

· 医学教育 ·

从心理学角度加强医护人员医患沟通能力的再教育

毕玉田¹, 王琳^{2△}

(第三军医大学大坪医院野战外科研究所, 1. 医教部; 2. 神经内科, 重庆 400042)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.17.046

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2011)17-1765-02

近年来,随着患者及家属法律意识的增强,医患纠纷和诉讼呈逐年增加趋势,其原因除医疗技术和体制等因素外,医患沟通不良是患方对医护人员抱怨和渎职主张的重要原因。而医患沟通质量与患者就医心理和医护人员综合素质密切相关。良好的医患关系有助于双方达成理解,有效表达意愿和要求,改善治疗结局。但是,目前医患沟通的重要性尚未引起医疗机构及院校的足够重视,大多数医学院校未设置相关课程,各级医院对医护人员的再教育也不包含医患沟通的相关培训。本文根据文献报道,从心理角度探讨医护人员在医患沟通能力方面的从业后再教育。

1 医患纠纷的现状与医患沟通

据上海市卫生局一项调查显示,近几年的医疗纠纷以 11% 的速度逐年递增,以医疗机构为被告的医疗受理案件从 2002 年的 334 起增加到 2007 年的 646 起^[1-2]。1996~2000 年,江苏省丰县医疗诉讼仅 3 起,2001~2005 年 34 起,2006 年仅上半年就达 13 起^[3]。台湾法院判决的医疗差错从 1987 年的 145 起增至 2006 年的 419 起^[4]。2002 年国内发生医疗纠纷案件 5 000 起,2004 年 8 000 起,至 2006 年达 1 万多起,其中,80%~90% 的医疗纠纷是由于医护人员未与患者进行及时、有效的沟通所致^[5]。某医院对其 2005~2008 年医疗纠纷原因的调查数据显示 2005 年 32 起,其中医患沟通不当为 21 起;2006 年 30 起,医患沟通不当 18 起;2007 年 40 起,医患沟通不当 26 起;2008 年 29 起,医患沟通不当 18 起^[6]。98% 的医护人员认为医患沟通不良与医患纠纷相关。

医护人员的医患沟通不良主要表现为以下几个方面:(1) 对患者及其家庭信息缺乏了解;(2) 病情变化未及时与患方沟通或缺乏沟通技巧;(3) 对预后不良估计不足,夸大疗效,使患方对治疗期望过高;(4) 同行间相互贬低,使患方对诊疗的正确性产生怀疑;(5) 文化水平或语言差异导致医患沟通障碍;(6) 对患者缺乏关心,语气僵硬;(7) 医疗专业知识缺乏,不同医护人员对病情的解释不统一。

2 医患纠纷的心理学原因

在临床工作中常遇到这样的情况,就医学角度而言,治疗已取得了较好的疗效,但患者仍不满意,这提示治疗结果尚未达到患者的心理期望值或患者除了治疗目的外,还存在就医的心理-社会原因,而后者常被忽略。因此,能认识到患者就医动机、期望、压力和情感支持,能极大地提高医患沟通质量,减少医患纠纷^[7]。一项对上海 6 所医院 149 例心理门诊患者的就诊心理调查显示“去烧烧香,拜拜菩萨”和“自己找些心理学的书看看”占 6.7%;另外,有 0.7% 患者填写“不愿看病”,10.1% 患者未填写。由此,可见患者的就医的动机是不同的^[8],医护人员要通过详细的交谈了解患者的就医动机,根据病情给予不同的处理。

患者在医疗行为中的一些心理活动也应受到医护人员的重视,如特殊部位病变的患者不愿求医的害羞心理、手术恐惧心理和担心产生药物依赖心理均导致患者焦虑情绪明显。心理学家 Maslow 认为安全感、归属感和被尊重是人的基本心理需求,患者住院后处在一个完全陌生的环境,存在不安全感,希望尽快被医护人员理解并接纳的归属心理。受目前医疗条件限制,有些疾病尚无有效治疗方法,使部分患者误认为不受医护人员重视而渴望获得尊重等。这些心理常阻碍有效的医疗活动,是医疗纠纷的重要原因,医护人员应多与患者接触,及时发现,及时沟通。

Chiu^[4] 分析患方在发生医疗纠纷时寻求医疗诉讼的原因和心理显示,患方让医护人员为其医疗错误付出代价而寻求报复是医疗诉讼的主要动机;其次为自责动机,责备自己把家人送到不称职的医疗机构,造成不良结局,通过追究医护人员责任而减轻自己的痛苦;利他动机,通过诉讼要求医护人员或医院采取措施,避免再发生同样事件;认定医院有隐藏、寻求经济补偿动机等。

医患双方的个体交流行为也影响医患沟通的质量,如:(1) 言语交流的方式,运用良好的语言沟通技巧,可体现人性化服务。沟通时应注意语言的语气与语速,谈话内容应有主题和针对性,条理清晰,尽量用通俗易懂的语言表达疾病的相关问题。根据患者的不同年龄、职业和性格选择不同的交谈方式,对文化层次较低,接受能力较差者要反复解释,提高交流质量,在交流过程中,注意保留余地。(2) 非言语交流方式,医护人员交流的非言语和情感成分与患者的满意度、对信息的理解、就医信心及其病情好转等方面明显相关。因此,医护人员与患者及其家属沟通时,应充分显示出对患者的关注、关心和尊重。另外,医护人员的态度也是一个重要影响因素,医护人员态度傲慢常激化患者的愤怒情绪。

医患交流中患者的文化水平、种族、社会经济地位及性别均影响医患沟通行为的质量。荷兰的一项研究显示,与荷兰人比较,非西方种族的少数民族患者在医疗咨询中的参与行为较少,由于语言、沟通及文化水平差异,医护人员与移民患者的交流时间短,相互包容性差,医患存在较大的误解^[9]。受过教育、有较高收入及年纪较大的患者,能主动交流、有效表述,从而获得较多的医疗信息,取得较好的疗效^[10]。

3 医患沟通能力再教育的建议

掌握沟通技巧是减少医疗纠纷的有效途径,建议在医护人员上岗前和工作过程中进行系统的医患沟通专业培训。培训内容包括患者心理学、医护人员与患者相处的能力、情商教育、如何告诉患者坏消息等。并广泛涉猎公共关系学、社会学、组织行为学、美学、人类学及语言学等相关学科知识^[11]。还应该了解社会经济与文化、医护人员行为准则和相关法律知识。掌

△ 通讯作者, Tel: (023) 68757852; E-mail: wanglinn0@163.com。

握沟通的技巧,包括沟通时机(患者入院、出院、特殊检查、特殊治疗、手术前后及病情变化时)、沟通的内容(患者及家属最关心的信息、目前的诊断、病情发展、检查结果、今后的主要治疗措施、所需费用及可能的预后)、了解患者和家属的身心状况(社会-心理、情绪、沟通欲望及生活环境)。实际工作中主动发现问题苗头,提前与患者及家属沟通。谈话时语言应清晰明确、语速适当;并根据患者的文化水平和社会经济地位采用对方能接受的沟通方式;善用适当的非言语性肢体语言,了解患者的看法,显示自己的关注和理解,避免刺激性语言和机械性交流方式^[12]。

医护人员沟通技巧培训可借鉴 Frankel 和 Stein^[13] 为建立有效的临床沟通,针对住院医护人员而设计的习惯模型,还可采用设立特定的医疗场景,采用讨论与角色扮演方式进行培训。对医护人员和患者的双向教育也能促进医患双方的相互理解^[9]。可在门诊候诊室及病房活动室以录像、板报及书刊的形式对患者及家属进行基本的医学知识教育,这些措施都有利于医患双方进行良好的沟通。

参考文献:

- [1] 金永红. 为医患撑起法律保护伞[N]. 健康报, 2003-03-25 (7).
- [2] 孙建国, 嵇荣华, 赵明华. 医患纠纷法律适用若干问题研究(一) [J]. 上海医学, 2008, 31(7): 529-532.
- [3] 刘秋苏, 曹杰. 医患纠纷案件增多的原因及对策[J]. 法律与医学杂志, 2006, 13(3): 161-164.
- [4] Chiu YC. What drives patients to sue doctors? The role of cultural factors in the pursuit of malpractice claims in Taiwan[J]. Soc Sci Med, 2010, 71(4): 702-707.

- [5] 杨慧艳. 论医患纠纷的现状成因及对策[J]. 浙江临床医学, 2008, 10(12): 1633-1634.
- [6] 鞠民. 从医疗纠纷产生原因剖析医患沟通的重要性[J]. 现代医院, 2009, 9(9): 105-106.
- [7] Arnett GW, Worley CM Jr. The Treatment Motivation Survey: defining patient motivation for treatment[J]. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 1999, 115(3): 233-238.
- [8] 范青, 季建林. 上海市医学心理咨询门诊患者就医态度和行为特点的时点调查[J]. 中国行为医学科学, 2006, 15(4): 370-371.
- [9] Schouten BC, Meeuwesen L, Harmsen HA, et al. The impact of an intervention in intercultural communication on doctor-patient interaction in The Netherlands[J]. Patient Educ Couns, 2005, 58(3): 288-295.
- [10] Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, et al. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference [J]. Patient Educ Couns, 2005, 56(2): 139-146.
- [11] 王琼, 吴小翎. 医患沟通从医学生抓起[J]. 重庆医学, 2010, 39(1): 123-124.
- [12] Gallagher TJ, Hartung PJ, Gerzina H, et al. Further analysis of a doctor-patient nonverbal communication instrument[J]. Patient Educ Couns, 2005, 57(3): 262-271.
- [13] Frankel RM, Stein T. Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model[J]. J Med Pract Manag, 2001, 16(4): 184-191.

(收稿日期: 2011-01-05 修回日期: 2011-05-01)

(上接第 1761 页)

3.3 完善城乡医疗卫生服务体系 乡村一体化管理在农村已有相当的基础,社区卫生服务网络只有与乡村一体化管理相结合,才能逐步理顺各级医疗机构之间的关系,避免各级医疗机构间的无序竞争,促使当前农村有限卫生资源得到公平高效的利用。社区卫生服务为居民提供就近、方便、经济的医疗卫生服务,使卫生费用更趋合理,有利于新农合的可持续发展;新农合的实行使相当一部分农村居民对医疗卫生服务的需要转化为支付得起的需求,提升了农村社区卫生服务机构盈利少或不盈利项目的可持续发展能力,有力推动农村社区卫生服务中各项项目的全面协调发展。

3.4 完善相关规章制度,加强监督管理 农村社区卫生服务的试点工作表明,只有不断完善相关规章制度,才能为农村社区卫生服务的发展创造健康的环境。但是,现有规章制度多针对城市社区卫生服务。由于当前农村的经济社会发展状况与城市还有较大差距,卫生部门应当从区域全局的角度考虑,建立、健全农村社区卫生服务相关规章制度,制订农村社区卫生服务机构,设置相关标准、社区卫生服务的业务管理规范以及农村社区卫生服务的考核标准等相关规章制度,并对农村社区卫生服务体系的运行状况做出准确的评价,及时出台干预措施,促进农村社区卫生服务质量的提高和农村社区卫生服务体系的完善,促进城乡社区卫生服务协调发展。

参考文献:

- [1] 韩俊, 罗丹. 中国农村医疗卫生状况报告[J]. 中国发展观

- 察, 2005(1): 12-21.
- [2] 罗万云. 重庆市城区居民及近郊农民健康知识和行为调查研究[J]. 中国健康教育, 2007, 23(5): 359-360.
- [3] 刘岭, 张玲, 王红光, 等. 重庆市社区居民健康状况及影响因素抽样调查分析[J]. 重庆医学, 2009, 38(16): 1999-2001.
- [4] 政协重庆市涪陵区委员会. 关于统筹城乡卫生事业发展的调查报告[R]. 重庆: 政协重庆市涪陵区委员会, 2008.
- [5] 龚勇, 廖容, 庞燕, 等. 综合医院社区卫生服务功能与社区卫生服务模式研究[J]. 重庆医学, 2010, 39(7): 885-886.
- [6] 谢礼琼, 李林平, 王明霞. 借鉴英国卫生服务体系探讨我国社区卫生体系建设[J]. 重庆医学, 2010, 39(5): 620-622.
- [7] 重庆市发展和改革委员会. 卫生部与重庆市共建统筹城乡卫生发展试验区 [EB/OL]. [2010-03-26]. <http://www.cqdpcc.gov.cn/content.aspx?id=5880>.
- [8] 陈建明, 钟定海, 曹伯仲, 等. 以乡村卫生一体化为载体积极开展农村社区卫生服务[J]. 中国卫生政策, 2002(5): 46-47.

(收稿日期: 2010-12-20 修回日期: 2011-03-29)