Advances in Education 教育进展, 2026, 16(11), 270-279
Published Online November 2026 in Hans. https://www.hanspub.org/journal/ae
https://doi.org/10.12677/ae.2026.16112383

Hans汉斯

医学人文视域下跨文化医患沟通教育缺位与优化路径

魏灵珠，罗　玟，程　航，杨　薇*，刘　倩*

广东医科大学人文与管理学院，广东　东莞

收稿日期：2026年10月1日；录用日期：2026年10月29日；发布日期：2026年11月5日

摘　要

随着跨文化医疗场景逐步增多，由文化差异引发的医患沟通摩擦与信任问题开始受到关注。本文基于医学人文教育视角，梳理当前跨文化医患沟通能力培育存在的教育短板，探讨可行的优化路径。研究厘清跨文化医患沟通能力的内涵，分析医学人文教育与该能力形成之间的内在关联；从育人理念、课程体系、教学模式、师资队伍、实践场域与评价机制六个方面，梳理医学人文教育存在的系统性不足，及其可能带来的文化认知偏差、沟通障碍、医患信任受损等现实问题；据此提出理念调整、课程完善、教学模式革新、师资队伍建设、实践环节拓展与评价机制优化六条改进方向，尝试构建覆盖“理念－课程－教学－师资－实践－评价”的闭环改进框架。跨文化医患沟通能力的养成，需要医学人文教育在人才培养阶段为学生积累跨文化素养提供支持。

关键词

医学人文教育，跨文化医患沟通，教育缺位，优化路径

Educational Deficits and Optimization Pathways in Cross-Cultural Doctor-Patient Communication from the Perspective of Medical Humanities

Lingzhu Wei, Wen Luo, Hang Cheng, Wei Yang*, Qian Liu*

School of Humanities and Management, Guangdong Medical University, Dongguan Guangdong

Received: October 1, 2026; accepted: October 29, 2026; published: November 5, 2026

*通讯作者。

文章引用: 魏灵珠, 罗玟, 程航, 杨薇, 刘倩. 医学人文视域下跨文化医患沟通教育缺位与优化路径[J]. 教育进展, 2026, 16(11): 270-279. DOI: 10.12677/ae.2026.16112383

Abstract

As cross-cultural medical scenarios become increasingly common, communication friction and trust issues between healthcare providers and patients arising from cultural differences have begun to attract attention. From the perspective of medical humanities education, this article identifies current educational shortcomings in cultivating cross-cultural doctor-patient communication skills and explores feasible pathways for improvement. The study clarifies the connotation of cross-cultural communication competence in medicine and analyzes the intrinsic connections between medical humanities education and the development of such competence. It systematically examines six areas—educational philosophy, curriculum design, teaching models, faculty competencies, practical training, and assessment mechanisms—to identify systemic deficiencies in medical humanities education and their potential consequences, including cultural misunderstandings, communication barriers, and erosion of doctor-patient trust. Based on these findings, the paper proposes six improvement directions: revising educational philosophies, enhancing curricula, innovating teaching methods, strengthening faculty development, expanding practical training, and optimizing evaluation mechanisms. It aims to establish a closed-loop improvement framework encompassing "philosophy-curriculum-teaching-faculty-practice-assessment". The cultivation of cross-cultural doctor-patient communication skills requires medical humanities education to support students in developing cross-cultural competencies during their training.

Keywords

Medical Humanities Education, Cross-Cultural Doctor-Patient Communication, Educational Deficits, Optimization Pathways

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.
This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).
http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
Open Access

1. 引言

随着“健康中国”战略与医疗高质量发展的深入推进，人口大规模流动、民族深度融合与涉外就医日趋常态化，跨文化医疗已成为新时代常态场景。3.76 亿流动人口和来自多元文化背景的患者进入医疗机构后，文化差异带来现实而复杂的沟通壁垒，医生难以理解患者的健康信念，也无法及时回应其独特的就医期待，沟通中的隔阂与信任缺失日益突出。针对上述困境，既有应对举措多集中在管理流程优化、翻译服务完善与制度规范健全等层面。然而，此类技术主义导向的表层干预虽不可或缺，却难以从根本上触及多元文化语境中医患张力的深层根源。

已有成果从多学科视角为理解跨文化医患关系提供了重要基础。语言学视角揭示了翻译介入在沟通中的关键作用，却止步于语言层面的技术修补，难以触及深层信仰冲突。管理学视角将跨文化冲突作为服务质量管理问题加以应对，却忽视了文化差异嵌入诊疗决策的深层逻辑。医学社会学视角揭示了医疗场域权力结构对医患关系的塑造，但对医者跨文化能力如何生成缺乏系统分析。国际上，美国医学教育已将跨文化能力培养确立为“态度、知识与技能”三位一体的核心标准，课程框架与评价体系较为成熟。国内跨文化医疗教育尚未形成完整体系。上述研究的共同局限在于多停留于现象描述与归因分析，未能将跨文化沟通的困境与医学人文教育的结构性缺位加以系统关联。

究其根本，跨文化医患之间紧张关系的持续加剧，与我国医学教育奉行“重技术、轻人文”的培养

逻辑密切相关，这构成跨文化沟通障碍的重要结构性因素之一，人文社科类课程长期处于边缘位置，人文素养与跨文化能力因难以量化考核而被系统性忽视。这一培养模式直接导致医学生虽掌握精湛诊疗技术，却缺乏对多元文化患者健康信念的认知理解、对异质文化医疗行为逻辑的尊重包容，以及在文化差异情境中灵活调适沟通策略的实践智慧。医学人文教育在跨文化维度上的系统性缺位，是跨文化医患沟通难以有效实现的重要结构性原因。

本文旨在从医学人文教育源头出发，系统检视跨文化医患沟通能力培育中的育人短板，探索以医学人文教育夯实跨文化医患沟通能力的实践路径。本研究采用理论分析法，整合医学人文教育、跨文化沟通等领域的既有理论与实证发现，系统构建跨文化医患沟通能力的教育优化路径，以期为医学院校人文课程改革与跨文化沟通能力培养提供参考。

2. 医学人文教育与跨文化医患沟通能力的内在耦合关系

2.1. 核心概念界定

本文所称跨文化医患沟通，指文化背景相异的医患双方围绕诊疗、照护与健康促进等议题在医疗服务过程中展开的信息、符号与意义的双向交换。其跨文化属性既涵盖国别、民族及语言等显性文化标识，也涵括地域习俗、健康信念及疾病认知模式等隐性文化基质。该沟通范式的独特之处在于要求医方跨越文化藩篱，将诊疗对话嵌入患者所属的文化意义系统，在双向文化参照中达成彼此行为逻辑的深度理解。尽管跨文化医患沟通在本质上是医患双方的双向互动，但院校教育能够直接干预和塑造的责任主体主要是医方，因此本文进一步聚焦医学生及未来医者所需的跨文化医患沟通能力。

上述跨文化医患沟通场景对医方能力提出了特定要求。跨文化能力的三维构成在国际医学教育中已有成熟共识。美国毕业后医学教育认证委员会(ACGME)与相关医学教育标准早已将跨文化能力纳入“态度、知识与技能”三位一体的框架。国内学者近年来也对跨文化能力模型进行了本土化建构探索。李怡然等基于社会文化理论，构建了涵盖态度、知识、跨文化解读、跨文化互动技能与批判性文化意识的多维能力模型，强调跨文化能力是在社会文化互动中借助文化工具逐步内化形成的动态过程[1]。该模型为理解跨文化能力的多维构成提供了理论参照，但其面向中医药国际化人才培养场景，尚未聚焦医患沟通这一特定医疗情境。因此，本文借鉴其多维思路，结合跨文化医患沟通的具体场景，将该能力界定为：医学生在多元文化交汇的医疗情境中，识别文化差异对医患互动的影响，理解不同文化背景患者的健康信念与就医期待，并以尊重、包容的态度灵活调适沟通策略，从而实现有效沟通和诊疗合作的综合能力。该能力包含三个相互关联的维度：认知维度(识别跨文化沟通需求，理解患者文化背景对健康信念的塑造作用，并具备跨文化解读能力)、态度维度(认同跨文化沟通价值，尊重患者文化身份与健康信念，具有文化谦逊与批判性文化意识)与技能维度(掌握在文化差异情境中调适沟通策略、传递有效信息并促进诊疗合作的方法，兼具跨文化互动技能)。其中，认知维度提供理解基础，态度维度提供价值驱动，技能维度实现行为外化；三者相互关联、彼此支撑，共同构成跨文化医患沟通能力的重要维度。

2.2. 医学人文教育与跨文化医患沟通能力的内在关系

价值锚定层面，医学人文教育为跨文化医患沟通提供基础性的价值坐标系。前者旨在涵养医者的人文精神与价值关怀，后者则需要超越生物医学的单一视域，将多元文化患者的健康信念与生存意义纳入诊疗核心。因此，医学人文教育是其得以成立的价值根基，这一判断建立在国内医学人文教育价值取向相关研究基础之上。

能力转化层面，医学人文教育构成跨文化沟通能力生成的前提。跨文化医患沟通能力的有效发挥需要医者兼具认知、态度与技能三重素养，而这有赖于系统化的教育干预。知识输入环节引入相关学科资

源，帮助医学生理解不同文化背景下的疾病解释与就医行为，奠定认知基础。态度涵化环节借助叙事医学、伦理反思等形式，引导学生审视自身文化立场，培养文化谦逊意识，完成从认知到信念的转化。技能训练环节运用情景模拟、标准化病人等教学手段，提供在文化差异情境中练习沟通与协商的机会，实现从信念到行动的跨越。三者构成“知识输入–态度涵化–技能训练”的完整转化链条，使沟通理念转化为临床实践智慧。

实践检验层面，跨文化医患沟通实践构成医学人文教育成效的重要验证场域。医学生的人文教育状况，在很大程度上影响其对患者生命的尊重程度及沟通质量，进而影响医患关系的建立[2]。当医生面对文化相异的患者时，其沟通策略的灵活性和患者对文化尊重的感受，共同反映了医学人文教育从知识传授到知行转化的深层跨越程度。跨文化沟通的实质质量，反向构成了对医学人文教育育人成效的重要检验。

这一“价值奠基–能力中介–实践反哺”的闭环关系，是本文在综合医学人文教育目标与沟通能力生成机制基础上所提出的分析框架。该闭环分析框架为本文所归纳建构，现有文献中没有完全一致的现成表述，框架内在逻辑由医学人文、跨文化医患互动已有研究推导而来，前者为后者提供价值根基与实践支撑，后者则为前者提供检验场域与反馈依据。二者在双向建构中实现动态平衡，共同诠释了医学人文教育从课堂走向临床的核心使命。

2.3. 强化医学人文教育的时代价值与育人意义

强化医学人文教育，是回应多元文化医疗需求与补齐人才培养短板的现实吁求。一方面，跨文化医疗常态化使医者面对日益多元的患者群体，系统化的医学人文教育有助于医学生认知并尊重多元健康信念，培育跨文化情境中的沟通调适智慧。另一方面，有研究指出，“重技术、轻人文”的培养逻辑是医患矛盾的重要诱因之一，强化医学人文教育有助于矫正这一偏差，使医学生在精进技术的同时获得共情与人文关怀的同步滋养。

强化医学人文教育已由学理倡导走向政策落地。国家卫生健康委等四部门联合印发的《医学人文关怀提升行动方案（2024—2027年）》[1]，明确要求医学人文关怀培养应当贯穿医学生培养全过程和医务人员职业全周期。为其系统化推进提供了政策依据与实践指向。这一政策导向与本文所倡导的跨文化人文教育形成制度层面的呼应[3]。然而，对该《行动方案》进行文本细读亦可发现，其具体条款主要聚焦于医患沟通技巧、共情能力与伦理决策等通用人文素养，尚未出现“文化多样性”“跨文化能力”或“多元文化医疗”等关键词，就文本字面而言，政策未对跨文化维度作出直接规定，但这并不等于政策排斥跨文化内容，而是为医学院校在执行政策时自主拓展跨文化人文教育保留了实践空间。这提示医学院校在执行政策时，应主动将跨文化能力培养嵌入校院协同框架，使其成为医学人文关怀提升行动的有机延伸。

3. 跨文化医患沟通中的医学人文教育缺位现状

3.1. 育人理念重技术本位，跨文化人文目标虚化

育人理念的偏差是医学人文教育系统性缺位的逻辑起点。我国医学教育奉行“重技术、轻人文”的培养逻辑，以生物医学知识与临床技能训练为核心导向。中国医师协会人文医学专业委员会明确指出，“临床上重技术、轻人文的倾向依然严重，是导致医患纠纷、医患矛盾的原因之一”[4]。

在此理念支配下，跨文化育人意识更为薄弱。张贺等对某大学附属医院参训医学生这一特定样本的调查表明，医学生对自身跨文化医疗能力评价不高，英语能力不足和缺乏跨文化医疗实践经验是面临的主要问题，而院校教育期间未接受过系统培训、缺乏实践是影响跨文化医疗知识积累的主要因素[5]。人文素养长期游离于核心培养目标之外，跨文化人文培育便难以获得制度合法性，由此构成跨文化医患沟

[1]https://www.nhc.gov.cn/ylyjs/gzdt/202410/3cc5cffc01964fd89ad2879f1ca62281.shtml

通能力培育的初始障碍。需注意，该研究样本仅来自单一附属医院，结论的外推需谨慎，本文据此仅将其作为现状描述的佐证之一，而非全国性普遍结论。

3.2. 课程体系结构松散，跨文化人文模块零散

课程体系的系统性松散是医学人文教育难以有效落地的重要表征之一，也是造成上述医学生跨文化能力评价偏低的制度性根源。尽管医学教育国际化已成为关注重点，国内跨文化医疗教育尚未形成体系，对多数医学生和医务人员而言仍较为陌生[6]。跨文化医疗已从边缘议题走向临床常态，课程设置却缺乏介绍不同文化健康信念、疾病认知模式及医疗行为逻辑的内容。课程供给与临床需求的错位，导致医学生缺乏应对多元文化患者的基本素养。

20 世纪 90 年代以来，医学院校虽加大了医学人文课程比重，但课程内容呈分散化特征。朱雪波等对国内医学院校人文课程体系的系统梳理发现，当前课程模块之间的逻辑衔接明显不足，教学内容重复与知识盲区并存，课程效果难以通过标准化测评加以稳定保障[7]。在此格局中，跨文化沟通、医学人类学等具有跨文化指向性的课程开设不足。多数院校的人文课程仍以一般性医患沟通和医学伦理为主，鲜有将“文化差异情境下的诊疗沟通”设为独立教学模块。

部分院校虽设有医学英语课程，但其重心偏向语言技能训练，对多元文化患者就医理念、健康信念及行为习惯的认知培养较为有限，客观上使跨文化能力培养窄化为语言转换能力。跨文化能力被等同于语言能力，跨文化课程被英语课程所替代，这一认识上的偏差进一步扩大了课程体系的缺口。课程架构的缺口，削弱了跨文化沟通能力培育的认知基础。

3.3. 教学方式重理论讲授，跨文化情境实训不足

教学方式的单一化是医学人文教育难以实现能力内化的因素之一。当前医学人文课程多采用理论讲授，教师单向传递知识，学生被动接收信息，教学过程缺乏互动、体验与反思环节，难以激发学生情感参与及价值认同。

殷悦等指出，基础阶段的医学人文课程本应肩负认知纠偏的使命，但现实中这些课程往往脱离临床实际，采用抽象化的教学方式，导致学生出现“知”与“行”的脱节，学生虽能熟练背诵医学伦理准则，但在真实临床情境中却难以将之转化为实际行动[8]。灌输式教学难以有效发展学生的文化反思与情境调适能力，案例模拟与跨文化临床实习等体验式学习较为有限。上述“离身化教学”模式使医学生难以在真实或模拟的跨文化情境中练习沟通，课堂所学理论便难以迁移至临床实践。教学方式的局限，使沟通能力培养较多停留在知识记忆层面，较难进入能力内化与行为改变的深层阶段。

3.4. 师资队伍学科单一，跨文化教学能力有限

师资力量的薄弱是医学人文教育系统性问题的重要障碍之一。当前师资多来自单一学科背景。由于学科视域的局限，人文与医学的实质性融合受到制约，医学人文教育目标的实现因此受阻。社科背景的教师缺乏对医学实践的深层理解，医学背景的教师则缺少人文社会科学的系统训练，两者在教学中均较难将跨文化维度有机嵌入课程内容。

在跨文化能力培养方面，多数教师自身缺少跨文化沟通的实践经验与理论素养，在提供有针对性的案例分析与情境指导方面存在客观困难。由此，师资跨文化素养与教学能力的双重匮乏，使跨文化人文教育在师资层面面临制约。

3.5. 实践场域衔接不畅，校院协同尚未贯通

实践环节的断裂是医学人文教育知行转化的突出障碍。医学人文素养的生成，需要课堂教学、校园

文化与社会实践三者协同联动。三者贯通并形成育人合力，方能为有效培育人文素养提供基础保障。然而，当前三者的衔接尚不紧密。

临床实习偏重技能传授与考核，缺少专门的人文教育环节。带教教师侧重技术操作层面的指导，临床教学中的人文关怀引导长期缺位。面对多元文化背景的患者，临床带教过程中缺少跨文化沟通意识的系统传递与示范引领，更缺乏将文化敏感性融入诊疗实践的常规化教学安排。

社会实践多为学生自发开展，未形成完整体系，呈现碎片化特征。校院之间在人文教育目标、内容与评价上衔接不足，临床人文育人空间有限。三个场域之间缺乏有效衔接，较难形成育人合力，使人文教育停留于知识讲授，跨文化沟通的实践指导在真实情境中的落地缺乏有效的转化路径。

3.6. 评价机制重知识记忆，人文素养考核缺位

评价机制的滞后是医学人文教育系统性缺位在制度层面的表现之一。当前对医学生医学人文素养的评价，存在评价内容局限、评价手段单一、评价结果难以有效反映医学生真实人文素养水平等问题。谢晋等对河北省 6 所医学院校 4394 名医学生的调查显示，医学人文教学实施的主要考核方式为开卷考试，占比达 50.80%，而学生最喜欢的考核方式为形成性评价，占比 62.08%，二者之间落差较大[9]。开卷考试虽降低了记忆负担，但其考核内容仍以知识呈现为主，未能有效考察学生在真实临床情境中的人文关怀与伦理决策能力。当前医学人文课程的考核方式仍以知识记忆为导向，较难评价学生的综合人文素养。

在跨文化能力维度，这一问题更为突出。从现有公开文献来看，国内针对医学生跨文化沟通能力的评价标准与考核工具仍较缺乏，尚未形成系统化、公认的测评体系。上述调查同时揭示，医学人文课程的教学方法和考核方式较为单一，需构建知行合一的多元化教学评价体系[9]。评价机制的滞后，意味着人文素养培育缺乏刚性的制度约束与有效的反馈闭环。当课程目标与考核内容之间缺乏实质性关联时，医学人文教育便较难获得来自评价端的有效牵引。

4. 医学人文教育缺位引发的跨文化医患沟通困境

4.1. 医者跨文化包容不足，文化认知偏见滋生

医者跨文化包容意识的不足，与医学人文教育在跨文化维度上的欠缺密切相关。除此之外，临床工作压力、医院配套翻译支持不足等现实条件同样会影响医务人员的文化觉察能力，使医者难以识别自身文化立场对诊疗决策的影响，从而形成隐性文化认知偏见。

王建新等基于医护人员生活叙事的研究表明，医护人员在医疗照护中存在个体文化倾向，却往往选择性忽视自身的文化能力——审视自身文化背景、理解他者文化的跨文化交流能力[10]。这种缺失与医患双方对彼此身份的“异化”有关：患者将医者异化为“生物医学权威”，医者将患者视为“被检修的物品”，双方均忽视了对方作为完整的人的文化属性。在此背景下，部分医务人员以生物医学知识为绝对参照，仅凭单一文化标准框定患者的疾病认知与治疗选择。

这种文化认知偏见贯穿临床沟通多个环节：问诊时较少了解患者文化背景与健康信念，导致文化诉求在信息采集阶段即被过滤；沟通中往往否定患者传统疗法，致使患者治疗依从性降低；决策时未识别不同文化的家庭决策模式差异，将患者行为误读为固执或不配合。当医者对自身文化局限缺乏意识时，其临床判断可能偏离患者真实需求，影响医患信任，使诊疗关系从文化对话退化为文化对峙。

4.2. 跨文化医患沟通受阻，误会与分歧频发

医学人文教育在跨文化能力培养上的薄弱，使医患难以实现有效对话，沟通失范成为临床常态。不同健康信仰、文化价值和沟通中介影响跨文化医患沟通，进而影响就医满意度和依从性[11]。若医学生于

院校阶段缺乏对文化差异的系统训练，则临床中难以与异质文化患者建立有效沟通。

沟通受阻首先体现为语言障碍和非语言行为的普遍误读。以黎亚案为例，苗语患者与英语医师之间依赖临时翻译，信息在传递过程中持续失真[12]。深层障碍在于疾病解释模型的冲突，苗族文化将癫痫视为“灵魂失落”的吉兆，西医则归因为脑部功能异常[12]。该个案表明，当医患双方疾病解释框架存在冲突时，若医务人员缺少对异文化信念的基础认知，且缺少在分歧下协商沟通的能力，则仅依靠医学信息科普，很难化解深层观念矛盾。

沟通失效使患者对医嘱的理解力和执行力出现偏差，治疗依从性下降，误解持续累积，最终外化为投诉与医患纠纷。当教育未能为医学生提供应对文化差异的系统训练，沟通作为调和医患关系的基础通道便受到文化差异的阻碍，跨文化医患沟通的建设失去了最基础的前提。

4.3. 医患情感信任薄弱，沟通效能不足

医学教育人文属性的不足，在较大程度上制约了医者对患者文化身份与精神世界的关照。患者若感知不到文化被理解，情感信任便无法生成，医患关系仅停留在制度性配合层面。

李伦提出的“医院文化休克”概念为理解这一困境提供了理论解释。该研究指出，患者入院后可能经历身体、知识、自尊与人的四重迷失，其中“人的迷失”意味着患者作为完整的人的文化属性被忽视，被简化为“疾病的载体”[13]。当患者经历“医院文化休克”时，其对医者的信任便失去了生成的基础。信任的建立，既源于医者的专业能力，更源于医者对患者文化归属与价值信念的真诚承认。当医者将患者简化为疾病载体时，患者便难以产生安全感与归属感，医患信任解体的重要原因正在于此。

文化差异使问题更加突出。李伦进一步指出，解决医院文化休克问题，应回归作为“文化人”的患者，将患者视为承载语言、信仰、价值观等文化属性的完整的人[13]。然而，当前临床实践中这一理念尚未充分落实。医患双方尽管在制度层面被纳入同一诊疗框架，但在文化上彼此陌生。情感信任的缺位削弱了医患信任的关系根基，当信任缺位时，患者对医者的解释与建议更易产生怀疑，医者也难以获得患者的真实反馈，沟通的效能因而难以充分发挥。

4.4. 跨文化胜任力不足，多元需求适配困难

院校教育在跨文化医疗能力培养上的系统性不足，使医学生在知识储备、实践经验与能力素养三个层面均难以适应多元文化医疗场景的现实需求。吴桐等对 476 名护理专业学生的调查显示，护理专业学生跨文化交际能力总分为(137.6 ± 28.8)分，总体得分率为 67.14%，处于中等偏低水平；修读专业英语课程与人文类课程是影响其跨文化交际能力的重要因素[14]。这一发现提示，院校教育期间的系统培训与跨文化课程学习对医学生跨文化能力的形成具有关键作用。知识结构缺陷与临床经验匮乏相互叠加，使毕业生面对多元文化患者时缺乏应对信心与有效策略。

当医学生在校期间既未接受跨文化医疗知识的系统传授，也缺少跨文化临床情境的实践训练，步入临床后便只能依赖个人直觉而非专业素养应对异质文化患者。上述调查从实证层面印证了课程设置在跨文化能力培养中的基础性作用。人才培养输出与多元医疗需求之间的脱节，在较大程度上导致跨文化沟通面临胜任力不足的困境。

5. 医学人文视域下跨文化医患沟通教育的优化路径

5.1. 重塑育人理念，确立跨文化育人导向

确立“医术与人文并重、专业与包容共进”的培养导向。在跨文化医疗成为常态的背景下，“包容并重”要求将文化敏感性、跨文化沟通能力等纳入人才培养目标，使医学生具备面对多元文化患者的基

本素养，同时，育人理念的重塑需要通过顶层设计将新理念融入培养方案与课程体系，在全校层面凝聚跨文化人文育人的价值共识。

只有当医学院校从观念上确立这一导向，跨文化人文培育才能获得制度性的合法性地位，后续的课程体系优化与教学模式创新才能获得方向性引领。

5.2. 优化课程体系，增设跨文化人文课程

增设跨文化医疗核心课程。在现有课程基础上增设医学人类学、跨文化医患沟通等课程，并在其中融入文化健康信念等核心议题，帮助医学生了解不同文化患者疾病认知、治疗期待及生死观念。张贺等对美国医学教育的比较研究表明，美国已将跨文化能力培养确立为医学教育标准，其“态度、知识与技能”三位一体的课程框架具有参照价值[15]。

推动跨文化内容融入专业课程。课程改革不应止于增设独立课程，更应着眼于系统性融合。具体而言，可在诊断学中增设“文化史采集”模块，指导医学生在问诊中识别患者的文化背景与健康信念；在内科学案例讨论中嵌入文化冲突情境，引导学生辨析不同文化群体对慢性病管理的行为逻辑差异；在儿科学课程中加入跨文化家庭沟通议题，帮助医学生理解不同文化中儿童照护决策的家庭参与模式。这种嵌入式教学，有助于技术训练与人文浸润的有机结合。

基于国内医学人文课程分层建设的已有研究思路，本文提出“通识人文－专业人文－跨文化人文”三阶递进课程体系构想，该构想属于理论层面的设计，尚未经过院校实践验证。第一阶段(基础课程阶段)侧重文化自觉与多元文化认知奠基，第二阶段(专业课程阶段)聚焦跨文化沟通理论与技能培养，第三阶段(临床见习阶段)通过案例与情景模拟实现知识向实践转化。由此，跨文化人文课程不再零散孤立，形成覆盖全过程的有机链条。

5.3. 创新教学模式，推进情境案例化教学

设计递进式跨文化沟通实训模块。按照“文化认知－情境体验－策略运用”的递进逻辑，围绕语言障碍、疾病解释模型冲突等典型困境设置实训模块，采用“情境导入－角色扮演－复盘反思”的闭环流程，引导学生在仿真场景中直面文化碰撞，逐步养成文化敏感性与现场调适能力。

建设动态更新的跨文化医疗案例库。以真实跨文化医患事件为素材，围绕认知分歧、决策冲突、观念差异等核心议题，编写配套教学指引的分层案例。借助案例讨论、小组辨析、反思写作等多元形式，引导学生理解文化因素对临床互动的影响机制。

教学模式转型的核心，在于使学生成为跨文化沟通的主动实践者，在体验中感知差异、在模拟中锤炼策略、在反思中内化素养，最终实现知行转化。

5.4. 打造优质师资，建设复合型教学队伍

系统构建“医学－人文”复合型教学团队。制度设计层面，建立临床医师参与人文教学的常态化机制，邀请资深医生以真实病例为素材，解析诊疗中的伦理困境与跨文化沟通案例。能力提升层面，为人文社科背景教师搭建临床浸润平台，定期安排其参与见习与病例讨论，确保人文教学扎根于真实医疗语境。

周殷华等指出，临床医学人文教学的师资需要从内科、外科、妇产科、儿科等临床科室或教研室的资深临床带教老师中进行选拔，中高年资的临床带教老师通常具备丰富的临床诊疗和教学经验，对医学人文的重要性有着深切体悟[16]。跨文化维度上，组建由医学、人类学、社会学等多学科构成的师资协作团队，依托教学工作坊、跨学科备课会等路径，提升教师的文化敏感性与跨文化教学能力。该研究进一步强调，师资队伍应兼具“医学人文实践能力”与“医学人文教学能力”双重素养，前者要求教师在诊

疗全过程中体现维护患者尊严、关心患者身心健康等人文关怀，后者要求教师能够将医学人文知识内化于专业教学内容，启发和指导医学生树立医学人文意识[16]。组织保障层面，健全医学人文教育机构，明确编制与职能，为师资队伍建设提供稳定制度支撑。打通学科壁垒、贯通理论与实践，有助于为跨文化医患沟通能力的培育筑牢根基。

5.5. 深化临床实践，完善校院协同育人场景

深化临床实践，以“校院协同”为框架，将育人场景从课堂延伸至临床、从校园延伸至社会。组织层面，建立医学院校与附属医院的育人协同机制，依托校院协同推动多元主体参与，形成医学人文精神培育合力，设立跨文化临床教学基地，将跨文化沟通嵌入日常查房与问诊。能力层面，制定跨文化临床带教规范，借助专题培训提升带教教师的跨文化指导能力，使其能在真实场景中示范具有文化敏感性的沟通策略。环境层面，在校园中嵌入跨文化人文元素，运用案例分享、多语种宣教展陈等方式，在日常空间中营造文化感知氛围。

5.6. 健全评价体系，建立跨文化考核机制

健全评价体系，从“终结性考核”转向“形成性评价”，围绕教学目标、教学过程与教学效果三个维度，构建形成性评价的指标体系及观测点。

在评价体系构建层面，将跨文化沟通能力分解为文化认知、文化敏感性、沟通调适等可观测子维度，通过评价方案设计、教学过程中的评价实施及反馈调控等环节加以推进，使评价贯穿教学全过程[17]。在反馈机制运行层面，落实“质与量结合”的反馈机制，使评价结果既能指导学生改进学习，也能指导教师优化教学，形成“评价–反馈–改进”的良性循环[17]。在刚性制度约束层面，可探索将人文素养与跨文化能力逐步纳入执业医师资格考试等刚性考核体系，使评价从软约束转向硬牵引，为人文素养培育提供制度化的评价保障。

上述三个措施分别回应了“评什么”“怎么评”“何以保障”三个评价环节，从体系架构到机制运行再到制度固化，构成层层递进的完整闭环。

6. 总结与展望

跨文化医疗的常态化已将多元文化交汇的复杂情境推至每一位医者面前，而医患之间因文化差异引发的沟通障碍与信任缺失，其重要根源之一在于医学人文教育在跨文化维度上的长期结构性缺位。本文从医学人文教育视角出发，系统审视了跨文化医患沟通能力培育中的育人短板，育人理念的技术本位、课程体系的结构松散、教学模式的重理论讲授、师资队伍的学科单一、实践场域的衔接不畅与评价机制的重知识记忆，构成了教育缺位的六重表征，并由此在较大程度上导致文化认知偏见、沟通受阻、信任缺失与人才培养的供需脱节。在此基础上，本文从理念重塑、课程优化、模式创新、师资建设、实践深化与评价健全六个维度提出系统化的实现路径，六者相互支撑，构成覆盖全链条的闭环体系。

由此可见，相关改革在现实推进中存在多重约束：医学课程学时总量趋于饱和，新增课程存在现实限制；现有教师跨文化教学储备不足，院校考核激励机制较难充分支持人文教改；把人文素养纳入执业医师考核具备重要价值，但标准研制、落地推广周期较长。需要说明的是，本研究属于理论思辨类研究，框架主要基于现有文献整合与理论推演，未开展一手问卷、访谈或课程调研；对教育缺位现状及评价机制缺位的分析主要依赖既有文献梳理，部分现状依据局部院校样本，难以完全代表全国医学院校情况；所提出的改进路径尚待试点实践检验。上述局限也正是后续研究可以深化的方向：未来可通过医学生跨文化能力测评、课程内容分析、院校评价方案调研及路径追踪评估等实证研究，检验并修正本文框架。因此改革不宜追求一次性落地，建议采取试点先行、逐步推广的渐进思路。

本研究作为理论性探索，其贡献在于构建了系统性的诊断框架与路径体系，但所提方案的有效性尚需通过实证研究加以检验；本文分析框架可为后续实证研究提供理论基础。

跨文化医患沟通能力的深层构建，终究要回到医学教育的源头。只有当医学人文教育真正肩负起培育跨文化能力的使命，医者才能在文化差异中看见完整的人，医患才能在对话中建立信任，沟通才能在多元中生成共识。

基金项目

1) 广东医科大学 2025 年度高等教育教学研究课题“医学人文视角下跨文化教育的缺失与重构路径研究——以《医患沟通学》课程改革实践为例”(项目编号：2JY25034)；

2) 广东医科大学 2024 年度校级本科教学质量与教学改革工程项目“‘大健康’背景下社会工作专业的医学人文内涵建设路径研究”(项目编号：1JG24144)；

3) 广东医科大学 2026 年校级研究生教学改革立项项目“三螺旋理论视域下医务社会工作硕士培养嵌入健康中国战略路径研究”(项目编号：YJSJG26020)。

参考文献

[1] 李怡然, 李梦茹, 孔祥国. 中医药国际化人才跨文化能力模型与培养路径构建[J]. 中医教育, 2026, 45(8): 7-11.

[2] 刘志红. 人文教育之于医学生医患沟通能力的培养[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(1): 35-36.

[3] 医学人文关怀提升行动方案(2024-2027 年) [J]. 协和医学杂志, 2025, 16(2): 534-536.

[4] 中国医师协会人文医学专业委员会关于加强医学人文教育的倡议[J]. 中国医学人文, 2023, 9(11): 1.

[5] 张贺, 齐佳茵, 李鲤. 医学生跨文化医疗能力现状调查与分析[J]. 医院管理论坛, 2022, 39(3): 31-34, 78.

[6] 张雪冰, 于钦明. 跨文化背景下的医患关系构建[J]. 中国医药导报, 2026, 23(7): 186-190, 196.

[7] 朱雪波, 刘燕楠, 林文诗. 新医科背景下医学人文教育体系的探索与实践[J]. 中国大学教学, 2026(5): 12-19.

[8] 殷悦, 宋汉君, 史文哲, 等. 以螺旋进阶模式重构医学人文衔接路径[J]. 医学与哲学, 2025, 46(13): 62-67.

[9] 谢晋, 范盈盈, 柳云. 基于临床医学专业学生视角的医学人文教学现状与需求状况调查分析[J]. 中华医学教育杂志, 2026, 46(6): 419-426.

[10] 王建新, 张宸溪. 文化因素对医患沟通影响研究——基于医护人员生活叙事的分析[J]. 广西民族大学学报(哲学社会科学版), 2024, 46(3): 1-8.

[11] 韩叶, 路璐, 吴昊, 等. 跨文化医患沟通的影响因素与能力提升途径[J]. 中国医学伦理学, 2022, 35(2): 206-210.

[12] 王爽. 跨文化医患冲突的矛盾溯源与化解策略——基于《要命还是要灵魂》的案例分析[J]. 医学与哲学, 2024, 45(14): 50-54.

[13] 李伦. 文化能力与文化友好型医患关系[J]. 医学与哲学, 2022, 43(23): 1-6.

[14] 吴桐, 娄凌婕, 周泓廷, 等. 护理专业学生跨文化交际能力现状与影响因素研究[J]. 中华护理教育, 2022, 19(7): 626-630.

[15] 张贺, 付瑶, 薛观达, 等. 美国跨文化医疗教育的做法与启示[J]. 医院管理论坛, 2022, 39(1): 62-66.

[16] 周殷华, 程瑜, 崔昌杰, 等. 医文融合视域下临床医学人文教学体系研究[J]. 中国医学伦理学, 2024, 37(7): 860-866.

[17] 何辰怡, 李玮. 新时代医学生人文素养评价: 成效、困局与破局——以北京中医药大学为例[J]. 中国医学人文, 2024, 10(5): 29-33.