

治疗性 沟通系统

王维利 编著



人民卫生出版社

治疗性 沟通系统

王维利 编著

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

治疗性沟通系统/王维利编著. —北京: 人民卫生出版社, 2013. 7

ISBN 978-7-117-16997-4

I. ①治… II. ①王… 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 (2013) 第 112499 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

治疗性沟通系统

编 著: 王维利

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市双峰印刷装订有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710 × 1000 1/16 印张: 21 插页: 4

字 数: 400 千字

版 次: 2013 年 7 月第 1 版 2013 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-16997-4/R · 16998

定 价: 49.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

作者简介



王维利,女,1958年出生,医学硕士。现任安徽医科大学教授,硕士生导师,护理学院院长。教授《生物化学》、《临床营养学》、《护理学导论》、《思维与沟通》、《多元思维与治疗性沟通》、《社会心理学》等课程。主编、副主编《临床营养学》、《护理学导论》、《思维与沟通》、《人际关系与沟通》、《心理护理理论与实践》等11部教材,总主编护理专业一套教材(13本)。主持、参与完成国家级自然科学、省级、校级自然科学与护理教育研究课题近30项。以第一作者、通讯作

者发表论文一百余篇。现兼任《安徽医科大学学报》、《护理学报》、《中华现代护理杂志》、《护理研究》等杂志的编委。现兼任教育部高等护理教育指导委员会委员、全国高等护理教育学会委员、华东地区高等护理教育学会委员、安徽省护理学各专业专科护士评审委员会副主任委员等社会职务。

本书的主要目的

其一,为临床医护人员实施专业性沟通提供参考路径和方法。目前,临床医护人员对医(护)患沟通的意义都有较为深刻的认识,但是缺少系统化的操作路径和专业化的沟通技能,沟通效果难以保持稳定,更难做到事半功倍。在过去的我国医学教育中,人文学科的教学没有得到足够的重视,无论在人文课程设置、教学内容、教学方法、教学评价等方面都显得分量不足、效果不佳。由于学业背景的缺陷,临床医护人员在治疗、帮助、安慰患者时,对沟通过程的驾驭常常感觉力不从心;在说服患者积极配合治疗、应对疾病时,沟通内容也显得苍白无力;在面对晚期癌症或其他终末期的患者时,即便是某些高年资的医护人员也时常会感到束手无策。本书尝试应用人际沟通学、系统科学、社会心理学、信念变化逻辑等人文学科的理论,结合临床医疗与护理实践,探索具有系统化、专业化、个性化的治疗性沟通系统。

其二,完善治疗性沟通系统的概念,构建治疗性沟通系统的理论框架。本书内容试图描述:什么是治疗性沟通系统?它由哪些要素(亚系统)组成?治疗性沟通效果受哪些因素影响?治疗性沟通系统内、外部各变量间的关系是什么?等等。最简要的答案在本书的第二章;其中,治疗性沟通系统模型及其影响因素是本研究的核心内容,也是研究者消化吸收创新的一次尝试;当然,研究者提出的治疗性沟通系统理论还有待进一步临床验证和深入研究。

其三,为临床医护人员研究心理社会支持提供思路。患者在患病、治疗和康复期间,不是一个人在战斗,有家人、亲朋好友和专业性医护人员的心理社会支持。然而,临床医护人员有必要研究:非专业性与专业性心理社会支持的作用有何区别?怎样开发和利用患者亲朋好友的优质社会资源及其社会支持系统?怎样指导患者建设自己的社会支持系统并学会提高其利用度?怎样及时了解患者有哪些心理社会支持的需求?医护人员怎样“按需供给”患者专业性知识、技术、信息与情感的支持?等等。事实上,要履行好专业性心理社会支持就离不开专业性沟通。医护人员想不想(——动机、信念、态度)、能不能(——知识与技

能)、做不做(——行为)以及怎样做好专业性心理社会支持,这些都可以通过治疗性沟通系统这个平台来完成,并在实践活动中得到循序渐进的研究、验证和改进。

本书的内容结构

全书共 11 章,其中第一、二章内容涉及治疗性沟通系统理论、操作程序与技能,描述治疗性沟通系统的研究背景、内涵及外延、理论框架、操作指南;第三至十章内容涉及共情、信任、倾听、提问、说服、探究、自我表露和控制等沟通技能的定义、类别、相关理论及其应用和测量等;第十一章内容涉及实施治疗性沟通系统的案例报告及评析(由指导老师进行具体“评析”及“实习评价”),尝试以案例为中心,分别以本科生、硕士生、临床医生和护士的角色对治疗性沟通系统进行临床应用研究。

本书的使用范围

对临床医护人员而言,有临床工作经验,有与患者及其家属沟通的体验,阅读此书有助于加强治疗性沟通的系统化、专业化和标准化研究。重点可参考第二章治疗性沟通系统的内容。其他章节内容是否阅读因人而异。此外,若要成为一名优秀的治疗性沟通者,成为一名优秀的共情者、信任者、倾听者、提问者、说服者、探究与控制的帮助者,仅阅读本书内容还是不够的。但是无论如何,可以将阅读本书作为治疗性沟通系统研究的起点,搭起基本的知识架构;逐步过渡到深入学习一些人际沟通相关的心理学、社会学等人文社会学科的知识;在实施治疗性沟通系统的过程中,尤其注意做到医学与人文学科并重,理论研究与实践研究并重,在临床实践中逐步提高治疗性沟通效果。

对医学本科生而言,不论是临床医学专业、护理学专业或其他医学专业的学生,通览全书或许是必要的。若有需要,可以在医学、护理学专业开设此课,课堂教学大约需要 30~40 个学时。特别提示之一:在教学过程中,应要求学生分别以小组和个人的形式,进行临床教学实习和毕业实习并完成实习报告(参考第十一章),应考虑将实习报告在一定范围内进行师生面对面的口头交流,或将实习报告改编成 PPT 的形式进行交流,从而全班师生可以分享治疗性沟通系统实践活动的体会。学习和研究治疗性沟通系统时,临床实习是十分重要的,因为仅停留在课本教材层面上的学习无法提高实际的沟通技能,仅通过课堂情景教学和角色扮演也无法真正体验共情、信任、说服、倾听、提问、自我表露、探究和控制

等沟通技能的治疗作用,更无法体验专业化、系统化、个性化的治疗性沟通系统实施的效果。特别提示之二:治疗性沟通系统的教学评价应该包括课堂教学的卷面考试和临床实习报告的评分,因为理论与实践结合的系统教学评价是师生共同学习提高的重要环节。

对医学研究生而言,尤其是以社会心理学为研究方向的师生,本书的第十一章或许更有参考作用。在所有的案例报告中,治疗性沟通系统是作为干预方法,对患者的疾病治疗信念、认知、行为进行干预性研究,对患者的焦虑情绪、心理困扰、疾病不确定感以及症状自我管理进行干预性研究。

对非医学专业的读者而言,可以将治疗性沟通系统看做“解决问题的沟通系统”。因为,医护人员的职责是治疗、帮助、安慰患者,沟通的目的聚焦在“治疗”患者的生理疾病及其相关的心理、社会、环境问题;而非医学专业读者更关注怎样提高工作效率、怎样提高生活质量和幸福指数,沟通的目的聚焦在如何发现问题与解决问题,尤其是解决冲突问题、改善人际关系、积累社会资本。系统阅读本书、灵活迁移知识,势必有助于读者改善社会关系和提高工作效能。

致谢

借此书出版之际,向每一位关心和帮助过我的同事、同学及朋友们道一声:谢谢您!是您让我深深感受到社会大家庭的美好和温暖;向学院管理团队的每一位成员道一声:谢谢您!是您的辛苦、有序和独当一面的管理,使我拥有时空的自由,得以做一些教学和自然科学的研究,并完成此书的撰写;向参与治疗性沟通系统实践研究的每一位临床医护人员和患者道一声:谢谢您!是您的帮助和支持,使课题组初步实现将治疗性沟通系统的理论研究过渡到临床应用;向这本书的责任编辑道一声:谢谢您!是您的睿智点拨,使书名和篇目显得非常地简洁明了;是您的细心、及时、反复的修改,使本书能够顺利出版。

此刻,特别诚挚地感谢《思维与沟通》研究课题组的全体成员,周利华、谢伦芳、胡燕、杨娅娟和刘霞老师在百忙的工作中,抽出宝贵的时间投身到治疗性沟通系统的理论与实践研究中,并参加本书早期的资料收集与整理工作;特别诚挚地感谢已经毕业和在读的研究生——苏茜、王恒俊、宋江艳、赵江、汪苗、胡倩倩、魏曾曾、张淼、陈艳、张伟、李成、潘庆、孔燕、王婷、金梅、栾贝贝等,他们参与本书参考资料的收集与整理、临床实践的记录与整理等一系列工作;他们还是本书的第一读者,他们以自身角色对本书提出许多非常宝贵的意见和建议,增加了本书的可读性。

最后,衷心地感谢我的家人。这些年来,我的姐姐承担起照顾年过八旬父母的全部职责;我的妹妹总是在我最需要的时候给予帮助;我的先生在繁忙的工作之余,以他特有的方式支持我的研究与写作;还有我的儿子,在他读博士学位期间,帮助我收集此书的英文参考资料。谢谢家人的理解与支持,谢谢家人无条件地接受我的全部,给予我温馨的爱。

王维利

2013年5月

第一章 绪 论

第一节 沟通技能是医学教育的基本要求·····	2
一、医学教育最基本要求·····	2
二、沟通技能的内涵·····	2
第二节 影响医患沟通因素之一瞥·····	3
一、高强度的工作量·····	3
二、医患关系的紧张·····	4
三、医患信任的危机·····	4
四、沟通意义的认知不足·····	5
五、沟通技能的匮乏·····	5
第三节 什么是好的沟通·····	6
一、个性化沟通·····	6
二、专业化沟通·····	8
三、系统化沟通·····	10
第四节 聚集治疗性沟通·····	11
一、健康教育的受众广覆盖·····	11
二、心理咨询具专业权威性·····	12
三、治疗性沟通聚焦于治疗·····	12

第二章 走进治疗性沟通系统

第一节 治疗性沟通系统的研究背景·····	15
一、疾病谱的变化与生活方式疾病·····	15
二、癌症的高发病率与心理社会肿瘤学·····	16
三、系统论、信息论、控制论思想的渗透·····	17
第二节 治疗性沟通系统理论框架·····	20
一、基本定义·····	20

二、系统模型	23
三、系统特性	41
第三节 治疗性沟通系统操作指南	48
一、资源第一	48
二、系统第二	50
三、修炼第三	51

第三章 感人心者,莫先乎情——共情

第一节 追溯共情之源	53
一、共情的概念	53
二、共情在心理治疗中的作用	54
三、共情在 TCS 中的作用	55
第二节 共情的理论探讨	56
一、情绪共享机制	56
二、心理理论与观点采择	57
三、共情与认知调节的相互作用	59
第三节 如何践行共情	62
一、共情的层级	63
二、共情的步骤	64
第四节 共情的测量	69
一、认知共情测量	69
二、情感共情测量	69
三、从多维角度测量共情	69

第四章 不精不诚,不能动人——信任

第一节 追溯信任之源	72
一、信任的定义	72
二、信任的特点	73
三、信任的功能	75
四、信任的分类	78
五、人际关系与信任	81
第二节 信任的相关理论	82

一、西美尔的信任理论·····	82
二、映像理论·····	84
第三节 医疗护理工作中的信任·····	86
一、医疗护理活动中的信任危机·····	86
二、信任是医疗护理质量的保证·····	87
三、信任是治疗性沟通成功之本·····	88
第四节 通往信任之路·····	90
一、诚实·····	90
二、动机·····	91
三、能力·····	91
四、成果·····	91

第五章 听其言,观其行——倾听

第一节 何谓倾听·····	94
一、倾听的定义·····	94
二、倾听与听的区别·····	94
三、倾听的层次·····	95
四、倾听的类型·····	97
第二节 倾听的过程及其理论探讨·····	101
一、感知·····	102
二、选择·····	103
三、组织·····	105
四、理解或解释·····	106
五、倾听反应·····	107
第三节 打开倾听之门·····	110
一、什么影响倾听·····	110
二、有效倾听的策略·····	113

第六章 深入细致,梳理纷拏——探究

第一节 追溯探究之源·····	120
一、何谓探究·····	120
二、探究的功能·····	121

三、探究的形式	122
第二节 建构主义理论与认知改变的探究	124
一、基本概念	124
二、建构式学习与建构式治疗性沟通	125
三、引导患者学习的方法	126
四、建构式治疗性沟通的设计及理念	127
第三节 AGM 理论与信念变化的探究	136
一、信念修正的 AGM 假设	137
二、修改后的 AGM 假设	138
三、改变信念的能力	139

第七章 发现问题很重要——提问

第一节 何谓提问	142
一、提问的概念与过程	142
二、提问的类型	143
三、提问的作用	146
第二节 提问与思维方式	148
一、苏格拉底式提问	149
二、运用不同思维方式提问	151
第三节 如何实现有效的提问	156
一、选择有效的提问形式	156
二、提问的其他技术及遵循的原则	157
第四节 提问与其他沟通技能的联系	158
一、提问与共情	158
二、提问与反馈	159
三、提问与倾听	160
四、提问与控制	161
五、提问与复述	161

第八章 晓之以理,动之以情——说服与拒绝

第一节 何谓说服与拒绝	163
一、正确理解说服	163

二、拒绝的概念	167
第二节 说服的相关理论	167
一、海德平衡理论	167
二、霍夫兰德态度改变——说服模型	171
第三节 如何实现有效的说服和拒绝	173
一、影响说服效果的因素	173
二、有效拒绝的艺术	176
第四节 说服、拒绝与其他沟通技巧的联系	178
一、说服与信任	178
二、说服与共情	178
三、拒绝与反馈	179
四、拒绝与倾听	179

第九章 敞开胸怀,阳光健康——自我表露

第一节 自我表露概述	181
一、自我表露的五“W”思考	181
二、自我表露的分类	183
第二节 自我表露的理论探讨	184
一、社会渗透理论	184
二、社会交换理论	187
第三节 自我表露的实践	188
一、自我表露与 TCS 的联系	188
二、自我表露的具体操作	189
第四节 自我表露的相关研究与 TCS	191
一、自我表露的研究焦点	191
二、自我表露的测量与研究方法	194

第十章 由始至终,贯穿始末——控制

第一节 追溯控制之源	197
一、控制及其相关概念	198
二、控制的分类	200
第二节 控制的相关理论	203

一、自我效能	203
二、社会支持	207
第三节 如何践行控制	210
一、从医护人员角度看控制的方法与途径	210
二、从患者角度看控制的方法与途径	217

第十一章 治疗性沟通系统实践及评价

案例一 急性重症胰腺炎患者的饮食认知干预	224
案例二 安装人工心脏起搏器患者的自我管理	235
案例三 膀胱镜肾上腺切除术前患者疾病不确定感的管理	248
案例四 右颞叶脑挫伤患者疾病预后的认知干预	258
案例五 足月产妇自然分娩的信念、认知与行为干预	269
案例六 胃间质瘤术前患者焦虑情绪的干预	278
案例七 围手术期直肠癌患者疾病不确定感的管理	292
主要参考文献	321
后记	328

世界医学之父希波克拉底说过,医生有三大法宝:第一是语言,第二是药物,第三是手术刀。之所以把语言放在第一位,是因为在他看来,医生的语言往往比药物和手术刀更加具有疗效。然而,正如药物和手术刀一样,语言也是一把双刃剑,用得恰当可以救人;反之,用得不恰当可以害人。希波克拉底所强调的语言就是今天人们特别重视的医(护)患沟通。

第一节 沟通技能是医学教育的基本要求

一、医学教育最基本要求

2001年11月国际医学教育组织(Institute for International Medical Education, IIME)通过“全球医学教育最基本要求(Global Minimum Essential Requirements in Medical Education, GMER)”,提出不管在任何国家培养的医生都应达到在医学知识、技能、职业态度、行为和价值观等方面的最基本要求。IIME将GMER归纳为七个领域和具体的60条标准。七个领域包括:①医学职业价值、态度、行为和伦理;②医学科学基础知识;③沟通技能;④临床技能;⑤群体健康和医疗卫生系统;⑥信息管理;⑦批判性思维。随后,在我国目前的“试行”阶段,GMER已经在中国的医学院校(中国协和医科大学、北京大学医学部、复旦大学上海医学院、中国医科大学、四川大学华西医学院、华中科技大学同济医学院、中山大学中山医学院、西安交通大学医学院等)试应用。

有研究者报告:对GMER的相关素质或能力的认识开展调查,结果总体上看,临床医生和医学生对GMER的态度存在差异。对每一项能力或素质认为重要或非常重要的临床医生比例均高于毕业生。从调查结果的分析得出结论:临床医生和医学生对GMER普遍认同,他们都注重专业技能,但缺乏群体健康和大卫生观念;相比之下,临床医生更重视基础,医学生更缺乏对信息管理的认识。另有研究者选择毕业后住院医师对本科医学教育质量进行回顾性评价,其调查报告:医学课程的缺陷主要涉及群体健康和卫生系统、信息管理、批判性思维。某些领域中诸如医师对群体健康的认识,对卫生系统运作的了解,对社会科学、卫生经济学、医学信息管理、人际交往技巧和科学思维等方面的教学研究都亟待加强。综上所述两组调查报告:一是医学生对GMER的重视程度不如临床医生;二是目前设置的医学课程缺陷,其中涉及人际沟通技能。

二、沟通技能的内涵

IIME对沟通技能做了具体的描述,其内涵:医生应当通过有效的沟通创造一个便于与患者、患者亲属、同事、卫生保健队伍及其他成员和公众之间进行相

互学习的环境。特别需要注意的是,其中提出了“互相学习”的概念。为了提高医疗方案的准确性和患者的满意度,沟通技能必须达到以下九条标准:①注意倾听,收集和综合与各种问题有关的信息,并能理解其实质内容;②会运用沟通技巧,对患者及他们的家属有深入的了解,并使他们能以平等的合作者的身份接受医疗方案;③有效地与同事、教师、社区、其他部门以及公共媒体之间进行沟通和交流;④通过有效的团队协作与涉及医疗保健的其他专业人员合作共事;⑤具有教别人学习的能力和积极的态度;⑥对有助于改善与患者关系、社区文化和个人因素具有敏感性;⑦有效地进行口头和书面的沟通;⑧建立和妥善保管医疗档案;⑨能综合并向听众介绍适合他们需要的信息,与他们讨论关于解决个人和社会重要问题的、可行性和被接受的行动计划。以上九条标准不仅是对医生,也是对所有临床接触患者的医务人员提出的标准。达成上述九条标准涉及听、说、读、写、看、触、行等多方面的人际沟通途径,也要求临床医护人员自觉学习共情、信任、倾听、探究、提问、说服与拒绝、自我表露和控制等人际沟通技能。

有效的沟通,不仅能促进建立良好的医(护)患关系,还能成为治疗或辅助治疗的手段。对医护人员而言,信任和和谐的医(护)患关系,不仅有助于医护工作的顺利开展,也有利于医护人员自己的身心健康;对患者而言,信任和和谐的医(护)患关系,不仅可以减轻疾病所造成的心理应激,医护人员专业性的沟通与社会支持还有助于帮助患者发挥主观能动性,从而达到整体、有效、持久和稳定的治疗与康复目的。

第二节 影响医患沟通因素之一瞥

一、高强度的工作量

目前,我国仍处在医疗卫生人力资源分布不均,大医院专业人员编制紧缺的状态。临床医护人员普遍存在工作负荷和压力都十分大的情况。有某医院的院长接受记者采访时说:“医生、护士已经成为一个高离婚率、高流产率、高患病率的‘三高’人群。”“其实工作量并非我们工作压力的主要来源,更重要的是心理压力。”在这种情形下,医护人员保障临床工作的正常运转已实属不易,再想从中抽出时间来进行专业性沟通,若无有效的沟通模式,确实显得有些分身乏术。如何找到一种沟通的方法,在繁杂的工作中,医护人员与同行、与患者共建“互相学习”的平台,以整体治疗与护理为目的,以疾病治疗为主题,以逐见成效的沟通为要求,系统地与患者及其家属进行情感、信息、知识与技术的沟通,这是目前临床医疗护理工作中重要的研究课题之一。

二、医患关系的紧张

当今社会医(护)患关系紧张的原因很多,比如解决医疗纠纷适用的法律不健全、少部分医护人员的职业素养欠佳、部分群众对医疗制度改革不适应、患者及其家属对医疗效果期望过高等,都是造成医(护)患关系紧张的重要原因。尤其是医学的复杂性,医学领域充满着未知和变数,医护人员对疾病的认知和医疗护理服务技术水平不可能满足所有患者对疾病治疗的要求。即使在医学高速发展的今天,国内外一致承认的疾病确诊率仅为70%,各种急症抢救的成功率也只在70%~80%。因此,任何医院都不可能治愈所有疾病,其治疗过程始终存在着成功与失败两种可能。但是,这个道理不能被所有患者及其家属都知晓或都接受,因此就会造成各种医疗矛盾,甚至医疗纠纷,其结果势必造成医(护)患关系的紧张。

临床医护人员既要完成繁重的治疗护理工作,又要尽量避免紧张的医(护)患关系,工作中小心谨慎,如履薄冰。有些医护人员在缺乏专业性沟通技能的前提下,甚至奉行“言多必失”的教训,尽可能避免与患者及其家属的交谈。然而,简单地回避并不能解决问题,只会使得医(护)患关系进入恶性循环。因为不沟通,医(护)患双方就不可能相互了解;不了解就容易产生误会,甚至增加潜在的医疗风险和纠纷发生的可能性。所以,探讨一种有效沟通方式,运用于医护人员与患者及其家属之间的沟通,使得各方彼此增进了解、建立互相信任的治疗性关系,进而帮助医护人员和患者及其家属发现自身的优势资源、积极应对疾病、促进患者康复,提高医疗与护理质量已势在必行。

三、医患信任的危机

改革开放以来,中国步入市场经济体制之中,随着经济的快速增长,医疗卫生体制的改革也存在一些发展中的问题。最突出的问题:医方的思想观念和职业行为随着经济大环境的变化有所变化,某些医院形成以“利”为主导的医院管理倾向;然而,患者方面这个社会群体仍然驻守着以“义”为主导的医院管理观念,观念的差异也导致医(护)患关系矛盾的凸显。媒体曾报道“有一位产妇怀疑因少送红包肛门被缝”,并由此引发医疗纠纷。然而,当人们冷静思考:助产士若故意缝合肛门,病人就无法排便,她能意识不到这些常识性后果及其严重性吗?显然,助产士故意而为之只是一个不合逻辑的推测!如果医护人员与患者及其家属有良好的沟通、基本的信任,或许就不会有不合逻辑的推测并产生医疗纠纷。

随着社会发展,患者及其家属的法律意识增强,他们日益重视自己的就医权利(如隐私权、知情权、治疗方案同意权等)。但由于种种原因,沟通障碍或不充