



當非洲部落文化遇上西方醫學 從文化衝突看見醫療人文關懷的溫度

醫學教育暨生醫倫理研究所碩一
臺大醫院社會工作室 宋宛怡社工師

從日內瓦醫師宣言：「我今我進入醫業，立誓獻身人道服務……不因任何宗教、國籍、種族、政治或地位不同而有所差別；生命從受胎時起，即為至高無上的尊嚴；即使面臨威脅，我的醫學知識也不與人道相違。我茲鄭重地、自主地以我的人格宣誓以上的誓言。」在醫療照護的互動和道德生活中，擁有可靠的品格、良好的道德感和適當的情緒反應能力是很重要的。但以不論是追求最大效益的結果論，還是遵守道德原則的義務論的責任倫理學主張，道德實踐因道德主體受到某種普遍責任的約束而產生，但促使我們採取行動的對他人的感受和擔憂只是一種被規則約束或是遵守規則的義務使然嗎？

遇到不同文化背景的病人就像是一面照妖鏡，不同文化背景的病人及家屬挑戰著醫師本身的信念、價值觀。醫師面對文化衝突，在醫病關係上必然受到衝擊，如對疾病及治療的誤解，宗教信念影響醫療計畫等，醫師面對衝突依然繼續照顧病人，只是遵循倫理原則如尊重自主、不傷害、正義、行善的義務而已嗎？照顧有文化差異的病人，醫師本身關懷病人的動機、情感和態度展現出來的德行可能比遵守道德規則更有道德價值，如早年來台宣教行醫的宣教士們，非洲行醫的史懷哲。

幾年前一位非洲籍外國人，在來台探訪朋友期間突然在旅館發生呼吸停止緊急送醫，從此開始了他在醫院漫長的住院治療過程。病人在入院之後就一直呈現昏迷狀態，他的妹妹和妻子先後從非洲趕來臺灣，在醫病溝通及醫療決策上，臨床醫療遇到許多文化差異的困境。以下以 Barbara C. Schouten 和 Ludwien Meeuwesen 從文獻回顧整理的五種文化差異在醫療溝

通上的影響(2006)來說明非洲籍病人在住院治療過程中發生的文化衝突困境。

(一)健康和疾病解釋模型中的文化差異

為了解病人文化背景如何影響醫病溝通，Kleinman 提出了解釋模型(Explanatory Model)的概念。EM 被定義為「所有參與臨床過程的人所採用的關於疾病發作及其治療的概念。」病人和醫生都持 EM，因為他們提供對疾病發作和適當治療的解釋。Kleinman 認為，病人和醫生的 EM 之間經常會存在差異，從而導致醫病溝通出現差距。

在這位非洲籍病人入院經急救後，病人腦波無反應，呈腦死狀態，隨時有可能會死亡，經醫師評估病人疾病已達末期狀態，與病人的妹妹和妻子討論是否有不施行心肺復甦術的想法時，因在病人母國布吉納法索有器官買賣情事且布國醫療沒有疾病末期不施行心肺復甦術的概念，故在醫師提出不施行心肺復甦術選項時以為本院要買賣病人器官，可見病人家屬與醫師對疾病末期及其治療的概念相距甚遠。

(二)文化價值觀的差異

文化規範會影響病人的自信、他們執行某些反應的感知能力以及他們對醫師建議反應有效的信念，它們共同影響病人參與的能力與決策。

宗教與文化規範在這位非籍病人的治療過程中一直不斷地影響著家屬對於醫療的抉擇，病人與家屬分別信仰天主教與回教，同樣相信神蹟，認為神一定會醫治他們的家人，病人妹妹在臺灣認識的非籍朋友每次看到我總是會不斷地敘說他自己經歷的很多神蹟，告訴我要耐心等候神；另外非洲部落文化中只有長老具有做決策的優先權，與我國法律中配偶的優先法律順位大相逕庭，連部落泛靈文化中的惡靈也來搗亂，惡靈附身之說讓病人的妻子陷入回國後可能會被謀殺的危機中。

(三)病人對醫病關係偏好的文化差異

過去的幾十年，傳統的家長式治療病人的方式不再被認為是可以接受的；取而代之的是一種相互參與的模式，在這種模式中，病人教育、病人參與和共同決策是新的慣例。尊重病人自主，以病人為中心的概念，在這

種關係中，醫生和病人共同承擔互動及其結果的責任。關於共同決策和相互參與的主要假設之一是病人更願意參與自己的照護。不過，這種假設可能不適用於每位病人和每種情況，也可能不適用於每一種文化下的醫療慣例。

在某次與病人妻子的會談中，邀請到一位非洲獅子山共和國來的非籍神父來協助翻譯，這位神父耐心地告訴我在非洲的醫療環境，是由醫師告訴家屬，病人的病情已近末期，可以開始準備後事，他們無法理解什麼是撤管或是不施行心肺復甦術，從這當中可以看見，布國的醫病關係還是以傳統的家長式為主，由醫師為病人的疾病治療做決策，所以當我們與非籍病人家屬作疾病末期意願徵詢的時候，他們對於要家屬做是否急救的決策，感到非常的困惑。

(四)種族主義/知覺偏見

種族間接觸中醫病充分溝通的另一個障礙是種族主義和知覺偏見問題。雖然少數民族病人所感知的種族主義經歷是否與醫生和醫療保健系統對他們的實際治療方式相對應，尚未進行實證研究。然而他們的看法可能會對照護品質產生負面影響。

在這位非籍病人的治療過程中，當病人家屬做出在醫療端的立場是不利於病人及整個醫療計畫決定時，如疾病末期撤管是最好的選擇，在台灣配偶就是決策的第一優先，配偶可勇敢地做自己想做的決定，若未察覺知覺偏見，試圖說服是不是一種傷害？因為病人妻子曾經跟我分享過她很氣自己成為我的麻煩。

(五)語言障礙。

跨文化交流的一個明顯障礙是屬於不同種族/文化群體的醫生和病人之間經常遇到缺乏語言理解。語言障礙會導致許多負面後果，例如不依從的可能性增加、恐懼和絕望的感覺以及實現目標的問題。此外，病人不能理解和說出他們醫生的語言可能是尋求治療的一個重要障礙。但儘管語言困難，從 50 名格陵蘭病人的研究中發現。雖然格陵蘭病人與丹麥醫師之間的溝通不足，但病人對接受的護理感到滿意。病人滿意度與對醫師的友善和笑臉等情緒因素的感知有關，與語言問題無關。

這位非籍病人國家官方語言是法語，每次要做醫病溝通的時候，總是要各方詢問哪兒有能夠說流利法語的翻譯人員，雖然經過妥善的安排，有時在家庭會議上以為已經達到的共識，到後來才發現家屬的理解有誤，這種時候總是會讓醫療團隊大吃一驚。

關懷倫理學關心的是：如何與人的道德的相遇？人是存在於與人互相依賴的關係中，人更仰賴在關懷關係的施與受的感受。關懷倫理學傾向脈絡性的思維，注重的是具體情境，認為每一個個案都是獨特的主體（廖瑞琪，2011）。由此可見，關懷倫理注重的是醫護人員本身的德行，關懷病人不只是一個行動，而是為了關懷本身而行動的動機。在這位非洲籍病人的醫療過程中，文化差異帶來的衝擊，不論是文化價值觀、對疾病治療認知的落差、對醫病關係偏好的差異、知覺偏見及語言障礙，都不斷地在醫療處置上形成一個又一個困境，雖然文化差異在醫療照顧上備感艱辛，如何能夠真正的「理解」，找到協調的途徑，是這個過程中最寶貴的部分，也是醫療人員美德展現之處。在這位非洲籍病人的醫療過程中，處處可見醫病關係中的關懷，因為關懷，醫療團隊可以同理病人及病人家屬，可以洞察病人家屬的需求，雖然家屬不斷的做出令我們無法理解的醫療決策，醫療團隊仍然一次又一次不斷的想辦法協調溝通，促進病人家屬對醫療團隊的信任；在資源有限的情況下，給予最大的協助；在將近9個月的住院過程中始終如一的盡責照顧病人。醫療團隊關懷病人的動機、情感和態度展現出來的德行，讓病人在家人的理解中撤管善終。醫療團隊展現出的美德著實令人動容。