

死亡话语素养下医患临终沟通的会话分析

——基于《见证生命，见证爱》的案例记录

唐琳薇

川北医学院外国语言文学系 四川 南充 637000

摘要:本研究以罗正鹏和高一虹提出的“死亡话语素养”理论为框架,结合路桂军《见证生命,见证爱》中的12个临终患者案例,采用基于格赖斯合作原则四条准则的会话分析方法,从认知、态度、话语实践三维度剖析医患临终沟通互动逻辑。研究发现,死亡话语素养是提升临终沟通质量的核心能力:认知层面科学知识传递打破未知恐惧,态度层面开放接纳营造安全沟通氛围,话语实践层面多模态互动满足临终者情感需求。医生通过“充分告知-深度聆听-积极建构”会话策略,助力患者及家属坦然面对生命终点,实现“生死两相安”。研究为临终关怀实践中医患沟通优化及医护人员死亡话语素养培养提供实证参考。

关键词:死亡话语素养;医患沟通;临终关怀;会话分析;《见证生命,见证爱》

引言:

(一) 研究背景

在我国老龄化加剧与安宁疗护需求增长的背景下,临终沟通成为医患互动核心议题。但传统文化中相关禁忌的话语惯习(罗正鹏、高一虹,2023),使医患临终沟通常陷入“回避-误解-冲突”困境:家属隐瞒病情“保护”患者,医生因缺乏相关话语技巧难以传递真实状况,患者因认知偏差陷入恐惧孤独。正如路桂军在《见证生命,见证爱》中所言:“临终者的痛苦不仅源于躯体疼痛,更源于相关话语的缺失——他们不知如何谈论生命终点,也没人愿与他们谈论。”

20世纪80年代后,西方“死亡素养”概念(Noonan等,2016)引入公共卫生领域,强调个体理解临终护理、理性决策的知识与技能;罗正鹏、高一虹(2023)进一步提出“死亡话语素养”,将其定义为“人们用各类话语形式谈论濒死相关议题、参与社会实践、探索并积极建构生命意义的能力与过程”,明确其包含认知、态度、话语实践三维度。这一概念为我国医患临终沟通困境提供理论工具,既关注“知道什么”(相关知识),也关注“如何说”(话语策略)与“愿意说”(情感态度),契合沟通中“知识传递-情感共鸣-决策协同”的核心需求。

(二) 研究意义

理论层面,本研究将死亡话语素养与会话分析结合,拓展“死亡话语”实证研究场景,弥补现有研究多聚焦宏观理论、缺乏微观互动分析的不足;实践层面,基于《见证生命,见证爱》案例分析,提炼可复制的医患临终沟通策略,为医护人员临终沟通能力素养培训提供具体参照,同时引导社会打破相关禁忌,推动“优逝”文化形成。

(三) 案例来源说明

本研究语料来自路桂军《见证生命,见证爱》(2020),该书收录作者亲身经历的12个安宁疗护案例,患者涵盖30多岁肝癌患者至70多岁消化道肿瘤患者,年龄跨度大、病症类型典型。医患对话均为真实临床场景中的“特殊会话含义”,符合会话分析语料要求。

1 理论基础与研究方法

1.1 死亡话语素养的理论框架

据罗正鹏和高一虹界定,死亡话语素养含三个相互关联维度,共同构成医患临终沟通能力基础:

1.1.1 认知层面:相关知识的“科学性-个性化”平衡。要求个体具备生命终结生理进程、临终护理方案、身后事决策等客观知识,但认知传递非“单向灌输”,需结合患者人生经历、价值观念调整内容。

1.1.2 态度层面:相关议题的“开放-接纳”取向。

强调“公开、正式谈论生命终点的情感和行为倾向”。医生需摒弃“生命终结是医疗失败”认知,接纳患者对生命终点的恐惧、信仰及“非理性”诉求(如“是否有另一个世界”);患者及家属需从“回避生命终点”转向“正视生命终点”,在沟通中表达真实情感(林君忆,2024)。

1.1.3 话语实践层面:相关话语的“多模态-情境化”使用。涉及“对濒死相关口头、书面、多模态话语形式的消费和生产”。医生需灵活运用语言、肢体、环境等多模态资源,依情境调整策略,如用“消耗状态”“睡

眠中离世”等温和表述告知病情，避免“没救了”“必死无疑”等冲击性语言（秦苑、高一虹，2022）。

1.2 会话分析的方法框架

本研究以格赖斯（Grice）“合作原则”四条准则为会话分析核心框架，结合《见证生命，见证爱》中医患对话“特殊会话含义”，解析死亡话语素养在互动中的体现：

- 数量准则：话语信息“足量但不过量”，如医生告知病情需传递预后时间、症状变化等关键信息，避免冗余细节引发焦虑；

- 质量准则：话语“真实且有依据”，不刻意隐瞒病情，不夸大生命终结风险；

- 关系准则：话语“与沟通目标相关”，如患者谈“身后事”时，医生不转移话题至“治疗方案”，聚焦其情感需求；

- 方式准则：话语“清晰、委婉、无歧义”，如用“生命末期”替代“快死了”，用“睡眠中离开”描述生命终结过程（高一虹、秦苑，2022）。

2 死亡话语素养下医患临终沟通的案例分析

基于死亡话语素养三维度，结合会话分析准则，对《见证生命，见证爱》典型案例剖析如下：

2.1 认知层面：科学传递与偏差纠正——打破死亡未知恐惧

认知层面核心是“用科学知识替代相关未知”，医生需依“质量准则”（真实）与“数量准则”（适度），通过会话传递客观知识，纠正患者及家属认知偏差。

2.1.1 医生对生命终结生理过程的“情境化表述”：路桂军多次用“生活化语言”描述生命终结自然进程，如对恐惧“突然离世”的患者解释：“人濒死时会进入消耗状态。先丧失味觉……之后可能缺血缺氧，昏沉或嗜睡，睡眠时长渐增，患者会在睡眠中不知不觉离开。”（路桂军，2020：45）。此表述符合“方式准则”（用温和词汇替代专业术语）与“质量准则”（客观描述生命终结顺序），帮助患者理解生命终结是规律过程，缓解认知恐惧。

2.1.2 医生对患者个性化认知的“深层挖掘”：46岁导演患者疼痛缓解80%后依然寻求结束生命，家属归咎为“抑郁症”，路桂军通过沟通发现，患者真实原因是“孤独无人理解”，其电话中说：“身边没人懂我，连妻子也觉得我‘矫情’”（路桂军，2020：P28）。医生依“关系准则”（聚焦情感表达），通过“追问细节”（“疼痛缓解后最想做什么？”“有人理解你感受

吗？”）获足量情感信息，挖掘出患者视“结束生命为摆脱孤独唯一方式”的深层认知，纠正家属偏差。

2.1.3 医生对家属认知偏差的“温和纠正”：老太太患直肠癌复发，家属隐瞒称“炎症过几天就好”，路桂军在家庭会议中说：“阿姨有权知道自身状况——她需时间安排身后事，这是对她的尊重”（路桂军，2020：P63）。话语符合“关系准则”（关联患者自主权与家属保护意图）、“方式准则”（用“尊重”替代指责）与“质量准则”（点明隐瞒致遗憾），最终家属同意告知病情，患者从容安排与孙子“最后相处时间”。

2.2 态度层面：开放接纳与情感共鸣——营造安全沟通氛围

态度层面核心是“用开放态度接纳相关议题复杂性”，医生需率先打破相关禁忌，依“关系准则”（情感共鸣）与“方式准则”（包容非评判），允许患者及家属表达多元情感。

2.2.1 医生对患者相关信仰的“尊重式回应”：患者问“你相信有另一个世界吗？”，路桂军答：“我也愿意相信——这样你就能和去世老伴儿见面了”（路桂军，2020：P88）。回应符合“方式准则”（不否定、不强加观点）与“关系准则”（关联患者思念），尊重患者精神需求，为后续情感疏导奠基。

2.2.2 医生帮助患者对生命终点从恐惧到坦然的“动态转变”：35岁肝癌患者最初说“疼得不想活”，经医生多次沟通后说“想趁能动带女儿去迪士尼”（路桂军，2020：P51）；老红军患者始终豁达，说“活80岁见惯生死，还想看看孙子结婚”（路桂军，2020：P92）。医生对年轻患者依“关系准则”（关联家庭情感）“引导愿望表达”，助其从恐惧转向珍惜当下；对老红军依“方式准则”（包容豁达态度）“倾听人生故事”，强化其坦然态度。

2.2.3 医生帮助家属对生命终点从“回避”到“正视”的态度转变：法官患者家属最初隐瞒病情“保护患者”，路桂军说：“你担心他害怕，但他更怕没机会和你说‘对不起’”（路桂军，2020：P77）。话语符合“关系准则”（关联家属保护意图与患者情感需求）与“质量准则”（指出未表达情感成遗憾），家属正视相关沟通必要性，最终与患者情感和解。

2.3 话语实践层面：多模态互动与策略引导——满足临终情感需求

话语实践层面核心是“用多模态话语满足临终者情感与愿望”，医生需结合语言、肢体、环境等资源，

依“方式准则”（情境化策略）与“关系准则”（聚焦愿望实现）引导互动。

2.3.1 医生通过叙事医学的“情感引导”：军人患者因与儿子疏远焦虑，路桂军讲“母亲书信与儿子和解”故事，说：“你可给儿子写信，告诉他当年参军的遗憾”（路桂军，2020：103）。叙事策略符合“方式准则”（故事代说教）与“关系准则”（关联亲子矛盾），患者受启发写信，父子相拥和解，实现相关话语向“情感修复”转化。

2.3.2 临终愿望多模态资源的“协同实现”：57岁晚期肿瘤患者老张希望“在妈妈怀抱里离开”，路桂军协调家属让其母从长春赶来，在病房布置老张童年照片，轻声说：“你妈妈来了，在你身边呢”（路桂军，2020：P132）。医生话语实践含语言（告知母亲到来）、环境（布置照片）、肢体（协助握母亲手），符合“方式准则”（多模态协同）与“质量准则”（兑现承诺），

老张在母亲怀抱安详离世，实现“善终”。

3 死亡话语素养对医患临终沟通的价值与启示

3.1 认知层面：加强“相关知识情境化传递”培训，如学习“生命终结生理过程生活化表述”“不同病症患者认知差异应对”，避免知识灌输；建立“临终沟通档案”，记录患者相关认知、情感需求、临终愿望，为个性化沟通提供依据；

3.2 态度层面：开放接纳态度营造“安全沟通氛围”，允许多元情感表达；如模拟场景，训练医生“非评判性回应”能力；开展“家庭沟通工作坊”，组织医、患、家属参与，借角色扮演、案例讨论，助家属打破相关禁忌，学“爱的表达”话语；

3.3 话语实践层面：强化“多模态互动技巧”培训，优化“临终沟通环境”，如学习“叙事故事设计”、“肢体语言运用”、“私密沟通环境营造”，提升话语策略灵活性。

结 论：

本研究以《见证生命，见证爱》临终案例为语料，从死亡话语素养认知、态度、话语实践三维度，结合会话分析准则剖析医患临终沟通互动逻辑。研究发现，认知层面医生通过“情境化知识传递”“深层认知挖掘”“偏差温和纠正”打破未知恐惧；态度层面通过“信仰尊重”“情感共鸣”“态度引导”营造安全沟通氛围；话语实践层面通过“叙事引导”“日常话语激活”“多模态愿望实现”满足临终者情感需求。

死亡话语素养是提升医患临终沟通质量的核心能力，本质是“以患者为中心”的话语实践——医生不仅是“相关知识传递者”，更是“生命意义共同建构者”。未来研究可扩大语料范围（如不同地区、类型医院案例），进一步探索死亡话语素养在跨文化、跨阶层医患沟通中的差异，为临终关怀实践提供更全面理论支撑。

参考文献：

- [1] 高一虹。死亡话语类型与社会变迁探索[J]. 外语研究, 2019,36(2):1-6.
- [2] 路桂军。见证生命，见证爱[M]. 桂林：广西师范大学出版社，2020.
- [3] 罗正鹏，高一虹。走向死亡话语素养[J]. 医学与哲学, 2023,44(8):19-23.
- [4] 秦苑，高一虹。我国情境中的安宁疗护家庭会议：结构、挑战与策略[J]. 中国外语, 2021,18(4):54-61.
- [5] 林君忆，郭巧红。安宁疗护视域下死亡价值理念诠释与意义探寻[J]. 中国医学伦理学, 2024,37(4):475-480.
- [6] Noonan K, Horsfall D, Leonard R, et al. Developing death literacy[J]. Prog Palliat Care, 2016, 24(1):31-35.

基金项目：南充市社科规划项目川北健康人文研究 2025 年度项目“死亡话语素养下医患临终沟通的会话分析” NC25CB11

作者简介：唐琳薇（1987—），女，四川南充人，川北医学院外国语言文化系讲师，主要从事应用语言学研究。