

· 和谐医患 ·

关于医患沟通概念的解析

刘本智¹, 滕志香²

(1 山东大学附属省立医院, 山东 济南 250021; 2 泰山医学院管理学院, 山东 泰安 271016)

[摘要] 为了使医疗机构更好地为患者提供高质量的医疗服务, 提高患者满意度, 在对以往的文献资料进行总结、分析、演绎、归纳基础上, 对微观层面的医患沟通概念进行了探讨, 对医患沟通的定义和内涵进行了界定, 分析了医患沟通的构成要素, 并对医患沟通质量的影响因素进行了一定的研究。

[关键词] 医患沟通; 医患矛盾; 医疗质量; 医患沟通质量

[中图分类号] R-052

[文献标识码] A

[文章编号] 1001-8565(2010)06-0083-02

Analysis of the Definition of Doctor - Patient Communication

LIU Ben-zhi¹, TENG Zhi-xiang²

(1 Affiliated Provincial Hospital of Shandong University, Jinan 250021, China;

2 School of Administration, Tashan Medical College, Tai'an 271016, China)

Abstract: In order to provide patients with high-quality medical service and improve patients' satisfaction for medical institutions, this paper studies relevant literatures, explores the definition of doctor - patient communication from a microcosmic dimension, defines the definition and connotation of doctor - patient communication, discusses the components and influential factors of doctor - patient communication.

Keywords: Doctor - Patient Communication; Doctor - Patient Contradiction; Medical Service Quality; Quality of Doctor - Patient Communication

1 医患沟通的内涵

为了便于陈述, 我们暂且把医患沟通分为微观层面的医患沟通和宏观层面的医患沟通, 微观层面的医患沟通是医护或技术人员个体与患者(包括陪同者)个体在医疗服务过程中进行的双向信息交流的过程; 下文是基于微观层面的医患沟通。

1.1 医患沟通是疾病诊断和治疗的过程

1.1.1 病史收集和诊断的过程

医患沟通开始于病史采集过程, 明确和快速的诊断离不开准确、有效的病史采集。国外有人用实验来评价病史采集、体格检查、实验室检查对诊断的重要性, 结果显示单纯依靠病史采集完成正确诊断的比例为 82.5%,^[1] 这个实验说明了病史采集对于正确诊断的帮助较大。由于医学知识的专业性和复杂性, 患者的陈述未免不专业, 甚至不准确, 医者仔细地倾听患者的病史陈述, 耐心细致地询问病史, 给予患者充分的理解和鼓励; 患者以自然放松的心境说出自认为有用的病情, 直接影响到病史采集的全面性与准确性, 决定诊断的正确与错误, 以及治疗方案的合理性。

1.1.2 疾病治疗的过程

患者是否执行和遵守治疗方案, 建立在医者对疾病性质、发展、预后及检查方法和治疗方案充分解释的基础上。因为患者无法自行判断医生诊断结果的正确与否, 也无法判断治疗方案是否最佳, 他们的评判往往根据的是医务人员对其病情发展变化、检查结果、治疗方案等的解释。

1.1.3 鉴别诊断的过程, 服务补救的过程

“服务补救的实质是在出现服务失误时所做出的一种实

时性和主动性的反应。”^[2] 疾病的诊断和治疗过程也是一个鉴别诊断的过程, 初次诊断不一定是正确的, 第一治疗方案也不一定是最佳的方案, 来自患者及时、全面的信息, 使医务人员及时发现诊断、治疗、护理上的失误, 主动、及时地采取服务补救措施, 即在患者意识到误诊之前, 在误诊给患者带来严重损害或损失之前排除现有诊断, 作出正确的诊断结论。有调查显示, 我国误诊率占就诊总数的 26.2%, 其中既有医务人员的技术性失误原因造成的误诊和漏诊, 也有患者表述不专业的原因,^[3] 患者充分的信息表达能够帮助医生不断地完成排除疾病和鉴别诊断的过程。

1.2 医患沟通是情感交流的过程

医学是以有生命、有情感的社会人为研究对象的, 医患关系是一种情感关系, 是以情感为纽带联结起来的社会关系。由于对预后和生理状况的担忧, 患者往往陷入恐惧、怀疑、孤独或抑郁的情感当中, 具有专业知识并能为其提供专业帮助的医者自然成为其倾诉的对象, 加之患者在医者面前与之俱来的自卑感, 使患者对医者的依赖性增加。医者充满情感的话语、眼神等可以缓解患者的种种负面情绪, 有利于患者保持心理的健康并尽快恢复身体健康, 医者的人性化关怀在给患者关爱的同时, 医者对患者的关爱、救助与同情也满足了爱与被尊重的心理需要, 因此, 真正的医患沟通也是医患双方彼此理解和情感的交流。

1.3 医患沟通是对患者进行健康教育的过程

健康教育是指医护人员对疾病状态下的特殊人群进行的疾病预防、康复以及有关医疗、护理及自我保健等卫生科

学知识和行为的教育。^[4]早在1991年,世界卫生组织就宣布:个人的健康和寿命60%取决于自己。^[5]受过系统专业训练的医者可以采用患者能理解的通俗语言向其讲授必要的医药学知识,提高患者对疾病和自身健康状况的认识,减轻患者的心理负担,使其主动配合治疗,严格遵从医嘱,促进康复。或者帮助患者认识和改变不科学的生活方式,并对其进行合理的健康干预,使其培养良好的生活和饮食习惯,维持生理、心理的健康。有调查显示,接受综合健康教育服务的患者对疾病基础知识、自我保健能力、疾病控制能力大大提高。^[6]

1.4 医患沟通是医者的自我营销过程

按照整合营销传播理论,营销贯穿于营销者与顾客的一切接触中,医患沟通是医患双方最密切的服务接触。调查显示医患沟通过程不但是患者满意度的影响因素,^[7]也是影响患者就医推荐的因素,对医患沟通满意度高的患者有较高的推荐意愿,从而有较高的忠诚度。^[8]新的医改方案提出要“稳步推动医务人员的合理流动,促进不同医疗机构之间人才的纵向和横向交流,研究探索“注册医师多点执业”,医师的多点执业成为合法的人才流动方式。随着民营资本和外资进入医疗服务领域,医疗服务市场的竞争将日趋激烈,能与患者顺畅沟通的医师将是多家医疗机构争聘的对象。

1.5 医患沟通是医患双方增加信任的过程

在信任的三个维度中,关系的信任是理性的信任,是基于对被信任方信息和知识基础上的理性的判断,^[9]而医患双方之间医学信息的不对称是关系信任不能有效建立的主因。最大限度解除信息不对称的方法就是医务人员通过对患者进行健康教育,增加患者的医学知识,帮助其能够对诊断结果和治疗方案进行相对科学合理的判断。并通过语言、表情、行为等方式增强患者对诊断结果和治疗方案的信心,增强对医务人员的信任,对医务人员的行为作出恰当的反应,该反馈信息进而增强医务人员对患者的信任。

2 医患沟通的要素

2.1 医患沟通的主体

医患沟通的主体是医者和患者,患者是为了恢复或保持自身健康而与医疗服务机构进行接触的人,既包括通常意义上的需要恢复健康的患者,也包括为了维护健康而向医疗机构进行咨询的健康人,还包括陪同以上人员与医疗服务机构接触的陪同人员。医者包括与患者进行服务接触的一切医护、医技人员。

2.2 医患沟通的内容

笔者将医患沟通的主要内容分为三大类:基础信息、辅助信息和社会情感。基础信息也就是医学信息,“医学信息交流是指导性和技术性的交流”,^[10]主要包括患者的症状、体征、病史、药史,以及用药指导、疾病诊断、病情转归、预后等。是医患沟通最重要的内容,是与疾病诊断和治疗有关的基本的医学信息,也是我们暂称为基础信息的原因。

辅助信息是对疾病诊断和治疗有辅助作用的非医学信息,主要是医患双方的个人基本资料。患者的个人资料主要有患者的职业、经济状况等,了解此类信息有助于医务人员在制定治疗方案时充分考虑患者的治疗便捷程度和经济承受能力,从卫生经济学和药物经济学的角度制定适合患者的治疗方案,能最大限度地防止出现因病致穷的情况;了解患者的受教育程度和工作背景,有助于医务人员使用适合患者

的方式方法与患者进行医学信息的交流,例如,对受教育程度高的患者可以使用书面语,甚至适当使用专业术语,而对受教育程度较低的患者要使用通俗易懂的口语,甚至通过比喻向患者解释复杂的发病机理、药物作用机理等,避免使用专业术语,达到医患双方和谐共处,防止医疗纠纷的发生。

医生由于受过系统、专业的医学教育和知识培训,形成的一个由逻辑规则组成的科学视域,而患者由于缺乏这种系统和专业的知识,形成的是一个以体验组成的日常视域。^[11]医患双方视域的本质区别是患者传递的医学信息是采用日常语言表达的一种“切身体验”,其陈述不免冗长、啰嗦,甚至有些夸张,这就要求医务人员最大限度的理解和宽容患者,“设身处地地从社会生活和个人体验角度与患者形成有效的对话”。^[11]

长期的生物医学模式使人们忽略了医学的人文价值,医学人文精神、人文关怀的缺失,使医患之间的信息交流侧重于医学信息的交流,忽视了能够帮助的最佳治疗方案的辅助信息和增进彼此理解的情感交流,从而使医患之间医学信息的交流也变得程式化。生物-心理-社会医学模式的推广,社会情感的交流将得到加强,医疗活动中“只见病不见人”的状况将有所改善,实现真正的“以病人为中心”。

2.3 医患沟通的工具

医患沟通的工具包括医患双方之间传递信息的一切方式方法,包括文字、语言、表情等表达形式。以文字为载体的沟通表现为书面的病历、药历、病程记录,各种化验单、检查单等。语言既包括通常意义上的文字语言,还包括与之伴随的语气、语态等。表情则通过眼神、笑容、肢体语言等来表达。医者在与患者进行语言交流时,往往忽视了与文字伴随的语气、语态,眼神、笑容等,使得信息沟通的内容只有医学信息,缺少了情感;各种病程、病历、化验单等也只是客观、无情感的医学信息记录。世界医学教育联合会《福冈宣言》指出,医护人员必须掌握交流和处理人际关系的技能,缺少共鸣(同情)与技术不够一样是其能力不足的表现。医护人员应该重视各种沟通工具的综合运用,与患者顺畅地进行情感和医学信息的交流。

3 医患沟通质量的影响因素

医患沟通是医者提供医疗服务的过程,是由服务提供者和服务接受者共同决定的,相同的服务提供者、相同的服务过程,不同的接受者有不同主观感受;同样,对不同的服务提供者,同一服务接受者也有不同的主观感受,从而有不同的服务质量。因此,医患沟通没有客观的标准,是服务接受者的主观感受。

患者对医患沟通质量的判断受到双方个人因素、沟通内容、沟通情境等的多种因素影响,如医患双方文化程度、个人经历、年龄、患者的就医经历等。甚至有研究指出,医者对医疗器械的使用也是影响医患沟通质量的因素。^[10]

〔参考文献〕

- [1] 魏琳,葛建一,于曙东. 医患沟通的作用与有效性探讨[J]. 中国卫生事业管理, 2009, (4): 237-238.
- [2] 段跃芳. 服务补救:提高顾客满意度的新视角[J]. 江苏商论, 2004, (3): 26-27.
- [3] 赵亚男. 临床误诊原因及防范措施探讨[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 9(27): 6642-6643.
- [4] 孟涛,赵健,张群. 浅谈我国健康教育的现状及对策

- [J]. 中国医疗前沿,2009,4(1):39.
- [5] 叶莘莘. 预防医学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002.
- [6] 周卫红,赵恕晶,郝芳,等. 健康教育有助于改善护患关系[J]. 中国医药导报,2009,6(13):154-155.
- [7] 滕志香,兰迎春. 门诊患者满意度调查量表设计[J]. 中华医院管理杂志,2009,25(3):156-160.
- [8] 兰迎春,滕志香. 门诊患者满意度调查对医院管理的几点启示[J]. 中国医学伦理学,2009,22(5):112-114.
- [9] 马得勇. 信任、信任的起源与信任的变迁[J]. 开放时代,2008,(4):73-82.

- [10] 李殿富,张铁山. 医患沟通的障碍[J]. 中国医院管理,2005,(9):55-56.
- [11] 张铁山,李殿富. 阐释学语境下的医患沟通——探理解之路[J]. 医学与哲学,2005,(26)11:8-10.

〔作者简介〕

刘本智(1975-),女,山东临沂人,主管护师。研究方向:护理管理。

〔收稿日期 2010-06-23〕

〔修回日期 2010-09-06〕

〔编辑 李恩昌〕

(上接第43页)

2.2 医学生社会责任感教育是伦理学理论应用于实践的载体

医学伦理理论没有在实践中引起足够的重视,很难运用于实践。医学生的社会责任感教育为医学伦理学理论提供了实践的载体,医学生可以将伦理学理论运用到对家庭、对他人、对集体、对国家、对社会的责任感培养实践中,为自身良好社会责任感品质的养成打下坚实的基础。

3 从伦理学角度加强90后医学生社会责任感教育的途径

3.1 家庭伦理道德环境是90后医学生社会责任感教育最初的场所

在家庭伦理道德实践中首先要倡导良好向上的家风,从而带动家规、家教、“家貌”的形成和体现。其次,把长幼、夫妻和亲子之间的各种伦理关系定位在“爱”的核心上。有了爱的核心和前提,才能充分享受到家庭中感情的慰藉与依托,才能产生尊老爱幼、平等友善、相濡以沫的效果。再次,要摒弃中国传统文化中的“三纲五常”,在父子、夫妇、兄弟之间体现各自的独立、平等与自由,提倡家庭人伦关系上的尊重与和谐,使家庭氛围宽松愉悦,各得其乐,为90后医学生医德心理的形成与发展构建良好的“医德场”。^[5]

3.2 从信息伦理观入手更新90后医学生社会责任感教育的手段

网络使传统的教育方式突破时空限制,为伦理道德教育提供良好客观条件的同时,也带来了前所未有的先进方法和手段。^[6]例如通过加大信息开发、利用与交流的力度,建立内容丰富和形式多样,具有吸引力的高质量道德教育网站。面对网络中出现的有害人身心健康的信息,更要有针对性,广泛地传播科学健康、思想向上的信息,以渗透性方式充分发挥隐性教育的作用,为伦理道德教育所使用的哲学、心理学、社会学的方法插上现代科技翅膀,使之成为为德性、知识性、交互性、趣味性、生动性于一体的电子教材,达到潜移默化^[7]的效果。

3.3 将医学生职业伦理贯穿于90后医学生社会责任感教育的始终^[8]

90后医学生目前正处在校学习的阶段,为了让其早期接触医学职业伦理,医学院校在教学时应将临床专业课程与德育功能相结合,在医学五年各门课程、尤其是临床课程中贯穿医学道德思想,如从教材编写、内容安排、授课形式、方法等方面融入医学生职业伦理。同时,针对未接触系统临床知识的低年级学生,医学院校可把医学生的早期临床实践和

社会实践作为教学改革的重要方面。通过建立标准化病人与模拟病人让学生更形象、更客观、更准确地学习和掌握临床诊断知识。可在“标准化病人”现有作用的基础上,扩展教育思路,使标准化病人从模拟接近真实,从实验室走向病房和医院,让学生从“病人”身上不仅学习掌握诊断技术技巧,而且学习与“病人”心理、社会的交往、情感的交流和人道服务的艺术。这种实践其作用并不以学生医疗技术的学习和掌握为目标,而是提前培养学生的病人意识、社会意识、服务意识以及认识医生对病人、社会健康的责任。不仅如此,在政治理论课、思想品德课等课程中也应注意切实结合医学的实践,把人道主义医学伦理观、价值观、社会观贯穿其中,高校思想政治工作与医学伦理道德、医学信念教育的密切结合无疑更贴近学生的思想和职业理想,可以起到事半功倍的效果。

〔参考文献〕

- [1] 段志光. 大学生社会责任感研究中的理论问题探讨(下)[J]. 山西高等学校社会科学学报,2000,(3):69-70.
- [2] 赵兴奎. 大学生社会责任心结构及发展特点[D]. 重庆:西南大学,2007.
- [3] 赵守政. 当前医学生社会责任感的现状、问题与对策[D]. 山东:山东师范大学,2008.
- [4] 施卫星,王国平. 医学伦理与卫生法[M]. 北京:中国时代经济出版社,2008:4.
- [5] 于景艳,刘英利,祝世娜. 家庭伦理道德与医学生的医德形成[J]. 中国医学伦理学,2007,20(3):63-64.
- [6] 曹劲松. 人类信息交往的本性与信息伦理观念的确立[J]. 南京工业大学学报,2003,(4):16.
- [7] 吕世军. 网络时代医学生的伦理道德教育[J]. 药学教育,2009,25(6):5-8.
- [8] 施卫星,李鲁. 医学生职业伦理道德的贯穿教育[J]. 中国医学伦理学,1996,9(6):52,56.

〔作者简介〕

金伟琼(1984-),女,浙江温州人,学士。研究方向:医学伦理学与大学生思想政治教育。

〔收稿日期 2010-09-11〕

〔修回日期 2010-10-25〕

〔编辑 李恩昌〕