

乔哈里与冰山理论在提高年轻儿科医生 医患沟通能力中的应用

丁玲^{1,2},甘卫华^{1,2},王进雅^{1,2},葛蕾^{1,2},陆璐^{1,2},张爱青^{1,2}

(1.南京医科大学第二临床医学院儿科教研室,江苏 南京 210011;

2.南京医科大学儿科学院,江苏 南京 210029)

摘要:儿科是临床中最容易与家属产生分歧,出现医患矛盾科室之一,年轻儿科医生更需加强医患沟通能力。本文应用“乔哈里视窗”及“冰山原则”理论,从全新的角度审视医患沟通的全程,反思沟通中可能出现问题的关键节点;以提高患儿诊治效果为共同目标,增强医患理解与信任,增进积极有效的医患沟通,获取最大限度的有效信息,以期能为患儿和家属配合诊疗,从而降低或消除医疗纠纷的发生提供理论参考。

关键词:乔哈里视窗;冰山理论;儿科;医患关系

中图分类号:R816.92

文献标识码:B

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2020.18.002

文章编号:1006-1959(2020)18-0005-04

Application of Johari and Iceberg Theory in Improving Young Pediatrician Doctor-patient Communication Ability

DING Ling^{1,2},GAN Wei-hua^{1,2},WANG Jin-ya^{1,2},GE Lei^{1,2},LU Lu^{1,2},ZHANG Ai-Qing^{1,2}

(1.Department of Pediatrics,Second School of Clinical Medicine,Nanjing Medical University,Nanjing 210011,Jiangsu,China;

2.School of Pediatrics,Nanjing Medical University,Nanjing 210029,Jiangsu,China)

Abstract: Pediatrics is one of the most prone to disagreements with family members in the clinic, and there are conflicts between doctors and patients. Young pediatricians need to strengthen doctor-patient communication skills. This article applies the theory of "Johari window" and "Iceberg principle" to examine the whole process of doctor-patient communication from a new perspective, and reflect on the key nodes of possible problems in the communication; with the common goal of improving the effectiveness of diagnosis and treatment of children, enhance understanding and trust between doctors and patients, promote active and effective doctor-patient communication, and obtain maximum effective information, in order to provide theoretical references for children and their families to cooperate in diagnosis and treatment, thereby reducing or eliminating medical disputes.

Key words: Johari window; Iceberg theory; Pediatrics; Doctor-patient relationship

医患沟通不畅是暴力伤医事件的重要原因之一^[1]。现阶段,绝大多数医学院校开展了医患沟通教育的课程,很多医学院校已经独立开设了医患沟通课程。高校的医患沟通课程通常以理论为主,辅以经典的案例分析来教学,当年轻的医生,包括见习生、实习生、研究生、规培生、住院医师等真正走上临床岗位,参与临床疾病的诊治工作,面对患儿和家属的多样性,无法与患儿和家属进行有效的沟通,甚至引发矛盾^[2]。积极有效的医患沟通可以获得患儿及家属的信任,能够更全面地获取与疾病相关的信息,进而更快更准确地制定疾病的诊疗方案,构建和谐医患关系,加强患儿的家属医疗的依从性,强化医疗效果^[2,3]。因此,当年轻儿科医生刚接触临床工作时,要加强对其实医患沟通能力的教育与指导,通过了解儿科医患沟通的困境,运用“乔哈里视窗”和“冰山”理论优化医患沟通,希望在临床工作中能够避免医患矛盾,得到患方的信任,使诊疗

效果更加趋近于患方的期望值。

1 儿科医患沟通的困境

1.1 患儿的特殊性 儿科又称为“哑科”,主要的就诊群体是婴幼儿,患儿不能确切的用语言来表述自己的不适,患儿家属便成为获取患儿病史的主体。儿童疾病的症状表现复杂,临床中发热是许多儿科疾病的共同表现,甚至是唯一表现。同时由于儿童体质的特殊性,疾病很容易出现全身症状,如患有肺炎的孩子可能同时出现呕吐、腹泻、腹痛、少尿、皮疹等症状;有时不同的疾病又有相同的症状,如发热腹痛可能继发于呼吸道感染、胃肠道感染、过敏性紫癜或急腹症等,需要仔细追问病史进行鉴别诊断。儿童的心理情境不同:当患儿处于医院环境中,陌生的环境和医疗工作人员很容易使患儿产生不适感和恐惧感,导致患儿哭闹不止,促使焦虑的患儿家属更易烦躁或不知所措,使就诊气氛更加紧张^[4,5]。

1.2 家属的特殊性 传统的中国家庭多以孩子为中心,孩子生病来医院就诊时,陪诊家属众多。有些孩子的长辈对医疗效果的期望值过高,希望治疗措施能立竿见影,药到病除。有时家属之间对诊治意见不统一,又拒绝听从医生建议,根据自己所谓的“经验”,胁迫医生按照其“经验”用药^[6]。有时患儿家属内部会将家庭矛盾带到就医过程中,互相指责,互相隐瞒孩子病因,以上均大大增加了医患沟通难度^[5,6]。

基金项目:1.江苏省妇幼健康重点人才(编号:FRC201737);2.南京医科大学教育研究课题(编号:2019ZC023);3.南京市卫生青年人才(编号:QRX17106)

作者简介:丁玲(1983.5-),女,江苏南通人,硕士,副主任医师,讲师,主要从事儿童肾脏、呼吸道疾病方向的研究

通讯作者:张爱青(1981.11-),男,江苏连云港人,博士,副主任医师,副教授,硕士生导师,主要从事儿童肾脏、呼吸道疾病方向的研究

1.3 医生的特殊性 与其他科室医生相比,儿科医生相对紧缺。儿科就诊量大,尤其当冬春季呼吸道感染多的季节,就诊患儿人数显著增加,儿科医生常常超负荷工作,单次门诊需要接诊 100 多例患儿已是常态,导致患儿就诊时间较短,多 3~4 min,而就诊等待时间较长,数小时不等,巨大的时间反差,使家长不信任、不耐烦的情绪应运而生,医生在极度疲劳的情况下也很难耐心解答,双方在这种情况下容易激发矛盾⁷。

2“乔哈里视窗”理论的提出

美国心理学家 Joseph Luft 和 Harry Ingram 在 20 世纪 50 年代共同提出“乔哈里视窗(Johari Window)”理论⁸,该理论从自我概念的角度分析人际沟通的技巧与理论,又称“自我意识发现-反馈模型”。此理论将人际沟通中的信息内容分为 4 个区域,分别是开放区、盲目区、隐秘区和未知区,类似于四个窗口,故称为“乔哈里视角”。4 个视窗对应的信息内容随沟通动态改变,有效的沟通使开放区逐渐增大,以达到信息最大化的目的。

本文运用该理论分析如何优化医患沟通。开放区指医生与患儿均明确了解的信息,是患儿或家属主动向医师提供的客观真实的资料,如患儿的姓名、性别、年龄、症状、体征、已知检查结果等。盲目区指患儿或家属忽略而未主动提供,医生知道与疾病有关,需要向患儿证实,根据专业知识主动询问后得到的有价值信息,如诱因、既往史、发病后服药史、出生史、喂养史、预防接种史、家族史、接触史、过敏史、相关鉴别诊断其他症状等。隐秘区指患儿或家属明知与疾病可能相关,但故意隐瞒的信息,如儿童抚养人艾滋、乙肝、结核等传染性病史,母亲流产史、孕期病史、服药史,亲属癫痫、精神病、血液病等家族遗传性疾病史,或因抚养人的失误造成的疾病但因家庭关系而故意隐瞒,甚至有虐待儿童的病史等。未知区指医患双方起初均未知,深入沟通后逐步发现线索,医生根据病情分析后逐步获取疾病相关的信息,如各种难以用躯体疾病解释的不适症,可能源于心理因素(常见于大龄儿童);无明确诱因的哮喘发作,应关注家庭环境、患儿情绪等,积极查找诱因;单人生病逐渐发现群居多人出现同样症状,需要进一步排查病因;家族中多人发生同一疾病,需要进一步分析家族疾病谱,进一步检查染色体、基因等⁹。

3 应用“乔哈里视窗”构建医患沟通模型

基于“乔哈里视窗”理论,南京医科大学第二临床医学院儿科教研室建立了医患沟通模型,见图 1。

开放区是医生与患儿或家属之间能通过沟通获得信息共享的区域,同时医患双方能够就共享的信息取得诊疗共识。在临床工作中,患儿或家属在提

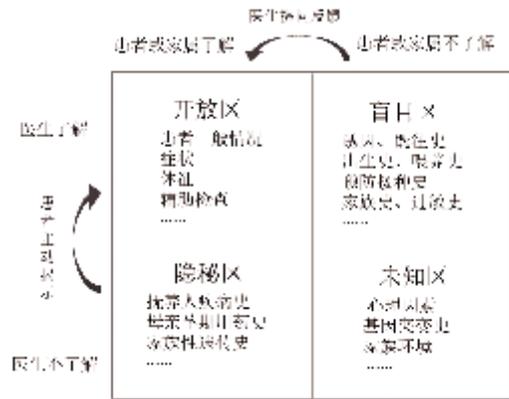


图 1 “乔哈里视窗”医患沟通模型

供病史信息时都有可能无意或者有意隐瞒部分信息,从而产生盲目区和隐秘区。如果医生忽略了这些区域内存在的关键问题,可能就会仅仅从已知的开放区得出片面的结论,甚至不能掌握患儿的病因或者误解了此次就诊的真正目的,从而很难达到患儿或家属的预期效果,在临床工作中导致误诊、漏诊、诊疗效果不佳甚至加重病情等不良后果。在了解“乔哈里视窗”医患沟通模型后,年轻医生可以将此作为理论指导,更多关注患儿或家属的深层心理,运用沟通技巧让患儿或家属对医生完全信任,医生可在沟通交流中获得更多的盲目区、隐秘区、未知区的信息,逐渐转化成开放区信息,扩大开放区范围⁹。

4“冰山理论”的提出

1895 年,“冰山理论”成果发表在《歇斯底里研究》一文中,由心理学家弗洛伊德与布罗伊尔共同提出,他们认为如果使用海上的冰山作为人的人格模型,露出海面的部分代表人的意识层面,海面以下的部分代表着人的心理行为,而决定着人的行为的正是海面以下的部分。1973 年,美国心理学家麦克利兰提出著名的“素质冰山模型”,该理论阐述了不同个体的素质类似于一座冰山。以知识和行为的形式表现出冰山海平面以上的部分;以自我认知、价值观、道德品质等形式表现出冰山海平面以下的部分,这部分往往不为人知,却对于理解人的行为思想更为关键。简而言之,“冰山以上部分”指一目了然、容易评估的部分;“冰山以下部分”指隐藏于深处、难以察觉的部分¹⁰。

5 构建“冰山理论”医患沟通模型

基于“冰山理论”构建医患沟通模型,用来更清晰、全面、系统的理解患儿的就诊行为,见图 2。

在“冰山理论”医患沟通模型中,就医行为属于“显性因素”,通过医师的病史采集、体格检查、辅助检查等手段进行评估;而患儿的忧虑、期待往往是隐藏的,很难通过量表或者检查评估,这些称之为“隐性因素”。依据“冰山理论”,显露在海平面以上的冰

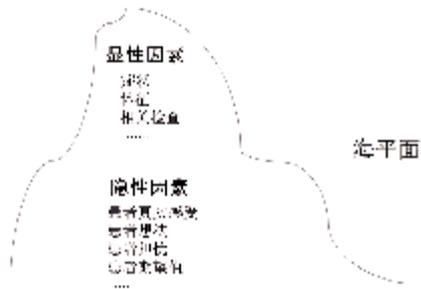


图2 “冰山理论”医患沟通模型

山一角——“显性因素”虽然直观,但往往不是患儿就诊的真实原因和目的,而隐藏在水平面以下的冰山——“隐性因素”才是真正的主体。“显性因素”必然是由“隐性因素”来决定的。使用“冰山理论模型”来探究医患沟通的全过程,发掘隐藏的患儿和家属就诊的真实原因和目的,才能真正满足患儿的隐性需求。不仅从疾病的生物化学因素去认知疾病,更要从患儿的心理、患儿生活的环境甚至整个社会方面去关注疾病的发生发展,从而全方位提升医疗服务水平,更好地实现生物-心理-社会三维医学模式的无缝对接^[10]。

6 结合两种医患沟通模型提高沟通能力

6.1 一般沟通的能力技巧 年轻的儿科医生首先要掌握人与人之间交流沟通的基本技巧,进而运用在医患交流沟通过程中^[11]。①双方距离:沟通交流时,要掌握好医生和患儿及家属之间的距离,太近双方会觉得局促不适,太远会有距离感,医生听不清患儿家属的诉说,家属会觉得医生不平易近人。一般沟通交流时双方面对面距离控制在半米到1米之间,即双方可舒适地握手距离为宜^[12];②认真倾听:良好的倾听会让患儿或家属感觉医生对他的尊重,更愿意将自己内心的想法说出来。年轻医生与患儿或家属交流时,不要做无关的动作,尽量不要打断他们的诉说,需要不时地与患儿有目光接触,在他们的诉说过程中,当患儿说到关键点的时候可以低头记录,或者点头表示听明白了,或者说“是的、嗯、我明白了、您继续”等简短的词语来表示医生非常认真地在聆听,并能与他们产生共情^[12];③说话技巧:当患儿诉说内容偏离主题太远,年轻需要有技巧的将谈话内容拉回正题,可以适事宜地提出问题“您说的这些我明白了,我还想了解一下另外一个问题”;当多个患儿家属同时讲病情时,要适时调整医患交流的主体,做到一对一交流,可以说“请让平时负责带孩子的家属主要讲述病情,其他家属等会儿再做补充”。当年轻医生需要给出自己的建议时,需要用通俗易懂的语言对疾病或症状做出详细的解释,用词准确避免歧义,说话时保持音调平和,语速不能太快,让

患儿或家属从心底里觉得自己是被尊重的,他面对的医生是可信的、有耐心的^[11];④保持童心:儿科医生面对的患儿是婴幼儿和儿童,为了减少孩子的恐惧心理,年轻医生可以随身携带玩具吸引孩子的注意力,和孩子聊一聊他们喜欢的动画片,当大一点的孩子可以表述自己的感受时,鼓励孩子说出自己的感受,可以轻抚、拥抱孩子,夸夸孩子聪明乖巧,在对孩子进行体格检查时,动作要轻柔,时刻注意孩子的隐私,避免刺激患儿,尽量避免孩子的不安情绪,尽量获得孩子们的喜爱^[14]。

6.2 创造融洽的沟通氛围,扩大公开区 公开区是医患双方双向交流的共享区域,医师除了通过问诊了解患儿的身高、体重、年龄、症状、体征、已知检查结果等外,还需要进一步了解患儿家庭背景、生活方式、饮食习惯、性格特征等信息,更全面的评估患儿的公开区信息。在与患儿就公开区信息进行面对面沟通期间,医生要通过沟通技巧和共情理论主动营造一个和谐融洽的沟通氛围,有助于医患双方持续性的沟通,从而让患儿充分且准确地表达就诊目的和内心的期望,达到医患共赢的目的^[13]。

6.3 强化医生诊疗思维,缩小盲目区 在临床工作中,几乎没有一例患儿的病程与教科书上某种疾病的描述是一模一样的,有些患儿缺乏典型的临床表现,有的患儿合并多系统症状,这就给年轻医生带来很大的盲目区。医生和患儿家属交流的过程中,要对提供的信息予以甄别,及时给与反馈,提高发现有用信息的敏锐度,对于自己需要的有价值的信息可以进一步展开询问^[7,14],这就需要儿科年轻医生不断拓展及深入自己的专业知识,并不断强化完善自己的诊疗思维,根据专业知识主动询问患儿家属有价值信息,如疾病的诱因、既往史、发病后服药史、出生史、喂养史、预防接种史、家族史、接触史、过敏史、相关鉴别诊断阴性或阳性症状体征等,不断强化患儿家属对自我的认识,缩小盲目区范围。

6.4 利用冰山理论,探索隐藏区 冰山理论中的隐形因素和乔哈里视窗中隐藏区有交叉之处。每个患儿就诊来时,患儿家属都有隐藏于内心的担忧和期望。常常慢性疾病困扰着大多数家庭,包括患儿的身心健康和家属的正常生活,患儿者家属内心深处有很多不愿意让医生知道的因素,如母亲怀孕期间的服药史,抚养人的传染病、精神病史,家庭关系不和睦,家族性遗传病史,家属对孩子的治疗意见不统一,经济条件差无法支付昂贵的医药费和检查费等。儿科年轻医生如何缩小隐藏区范围,将隐性因素转换为显性因素,增加公开区信息,是促进医患双方良好沟通、助力诊疗行为顺利实施的重要手段^[15]。如果使用冰山模型来模拟患儿整个就医过程

中的相关信息,那么患儿主诉及医师问诊、查体、检查结果就是浮于海面的显性部分,是医患双方的共享信息,即公开区的内容;但患儿家属对疾病的担忧、对诊疗结果的期待等因素属于水平面下的隐藏区信息,对决定诊疗过程的顺利实施起到至关重要的作用,需要每位医生去关注。医生要想提高医患沟通效果,就必须最大限度的了解冰山以下的隐性因素,尽可能引导隐藏区信息向公开区移动,扩充公开区信息,但隐藏区信息是患儿及家属的内心真实想法,有时需医生通过沟通技巧来获取。我们可以选取患儿隐藏区中一个较易接受的主题点,以此为切入点,根据患儿家属在沟通过程中的反应逐步调整主题点,随着医患沟通的逐步深入,使家属逐渐卸下自身的心理防备,使隐藏区信息循序渐进地向公开区移动,实现沟通零障碍^[16]。医患沟通过程中,要充分考虑医患双方的不对等性,学会换位思考,沟通时考虑到患儿家属的角度,尽可能地模拟他们的内心活动,体会他们的疑惑、痛苦,再调整医患沟通时的沟通内容及方法,让家属信任医生,愿意将自己内心深处的信息告诉医生。

6.5 挖掘患儿家属的潜力,探索未知区 与隐藏区不同,未知区是医生与患儿均未探索,隐藏于最深处的个人信息,患儿及家属包括医师都未曾探索,是冰山理论模型中隐形因素的一部分。由于未知区具有强烈的不确定性,医生与家属都无法预测未知区的大小与范围,医生和患儿都有强烈的意愿,医师期望获得更多的患儿信息,而患儿家属期望获得更多的医学信息。努力探索未知区,不仅可以增进医患双方彼此的了解,又可以提高对疾病的认识能力,降低医患双方对未知区的不确定性。医患沟通过程中,医生应采用积极的语言来提高患儿的自信心,鼓励患儿家属尽可能探索未知区信息,挖掘自身潜力^[9]。

7 总结

医患沟通是医疗活动中一个至关重要的环节,尤其在儿科就诊接诊过程中尤为重要。以“乔哈里视窗模型”及“冰山原则模型”为理论指导,督促年轻儿科医生从全新的视角对医患沟通的全过程予以审视和反思,提高积极实用的医患沟通能力,从而增进儿科年轻医生与患儿及家属之间的相互理解,提高患儿和家属对医生的信任度。在医患沟通中获取更详实的就诊信息,有助于患儿诊疗过程的顺利实施,提高治疗有效率,尽可能地达到患儿或

家属的期望值。

参考文献:

- [1]Pensieri C,Delle Chiaie G,Vincenzi B,et al.Doctor - patient communication tricks.Oncological study at Campus Bio-Medico University of Rome[J].Clin Ter,2018,169(5):e224-e230.
- [2]Belasen A,Belasen AT.Doctor - patient communication:a review and a rationale for using an assessment framework [J].J Health Organ Manag,2018,32(7):891-907.
- [3]Ortiz M,Teut M,Ben - Arye E,et al.Can complementary medicine enhance doctor - patient communication skills?Insights from an international medical student project [J].Complement Ther Med,2018(41):283-286.
- [4]王策,刘春峰.儿科住院医师规范化培训中医患沟通的探讨[J].医学与哲学,2019,40(22):69-71.
- [5]Singh M.Communication as a Bridge to Build a Sound Doctor - Patient/Parent Relationship [J].Indian J Pediatr,2016,83(1):33-37.
- [6]李小艳,陈国栋,唐涛,等.医患沟通课程提高医学生医患沟通能力的价值研究[J].中国医药导报,2017,14(13):128-131.
- [7]彭翔,刘英华,陈梁华,等.以仁爱为本的共情技术开展医患沟通的模式探讨[J].中国医药导报 2017,14(21):171-174.
- [8]Araújo Oliveira ER,Bachion MM,Campos de Carvalho E. Application of Johari's window in an interaction[J].Rev Lat Am Enfermagem,1996(4 Suppl):113-125.
- [9]Duhl BS.Virginia satir: in memoriam. J Marital Fam Ther[J].J Marital Fam Ther,1989,15(2):109-110.
- [10]薛海虹,钱继红,陈嫣,等.儿科医学人文教育和医患沟通现状调查分析与对策[J].教育生物学杂志,2019,7(3):171-175.
- [11]Jalil A,Zakar R,Zakar MZ,et al.Patient satisfaction with doctor - patient interactions:a mixed methods study among diabetes mellitus patients in Pakistan[J].BMC Health Serv Res,2017,7(1):155.
- [12]Aelbrecht K,Rimondini M,Bensing J,et al.Quality of doctor - patient communication through the eyes of the patient:variation according to the patient's educational level [J].Adv Health Sci Educ Theory Pract,201,20(4):873-884.
- [13]高晓星,潘慧.医患沟通实践如何应对新媒体下的医患关系新形势医学教育[J].2019,39(10):1522-1524.
- [14]阎毅,王璐奇,司志宇,等.医患沟通不畅成因分析及其对医学教育的启示[J].医学与哲学,2019,40(24):55-57.
- [15]Kallergis G.The contribution of the relationship between therapist - patient and the context of the professional relationship [J].Psychiatriki,2019,30(2):165-174.
- [16]Givel JC,Meier B.How much information do patients want or need[J].World J Surg.2014,38(7):1610-1613.

收稿日期:2020-06-02;修回日期:2020-06-25

编辑/肖婷婷