而医生作为教育程度较高的群体，尤其是在自己的专业领域进行沟通时，需要顾及患者的接受程度。医疗相关的两大方面——沟通与决策都会对教育水平较低的患者产生影响。受过高等教育的患者会更积极地沟通，并有着更多的情感表达，期望从医生那里了解更多信息。而受教育水平较低的患者处于双重不利地位：一是他们在沟通中处在更加被动的地位；二是医生容易对他们信息需要与渴望程度产生误解。因此在初步沟通时，如何根据患者所需提供更恰当的信息对医生来说至关重要。

对于教育程度较低的患者，在解释病情与治疗方案选择时，医生应当使用浅显易懂的语言，耐心细致，能够按照不同的要求，将疾病以及诊疗方案解释清楚。针对教育程度较高患者的进一步沟通要求，医生可从专业知识出发进行解释说明，给予满足。

1.2　LGBT 群体

LGBT 是女同性恋者（lesbians）、男同性恋者（gays）、双性恋者（bisexuals）与跨性别者（transgender）的总称。一般认为，人群中大致有 5%的 LGBT 群体。作为相对隐形的存在，LGBT 人群的个体患病时有他们独特的健康需求。他们在医患沟通时，也有许多并不为人所知的风险与困难。LGBT 群体中的女性不仅可能有更高的风险患有乳腺癌和妇科癌症，同时她们去寻求预防保健的概率远低于异性恋女性。跨性别者可能有更高的 HIV 感染、药物滥用和精神疾病患病比例。

当 LGBT 人群中的患病者在医院寻求帮助时，如何向医务人员透露他们的性取向和性别认同常常是一件难事。他们大多都不会主动向医生说出自己的性取向，总要等医务人员提出这方面的问题。而一般情况下，医生也不会主动和患者讨论性别认同的相关问题。未能揭示性取向有可能会导致患者接受不当的卫生保健，包括误诊、漏诊和延误医学治疗。向医务专业人员披露自己性取向的 LGBT 人群中的患病者，沟通更为顺畅，更有可能寻求必要的医疗服务。

因此就需要医生首先在诊疗中不歧视 LGBT 群体，对 LGBT 人群中的患病者甚至需要提供更多关心与安慰。医生须对这一特定人群的有相关了解，比如他们的多发疾病以及特殊的诊疗需求。医生在引导他们主动说明性取向及相关问题时，需要注意使用特别的沟通技巧，以减少他们的心理压力。

1.3　就医环境变迁

我国幅员辽阔，医疗资源分布不均，高水平大医院集中于大城市。在大病、重病面前，人们倾向于去大城市、大医院寻求医疗援助。据统计，2017 年全国医疗卫生机构总诊疗人次达 81.8 亿，其中约 7%（5.7 亿人次）为跨省域就医，即平均每天约 15.6 万人次跨省域就医；因此异地就医成为常见问题。

异地就医的病人脱离了熟悉的生活环境，在陌生的城市奔波，旅途的劳顿、语言的差异等，都会对病人的心理健康状况水平产生一定影响。由于我国医疗制度的限制，异地就医的患者常在医疗保险报销方面存在一定困难和问题，甚至可能衍生医患矛盾。此时，需要医生给予额外的帮助与照护。

语言问题也是异地就医中常常容易出现的问题。在病人主诉时，如果关键的临床表现若医生无法辨认理解，容易导致重大的偏差。当医生不能听懂患者的语言时，需要向其家属或者其他途径寻求帮助，尽量排除语言障碍。

作为一名医生,最好掌握医院当地的方言,知晓某些方言背后的医疗文化含义;进一步说,利用方言沟通,可拉近医患距离,促进医患建立信任友好关系。在 2008 年汶川地震后,浙江某医院接受了近百名地震伤员,该医院的部分医务人员集体学习四川方言,了解伤员家乡的风土人情,以便与他们拉家常,消除他们的孤独与寂寞,促进他们康复[2]。

2　诊疗决策时考虑患者多元化诉求

医疗决策绝不仅仅需要从医学上的病人利益最大化出发,而且应兼顾患者的其他多元诉求。宗教信仰,传统和替代医疗,经济水平与社会支持都是对决策影响较大的因素。

2.1　宗教信仰

首先,各国传统医学的起源几乎都与宗教有关。多数宗教对疾病都有其特殊的解释模式。许多循证医学并未涉及到的领域,宗教或多或少都有所涉及,对病人的影响不可忽视。其次,宗教信仰作为患者精神依托,在心理层面上对疾病的发展及预后,可发挥或支持、或阻碍的作用。

部分调查研究显示,参与正常的宗教活动,可能对延长寿命、降低疾病疼痛感和保持心理健康等有积极作用。Rogers 等人对 2.1 万非洲裔美国人研究发现,每周参加 1 次教堂活动比从来不参加的群体要多活将近 14 年(80.1 岁:66.4 岁)[3];Krause 等采访 52 个老年患癌症的墨西哥裔美国人,发现那些信仰宗教的人报告的疼痛程度较低[4]。Branco 等人的研究发现,宗教信仰可能是抵御抑郁的保护性因素,也可能成为抑郁恢复的辅助手段[5]。但也有研究表示,某些形式的宗教信仰或活动可能会增加死亡的风险[6]。医生在病人“宗教信仰”问题上需要注意:首先在沟通时需避免侵犯病人的宗教信仰;不非议、诽谤患者的宗教信仰, 以便帮助构建良好的医患关系。其次,医生最好能够了解那些主流宗教对群众产生的影响,尤其是在看待疾病、生死等方面的影响,以方便进一步开展治疗。

当病人的宗教信仰与治疗冲突时,医生须平和地与患者沟通,在不妨碍其宗教信仰的同时,确定合适的诊疗方案。由于宗教在心理层面上对病人可能有积极作用,医生应重视对病人信仰(主观能动性)的调动,鼓励他们积极向上的情绪;对病人进行心灵上的安慰与疏导,以帮助治疗。

2.2　传统和替代医疗

中国目前的医疗系统中,现代医学(西医)处于统治性地位;但传统医学,包括中医(汉医)、蒙医、藏医、维医等,也占一定比例。而国际上使用传统和替代医疗的人群占多数(65%以上)。随着患者个人健康意识的不断提高以及医疗费用的日益高涨,即使在欧美等现代医学发达之地,使用替代医学的人也越来越多。

与现代实验医学不同,很多替代医学的机制仍有待科学解释或证实,因此在医院中无法得以开展实践。由于部分患者认为,替代医疗多为毒性少、对患者身体侵蚀少,常会主动选用。比如,当病人坚持在日常采用西医治疗的过程中同时使用某些替代疗法时,与医生的沟通就有可能陷入困境。更值得重视的是,因为旧俗、迷信等因素,各种“土方子”能不能用、怎么用,都需要医患之间有沟通与交流。

作为医生,需要了解自己领域常见的传统和替代医疗方式。一方面,尊重病人对传统和替代医疗方式的选择,以发挥其对病人的医治作用。另一方面,如果替代医疗影响正常治疗,医生可以在宣教科学知识的同时进行劝导,充分告知可能的后果和风险,促进病人慎重选择。

2.3　经济水平

不同收入水平的患者医疗支付能力不同。尤其是目前医疗保险在人群中尚未全面普及、医保对疾病与药物覆盖力度较弱的情况下,医疗费用、患者的劳动力损失、相关陪护人员的误工损失等对于家庭常常是不小的负担,面对危重病时尤甚。以目前受到广泛关注的恶性肿瘤为例,外科治疗、放疗、化疗、靶向药物、免疫治疗等多种治疗方法层出不穷;最新的研究成果初期运用到临床时,多数价格十分昂贵且医保无法覆盖。这种情况下,面对患者生的希望以及现实条件的矛盾,医生在介绍诊疗方案时的倾向性会很大程度影响患者的最终医疗决策。

医生需要在充分沟通的前提下,根据患者的意愿和经济能力,与病人商议确定最为合理的诊疗方案,以获得诊疗效果与患者经济利益的最优平衡。

2.4　社会支持

患者家庭背景对其影响既体现在日常生活中,也体现在疾病诊治选择的决策模式中。当患者家庭关系纷繁复杂时,到底应当依据谁的意见来作出最后决定,对医生也是一个挑战。

首先医生应当尊重病人根据自身状况作出理性

决定的权利,并且提供实际的技术支持。家庭层面能够通过平时患者与家人的沟通模式,判断出家人在诊疗决策中的参与度。对患者家人同样谦和,尊重他们在患者医疗决策中的建议。但对多子女的老年病人,在临终治疗的处理上,容易引发矛盾和纠纷,需要引起医者的特别注意。

3　尊重患者对疾病的不同态度并加以引导

根据生物–心理–社会医学模式,患者心理对医患沟通以及接下来的治疗依从性和疾病走向都有影响。

3.1　患者日常生活方式与疾病的关系

关于疾病成因,在流行病学领域,主要有两种理论:一种认为人类疾病的决定因素在于一些人具有同样的行为方式和文化,如消化性溃疡多发于饮食不规律的人群等。而另一种相信,社会结构所形成的经济和政治关系是疾病分布的决定性因素,如脑力劳动者好发心脑血管病,食道癌和胃癌曾经多发于低收入者[7]。无论是那种成因理论,都无法否认生活方式影响疾病形成。因此在这种情况下,尤其是面对生活方式病,诸如高血压、糖尿病等,需要医生与患者在其生活方式方面进行"交锋"。通过积极的健康宣教,建议和引导患者摒弃不良的生活喜好,如吸烟、酗酒等。在饮食控制方面,能够提供中肯的建议。

当然,医生对患者的控制应当局限于医疗方面,与其个人自由划分出清晰的边界,避免以医学名义给人的行为赋予道德意义。患者选取何种生活方式是他本人的决定,医生仅能建议,无法改变;但从医者职责角度,必须尽量全面地告知患者相应的医疗情况。

3.2　患者面对危重疾病时的心理状态

人的生命是一切的基础,但当人们正常生活时,最容易忘却的恰好是生命本身。危重疾病骤然降临时,对患者的心理影响是显著的。他们会恐惧、绝望、心情茫然、对周围事物变得越发敏感等。面对重大疾病,是否治疗、如何治疗等决策,都需要医患之间有效沟通。

另外,心理因素对人的健康和疾病产生影响也是确定的,危重疾病患者的心理变化更为复杂。面对这类患者,医生能及时、果断、准确地处理,在药物治疗的同时不失时机地配合心理支持,才能取得事半功倍的效果。同时需要了解患者面对疾病的心理变化规律,及时发现问题,针对不同心理状态的患者采取相应的沟通方式与安慰手段,这对于医生来讲至关重要。

芸芸众生,大不相同。医生面对众多患者,需要始终抱有从医之初的仁爱之心,平等博爱。正如《大医精诚》所说:"若有疾厄来求救者,不得问其贵贱贫富,长幼妍媸,怨亲善友,华夷愚智,普同一等,皆如至亲之想"。医者仁心,包容多元,有容乃大。古今中外,众多名医待病人如亲人,赢得了患者的信任和口碑。"包容多元"是有志从医者和正在从医者需要的胸襟,也是实现医患和谐的重要路径。

利益冲突　无

作者贡献声明　彭文飒:按指导研究撰写初稿;曾勇:总体规划、组织研究并修改成文

参考文献

[1] Carrillo JE, Green AR, Betancourt JR. Cross-cultural primary care: a patient-based approach [J]. Annals of Internal Medicine, 1999, 130(10): 829-834. DOI: 10.7326/0003-4819-130-10-199905180-00017.

[2] 王建安, 张苏展. 最棒医院的 7 堂课[M]. 杭州: 浙江大学出版社, 2012.
Wang JA, Zhang SZ. 7 lectures from the best hospitals [M]. Hangzhou: Zhejiang University Press, 2012.

[3] Rogers H. Religious involvement and U.S. adult mortality [J]. Demography, 1999, 36(3): 273- 285. DOI: 10.2307/2648114.

[4] Krause N, Bastida E. Religion, suffering, and health among older Mexican Americans [J]. Journal of Aging Studies, 2009, 23(2): 114-123. DOI: 10.1016/j.jaging.2008.11.002.

[5] Branco KJ. Religiosity and depression among nursing home residents: results of a survey of ten states [J]. Journal of Religious Gerontology, 2000, 12(5) : 43-61.

[6] Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, et al. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: A 2-year longitudinal study [J]. Archives of Internal Medicine, 2001, 161(15): 1881-1885.

[7] 肖巍. 作为一种价值建构的疾病——关于疾病的哲学叙事[J]. 中国人民大学学报, 2008(4): 62-70.
Xiao W. Illness as a kind of value construction: a philosophical narrative about illness [J]. Journal of Renmin University of China, 2008(4): 62-70.

(收稿日期:2018-06-22)
(本文编辑:蔡骏翔)