

目 录

医学心理学

第一章 药物心理·····122

第一节 心理药理学·····122

第二节 药物的心理效应·····124

第二章 患者心理·····126

第一节 患者角色与角色冲突·····126

第二节 患者的心理问题·····128

第三章 医患关系·····132

第一节 医患关系概述·····132

第二节 医患沟通·····135

第四章 心理护理·····137

第一节 心理护理的概念与程序·····137

第二节 心理护理个论·····138

真题过关演练·····141

参考答案及详解·····142

第二篇 医学心理学

本篇知识结构图

	心理药理学	
药物心理	药物的心理效应	
医学心理学	患者心理	患者角色与角色冲突 患者的心理问题
	医患关系	医患关系概述 医患沟通
心理护理	心理护理的概念与程序 心理护理个论	

第一章 药物心理

本章主要关注临床药物使用过程中,药物与心理行为相关的问题,特别是药物的心理效应及其影响因素,医务工作者如何利用心理手段提高药物疗效、减少药物治疗的消极效果,以及患者的服药遵从性等。本章将介绍药物心理学、药物的心理效应和用药遵从性问题。

第一节 心理药理学

很多药物和化学物质都能作用于大脑神经组织,改善和调节人的心理活动,引起认知、情感和行为等方面的改变。精神病学先驱克雷佩林很早就注意到这类现象,并创立“**pharmacopsychology**”(药物心理学)一词,用于专门介绍影响心理过程的各种药物。到了 20 世纪 50 年代,伴随第一种抗精神病药物氯丙嗪的出现,心理学和药理学之间相互渗透,心理药理学(**Psychopharmacology**)或译为精神药理学开始兴起。按《牛津心理学词典》(2001)的定义,心理药理学指研究药物对行为和心理体验影响的学科,特别是影响情绪和精神运动功能和能力的药物,是药理学的分支。

一、药物对异常心理和行为的治療作用

药物对心理行为的治療作用体现在对情绪、行为和认识能力的影响方面。

(一)改善情绪和消除异常行为

抗焦虑药、抗抑郁药和抗躁狂药能改善情绪,抗精神病药能消除幻觉和妄想症状,精神兴奋药提高大脑的兴奋性。乙酰胆碱、去甲肾上腺素、多巴胺、5 羟色胺和脑啡肽等作用于中枢神经,影响学习、记忆、情绪、意识状态,影响饮食、饮水和性行为,也可止痛等。某些抗高血压药物(利血平)、抗结核药(异烟肼)等也能作用于中枢神经递质或相应的受体而调节情绪状态。

(二)调节学习和记忆

动物实验和临床观察发现垂体激素、蛋白质合成抑制剂、肾上腺素、胆碱能药物等能影响学习、识记、回忆和再认。临床上使用拟胆碱能或增强胆碱能的药物,试图改善患者学习与记忆障碍。

目前有些药物不仅能提高记忆能力,也能改善认识功能和情绪,包括:双氢麦角碱和吡拉西坦(脑复康)等大脑代谢调节药物,罂粟碱和环扁桃酸等血管扩张药物,以及精氨酸或赖氨酸加压片等神经肽类药物。

二、药物副作用所造成的心理与行为异常

“是药三分毒”,药物能治疗疾病,同时也会产生副作用和毒性反应。抗精神病药物、某些治疗高血压和结核病的药物能产生不良心理影响,主要表现为以下几方面:

(一)情绪障碍

吩噻嗪类抗精神病药会使治疗早期的患者出现兴奋、焦虑和恐惧。利血平、甲基多巴、氟哌啶醇、氯丙嗪、奋乃静、三氟拉嗪、苯二氮(安定)类等能造成抑郁。上述药物合用时会加重抑郁,甚至导致患者自杀。而乙醇、异烟肼、催眠药物可引起欣快。

(二)记忆力下降

苯二氮(安定)类药物能造成暂时性遗忘,与三环抗抑郁药合用时会加重记忆力减退。长期服用抗高血压药甲基多巴、普萘洛尔会使言语记忆能力下降。

(三)精神运动性障碍

吩噻嗪类药物产生药源性帕金森综合征、静坐不能等锥体外系症状。苯二氮(安定)类药物的中枢抑制作用可导致精细运动障碍,影响机动车辆和飞行员的驾驶工作,以及打字工作。

(四)意识障碍

吩噻嗪类药、抗震颤麻痹药和三环类药能造成意识模糊,甚至谵妄和精神错乱。抗组织胺药和苯二氮(安定)类药也能引起意识障碍。

(五)行为异常

苯二氮(安定)类药物引起敌对行为,吩噻嗪类药物造成过度镇静。

(六)精神症状

苯二氮(安定)类、苯丙胺、异烟肼、三环类抗抑郁药等可以出现幻觉、妄想等精神症状。

(七)降低生活质量

生活质量(quality of life)包括患者的工作能力、健康体验、情绪、智力、社交满意度、生活满意度和生理功能达到的程度等。目前,生活质量已经成为评价药物治疗价值的重要指标之一。由于药物不良反应,高血压患者服药后自我健康感较服药前有明显下降,生活质量不佳。

三、药物滥用及其原因

药物滥用(drug abuse)是指用药超出药物指标和范围。药物滥用现象非常严重。据联合国估计,全球至少有 4800 万人滥用药物,镇静催眠药占第一位,如地西洋和氯氮 等苯二氮 类药物;其次为各种兴奋剂。美国 1979 年仅用于地西洋(安定)的费用就高达 2000 亿美元,占全年药品支出的 25%。王文铃等调查显示,北京地区医院内科滥用最多的药品是地西洋(安定)和维生素 E。

药物依赖(drug dependence)是指长期反复用药、造成精神或躯体改变,对药物产生依赖性。它同药物滥用关系密切。药物依赖包括与停药时产生的戒断症状有关的身体依赖,以及为了获得用药的愉快感、欣快感和避免不适感而追求药物的心理依赖。

尝试或初始使用成瘾物质时,药物强烈的安乐、舒适、满意和飘飘欲仙的欣快效应,令人迷恋,从而产生心理依赖和觅药行为,并经持续用药而不断得到强化,促使一些人滥用药物。

造成药物滥用和依赖的原因涉及生物、心理和社会等诸多因素。

(一)学习和模仿

药物滥用主要是由药物本身的性质和药理作用所决定的,属于习得性行为。人的心理状态则促进了药物滥用,而药物滥用反过来加重心理障碍。因此,从心理学观点看,药物滥用和药物依赖患者大都是在好奇的心态驱使下,接受了社会暗示,并同顺从、模仿和逆反心理有关,也是为了应付体内外的种种心理紧张性刺激,缓解身心紧张,回避现实而采取的一种方法。

(二)人格倾向

反社会性人格者容易滥用药物以致成瘾。

(三)社会危机、社会文化、生活方式、家庭

这些都是产生药物滥用和药物依赖的重要因素。

(四)医源性因素

即医生对药物依赖缺乏认识而误开或滥开处方。

(五)药品制造商

制药商为了获得巨大的经济利益,采取各种推销策略,针对药房和医生进行宣传、给予回扣;为有关人员的培训、会议提供各种资助。在广告中夸大药物性能,忽略其副作用。专业刊物上刊登的药品广告,则成为很多医生和药剂师获得新药知识的重要途径。有时,制药商为加强推销活动,大量雇用推销员,仅在加拿大,每名医生每年平均要受到 200 次的访问,药品推销员与医生之比达到 1 : 13。

易产生药物依赖性的药物和物质种类包括:①酒类、巴比妥类或非巴比妥类镇静催眠药、苯二氮(安定)类和阿片类等中枢神经抑制剂;②苯丙胺类、可卡因类、烟草和含咖啡因饮料等中枢神经兴奋剂;③大麻和麦角酰二乙胺(LSD)等致幻剂。④丙酮和四氯化碳等挥发性溶剂。

第二节 药物的心理效应

药物治疗的临床效果除取决于药物本身所具有的药理特性外,还受到用药人心理活动的影响。由心理因素引起的治疗效果的变化,称作心理效应(包括积极和消极的心理效应)。积极的心理效应可表现为心理状态与症状改善,亦可经由心理生理反应途径造成有益的生理变化。

一、安慰剂效应

临床药理实验经常发现,研究者和实验对象的心理活动可以造成实验结果的变化。为了避免心理效应影响,对药物治疗效果的评价,常采用空白剂对照实验。服用空白剂后,患者的病情亦可得到一定的改善。我们把实际上无药理作用,或者至少没有特异性药物作用的物质在心理因素的影响下所获得的治疗效果叫做“安慰剂效应”(placebo effect)。安慰剂效应实际上就是一种积极的心理效应。

安慰剂效应的机制主要同患者对药物治疗的疗效的期望有关,他们期待康复、渴望生存,对医护人员寄予厚望,希望药物能出现奇迹般的作用,因而容易接受各种暗示。调查表明,安慰剂甚至能够达到阿片类药物的止痛效果。Hass 发现头痛患者中,安慰剂治疗产生效果的达 62%;咳嗽和精神病患者中,分别有 41% 和 15% 的患者服用安慰剂后有效。即使某些严重疾病,如心绞痛,安慰剂能使 1/3 的患者症状得到缓解。一般来说,任何药物都有安慰剂效应,包括空白剂和各种治疗手段。因此,在药理实验中,为了研究药物的药理作用,采用双盲实验设计,用双盲法来排除由于安慰剂效应或由“哈罗—古德拜”效应所造成的结果。

二、影响药物心理效应的因素

个人特点、疾病性质、药物、来自他人和社会的影响决定了药物心理效应的个体间差异。

(一)人格特征

具有感情用事、情感表浅易变,自我中心、易受暗示的癡症性格的患者,具有依赖性和缺乏自信倾向的患者,在服药时容易接受医护人员的暗示,药物的心理效应明显。急躁、耿直、好胜心强的人,药物的心理效应小。

(二)医护人员的特点

医护人员的言谈举止对药物治疗的心理效应有直接影响。良好的暗示能增强药物的作用,不良暗示则降低药物的作用,医生若是对某种药物存在偏爱或确信将能证实药物的某一特殊疗效时,心理效应会增强。大夫的知名度、权威性和年龄也能影响心理效应,患者容易对著名大夫和高龄医师产生信任感,药物的心理效应明显。而随意夸大药物的作用会降低药物的心理效应。

(三)药物本身的特点

药物外观装潢、价格、商品名、制剂类型、用药途径、品牌知名度等都能产生心理效应。用化学结构命名的药品不易为患者接受,心理效应低。进口或由著名厂家生产的药物比国产或知名度低的厂家生产的药物容易被接受,并易产生心理效应。新推出的药或新产品更能引起患者的心理效应。药物的副作用会造成患者对药物丧失信心。药丸颜色也能影响心理效应,Schapiro(1970)曾发现用绿色药物治疗恐惧症效果最好。

(四)社会文化因素

文化教育、家庭成员的用药习惯、个人的社会地位、社会医疗保险制度、民间关于药物的传说、宗教信仰和种族差异等,都可以影响心理效应。教育水平低的人相对容易接受医生的暗示。服用同一剂量的神经松弛剂,黄种人的药物疗效比白人明显,据推测是由于心理效应差异所致。

(五)疾病性质

心理异常者和脑损伤患者对药物的心理反应复杂。医生对心因性疾病患者用药时,可辅以语言暗示,常能产生良好的心理效应。

总之,积极的心理效应能增强药物的生理效应,消极的心理效应则削弱药物的生理效应。医护人员要巧妙地利用药物治疗中的心理效应,其关键不是药物,药物只是手段;关键是技巧,主要是语言的运用,并配合表情、姿态等非言语手段,以创造有利的治疗环境。医护人员密切合作,根据患者的人格特征、疾病特点,通过暗示和支持保证等心理方法,加强药物的作用;同时,说话时要有信心、热情。另一方面,负性心理效应能产生与治疗者意愿相反的作用,降低药物疗效,或使患者产生非药物所导致的不良反应。尤其是对于危重患者则更应谨慎。因此,医护人员要关注自己的语言、行为举止,以避免药物治疗中的负性心理效应。

第二章 患者心理

患者是一种特殊社会角色,他们要处理的问题涉及个人生命安全,如疾病或死亡。他们需要转变角色,作出治疗选择,从心理上适应变化。本章主要讨论患者在患病后的心理反应和行为变化,以及如何帮助患者顺利度过患病期,恢复健康,重新投入到正常、愉快的社会生活中。

第一节 患者角色与角色冲突

一、患者的概念

“生病的人就是患者”,这种理解只看到了“病”的一面,而忽视了人的社会属性。有些患有疾病的人可能没有求医行为,照常生活和工作,不认为自己是患者,社会上也没有将他们列入“患者”行列。有些人没有躯体疾病,只是觉得不舒服,有“病感”,到医院寻求医生的帮助;还有些人既无疾病,又无病感,只是为了要求得到医生的诊断书或处方到医院看病,都被列为“患者”。此外,到医院进行常规检查的怀孕妇女、结婚或者其他原因需要体检的健康人,也被纳入“患者”系列。因此,在医疗部门挂号就诊、取得医生诊治权利的人,可以称为患者。

“患者”过去常指一个患有病痛的人,与 *patience*(忍耐)有关,即患者是忍受疾病痛苦的人。现在我们视“患者”为寻求医疗或正处于医疗之中的人。因而,现行的医院统计方法无形中体现了医学社会学的观点,即广义的患者概念。狭义的概念是指社会人群中与医疗卫生系统发生关系的那些有疾病行为、求医行为和医疗行为的社会人群。

二、患者角色

“角色”(role)一词引自戏剧艺术,被社会学用来描述社会生活中的人所具有的身份。人在社会中,一切行为都与各自特定的角色相联系,社会要求每个人按其角色规定行事。如同教师角色,患者也拥有权利与义务。

(一)患者的权利

患者作为社会的特殊人群,有其一定的心理要求,被社会所认可就成为他们的权利,这是维持患者社会利益的标志。患者的权利主要有以下几方面:

1. 受到社会尊重、理解的权利

患者在疾病状态下受到痛苦的折磨,产生不同的心理改变,但是他们保留着社会成员的角色,是具体的社会人,仍然需要社会、医务人员的尊重和理解,受到帮助和体谅,减轻痛苦。患者对自己陷入疾病状态是没有责任的,不应受到责怪。

2. 享受医疗服务和保守个人秘密的权利

患者到医疗部门挂号看病,就取得了医疗服务的权利,不管有病没病,出于诊断与治疗的需要,患者将个人隐私告诉医护人员,有权要求给予保密,同时应得到技术上的可靠帮助。

3. 免除或部分免除健康时的社会责任的权利

当一个人患病后,为了治疗的需要必须免除其健康时的社会责任和角色行为。减轻患者的生理和心理负担,有利于早日康复,以便日后继续承担社会责任。免除的程度与疾病的种类和其严重程度有关。获得患者的角色后,其他社会角色则部分或全部被取代,如学生可以请假或休学,职工可以休假或调工种。

(二)患者的义务

患者的权利与义务相辅相成。社会给予患者权利的同时,也要求患者担负一定的社会义务。患者的义务主要有:

1. 及时就医、早日康复的义务

一个社会成员的健康与社会其他成员联系在一起,个人属于社会,为全社会的利益,患者必须及时就医,这是一种社会责任。例如, SARS 有很强的传染性,对社会和家庭构成严重威胁,个体怀疑自己是 SARS 患者,有必要及时求医,在避免个人蒙受损失的同时,社会整体的健康水平也会得到保障。

2. 寻求有效医疗、认真遵守医嘱的义务

患者有义务到合法的医疗部门就诊,以便获得科学的医疗。为了保证治疗效果,必须遵守医嘱,按要求进行必要的检查、服用药物或其他治疗。要接受医务人员的健康教育,改变不良嗜好、生活习惯,转变与疾病有关的性格,主动配合医护工作。这是患者尽早康复的需要,也是社会对患者的客观要求。

3. 遵守医疗部门的规章制度

医疗场所是公共服务部门,有严格的规章制度,以保护大多数人的利益。患者有义务遵守门诊、病房、探视等方面的制度,有序诊治疾病,按时付费。

患者的权利与义务是根据社会对患者角色要求提出的,实现患者的权利与义务,还要考虑社会条件的制约。例如,社会生产发展水平与政治制度,医疗技术发展水平与社会卫生保健制度、人们的道德观念等。医务人员了解患者角色的含义,有利于针对患者调整角色问题,及时发现及时指导。对那些并没有疾病而要求获得“患者”角色的人,及时识别并分析其社会心理动机。更重要的是,医护人员应及时指导患者的角色转换,适时地进入患者角色,康复后解脱依赖心理,恢复正常的社会功能,避免患者角色习惯化。

三、患者求医与遵医行为及影响因素

(一)求医行为

求医行为是指人们发觉症状后寻求医疗帮助的行为。求医的类型分为:(1)主动求医型:患者主动求医。(2)被动求医型:由他人作出求医的决定,如未成年、昏迷、无自知能力者等。(3)强制求医型:重症传染病对他人健康构成严重危害,社会强制入院治疗;严重精神疾病患者也属于这类。对症状的认识与评价、医疗保健系统、社会经济状况是影响求医行为的重要因素。

(二)遵医行为

遵医行为指患者遵从医护人员的医嘱进行检查、治疗和预防疾病的行为。患者是否遵从医嘱常常决定了治疗的效果和疾病的后果。一些调查表明,不遵医行为的发生率为 19%~72%。影响遵医行为的因素:

①患者的人口统计学特点:包括年龄、性别、教育、社会经济状况,以及职业、婚姻状况、种族和宗教信仰等。

②所患疾病的特点:包括部位和持续时间,以及症状的严重程度。

③治疗计划的特点:包括用药方式、所要求行为改变的程度、治疗方案的复杂程度及费用。

④医患关系的特点:包括患者对医生的信任与满意程度、对医务人员的一般态度,医务人员的指导与监督情况等。

⑤患者的社会行为特点:如患者对治疗效果的看法、关于疾病和治疗的经验、智力以及家庭的影响等。

四、患者角色适应不良

正常情况下,个体能根据角色不同而改变行为。当角色由正常人向患者角色转变,或由患者角色向正常人角色转变时,一个人可能会发生困难和障碍,从而导致角色适应不良。患者的角色适应不良表现

为五方面。

(一)角色行为缺如

角色行为缺如指患者未能进入患者角色。其产生的原因很多,例如,患者可能怀疑医生的诊断、忽视自己患病的严重程度;或认为患病意味着社会功能下降,与求学、求职和婚姻等涉及个人利益的问题有冲突;也可能是患者使用否认机制,以减轻心理压力。角色行为缺如者不易与医护人员合作。

(二)角色行为冲突

患病后的个体应以患者角色为主,原有的其他社会角色变为从属地位。但如果个体存在某种强烈动机超过求医治病的动机时,患者就会出现心理冲突,影响情绪,甚至延误治疗,不利于疾病的康复和其他角色的社会功能。例如,一家化妆品公司的董事长因病住院,为了不影响工作,将病房改建成办公室,边治疗、边工作。

(三)角色行为减退

角色行为减退指已经进入患者角色的个体,由于强烈的情感需求,不顾自己的病情而从事不应承担的活动。对角色要求难以满足或不能满足时则出现角色矛盾。

(四)角色行为强化

角色行为强化表现为安于患者的角色,或自觉病情严重程度超过实际情况,或小病大养。其原因主要有病后体力和能力下降、自信心减弱、依赖性加强,对承担原来的社会角色存在恐惧和不安;或因患病而因祸得福,期待继续享有患者角色所获得的利益;或以此来回避家庭和社会关系的矛盾。

(五)角色行为异常

患者因受病痛折磨而悲观、失望,由此导致行为异常。如出现攻击行为,或者病态固执等,甚至拒绝有效的治疗方案,发生角色应激,严重者可因抑郁和悲观而导致自杀。

第二节 患者的心理问题

一、生病的心理变化阶段

Lederer(1965)认为患者的心理是一种复杂的情况。她提出三个互相独立但又彼此重叠的疾病发展的时期:从健康到生病期、接受生病期和恢复期。

(一)从健康到生病期

这个时期可以突发而至,如意外事故或突发疾病,也可以慢慢产生。患者需要放弃原来的社会责任,接受别人的帮忙、诊断、治疗,与人合作以恢复健康,主要的心理变化是:

1. 否认

否认或降低疾病严重程度是自我对威胁性事件的常见反应,属于心理防御反应。一般患者在一两天内,随着对现实的反复评价,便能度过否定期。除了否认之外,还可能采取投射、转移、逃避或自我孤立等防御手段;患者也可以理性地接受疾病,但情绪上并不接受。如果否认持续存在,便是不良性否认,需要护士给予更多的关心和心理支持,甚至考虑请精神或心理学专业人员会诊。

2. 埋怨

患者承认自己有病时,便产生埋怨心理。首先是找原因,为什么疾病会发生?然后埋怨别人没有照顾好自己、家人对自己关心不够,再则怨自己没有量力而行。患者多表现为情感脆弱。

3. 自责

有些患者认为疾病是一种处罚,有负罪感,以生气来对待疾病,也可能以和医护人员寻衅、争吵来发泄内心痛苦。

4. 自得

病程不长,预后较好,患者可从患者角色中获益,如暂时脱离紧张的工作岗位、不承担家庭负担、受到别人的关怀和照顾、成为亲友或家庭中关注的中心人物。所以,他们虽有病,但心理上却得到满足,表现得情绪兴奋,愿意谈自己的病情及预后。

对这个时期的患者,医务人员要能敏锐地认识别人的各种心理反应,帮助他们面对现实、承认疾病的存在,鼓励他们表达自己的情感。在倾听过程中,多表示对他们的理解,及时赞扬他们对疾病态度上的积极方面。患者也可能发泄情绪,迁怒于医护人员。医护人员要知道这是患者自己失助感的投射,千万不能针锋相对。

(二)接受生病期

此期始于患者接受生病的事实,并且扮演患者角色的时候。患者必须放弃或暂停其他的社会责任,停止否认并且承认自己生病,接受别人的协助,集中个人的精力以关心自己及对治疗的反应。因此,此期患者的行为会变得以自我为中心,对周围其他事情的兴趣降低,注意力集中于身体体征的变化,急于获得与自己有关的信息,甚至学习有关的病理和药理知识。行为上患者较顺从、易合作,和医护人员的关系变得和谐和依赖,迫切希望早日治愈疾病。

医护人员要协助患者获取关于疾病的知识和治疗的信息,利用这个机会进行健康教育。开始时,不要提供太多信息,只要耐心回答患者问题即可。以后患者可能提出更为具体的问题,医护人员就有关细节逐渐讲解。

(三)恢复期

此期指患者放弃患者角色,向病前角色转化的过程。患者逐渐恢复,可以多作一些决策,对周围事物的注意与兴趣日增。此阶段适应不良患者行为表现为依赖,拒绝角色转变。可能的忧虑包括担心后遗症或迁延成慢性疾病或复发、继续长期治疗和护理带来的个人和家庭负担、担心无法胜任病前工作、怕将疾病传给亲人或同事等。

因此,医护人员要有意识地了解患者出院后所关注的问题,在系统评估的基础上,制定出院指导计划。做好各方面的准备,以确保患者出院后治疗和护理的连续性。

总之,身体与心理是息息相关的。个体生病时会有许多生理、心理和社会的因素影响其行为,影响他接受和扮演患者角色的程度,也影响到他接受生病事实的过程。护理人员应该从多方面去收集资料、组织资料,了解疾病对患者的冲击,才能采取适当的护理行动来帮助患者。

二、患者的心理需要与满足

按马斯洛需要层次理论,患者的需要包括生理需要和心理需要。其中,患者的安全感需要成为突出方面。患者的心理需要及其满足是患者心理问题一个重要方面,会影响诊断和治疗,概括为如下四个方面。

(一)安全感与早日康复的需要

患者将生命安全和早日康复放在最重要的地位。医院以人为本的服务设施、医护人员良好的接待、认真操作及及时的解释,可以使患者获得安全感,容易与医护人员建立良好的医患关系,对治疗充满希望。因此,医护人员的言行都要考虑到患者的安全感,对患者提出的问题要尽可能回答,以消除疑虑。

(二)信息的需要

患者进入一个新的环境后,不仅需要知道医院的各种规章制度、治疗设备及水平情况,还急于知道疾病的诊断、治疗和预后等信息;有些患者对院外的其他有关信息也急于获取,如家庭和单位的某些情况、医疗费用的支付问题。提供适当的信息不仅可消除患者的疑虑,还可避免消极情绪反应的产生。

(三)被认识与接纳的需要

在求医过程中患者需要了解他人,也需要让别人熟悉自己的身份和地位,为此相互之间会主动或被

动地接触、熟识病友和医务人员,以便成为新的团体中的一员。为了帮助患者适应病房生活,医务人员要主动与患者沟通,消除病友之间的陌生感,让患者熟悉医院环境及医护人员。

(四)关心、体贴、尊重的需要

患者也是人,如同正常人一样,需要得到别人(包括医务人员)的关心、体贴与尊重。事实上,当代医患关系中的许多问题往往同患者的这类需要得不到满足有关。因此医护人员要注意自己的医德培养,视患者为亲人,尊重患者的人格,不做会伤害患者自尊的事情,要避免称床号的做法。

三、患者的心理问题与干预

生病期间患者的心理反应表现得千差万别,但其中必然有一定的规律性。分析这些共性的问题有利于我们把握患者心理反应的一般规律,从而为心理干预或心理护理打下基础。

(一)认知方面的心理问题与心理干预

对疾病性质和预后的片面认识、缺乏医疗事务的知识都会造成患者认知方面的问题,进而使患者产生应激,影响诊治和康复。有些心理特征会影响患者认知。在人格方面,内向的人多关注个人身体方面的变化;癔症性格的人敏感多疑,易于对症状作出严重估价;而 A 型性格者易于忽视症状;处于激情状态中的人易产生认知偏差,忽视症状;缺乏医学知识的人可能忽视有明显预警意义的症状,也可能将正常的生理现象视为重病的象征。

(二)情绪反应及心理干预

患者的心理反应中最突出的就是情绪问题,常见的情绪反应有:

1. 焦虑

焦虑是一种对自己疾病的预后和个人前途命运等过度担心所产生的消极情绪。引起患者焦虑的因素是多方面,例如,疾病本身、诊断过程、治疗手段和对治疗效果的不恰当估计。同病室的病友及亲友的某些言行会加重患者的焦虑。严重的焦虑情绪会影响治疗过程及效果,需要给予恰当的解决。

医务人员接触患者的时候,要热情、主动,认真进行检查,通过交谈了解患者焦虑的认知因素,采取心理支持等方法对不同年龄患者有针对性地给予指导,适应医院环境和制度,建立良好的医患关系及病友关系。对某些检查和治疗方法给以简要介绍,使患者有一定的心理准备,手术之前的心理准备是心理干预的有效途径,实践证明是一种减轻焦虑的好方法。

2. 恐惧

恐惧是由自认为对自己有威胁或危险的刺激所引起的情绪。表现为害怕、受惊,有回避、哭泣、颤抖、警觉和易激动等行为;生理方面可能出现血压升高、心悸、呼吸加快、尿频和厌食等症状。恐惧有具体的对象,企图摆脱已明确的特定危险,威胁不存在时,恐惧也就消失。害怕疾病的不良后果、治疗时的痛苦、术后疼痛以及疾病后的工作能力受影响,是引起恐惧的原因。不同年龄、性别的患者对疾病的恐惧及治疗方法的恐惧是不同的,儿童患者的恐惧多与黑暗、陌生和疼痛相联系,成年患者的恐惧多与住院、损伤性检查、手术疼痛和后果、将来的生活能力等联系。患者的恐惧常伴随着疑虑,对诊断的怀疑、对治疗方法及效果的怀疑,担心误诊误治、药物的副作用、手术的后遗症等。

心理干预时要认真分析患者的心理特点、恐惧的原因和促成因素。运用会谈技巧,倾听患者直接叙述感到的威胁和危险,观察患者的表情和说话声音的变化。针对患者的具体情况,给予支持性心理治疗。改变患者的认识,达到减轻或消除恐惧情绪的目的。也要向患者提供必要的信息,说明可能给患者带来的痛苦和威胁,以减少不必要的猜疑和恐惧。同时,应向患者说明各种检查治疗的必要性,说明副作用与不治疗任病情发展的利害关系,以使患者权衡轻重,减轻惧怕心理反应并主动配合检查治疗。

3. 抑郁

患者闷闷不乐、忧愁、压抑、悲观、失望、自怜和绝望,对周围的事物反应迟钝,失去生活的乐趣,也有人有轻生的念头。患者的抑郁情绪,主要由治疗不顺利、不理想,缺乏治疗的信心和勇气所致,其次同患

者的年龄、人格、家庭因素也有关系。长期严重的抑郁对患者是不利的,抑郁一方面影响医生对疾病的诊断和治疗;另一方面也会降低患者的免疫力,从而引发新的疾病。

医务人员要提供有希望的治疗信息,给患者更多的解释和开导,尽可能消除或减轻患者的躯体症状,逐渐树立治病信心与勇气;增加患者的娱乐活动内容,转移患者的注意,鼓励患者与病友间的接触。认知评价方面的指导也很重要,但改变患者的认知是一项比较困难的工作,要持之以恒。对有过轻生念头的抑郁患者,应注意其心理变化,增加接触机会,通过良好的医患关系影响患者的情绪,建议患者与心理医生保持联系。

4. 孤独感

患者在医院这个特定的环境里,人员生疏、环境不适应,行为受到限制,与外界各处的联系突然中断,更加感到孤单。儿童患者和老年患者的孤独感更明显一些,常要求有人陪伴和照顾。需要隔离的病种使患者减少对外交往和外出机会,有与世隔绝、度日如年的感受。医护人员应主动自我介绍,多与患者交谈;帮助住院患者尽快熟悉医院环境;增加长期住院患者的对外交往机会,设置电话,增加娱乐设施,活跃病房的文化生活;允许并鼓励家属探视。

5. 愤怒

这种情绪反应多见于治疗受挫的患者。治疗受挫的原因很多,例如,医疗条件限制,医护人员的服务态度差、技术水平低,个人身体状况差或患上难以有效治疗的疾病,医院管理混乱使患者有意见却难以投诉等。此外,患者的愤怒也可来自医院和医疗之外。加强医院管理的科学性,提高医护人员的素质与服务质量,增加医患间的沟通,为患者提供疏泄机会,以防止和消除不良情绪。

(三) 患者的行为问题与心理干预

患者的行为问题主要有被动依赖和不遵医嘱。

(1) 被动依赖是患者把某些目标的实现寄托在他人的帮助上而产生的。患者家人、同事的关心照顾,医务人员根据病情限制患者的活动,会增加患者的依赖性。当疾病缓解或基本痊愈时,如果患者的被动依赖行为仍然保持着,则不利于康复,会影响由患者向病前社会角色的转变。医护人员要指出危害性,鼓励患者克服困难,尽可能自我照料,尽快地摆脱依赖性的患者角色。医护人员应适时地转换医患关系模式,有利于预防患者的过度依赖。

(2) 医生提高遵医率的方法可以采取:①建立融洽的医患关系,取得患者的充分信任与尊重,鼓励患者主动参与治疗,共商诊疗方案。②纠正患者对检查及防治措施的错误认识和不正确的态度。③耐心解释、反复说明,提高患者对医嘱的理解与记忆程度。④简化治疗方案与程序,避免同时开列过多药物或提出过多的要求。⑤采用行为技术。

第三章 医患关系

良好的医患关系能帮助医生获得详细准确的患者资料,提高患者的遵医率,减少医患冲突,有助于病情好转,减少患者的身心痛苦。希波克拉底就曾说:“患者觉得,只要医生施以仁慈,令其满意,就可能使身处疾病危险之中的自己恢复健康。”本章介绍医患关系的一般概念、人际关系基本理论,以及如何建立良好的医患人际关系。

第一节 医患关系概述

一、什么是医患关系

医患关系是指以医务人员为一方、以患者为另一方之间的人际关系,是人际关系在医疗情境中的一种具体化形式。

确立医患关系的标志是患者购买了挂号单,以法律形式确定了医患关系的形成。因此医患关系既具有社会学意义,也具有法律意义。医患间的法律关系,狭义上是指医师与患者之间因疾病的诊疗而形成的法律关系。广义概念是指以医师为主的群体为一方和以患者为中心的群体为另一方,双方基于医师为患者提供疾病诊疗服务而形成的法律关系。

二、良好医患关系的重要性

在生物医学模式教育中,医生和护士受到专业的医学知识教育,精于医学理论和技能,热衷于疾病的诊断和治疗,往往从生物学角度解释疾病问题。所受教育要求他们在情感上独立于患者,不卷入或尽量少地涉及患者的问题,只作为旁观者和记录员。在旧的医学模式的影响下,医生重视患者的服从和配合,却常常忽视医患间心理上的沟通。医疗纠纷问题经常见诸报端,既影响了医院声誉,也会造成患者不必要的心理问题。

现在,生物—心理—社会医学模式强调医务人员要重视心理和社会因素对人体生理的影响,以及心理、社会同生理因素间的相互作用;要求医务人员通过加强与患者的沟通,建立良好的医患关系,提高医疗服务质量;医务人员要在治疗与维护患者高质量生活之间取得最佳平衡。

良好医患关系是医疗活动的重要手段,其重要性表现在以下五个方面:

(一)促进医疗活动顺利开展

良好的沟通会促成医患间形成和谐与温暖的人际关系,提高患者的就医率和遵医率,容易产生预期的治疗效果。

(二)有助于患者决策

在决定治疗和检查方案时,应该让患者或其家属拥有主动权。医务人员应向患者提供不同的方案,解释这些方案的费用、效果、预后的可能性和对患者生活质量的影响,帮助患者作出自己的决策。如果医务人员能重视建立良好的医患关系,便会产生积极效果,帮助患者及早决策和治疗,也能避免患者误解医生。

(三)帮助患者减缓情绪压力、放松身心、早日康复

由于身心相互影响,因此,和谐的医患关系能减轻患者的应激,促进躯体治疗和康复。

(四)使医疗双方在治疗中心情舒畅,双方受益

在相互尊重的气氛中开展医疗活动,不仅会有助于患者的治疗和康复,也有益于医务人员的心理健康,避免工作倦怠。

(五)有助于患者接受医务人员的健康教育,建立健康行为

生活方式与疾病的发生和防治有重要关系,医务人员通过健康教育,可改变患者不良的生活方式,建立起健康的行为模式。

总之,医患沟通和建立良好医患关系是医患双方的事务,但主导方是医务人员,医务人员必须学习沟通技巧,主动改善医患沟通。

三、医患关系模式

按医患间的相互作用的类别可分为“主动—被动”、“指导—合作”和“共同参与”这三种基本模式;按理论基础,又可分为“传统”模式与“人本主义”模式。

(一)医患关系的基本模式**1. 主动—被动模式**

适用于危重昏迷患者。患者由于意识不清,或无能为力,而不能同医务人员沟通,成为医疗活动的被动接受者。实际上,医患双方没有真正的相互作用。

2. 指导—合作模式

常出现于急性病症中。患者有清醒的意识,但病情较重。不管患者愿意与否,检查和治疗活动都要严格遵循医务人员的指令开展。医务人员按照医疗程序,指导患者检查和治疗。患者在这种模式中是一个合作者,医务人员是指导师。医务人员指令清晰、简短、自信及较强的非语言沟通能力,会提高患者的康复期望、稳定患者的情绪。

3. 共同参与模式

常出现于慢性疾病中,或急性疾病的康复期。医务人员和患者作为伙伴,以控制病情和恢复正常状态为共同目标。医患双方具有大致均等的权利,相互依赖,埋头于双方都感满意的活动;应患者要求,医生帮助患者决策。在医疗活动中,这是一种理想的模式,但需要有良好的医患关系为基础,对于医务人员的沟通能力有较高的要求。

在临床医疗活动中,医患关系模式随着患者病情的变化,可以由一种模式转向另一种模式。例如,对于一个因昏迷而入院治疗的患者,应按照主动—被动模式加以处理;随着病情的好转和意识的恢复,就可逐渐转入指导—合作模式;最后,患者进入复原或康复期,适宜的模式就变成共同参与模式。

从主动—被动模式到共同参与模式的发展过程中,医生对患者的“主导”或“控制”作用逐渐减弱;而患者在自己疾病的诊治中的作用逐渐增大,患者的“人”的身份逐渐突出。同时,医患关系模式的变化对医务人员沟通能力的要求逐渐增高,为了调动患者的积极性,医务人员既要发挥医疗技能,还要引导患者配合或参与医疗活动。

(二)医患关系理论模式**1. 传统模式**

医生是观察者、资料收集者、编目人与分析者,主要关心疾病治疗、科学解释,很少考虑患者的期望、满意度和生活质量。医务人员对患者的情感上保持距离。另一方面,患者则被动地依靠着医生的判断与决策。

传统模式是生物医学模式在医患关系方面的具体体现。它较少考虑医患沟通,医患间的相互作用影响有限。因此,对医务人员人际交往能力要求低。尽管观念陈旧,不少医护人员仍习惯于这一模式。

2. 人本主义模式及其优点

随着医学模式的转变,传统模式不能适应现代医学的需要,人本主义模式随之兴起。其特点是:

(1)医患双方是合作者,共同为患者的健康负责。治疗前,医患订立“契约”,明确双方角色、责任和义务。

(2)医务人员除作为医疗专家外,还是决策师、健康教育老师、情绪与社会性支持源。

(3)患者作为治疗的参与者,承担相应的权利与责任,根据医务人员建议,选择治疗和检查方案。

(4)在人本主义模式中,医务人员是医学方面的专家,而患者是关于自己疾病的“专家”,患者积极主动地参与到自己的医疗活动中去,为治疗和康复创造了条件。

与传统模式比,人本主义模式有下述优点:

(1)为促进健康、防治疾病提供了有效的方法和原则。让患者作为一名合作者参与医疗保健活动,有助于他们改变生活方式,保持健康,防治疾病。

(2)提高患者检查和治疗的遵从性。患者与医生共同设计医疗方案,增加了遵医动机。

(3)有助于疾病的早期诊断与治疗。由于医务人员是患者的合作者,关心患者的痛苦,所以患者乐于接近医生,寻求医疗。因此,患者就不会因找医生看病而感不安,能及时在疾病早期、病情轻微的阶段来医院检查,从而得到早期治疗。

(4)使双方从医疗活动中产生心理上的收益,医疗活动更加丰富多彩。人本主义模式帮助医务人员努力建立同患者合作的治疗关系,共同完成医疗活动。医生通过问题的解决,顺利完成医疗活动,产生成功的体验。对于患者来说,能较平等地与医生相处,探讨自己的疾病,会增强医疗的信心和矫正不良生活方式的决心。与医生一起参与决策,会感到自己至少部分地控制着自己的生命。由于得到医生的支持和关心,能减轻疾病的痛苦。

(三)影响医患关系的要素

布鲁姆(Bloom)认为,在医疗活动中,医生与患者的行为与其说受“使患者尽快康复”的动机支配,不如说取决于医患双方的家庭、社会阶层、教育、职业和民族等社会文化因素。正是这些社会文化因素决定了他们的态度、信念与行为,决定了他们对许多问题(包括健康与疾病问题)的看法。

从生物—心理—社会医学模式分析,影响医患关系主要有以下几方面:

1. 医务人员方面

医务人员有着强烈的为患者服务的动机和意识、尊重患者的三权(知情权、自主权、隐私权)、良好的沟通技能、较高的专业水平以及医务人员对伦理问题的重视等,都有助于建立良好的医患关系。

为医者,以治病救人为本,就会兼顾与患者的良好沟通。如果医务工作人员谋求私人利益,视医患关系为商业关系,就会破坏医患关系。如希波克拉底誓言所说:“我愿尽余之能力与判断力所及,遵守为病家谋利益之信条,并检束一切坠落和害人行为,我不得将危害药品给予他人……无论至于何处,遇男或女,贵人及奴婢,我之唯一目的,为病家谋幸福,并检点吾身,不做各种害人及恶劣行为,尤不做诱奸之事。凡我所见闻,无论有无业务关系,我认为应守秘密者,我愿保守秘密。”

2. 患者方面

疾病性质严重、治疗费用高、疗效差、治疗副作用大等,都会产生消极情绪和异常行为反应,并容易引起医患冲突。

患者的文化水平、医学知识、沟通能力、心理特点和对医务人员的偏见等也是影响医患关系的重要因素。与医师相比,护理人员常会作为患者“转移了的攻击目标”,成为医患关系紧张的受害者。

3. 环境因素

医院的管理水平、激励机制、工资待遇、医院的服务设施、建筑设计和内部装饰等都影响医患关系。医院的福利性质同追求经济效益之间的矛盾冲突、有些医院要求医务人员将经济利益置于工作重点、有些医院忽视医务人员心理健康和医德教育严重破坏了医患关系。

社会上的重商风气、分配不公,以及新闻媒体由于追求经济效益、争取读者,出现夸大或不实报道,对医患关系起到破坏作用。

4. 医患间的相互作用

俗话说,“一个巴掌拍不响”。医患间的问题主要出在沟通上,如双方的人格特点是否匹配、沟通能力、文化差异和有无偏见等。患者对年轻的医生有偏见,可能认为他们没有能力;同时,年轻医生可能太注意技术层面的沟通,这种相互作用会造成相互不信任。

第二节 医患沟通

医患关系具有一般人际沟通的性质,但也有自己的特点。医患沟通的过程与疾病诊治有关,主要形式是会谈。医务人员利用人际交往理论的技能,可以改善医患关系。

一、医患沟通的特点

1. 沟通发生在技术和非技术这两个层面上

技术水平沟通,是指与医疗有关的沟通,如言语指导和解释。非技术水平沟通,是指除技术层面外医患间日常交往中的人际沟通。

一般认为医患间技术层面的沟通占据主要地位,其实不然。两者间相互联系、相互影响。非技术水平上沟通的成功会有利于医生采集病史,促进患者对检查 and 治疗的遵从性,从而有利于技术水平上的沟通。反之,技术性水平上沟通失败,造成误诊和无效处置等,也会损害非技术水平上的沟通,造成冲突,损害医患关系。

2. 医患沟通的目的不同

医患沟通中患者一方是为了自己的人身安全,其心理或行为方式是基于安全的考虑。医生沟通的目的是治病救人,明确诊断和实施治疗,体现的是自己的业务能力,并通过准确的诊断和有效的治疗,体现自我价值,得到个人发展。

3. 沟通双方不平等

沟通双方拥有的信息(医务人员掌握疾病的诊断和治疗技能,以及患者的资料、甚至隐私)不对称。患者对自己的病情、检查信息、医务人员所知甚少,为治疗和诊断而回答“问诊”,缺乏自我诊疗技能。

4. 医患沟通的场合在医院

患者遇到的人、设备和环境都是陌生的,住院病房更不同于家庭,很容易产生不安全感和应激。

5. 沟通发生的时间特殊

医患沟通往往发生在患者患病甚至生命安全受到威胁时。

二、医患会谈过程

希波克拉底曾说:“医学是一门艺术,如果不了解宇宙的性质,就不能知道身体的生命力。”患者不当只被看做是有病的事物,他们也有自己的文化传统、社会期望、生活环境与关于病痛的情感。这里所指的医学艺术的核心,就是医患沟通、特别是会谈。没有一个职业会像医生一样,在其 40 年的职业生涯中,与患者的会谈的次数多达 12 000~16 000 次。

医患会谈是复杂和多样的,如与门诊患者和住院患者的会谈就不同,但基本上可以分为准备、会谈和结束三个阶段。

(一) 准备

为使会谈进行得顺畅、亲切,在会谈前应做的准备工作包括医务人员的心理调整、布置环境和收集患者资料三个部分。

1. 心理准备

在会谈前要减少私心杂念,全力以赴地准备投入会谈。自我催眠、放松术和静默术的练习有助于交

谈时注意力集中。

2. 布置环境

环境准备涉及会面时间的确定、候诊室及接待人员、会谈室的背景和灯光、座椅要舒适,会面时还要注意患者的隐私保护。医务人员要检查自己的手机是否关上,告诉有关人员自己正在工作,不希望别人打扰等。

3. 收集患者资料

在患者方面,对会谈中涉及的医学问题要列出提纲,要回顾患者以往的资料和检查结果;准备相关的医学知识。

当然,门诊出现的情况多是邂逅,没有这么多时间去准备。医务人员在接待每一位新患者之前,通过短暂的休息、整理情绪,将注意力由前一位患者迅速转移出来,也会给患者良好的印象。

(二) 交谈期间

1. 初次见面时要致意和问候

首先,医务人员要介绍自己。称呼对方时,态度要尊重,采用正式的称谓,如头衔,会取得良好效果。亲切的称谓会随着交往的深入自然出现。

2. 会谈技巧的使用

3. 病历记录是医患会谈中医务人员所要完成的一项重要工作

埋头记录,常常会令患者心烦。依靠回忆,总会出现遗漏。为此,会谈中可以记下要点和时间;记录前可先提示患者,取得对方协助;可向患者提问,以求获得重要线索。

4. 治疗性交谈策略

医患沟通还有治疗意义,帮助减轻患者压力和痛苦,矫正患者的不良行为。

(三) 结束会谈

结束时,会谈双方都有个总结过程。对医务人员而言,有信息收集、处理患者情绪和行为管理三项任务。

1. 信息收集

总结收集到的信息,研究需要深入讨论的问题,分析患者对疾病的态度和要求。

2. 处理患者情绪

支持患者,感谢患者到访,归纳患者的有关情绪,反思医患关系。

3. 行为管理

总结行动计划,检查目标,制定下次访问的计划,制定后继行动计划。

有时,患者会在会谈结束时突然提出最后一个问题,这类问题可能是真正问题,涉及难以启齿的内容。医务人员不要忽略,要告诉患者在下一次会谈中讨论。如果患者临时延长谈话时间,医生尽量不要迎合。研究表明,应患者需要而延长时间效果不佳。如果医生感觉患者急切盼望中止会谈,就要注意一个问题,即患者对医生失望,或有敌对情绪,也可能是患者通过会谈已经得到了所需要的东西。

告别时可采取慎重的方式,西方人可以拥抱,国人可采用握手、拍拍肩方式,这也表明一种社会距离。将患者匆匆送出门口,与跟在患者后面、将患者送到候诊室,给患者的感受是不同的。

第四章 心理护理

系统化整体护理模式要求研究患者心理变化规律和疾病对患者的影响,并针对患者的心理变化,按照护理程序,建立恰当的护患关系,对患者实施心理护理。同时,为了提高护理质量,需要研究优秀护理工作者的性格特点和培养方式,选拔合适人员从事护理事业。本章将侧重介绍护理心理学和心理护理的基本概念和发展概况、心理护理程序和方法。

第一节 心理护理的概念与程序

一、什么是心理护理

心理护理(**psychological nursing**)是指在护理过程中应用心理学方法,通过人际往来影响和改变患者的认识、情绪和行为,以促进患者康复的活动。

心理护理在系统化整体护理过程中占有重要地位,它通过护士与患者间的密切交往,解决患者的心理困扰,调整患者的心理适应,协调护患关系,促使患者主动配合。患者处于接受治疗和护理的最佳状态,能促进身心康复。心理护理与生理护理两者的结合才能产生整体护理的效应,达到真正提高临床护理质量的目的。心理护理的作用体现在如下 3 个方面:

1. 满足患者的需要

Abdellah 根据马斯洛需要层次理论分析患者的需要,将满足患者合理的生理和心理需要列为护理工作的重要目标。

2. 调整患者的角色、认知和情绪

人生病后要尽快适应患者角色,医护人员要帮助患者正确认识所患疾病,控制不良情绪,减轻这些心理问题对患者就医的不良影响,提高治疗和康复效果。

3. 增强患者的适应与应对能力

面对生病、住院、病房环境,面对疾病对家庭、事业和生活质量的影响,如何帮助患者渡过危机,减轻心理应激,增加适应、应对能力?如何根据患者心理特点,针对具体情况,指导他们进行自我护理?这就是学习心理护理的意义。

二、心理护理的程序

心理护理是护理工作的重要组成部分,因此,在实施护理程序中,应该包含心理护理的内容。根据护理程序,将心理护理分为评估、计划、执行和评价 4 个步骤。

(一)评估

评估是心理护理的第一个步骤。系统收集患者资料、分析并作出心理护理诊断的过程称为评估。收集资料主要是采用常规的心理研究方法,包括观察法、诊断性交谈和调查法,有时要用到心理测量技术。在全面的心理评估的基础上,进一步对患者作出心理诊断。

诊断依据来源于对患者的直接观察和访谈或间接来自患者家属或相关人士。诊断应当包括躯体、社会、情绪、智力、心灵和环境 6 个方面的评估内容:

(1)躯体评估:常规体检记录心率、血压和呼吸频率,以及生活方式和烟酒嗜好等。

(2)社会评估:涉及人际关系中的应激源,社会支持网络,对现实生活的适应性。

(3)情绪评估:从患者的仪表、行为判断心境与情感,可以使用评定量表。

(4)智力评估:智力水平会影响认知,要了解患者的非理性思维。

(5)心灵评估:宗教信仰,个人的理想抱负,价值观、生死观以及生活目标。

(6)环境评估:医院、家庭、单位和社区的环境条件。

(二)计划

根据诊断制订实现目标、设计行动步骤。目标设计要以个体为基础,护患双方相互认可;目标应能反映患者健康状态中的某项变化,必须为阶段性结论规定时间界限,目标应当是可测量的。干预的目标应该针对心身障碍,可以包括与患者健康问题相关的心理教育、心理干预和自我护理活动。

(三)执行

按计划进行护理干预,对患者实施心理护理,针对情绪或行为问题采取措施。心理护理应遵循以下几项原则:

1. 首先要建立良好的护患关系

这是实施心理护理的前提条件。利用首因效应,用整洁的衣着、良好的走姿站姿、关切的表情、稳重的举止,让患者觉得可亲可近,产生信任感。护士通过言语和非言语技巧,同患者建立良好的人际关系。

2. 改善环境

消除环境对患者的不良刺激,使之卫生整洁,适于生活和居住,安排适当的设施,帮助患者早日康复。

3. 心理干预

心理治疗和咨询也为心理护理提供了方法和手段。支持性心理治疗中的解释、安慰、鼓励、保证、指导、暗示和宣泄等方法,能满足患者心理需要,帮助其渡过危险。行为矫正和放松技术,以及强化机制和模仿等,能改变患者的不良行为。对于患者情绪问题,可以采用认知疗法的原理,改变患者认知,舒缓情绪,帮助患者增强应对能力。

4. 健康教育

它包括疾病常识、健康促进与健康维护等知识的学习。

(四)评价

根据预期结果来衡量现实,对护理工作作出评价。评价结果证明有效,可以继续按原程序进行处理;如果改善不明显,需要反思,回到心理护理程序的开始,重新评估、规划、执行、评价。

第二节 心理护理个论

南丁格尔指出:“忧虑、疑惑、等待、期望、意外的恐惧对患者的伤害要大于任何力量。应该记住,他(患者)与他的敌人(疾病)始终面对面地在内心对峙着。你要想做些事,那么,第一条法规就是快点把他从对手那里救出来。”

一、慢性疾病患者的心理护理

慢性疾病患病率在国内外不断增加,由于病程绵长,患者多伴有一定程度的心理功能缺陷。他们中约8%的个体出现社会功能障碍。

(一)慢性疾病患者的心理特点

患者因长期患病,丧失了劳动能力,使事业、家庭、经济等蒙受损失,认为自己成了家庭和他人的累赘。伴随着长期治疗,不能痊愈,患者身上会表现出抑郁、焦虑、愤怒等种种情绪障碍。血液、肿瘤、内分泌、肾内科患者的抑郁发生率为44.7%,神经内科患者为37.5%,心血管内科为34.5%,消化内科为30.4%。患者焦虑罹患率为22.7%~31.2%。

患者的遵医行为减少,频繁更换主治医生,寻找更有效的治疗方案,尝试各种治疗方法。而有些患者出现严重的依赖行为,消化道出血、脑血管意外或发病初期病情较重、家庭照顾较好的患者,表现为过于依赖护理人员及家属的照顾,卧床不愿活动,主观体验与客观不符。由于治疗发生的副作用也降低了患者的依从性,导致一些患者拒绝输液、打针。

(二)心理护理

重点是调节情绪、改变心境、安慰鼓励,使之不断振奋精神,顽强地与疾病作斗争。

1. 搞好护患关系

能增加患者的遵医行为,是引导患者配合治疗的前提。

2. 认真

向患者解释自身疾病和心理状态的关系,不良心境与健康的关系。让患者知道他们所面临的问题对治疗和康复的影响,提供缓解和解决问题的能力,减少疾病的复发。

3. 有针对性地进行心理指导

对患者的焦虑情绪应做好疑解惑,指导患者做放松训练,鼓励患者诉说,防止自杀。

4. 协调社会支持

慢性病患者非常需要医护人员、家属、亲朋、好友、同事、单位和社会的关心、体贴和安抚。社会支持不仅可以缓解或消除某些消极情绪,还可增强患者机体的抗病能力。所以,在对慢性病患者进行心理护理和治疗时,要做好患者社会支持系统的协调工作,为患者建立一个治疗、休养、生活的和谐环境。

二、攻击行为的心理护理

尽管精神病患者的攻击行为发生率远低于自杀率,仍有 42% 的精神病学家称自己受到过患者的攻击。心理卫生急诊的攻击行为以人身攻击和毁坏财物为主。在普通医院,医务工作者也可能会遇到攻击行为。预防攻击等特殊行为不仅是精神护理的重点学习内容,也应为非精神科护理人员所熟悉。

如何预防攻击行为? 医务工作者要关注患者的婚姻咨询和社区心理卫生教育,帮助夫妻提高婚姻质量,改善家庭成员间的人际关系,指导社区建立良好的社会支持网络,以减少攻击。减少酒精或药物成瘾者、减少影视节目中的暴力镜头等也是预防攻击的有效方法。对各种原因造成的脑功能损伤引发的攻击,请心理卫生专家处理。

医务工作者要注意了解患者是否存在与攻击有关的危险性因素。例如,男性、有计划、预备或携带工具的攻击会造成较严重的后果。攻击者的既往史也能提供一些信息。一般而言,儿童期易发脾气、患遗尿症,对待动物冷酷、父母有暴力行为、有犯罪记录、工作频繁调动、有用药及饮酒史、人际关系紧张、爱情受挫和有被害妄想的个体易产生攻击行为。

攻击行为干预的原则应该以预防为主,切实搞好医疗和护理工作,尽可能满足患者的合理要求,不给具有攻击倾向者机会。如果医务工作者认为患者可能存在攻击倾向,应该信以为“真”,及时采取措施,保护自己 and 他人免遭伤害;对有攻击行为者交由心理卫生专家处理。医务工作者要与警察等治安部门保持密切关系,以便及时获得他们的帮助。

遇到攻击性患者,医务工作者要沉着、冷静,相信自己处置问题的能力,必须避免任何过度焦虑溢于言表,以免被患者觉察,而致行为失控。言语干预会帮助患者认识到他的愤怒情绪,让他相信工作人员会采取所有措施防止行为失控。医务工作者要向患者提供真实信息,不要威胁或挑逗,并设法使患者离开刺激情境。同时,医务工作者要让家庭成员、警察或其他可能刺激患者的人员离开现场。

三、自我护理

自我护理概念由奥瑞姆(1971)首先提出,它是以患者为主体,患者通过自理行为,在心理上满足自尊、自信的需要;在生理上促进机体功能恢复,减少意外损伤;从而使自己处于良好的心境,使生理功能恢复到最佳状态。

自我护理不同于放任自流,它要求护理工作者能掌握护理程序、掌握心理护理的技巧、能运用健康教育的方法,实现以患者为主导的自我护理。自我护理对护理工作者的要求非常高,奥瑞姆强调实施自我护理的护士必须接受系统的完整教育而不仅仅是训练。

自我护理中的心理护理要点是:

(1)在实施心理护理的过程中,要运用人际交往手段,建立治疗性医患同盟,取得患者的信任,使患者自愿参与治疗。

(2)根据护理程序,准确评估患者的实际能力、生理心理状况,针对不同患者,制订不同的护理计划。

(3)注重心身和社会功能的整体护理。根据心身障碍的心理护理模式,帮助患者调整心态,使躯体功能、情绪状态、人际关系、社会适用能力处于完好状态。

(4)进行健康教育。自我护理中护士的责任是帮助而不是替代,护士必须对患者进行护理知识教育,通过理论讲解,使患者懂得为什么这样做;从技术上进行操作示范,使患者懂得如何去做,直至患者学会必须掌握的自护能力为止。

(5)灵活调整心理护理计划。自我护理是一个渐进的过程,随着儿童年龄的增长,患者病体的康复,原来的自我护理缺陷经过学习、锻炼和治疗已日益修复。自我护理的替代干预就要相应递减,否则将妨碍自我护理能力的递进。



真题过关演练

一、单项选择题

- 对心理实质正确全面的理解是()。
 - 人脑对客观现实主观能动的反映
 - 心理是客观现实的反映
 - 心理是主观想象的反映
 - 心理是客观现实的主观反映
- 智力的核心部分是()。
 - 创造想象能力
 - 观察理解能力
 - 记忆存储能力
 - 抽象思维能力
- 冠心病的易感人格为()。
 - A型人格
 - B型人格
 - C型人格
 - A+B型人格
- 某人,因工作压力大,多年来经常反复出现心烦、心跳过速、胸部不适、出汗,经心电图、血压、血脂、心脏多普勒检查均正常。这个患者的反应有可能为()。
 - 躯体疾病
 - 心身障碍
 - 心理症状
 - 神经衰弱
- 多为处于急性情绪危象,甚至精神崩溃或企图自杀的人提供的心理咨询形式为()。
 - 门诊心理咨询
 - 信函心理咨询
 - 电话心理咨询
 - 专题心理咨询

二、多项选择题

- 对医学心理学的学科性质表述正确的是()。
 - 是心理学的分支
 - 是心理学与医学的交叉学科
 - 是自然科学也是社会科学
 - 是理论科学也是应用科学
- 医患关系的基本模式主要有()。
 - 主动—被动型
 - 指导—合作型
 - 共同参与型
 - 被动—主动型
- 评估是心理护理的第一个步骤。评估的内容具体包括()。
 - 躯体评估
 - 社会评估
 - 心灵评估
 - 环境评估
- 药物副作用所造成的心理与行为异常主要表现在()。
 - 情绪障碍
 - 记忆力下降
 - 精神运动性障碍
 - 降低生活质量
- 关于“创伤后应激障碍”,下列说法中正确的是()。
 - 是焦虑症的一种类型
 - 精神创伤是异乎寻常的,也就是对几乎所有人都是创伤性的
 - 事情发生后数星期至数月才起病,这种潜伏期是特征性的
 - 称为精神创伤后迟发的焦虑障碍

参考答案及详解

一、单项选择题

1. A 【解析】心理实质是人脑对客观现实主观能动的反映。心理是脑的功能,脑是心理的器官;客观现实是心理的源泉;心理是对客观现实的主观能动的反映。

2. D 【解析】智力是各种认识能力的综合表现,包括观察力、记忆力、注意力、想象力和思维力,而抽象思维能力是智力的核心。

3. A 【解析】A型人格具有时间紧迫感,愿意从事高强度的竞争活动。A型人格被认为是冠心病患者的典型人格特点。

4. B 【解析】从题干描述可以看出,个体的主要症状在躯体方面,并没有精神疾病的任何症状。但多项躯体检查均正常,说明没有出现躯体疾病。该个体的各种躯体症状的出现与心理因素有密切联系,属于心身障碍。

5. C 【解析】电话心理咨询多为处于急性情绪危象,甚至精神崩溃或企图自杀的人,拨专用电话向心理咨询门诊告急和求援,具有较强的时效性。

二、多项选择题

1. ABCD 【解析】医学心理学是心理学与医学相结合的交叉学科,是心理学在医学领域中的应用。既具有自然科学的性质也具有社会科学的性质,即是理论科学也是应用科学。

2. ABC 【解析】被动—主动型不是医患关系的基本模式。

3. ABCD 【解析】评估的内容具体包括躯体评估、社会评估、情绪评估、智力评估、心灵评估和环境评估。

4. ABCD 【解析】药物副作用所造成的心理与行为异常主要表现在:情绪障碍,记忆力下降,精神运动性障碍,意识障碍,行为异常,精神症状,降低生活质量。故A、B、C、D四项说法均正确。

5. BCD 【解析】创伤后应激障碍可以出现焦虑症状,是应激相关障碍的一种类型。故A选项错误。