第一图书网, tushu007.com

<<医患交流手册>>

图书基本信息

书名：<<医患交流手册>>

13位ISBN编号：9787309085679

10位ISBN编号：7309085671

出版时间：2011-12

出版时间：复旦大学出版社

作者：彼得·泰特

页数：144

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：http://www.tushu007.com

内容概要

彼得·泰特等编著的《医患交流手册(第5版)》是一本指导如何与患者沟通的书，不是一本关于如何采集病史的课本。
作者特别强调医生要关注患者的想法、焦虑和期望。
医生具有卓识权威、道德权威和超凡权威，这3种权威的运用构成了医生行为方式的特点。
医生的行为方式可以很大程度地影响与患者的沟通效果。
完全以患者为中心或者完全以医生为主导的沟通方式都不合适；理想的沟通方式应该根据不同的患者采用不同的沟通方法；良好的医患沟通可以提高患者的依从性。
根据患者的健康信念模式，可以把患者大致分为内在控制型、外在控制型和强词夺理型3类。
不同类型的患者有不同的控制点，医生要学会利用控制点来影响不同类型的患者。
患者在与医生打交道的过程中也在不断学习，观念也在不断改变。

作为一个医生，在患者的学习循环中可以改变患者的焦虑程度，提高患者的满意度，改善患者远期的健康效果。
医生自身的健康状态、心理状态以及价值观、信念、态度、对工作的满意度、知识、技术能力等因素时刻在影响着医生的行为，也影响了医患沟通的效果。
在诊疗过程中，医生的任务是了解患者就诊的真正原因，与患者相互理解对方的想法，有效地利用时间，共同决定诊疗计划。
本书详细介绍了诊疗中的沟通技巧和方法，包括如何对待儿童患者及其父母，如何告知患者坏消息等，以及医患相互理解和共同做决定，医生角度面临的伦理学问题，包括“全人医学”概念。

《医患交流手册(第5版)》同时还是一本有关医学教学的指导书。
第七章介绍了如何通过观察诊疗过程，让医生学会问诊技巧，包括如何创造一个学习的氛围，而不是批判的环境；如何利用角色扮演、标准化患者及真正的患者等进行临床教学。
第八章介绍了如何描述和评估一个诊疗过程的好坏，特别介绍了几个实用的评价表格。

作者简介

彼得·泰特，1968年毕业于纽卡索大学。
作为一名全科医生，在阿宾顿工作了30年。
1976年至2003年期间，他还担任全科医学的教师，其中有8年时间担任全科医师培训项目课程负责人，在医患交流方面有着丰富的教学经验。
自1981年起，他被任命为皇家全科医学院会员资格考试考官，并自1996年起负责就诊录像部分的考试。
2006年3月退休后被委任为考官小组召集人。
他曾主编《医患交流》和《新交流》（均由牛津出版社出版）。

第一图书网, tushu007.com

书籍目录

彼得·泰特，1968年毕业于纽卡索大学。
作为一名全科医生，在阿宾顿工作了30年。
1976年至2003年期间，他还担任全科医学的教师，其中有8年时间担任全科医师培训项目课程负责人，在医患交流方面有着丰富的教学经验。
自1981年起，他被任命为皇家全科医学院会员资格考试考官，并自1996年起负责就诊录像部分的考试。
2006年3月退休后被委任为考官小组召集人。
他曾主编《医患交流》和《新交流》（均由牛津出版社出版）。

章节摘录

版权页： 插图： 再举个哮喘的例子。
2006年Chest杂志上登载的一篇文章提示，一个简单的问题就能识别那些认为哮喘不是一个慢性疾病，也不必进行长期治疗的患者：“你认为你的哮喘一直存在，还是仅仅在有症状时你才有哮喘？”结果，此研究中的53%的住院患者认为，“没有症状，就不是哮喘”。
大多数人马上想到的是看医生会减少患者对疾患的焦虑。
然而，这种想法并不总是正确的。
我们举一个关于头痛的简单例子。
在我工作的城市，大约有100人每天晨起时头痛，只有一两个人来就诊，而他们并非总是这100个人中最担心的人。
第一个患者是一位25岁的女性，她担心自己反复发作的头痛可能是得了脑肿瘤，希望能得到认真而适宜的检查及治疗。
她今天来是因为头痛得特别厉害，昨晚还同男朋友因为一个关于癌症误诊的电视节目吵了一架。
短促的交谈，我虽未能明了上面所发生的一切，但我发现她确实很担心脑肿瘤。
当允许她谈及脑肿瘤时，我看到她如释重负。
我为她做了详尽的检查，包括眼底等。
当然，这样做既是为了诊断，也是为了治疗的考虑。
经过讨论、解释、建议，并告知今后必要时需随访的安排后，她的焦虑感已比来时明显减轻了。
她的健康观已有所转变，但这种转变是脆弱的，她回家后不会有太大的改变。
第二个病人是一位56岁的银行家。
他说他不太担心最近开始出现的偏头痛，因为他母亲在他这个年龄时也开始有偏头痛。
他想要一个新的注射的止痛剂，或者一些类似于在晚报上看过的药物。
经过常规的问诊、检查等程序后，我发现他的左侧眼球震颤、左眼视神经乳头水肿、右眼眼底视盘模糊等，这些情况引起了我的重视，他需要立即咨询神经科专家。
当然，这增加了他的焦虑程度。
在全科医师诊所这是比较少见的例子——大多数头痛并非是由肿瘤引起的。
这个例子是为了说明一个显而易见的道理：一次成功的就诊会提高患者的焦虑程度。
虽然这个道理较为浅显，但请牢记在心，特别是当你阅读有关改变焦虑程度文章的时候。
再回到第一章李太太的例子。
当李太太第一次去看家庭医生时，医生仔细检查了甲状腺，并做了血液检查，医生和李太太都没有提及癌症。
医生是否认为她患了癌症，但不想让她害怕才没有谈论肿瘤吗？
血液检查是有关癌症的吗？
医生确实提到了去医院的事，这是否为了去看肿瘤科专家？
她离开时的焦虑程度并没有减轻。
还记得在医院时的交谈吧。
你认为她的焦虑程度会怎样变化？
如果她非常担心可能要进行的治疗，而你的解释丝毫没有减轻她的焦虑，她对自身健康的理解也就不会有变化，很可能不执行你的治疗方案。
尽管医生的谈话方式对患者焦虑的影响有时是短暂的，但仍值得反复强调。
令人尊敬的医学权威有减轻患者焦虑的本领，但代价却是降低了患者的自主性。
然而，给患者太多的自由性也可能加重患者的焦虑。
这是一个值得你付出努力去平衡的困难的等式。
与患者分享诊疗信息并理解患者，似乎是最好的折衷方案，这个方法最有可能提高患者的自主性，又抑制焦虑的增加。

编辑推荐

《医患交流手册(第5版)》还促使我们思考在医患沟通中的一些伦理问题，这些问题可能我们目前还没有遇到，但随着患者自主意识的提高，以后可能会遇到。

第一图书网, tushu007.com

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:http://www.tushu007.com