

21世纪
高等院校
系列规划教材

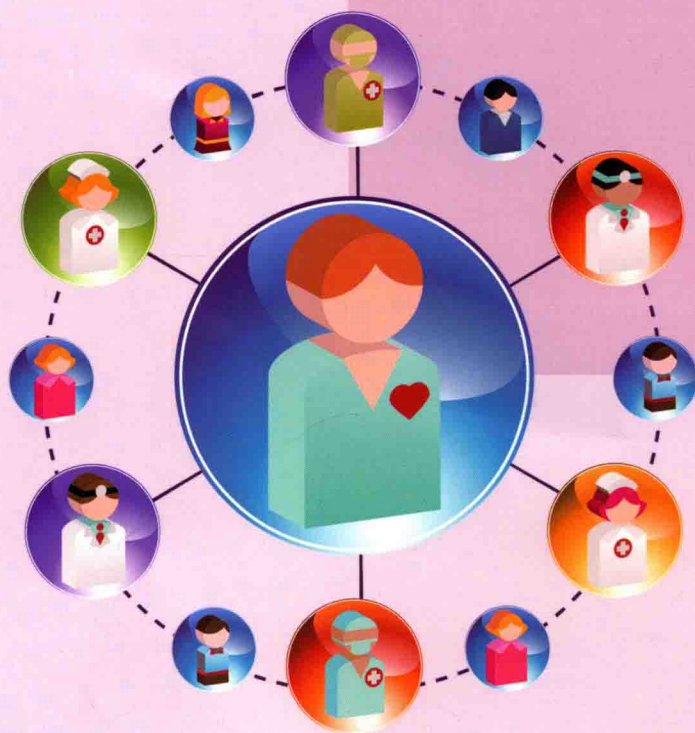
“互联网+”
新形态教材

安徽省高等学校
“十三五”
省级规划教材

YIHUAN
WENHUA GOUTONG

医患文化沟通

王维利 周利华◎主编



扫一扫，登录慕课教学平台



北京师范大学出版集团
BEIJING NORMAL UNIVERSITY PUBLISHING GROUP
安徽大学出版社

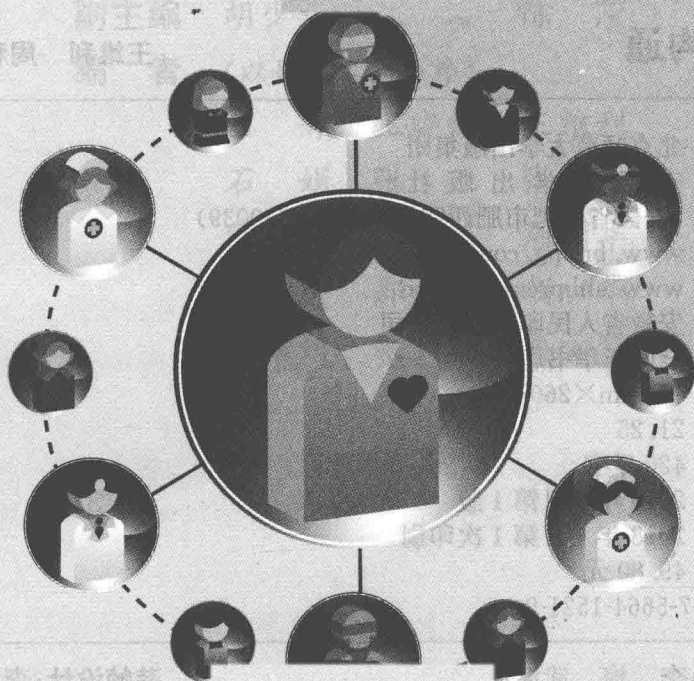
21世纪
高等院校
系列规划教材

“互联网+”
新形态教材

安徽省高等学校
“十三五”
省级规划教材

医患文化沟通

王维利 周利华◎主编



北京师范大学出版集团
BEIJING NORMAL UNIVERSITY PUBLISHING GROUP
安徽大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

医患文化沟通/王维利,周利华主编. —合肥:安徽大学出版社,2018.4

ISBN 978-7-5664-1521-9

I. ①医… II. ①王… ②周… III. ①医药卫生人员—人际关系学 IV. ①R192

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 330420 号

医患文化沟通

王维利 周利华 主编

出版发行:北京师范大学出版集团
安徽大学出版社
(安徽省合肥市肥西路3号 邮编 230039)
www.bnupg.com.cn
www.ahupress.com.cn

印 刷:安徽省人民印刷有限公司
经 销:全国新华书店
开 本:184mm×260mm
印 张:21.25
字 数:420千字
版 次:2018年4月第1版
印 次:2018年4月第1次印刷
定 价:49.80元

ISBN 978-7-5664-1521-9

策划编辑:李 梅 武溪溪
责任编辑:武溪溪
责任印制:赵明炎

装帧设计:李 军
美术编辑:李 军

版权所有 侵权必究

反盗版、侵权举报电话:0551—65106311

外埠邮购电话:0551—65107716

本书如有印装质量问题,请与印制管理部联系调换。

印制管理部电话:0551—65106311

编 委 会

主 编 王维利 周利华

副主编 胡少华 张 玲 陈 滢

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 婷 王晓灿 王维利

石 娟 张 卫 张 玲

陈 滢 汪 苗 周利华

罗 群 郑丹丹 胡少华

倪倩倩 栾贝贝 秦如梦

序

文化沟通，渠道多重，心灵相通。

“光阴似箭，岁月如梭”是我在高中一篇作文里的引用句。至今还记得，当时已快退休的语文老师，在此句旁很认真地用红墨水钢笔字标注：“如此令人伤感的句子，还是不用为好……”当时我并不十分理解，也没有心动，只是感受到老师对我的关爱。如今自己已到老师那时的年岁，再看这句话，才能用心体会到老师当时的心意、心情、心境……40多年的岁月打磨，看不见的年轮一层叠着一层；内心世界观、人生观和价值观有着持续不断的修正，知识、信仰、思维方式等文化内涵有着日积月累的沉淀。如今，看着同样的文字，有着完全不同的感受。传统书面沟通中，文字这一文化符号的力道，只有在心与心的碰撞时才会产生，哪怕是延时隔空，依然呼应。如今，沟通的渠道已从书面笔谈扩展到QQ、E-mail、微信等，但文字依然是传统与现代文化中最有魅力的信息传递方式之一。

文化沟通，信息如海，畅游之中。

在我做实习医生时，有一次安医附院的院长检查实习生所写的大病历，表扬我写得比较认真，同时也指出：不应该在年龄这栏填写“成(人)”，这不符合规范，应该写实际年龄。当时，我并没有什么特别的认识，还觉得两者都可以。心里想，年龄也是病人的隐私，不好都问的。而如今，早已认识到医患关系乃为专业性、治疗性关系，与一般人际关系有所同，也有所不同。20岁与60岁成人的社会文化背景完全不同，其价值观、知识结构、思维方式、使命信仰、生活方式、行为准则、人生需求等都会有很大差别；即使患有同样的疾病，其生理、心理和社会反应都不相同，很可能需要医生做出同病异治的治疗方案。医患沟通中一问一字之差，带给医疗护理的信息可以完全不同，作为病史资料的学术价值更是有天壤之别。

文化沟通，枝繁叶茂，叶叶不同。

工作之中常看一些医学专家的名人名言，我记得最清楚的是吴孟超院士的一句话：“每个病人都是一本书。”在不同时期，对这句话的理解不同。最早的理解是：教科书上写的是疾病的共性，而每个病患有其个性。当时仅意识到疾病的个

体差异。现在认识到:知病更要知人。每个人的生物、心理、文化、社会和发展属性是不同的。在医护人员与患者交谈时,应关注患者的文化特征,关注医患之间文化的差异。谈到诊疗疾病的目的、态度以及对双方行为的评价等,就涉及双方的价值观差异;谈到现代社会、现代科学、现代医学、疾病诊疗方案的选择等,就涉及双方的知识结构和思维方式的差异;谈到医疗保险、医院规章制度与执行等,就涉及双方法律法规意识的差异;谈到患者的健康评估,就涉及双方衣食住行和生存方式的差异,等等。这些文化差异决定了医患之间的沟通就是跨文化沟通。沟通是由医护人员主导的收集、整理、分析信息的过程,应该看到双方的文化差异,而后经商讨达成共识,共享健康文明。如此,医患文化沟通不仅有益于患者的疾病治疗和健康恢复,还有助于医护人员的成长和成熟。医患文化沟通要求医护人员从某个患者个体看到其所代表的社会群体,再从其社会群体回看该患者自身,这是一个共性与个性不断循环的文化识别过程,是医护人员提高自身文化敏感性、文化智力和文化胜任力的必然途径。

文化沟通,思维沟通,异曲同工。

我从事医患沟通的教学和临床研究已有30年。早在20世纪90年代初就开设“人际沟通”课程,目的是提高学生的人际沟通能力,促进人际关系的建立,从而有益于医护工作的开展;2001年,在本科生层次开设“思维与沟通”课程,目的是从信息编码的角度,从“怎么想、怎么说”来研究医患沟通和治疗性沟通系统;2008年,在研究生层次开设“多元思维与治疗性沟通”课程,目的是让沟通在“治愈、帮助、安慰”(引自美国著名医生特鲁多的墓志铭)患者中发挥更好的作用。相继主编或编著出版《人际沟通》《思维与沟通》《治疗性沟通系统》等图书。时至今日,将治疗性沟通系统引入教学和临床研究中已有十余年,这才发现“文化”这座冰山蕴涵的无穷魅力。思维与沟通只是“文化”这座冰山的一角,“看病不看人”是只见树木不见森林啊!在做“医疗生态系统”的相关课题研究时发现,要真正做到“以患者的健康为中心”,医护人员对患者要真正做到五知——“知人、知病、知因、知需求、知资源”,就不得不研究患者的文化符号系统。每个人的文化都可以是座冰山,表现出来的只是海平面以上的一小部分,海平面以下的部分,无论是结构还是性质的复杂程度,可能是超出想象的。在现实的医患文化沟通中,患者往往无意,只能靠医护人员有心去进行文化相融。既然有“闻香识女人”一说,为什么不能主动培养自己从患者相貌、话里话外中,读懂患者发出的文化特征相关信息的能力呢?所以,医护人员“怎么想、怎么说”的前提条件是要看到医患文化背景的差异,

只有求同存异,相互理解,彼此包容,才能真正做到“以患者的健康为中心”,真正实现高质量的医患沟通。这就是撰写此书的目的。

《医患文化沟通》分上、下篇。上篇包括总论、治疗性沟通系统、跨文化沟通、医患冲突管理、系统思维与逻辑思维、辩证思维与创新思维、批判性思维等;下篇以沟通技术为主,包括共情、信任、倾听、自我表露、提问、说服、控制、探究等。

书中自有黄金屋,书中自有颜如玉。从医的职业生涯是自己文化修养成熟的过程。每个病人都是一本书,阅人无数如同行千里路、读万卷书。“知人”为“五知”之首,比较困难,需要经验积累。多接触不同国家、民族、地域、职业和年龄的人,从中归纳、总结、理解文化的多元性,这样非常有助于在临床工作中,对来自不同社会群体中患者的文化进行识别。在生活 and 临床实践中不断地学习并思考医患(人际)的关系、文化的内涵、沟通的技术,此乃研究医患文化沟通之道的上上策。

值此教材出版之际,感谢同事们对我工作的支持;感谢学生们对我研究医患文化沟通所做的贡献;特别感谢所有参与医患沟通教学和临床研究的研究生们;还要感谢本书责任编辑武溪溪和后期负责制作本教材线上教学录像资料的贾文赞等每一位老师。

衷心感谢家人对我执着个性的包容,对我教学研究生涯的大力支持。

王维利

2017年8月于合肥

目 录

上 篇

第一章 总论	3
第一节 什么是沟通	4
一、沟通的定义	4
二、沟通的模式	5
三、沟通的基本模型	7
第二节 什么是医患文化沟通	9
一、医患文化沟通的概念	10
二、医患文化沟通理论——洛特曼文化符号学理论	11
三、医患文化沟通的内容	12
第三节 为什么进行医患文化沟通	18
一、提高医疗服务质量	18
二、建立和谐医患关系	20
三、缓解医患冲突	20
第四节 医患文化沟通的特征	22
一、个性化	22
二、专业化	23
三、系统化	25
四、动态化	25

第二章 治疗性沟通系统	29
第一节 治疗性沟通系统产生的背景	30
一、医学模式的转变	30
二、心理社会肿瘤学研究的出现	32
三、系统论、信息论、控制论思想的渗透	33
第二节 治疗性沟通系统的基本概念	34
一、什么是治疗性沟通	34
二、什么是治疗性沟通系统	35
三、治疗性沟通系统的模型	38
第三节 治疗性沟通系统操作指南	44
一、重视双方社会历史文化背景	44
二、发挥治疗性沟通系统的最优效应	46
三、反复的临床实践	46
第四节 临床应用 TCS 的回顾	46
第三章 跨文化沟通	50
第一节 文化概述	51
一、文化及相关概念	51
二、文化的特性	55
三、文化的功能	56
第二节 文化背景	57
一、文化背景的含义	57
二、文化背景对个人的影响	57
第三节 跨文化沟通	59
一、跨文化沟通的相关概念	59
二、跨文化沟通的特点	60
三、跨文化沟通的效果	62
四、医患文化沟通中跨文化沟通策略	63
第四节 文化休克	65
一、文化休克的概念	65
二、引起住院患者产生文化休克的原因	65
三、文化休克的分期	67

四、文化休克的表现	67
五、预防或减轻住院患者文化休克的对策	68
第五节 Leininger 跨文化护理理论	70
一、Leininger 理论的基本内容	70
二、朝阳模式	71
三、跨文化护理理论在临床实践中的应用	73
第四章 医患冲突管理	79
第一节 医患冲突概述	80
一、医患冲突的概念	80
二、医患冲突的特点	81
三、医患冲突的分类	82
四、医患冲突的原因	85
第二节 冲突相关理论	88
一、冲突过程模型	88
二、冲突感知模型	92
第三节 医患冲突管理	94
一、基于冲突过程模型的医患冲突防控体系	94
二、医患冲突预防机制	96
第五章 系统思维与逻辑思维	101
第一节 思维概述	102
一、思维的概念	102
二、思维的分类	102
三、思维的影响因素	105
四、思维的衡量标准	106
第二节 系统思维	109
一、系统思维概述	109
二、系统思维在医患文化沟通中的应用	111
第三节 逻辑思维	112
一、逻辑思维的概念与基本形式	112
二、逻辑思维的基本方法和基本规律	113

第六章 辩证思维与创新思维	120
第一节 辩证思维	121
一、辩证思维概述	121
二、辩证思维的特征	123
三、辩证思维在医患文化沟通中的应用	126
第二节 创新思维	126
一、创新思维概述	127
二、创新思维的特征	127
三、创新思维的基本原理	129
第七章 批判性思维	136
第一节 批判性思维概述	137
一、批判性思维研究概述	137
二、批判性思维概念	138
三、批判性思维结构要素	141
四、学习批判性思维的意义	145
第二节 批判性思维与循证思维	148
一、循证思维对批判性思维的培养起着重要作用	148
二、批判性思维对循证医学的实践起着促进作用	149
第三节 批判性思维的培养路径	149
一、践行批判性思维的五项准备	150
二、自我完善批判性思维的结构要素	152
三、应用思维的衡量标准时刻检验自己的思维	152
第四节 批判性思维的测量	153
一、加利福尼亚批判性思维特质测试量表	153
二、加利福尼亚批判性思维技能测试量表	154

下 篇

第八章 共情	159
第一节 共情概述	160
一、什么是共情	161

二、为什么要共情	164
第二节 共情的理论及层次	166
一、共情的理论	166
二、共情的层次	170
第三节 共情在医患文化沟通中的应用	171
一、强化双方意识	172
二、扩展自我体验	172
三、明确角色功能	173
四、尊重文化交融	173
五、认同终极价值	174
六、积极感受倾听	174
七、主动换位思考	175
八、敏锐判断分析	175
九、正确及时回应	175
十、引发领悟成长	176
第四节 共情鸿沟及情感预测偏差	177
一、共情鸿沟	177
二、情感预测偏差	179
三、跨越共情鸿沟	182
第九章 信任	186
第一节 信任概述	187
一、什么是信任	187
二、为什么需要信任	189
三、信任的特点	191
四、信任的类型	192
第二节 医疗护理工作中的信任	196
一、信任是医疗护理质量的保证	196
二、医疗护理活动中的信任危机	197
三、患者的预设性不信任	197
第三节 信任的建立及其在医患文化沟通中的应用	200
一、信任“ENP”墙及其应用	200
二、通往信任之路	203

第十章 倾听	208
第一节 倾听概述	209
一、倾听的定义	209
二、倾听的类型	210
三、倾听的影响因素	212
第二节 倾听的过程	215
一、感知	215
二、选择	216
三、组织	217
四、理解或解释	217
五、反馈	218
第三节 倾听的意义及策略	218
一、倾听在医患文化沟通中的作用	219
二、有效倾听的策略	220
三、有效倾听的方法	222
第十一章 自我表露	230
第一节 自我表露概述	231
一、自我表露的定义	231
二、自我表露的分类	231
三、自我表露的特性	233
四、自我表露在医患文化沟通中的作用	234
第二节 自我表露的相关理论	237
一、社会渗透理论	237
二、社会交换理论	239
三、约哈里之窗	240
第三节 自我表露在医患文化沟通中的应用	242
一、自我表露的影响因素	242
二、自我表露的临床研究	247
第十二章 提问	252
第一节 提问概述	253

一、提问的概念	254
二、提问的作用	255
三、提问的类型	256
第二节 苏格拉底式提问	259
一、苏格拉底式提问概述	259
二、苏格拉底式提问在医患文化沟通中的应用	260
第三节 怎样实现有效提问	261
一、重视提问的艺术	262
二、提问与其他沟通技术的有效联合	263
第十三章 说服	266
第一节 说服概述	267
一、什么是说服	268
二、说服的特点	268
三、说服的途径	269
四、说服过程中主体双方的角色作用	270
第二节 说服的相关理论	272
一、态度改变理论	272
二、患者应对疾病的态度改变—说服模型	273
第三节 说服在治疗性沟通系统中的应用	276
一、态度改变—说服模型的临床应用	276
二、说服与其他沟通技术的有效联合	279
第十四章 控制	282
第一节 控制概述	283
一、什么是控制	283
二、为什么要控制	287
三、控制的分类	288
第二节 控制的相关理论	295
一、自我效能理论	296
二、社会支持理论	298
三、归因理论	300
第三节 控制的测量及应用	302

一、控制点倾向量表	302
二、自我控制量表	302
三、自我管理力量表	303
第十五章 探究	306
第一节 探究概述	307
一、什么是探究	307
二、探究的功能	307
三、探究的形式	309
第二节 探究的理论——建构主义学习理论	310
一、建构主义的概念	310
二、建构主义基本过程	311
三、建构主义四要素	311
第三节 建构式治疗性沟通	313
一、建构式治疗性沟通的概念	313
二、建构式治疗性沟通的设计原则	313
三、建构式治疗性沟通的理念	315
四、建构式治疗性沟通的方式	319

上 篇

（一）

（二）

（三）

（四）

