

# 基于哈贝马斯交往行为理论的医患沟通行为研究

姜海婷<sup>1</sup>, 刘虹<sup>2</sup>

(1.南京医科大学医政学院, 2.人文医学协同创新中心, 江苏 南京 210029)

**摘要:**目的:研究医患沟通过程中的“工具行为”及“交往行为”。方法:基于哈贝马斯交往行为理论,对南京地区、苏南地区、苏中地区、苏北地区等地多家医疗机构的各岗位在职人员进行调查,并对相关数据进行描述性分析、回归分析和 $\chi^2$ 检验。结果:医务人员长期接受工具行为的训练,其专业能力较好,但使得医患沟通处于缺乏人文关怀的语境,其交往行为需加强。结论:以技术规范为导向的“工具行为”和以相互理解为核心的“交往行为”在医患沟通中都是必要的,工具行为是医患沟通的重要手段,是专业人员准确、简洁、高效地进行医患沟通的主要途径。交往行为的合理恰当使用,是医学人文精神的重要体现。

**关键词:** 医患; 沟通行为; 交往行为; 医患关系

中图分类号: R-055

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2015)05-360-006

doi: 10.7655/NYDXBSS20150506

## 一、交往行为理论与医患沟通行为

1981年,德国著名哲学家、社会学家哈贝马斯提出的“交往行为理论”,对社会异化进行批判,主张人们应以真诚的对话来解决社会矛盾、社会争端和冲突,他把人的行为分为“工具行为”和“交往行为”<sup>[1]</sup>。工具行为是一种非互动的、孤立的、独白式的、单方面的行为,交往行为则是对话式的、互动的、双向的行为。其中,交往行为有利于在相互理解的基础上达成共识,有助于加强人与人之间的沟通,对构建社会的和谐有重要借鉴意义。

医患沟通行为,目前的研究主要是从语言和非语言这两种行为方式入手,从“工具行为”和“交往行为”的角度研究医患沟通行为的文献鲜见。医患沟通过程中,使用必要的工具行为以明确诊疗的同时,增加交往行为,有利于增强医患相互理解,化解医患之间矛盾、减少冲突、增加合力、达到最佳诊疗效果,实现构建和谐医患关系的目标。

本研究将定量和定性研究相结合,采用横断面调查,辅以访谈法、文献法进行补充。使用自行设计的问卷,包括人口学信息、医患沟通行为等内容。对南京地区、苏南地区、苏中地区、苏北地区等地多家医疗机

构的不同岗位在职人员进行问卷调查。调查发放问卷867份,回收有效问卷855份,有效率为98.62%。用EpiData3.1软件建立数据库,运用SPSS21.0软件统计分析,进行描述性分析及 $\chi^2$ 检验。

在本次调查中,医务人员性别比例基本相当。全职管理(行政科室)、行政兼职管理(非行政科室)及非管理岗位分别占21.4%、29.9%和48.9%。临床及护理岗位的医务工作者是当前临床工作中和患者直接接触最密切、沟通次数相当频繁的群体,是医患沟通中医方的重要力量,对医患沟通的质量和效果有重要影响,占总调查人数的70.5%,行政人员占19.6%。本科学历的医务人员占59.1%,硕士及以上学历的医生占25.2%。从调查对象的来源、学历、职务岗位、医疗机构级别及类型看,基本覆盖了所有类型医务人员,具有较好的代表性。

## 二、医患沟通的“工具行为”与“交往行为”

医方沟通行为包括以技术规范为导向的“工具行为”和以相互理解为核心的“交往行为”。需要强调的是,工具行为和交往行为在医患沟通中都是必要的,工具行为是医患沟通的重要手段,是专业人员准确、简洁、高效地进行医患沟通的主要途径。但

收稿日期:2015-06-30

作者简介:姜海婷(1993-),女,江苏泰州人,硕士研究生在读,研究方向为卫生服务研究、人文医学。

是,仅有工具行为只能使得医患沟通处于缺乏人文关怀的语境之中。恰当使用交往行为,是体现人文关怀的重要表征,有利于医务人员得到患者认同,成为一个耐心的倾听者、仔细的观察者,敏锐的交谈者和有效的临床医生<sup>[2]</sup>。

### (一) 医患沟通工具行为的功能和偏离

工具行为,即“目的性行为”,借助于工具理性从事改造客观世界的活动,具有工具性、策略性和手段目的性<sup>[3]</sup>,专业性色彩强、便于直截了当地获取诊断信息。由于医务人员长期接受工具行为的训练,在沟通过程中,医务人员很容易首先陷入预设的工具行为的模式中,根据自己的临床诊疗目标来高效准确地执行预置的目标行为。

医务人员的工具行为是以专业技术规范为标准,以医学专业语言和临床操作为媒介的行为,其主要功能是实施病史采集、病情诊断、治疗措施、临床告知等沟通,对诊疗活动具有重要意义。问诊、医嘱、医学文件传达等这些最常见的医患沟通工具行为的特点是医生占主导地位,医患关系呈现“支配—服从模式”。工具行为是医患沟通的有效手段,医生诊疗行为大多属于工具行为。同时应该注意到,单一使用工具行为导致的新医学模式和医学人文关怀的偏

离,已经成为医患沟通效果不良的主要原因之一。优化医疗服务标准<sup>[4]</sup>、改善医患沟通行为是患者的迫切需要。

### 1. 问诊——诊断性工具行为

问诊是医患沟通工具行为的基本形式,如了解患者一般情况、现病史及既往史的问诊过程。调查显示(表1),61.4%的医务人员首先使用开放式提问,获得从患者角度所看到问题的总体概貌,然后逐渐明确诊断思路,最终用封闭式提问引出患者可能忽略的其他细节,以形成拟诊或诊断。门诊工作特别是大医院门诊工作节奏,体现了问诊工具行为的效率性和可操作性性征的使用价值。但诊断性工具行为明显缺乏情感和心灵的交流,使得患者常感到自己不被理解。在诊断性工具行为中适当增加同情、安慰等交往行为的元素,增加医学人文关怀的温度,不但不会影响诊断性工具行为的性征反而会强化其正面效果。

调查显示,不同年资的医务工作者,由于其知识结构的不同,采用开放式与封闭式相结合的提问及诊疗方式( $\chi^2=31.377, P < 0.001$ ,表1)。而管理岗位与临床、护理岗位的医务人员之间在这方面存在明显差异( $\chi^2=25.517, P=0.013$ )。

表1 诊疗过程中最先使用的医患沟通方式

[n(%)]

诊疗过程中最先使用的医患沟通方式	年龄				岗位					合计
	<30岁	30~39岁	40~49岁	≥50岁	临床	医技	行政	护理	其他	
提问患者“能形容一下疼痛是怎么样的吗?”	189(71.6)	162(62.1)	136(54.0)	38(48.7)	300(65.6)	41(61.2)	88(52.4)	85(58.6)	11(61.1)	525(61.4)
提问患者“是持续疼痛还是阵发性疼痛?”	23(8.7)	46(17.6)	47(18.7)	13(16.7)	65(14.2)	6(9.0)	39(23.2)	17(11.7)	2(11.1)	129(15.1)
征得患者同意进行触诊、叩诊	48(18.2)	52(19.9)	68(27.0)	26(33.3)	88(19.3)	18(26.9)	41(24.4)	42(29.0)	5(27.8)	194(22.7)
直接让患者进行影像学检查	4(1.5)	1(0.4)	1(0.4)	1(1.3)	4(0.9)	2(2.9)	0(0.0)	1(0.0)	0(0.0)	7(0.8)

### 2. 医嘱——治疗性工具行为

作为医生根据病情和治疗需要对患者在检查、治疗、饮食等方面的指示,医嘱具有指令性和专业性的特征。医嘱过程中往往只满足了医学的技术要求却没有满足患者的情感要求或知情同意要求,患者处于服从医嘱及被动接受治疗状态。而在治疗性工具行为中适当投入心理支持等交往行为的元素,不但不会减弱医嘱的有效性和权威性,反而会降低单一使用工具性医嘱的偏倚。

### 3. 医疗文书——告知性工具行为

医疗文书种类很多,以手术同意书为例。为了规避手术中可能出现的风险,手术同意书体现的工

具行为的“水平”达到了无以复加的“境界”,充满医疗风险责任转移的意味,完全由专业化、技术化的语言垄断,患者感受的是工具行为产生的无助感。但在实施告知性工具行为功能的时候对其中的专业术语和利害关系给予充分解释和说明,不但不会影响告知目的的实现,反而能避免单一使用告知性工具行为引起的生冷和误解。

### (二) 医患沟通交往行为的价值和缺失

哈贝马斯认为,人类奋斗的目标不是使工具行为合理化、技术控制力扩大化,而是使交往行为合理化。医患沟通交往行为是医患双方之间以相互理解,以期在行动上达成一致的互动,体现的是主体与主体之间

的平等互动关系,即医患之间达成的合理共识。

医患沟通中的交往行为蕴含人文关怀,体现出医务人员对患者的耐心、尊重和同情,其载体主要包括解释、倾听和神态等。使用这些富有的人文关怀的交往行为可调节医患关系,阻止了医患间和谐关系的瓦解,抵制了医患双方的分裂,防止了行为冲突的爆发。当医务人员具备良好的医学人文素养、有着视病犹亲的精神,会使用交往行为进行相互理解为核心的沟通,医患双方进行理性的交流,彼此间信任度增加,合作性增强。而当医务人员的交往行为取得成功时,就与患者所达成的共识进行反馈,并且作为新鲜血液补充到诊疗过程中。

1. 解释——有声性交往行为

哈贝马斯强调交往行动是基于语言行为而建立起的主体间的理解和认同活动,要实现人与人之间的交往,则需选择恰当的语言进行对话<sup>[5]</sup>。医患双方存在严重信息不对称,32.2%的医务人员表示不能经常做到“语言有效性”:表达的可领会性、陈述的真实性和表达的真诚性。善意的、充分的解释是医患沟通交往行为的重要形式,没有解释的沟通,是医方的独白和指令,医者的解释使患者放心和安心,是达成相互理解、消解不信任,增强认同度的基本途径。

对于医务人员能否使用患者及其家属能够理解的语言和方式,运用形象的方法(图表、模型、书面信息和说明等)向患者解释其病情、传达信息,酌情使用和解释医学用语,不同岗位的人员间存在显著性差异( $P=0.004$ )。规范化的专业语言、通俗性语言的合理交叉使用,有助于医患沟通的畅通。

且不同年龄段的医务人员沟通方式的掌握情况存在显著性差异( $P < 0.001$ ),50岁以上的医务人员相对于30岁以下的年轻人,能够较好地、较频繁地运用形象的方法(图表、模型、书面信息和说明等)向

患者解释其病情、传达信息,酌情使用和解释医学用语,方便患者及其家属轻松理解(图1)。

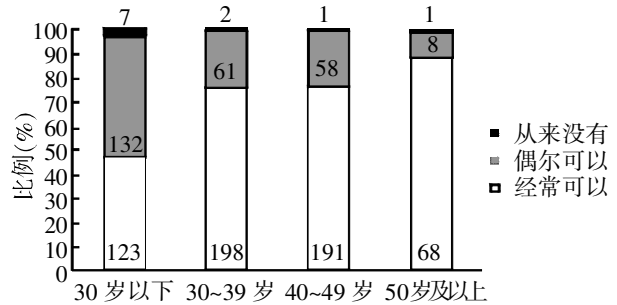


图1 不同年龄段的医务人员对于通俗易懂的沟通方式的掌握情况

2. 倾听——无声性交往行为

倾听是一个极具人文情怀特征的交往行为,耐心的倾听可了解患者需求,理解对方,从而获得更多利于诊疗的信息。不同性别的医务人员对倾听有着不同的态度,存在显著性差异( $\chi^2=11.456, P=0.022$ )。女性医务人员在“和患者保持目光接触,不打断,耐心听其诉说”方面相对于男性医务人员更加重视(图2)。面对紧张的医患关系和繁重的工作量,调查显示(表2),54.0%的医务人员认为“患者的这一诉说与诊断关系不大,委婉地打断”。能够做到“和患者保持目光接触,不打断,耐心听其诉说”的占23.49%，“告诉患者,疾病和压力是有关系的”仅占7.7%。

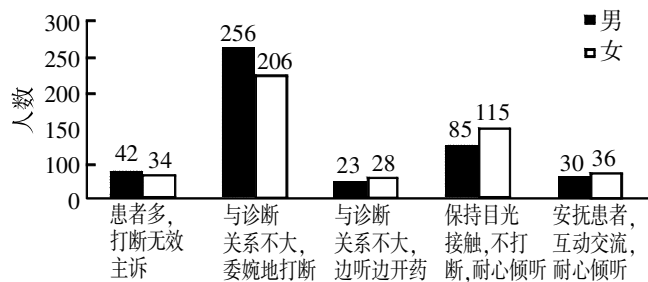


图2 不同性别的医务人员对于倾听的态度

表2 医方在医患沟通过程中倾听的情况

医患沟通过程中医方倾听认知情况	性别		岗位					合计
	男	女	临床	医技	行政	护理	其他	
候诊患者多,不能在与诊断关系不大的主诉上花时间	42(9.6)	34(8.1)	43(9.4)	3(4.5)	15(8.9)	10(6.9)	5(27.8)	76(8.9)
患者的这一诉说与诊断关系不大,委婉地打断	256(58.7)	206(49.2)	280(61.3)	40(59.7)	75(44.6)	57(39.3)	10(55.6)	462(54.0)
患者的这一诉说与诊断关系不大,我一般一边听一边开药	23(5.3)	28(6.7)	26(5.7)	3(4.5)	12(7.1)	9(6.2)	1(5.6)	51(6.0)
和患者保持目光接触,不打断,耐心听其诉说	85(19.5)	115(27.4)	78(17.3)	19(26.9)	52(31.0)	50(34.5)	1(5.6)	200(23.4)
告诉患者,疾病和压力是有关系的,耐心听其诉说	30(6.9)	36(7.7)	29(6.4)	3(4.5)	14(8.3)	19(13.1)	1(5.6)	66(7.7)

医务人员强调候诊患者多,不能在与诊断关系不大的主诉倾听上浪费时间。但是,医生的倾听给患者或家属的感受是被重视、被认同、被理解。倾听这一无声的交往行为在医患沟通中“此时无声胜有声”的效用是不可替代和不可缺席的。医务人员必须为倾听预留空间和时间,医院考核和评估必须对倾听设置要求和权重。

### 3. 神态——可感性交往行为

神态是身体语言最重要的一种,也是最丰富、最有表现力的医患沟通交往行为,医者生动可感的神态直接影响患者对医务人员的认识和评估。和善的微笑、眼神的交流、冷漠的神态、不屑的一瞥等都是临床医生经常无意表现出来而患者很敏感的神态。28.5%的被调查者承认自己在沟通时不能做到经常有适当的眼神交流,展露适当的微笑。而当医生的神态与患者的期待相一致,患者的焦虑、疑虑和思虑就会相应减少;信任、理解和认同就会相应增加。

## 三、医患沟通行为选择的制约因素

在医患沟通中,医务人员选择工具行为还是交往行为,受多种因素影响。本研究把医患沟通行为规范标准的定义为“1”,未标准的定义为“0”,作为因变量,以人口统计学变量及行为反应性相关分类条目作为自变量(分类变量均设为哑变量引入回归方程),进行非条件 Logistic 回归分析,结果是医务人员人文素养及知识结构为主要因素,而医患沟通管理制度规范及质量控制均为重要影响因素(表3)。

表3 医患沟通行为影响因素的 Logistic 回归模型结果

解释变量	B	S.E.	Wald	P	Exp(B)	95%CI
人文素养及知识结构	0.796	0.383	4.323	0.038	2.216	1.047~4.692
医患沟通制度规范	0.533	0.231	5.332	0.021	1.705	1.084~2.681
医患沟通质量控制	0.690	0.284	5.883	0.015	1.993	1.142~3.480

### (一)人文素养及知识结构是基石

医务人员的人文素养、知识结构对医患沟通行为的选择使用起着至关重要的作用。51.0%的医患沟通技能及人文培训主要是通过实习和入职培训教育,31.0%的医务人员认为“在校人文教育与临床实践相脱节”,单纯凭借现有人文知识教育不能够满足要求。就卫生法学知识方面,有关《侵权责任法》内容,56.0%的被调查者回答不正确,医务人员的人文素养及法律知识匮乏。

而医学伦理学、医患沟通学、卫生法学知识掌握良好的医务人员,更具医学人文精神,与患者沟通时,会自觉、主动地使用交往行为,能够将交往行为和工具行为有机融为一体,即使时间紧张、工作

量大,也会言语不多、用情深切地注入医学人文的元素,交往行为的光焰就会照亮工具行为的流程。缺乏相应的知识结构和人文素养的医者不能合理使用工具行为和交往行为。分别对被调查的医务人员按岗位和职位分组,对认为不同分类的医务人员对医患纠纷发生的主要原因作  $R \times C$  列联表资料  $\chi^2$  检验,取检验水准为 0.05,所得  $P$  值均远远小于 0.05 ( $P < 0.001$ ),差别具有统计学意义,可以认为不同岗位的医务人员对医患纠纷发生的归因不同。各岗位人员教育背景知识结构的差异,导致世界观及对事物的判断不同。

### (二)制度规范及质量控制是保障

大多数临床医生反映导致“医患沟通不畅”的关键因素是工作时间紧张,对于管理者而言,尤其是工作在临床一线的兼职管理人员,认为“政府管理不到位”占 42.4%。这背后所蕴含的问题是卫生资源配备的不合理,患者看病难、排队时间长、就诊过程中与医方接触时间短,医方未有效进行协调,管理流程未优化,医方想增加交往行为,也是有心无力。经济欠发达地区医患沟通行为问题更为突出,其医务人员不能很好地掌握和使用医患沟通技巧。医院对医患沟通行为的规范化培训、考核也相对欠缺,其硬件和软件环境均需改善。

## 四、医患沟通行为类型合理选用的对策

在医患沟通中,工具行为不可缺,交往行为不可少,医者如何恰当地使用工具行为和交往行为?

### (一)交往行为能力的训练

将医学人文素质教育贯穿整个医学教育和继续教育过程,开展交往行为能力训练是实现良好医患沟通的基石。国外许多医学院校早已开设语言训练课程,专门训练医学生的交流沟通技巧、规范语言表达。而我国在医患沟通教育方面相对薄弱,需针对医患沟通中的不足,对沟通内容进行界定、建立适当的沟通培训模板、选择合适的沟通能力评价量表,以人性化姿势和语言、开放式交流,以改善医患关系为考察方向,并将这些内容纳入到医务人员的继续教育之中,把掌握伦理学、医学法学、卫生经济学、医学心理学等方面的知识作为技能培训和考核的重要内容。只有具备相应医患沟通技巧及人文素养,方能为灵活使用交往行为打下基础。

### (二)医学人文精神的引领

吴阶平院士说:“医学现代化的一个必要标志就是:医学活动本身是否具有对生命终极关怀的精神体现。技术只有在这样的精神境界下才有意义和价

值;生命只有在这样的氛围下才有尊严;医生只有在这样的精神支撑下才区别于兽医。”<sup>[6]</sup>不论是工具行为,还是交往行为,其背后都需要医学人文精神做坚实的支撑。应将以患者为中心的理念,渗透在诊断、检查、治疗和护理过程中,渗透在医学高新技术的应用中。在医学科学精神的引导下,以医学科学技术为利器,以工具行为维系健康,解除病痛;在医学人文精神的灌输下,以交往行为作为表现形式,为生命提供终极关怀。

### (三)工具技术与人文的结合

交往性沟通重视患者感受,以人为中心,一定程度上促进医患双方理解,但单纯的倾听、解释、关照不能从根本上解决祛除疾患,对生命的关爱需要医护人员友善的语言和微笑,而拥有精湛的医术方能妙手回春。医务人员通过专业手段将医疗知识和要求告知患者,在采取辅助检查进行疾病诊断等工具性沟通行为的同时,增加交往行为,有利于患者密切配合诊疗。救死扶伤是医生的职责,将交往行为与工具行为二者紧密结合,构建“共同参与型”医患关系模式,有助于促进疗效,构建和谐医患关系。

### (四)医患沟通行为的管理

尽管医患沟通行为影响因素具有复杂性、不确定性、多样性和地域性,但制定医患沟通行为评价体系是规范医患沟通行为的重要保障。我国应借鉴国际上 Roter 沟通分析系统、SEGUE 医患沟通量表等指标,采取“AAA”模式,即“评估—分析—行动”,依托医院及政府加强管理、资源的合理配置,将医患沟通行为规范考评纳入继续教育项目管理,授予一定学分,建立与岗位任职资格、职称等挂钩的激励措施,从而建立医患间信任,增加患者对治疗的依从性。目前已有很多省市卫生行政部门拟统一制订人性化知情同意告知书和医患沟通程序及具体措施,以期规范医患沟通行为<sup>[7]</sup>。

同时,需加强质量监控,强化过程管理,将医患沟通制度化,在全面实行“病人选医生”的基础上,推行“医患沟通制”<sup>[8]</sup>,把对病人的尊重、理解和人文关怀体现在患者从入院到出院的全过程中,并健全三级质控组织,明确各级各类人员在质量管理和控制中的职责,增强参与质量控制的自主性和责任感<sup>[9]</sup>,促进相互尊重、相互理解和相互信任的新型医患关系的建立。

### 参考文献

- [1] 马丽,陈玉林.解读哈贝马斯的交往行为理论[J].理论界,2009(2):114-115
- [2] Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communication with patients [M]. 2nd ed. New York: Radcliffe Pub, 2005: 67
- [3] 贺寨平.哈贝马斯的交往行为理论评述[J].山西师大学报:社会科学版,2000,27(2):51
- [4] 王锦帆,刘庭芳,王虹,等.江苏、宁夏两省六所医院医患沟通专题调查分析[J].南京医科大学学报:社会科学版,2013,13(4):305-309
- [5] 修燕,张拓红.从沟通过程模型谈医患沟通障碍[J].中国医院管理,2012,32(2):74-75
- [6] 刘虹.医学哲学范畴[M].北京:科学出版社,2014:57
- [7] 赵茜,赵亮.医患沟通行为及其规范化管理探讨[C].北京:卫生法学会2009年学术年会论文集,2009:92-97
- [8] 金福年.加强医患沟通的有效途径[J].中国医院,2007,11(8):63-65
- [9] 赵宇,刘虹.江苏省医院医患沟通质量控制的调查与分析[J].南京医科大学学报:社会科学版,2014,14(6):453-455