



原書第四版

# 以患者為中心的溝通技巧： 一個實證方法

Smith's  
**PATIENT-CENTERED  
INTERVIEWING:**  
An Evidence-Based Method

Auguste H. Fortin VI, Francesca C. Dwamena,  
Richard M. Frankel, Brenda Lovegrove Lepisto,  
Robert C. Smith 著  
王岳、李若男、王江穎 譯

Mc  
Graw  
Hill  
Education

 元照

# 以患者爲中心的溝通技巧 一個實證方法

SMITH'S PATIENT-CENTERED INTERVIEWING:  
AN EVIDENCE-BASED METHOD (FOURTH EDITION)

---

Auguste H. Fortin VI、Francesca C. Dwamena  
Richard M. Frankel、Brenda Lovegrove Lepisto  
Robert C. Smith 著

王岳、李若男、王江穎 譯

# 獻詞

謹將此書獻給喬治·L.恩格爾——讓我們自豪地站立於其肩膀之上的巨人。

各作者獻詞如下：

謹以此書獻給我的父母奧古斯特·福廷和路易士·福廷，感謝他們終生為公眾奉獻自己，樹立榜樣；獻給我的妻子奧依和女兒卡米爾，感謝她們的愛、支持和耐心；獻給鮑勃·史密斯，他的慷慨指導使我的職業生涯發生了巨大變化；獻給耶魯大學醫學院和耶魯大學初級護理內科住院醫師專案的同僚、學生和住院醫師，感謝他們堅定的學術研究以及提供的支持、友情和同情，感謝他們致力於成為自己心目中最好的醫生。

——奧古斯特·H.福廷六世

謹以此書獻給我的父母埃曼努埃爾·科爾克拉夫特和維多利亞·科爾克拉夫特以及我的四個兄弟姐妹，感謝他們無條件的愛；獻給我的丈夫班（Ben），感謝他教會我如何去愛。獻給此書的另一位參與者鮑勃，也是我的患者，感謝你教會我「以患者為中心」的問診方法，感謝你為我的工作所增添的意義。——法蘭西斯卡·C.德瓦米娜

謹以此書獻給我的妻子蜜雪兒和我們的四個孩子，獻給無數的住院醫師、實習醫生和患者，我有幸記錄、分析他們的問診過程並將其最終轉化為相關項目，以幫助我們實現醫療服務的目的：更好地溝通、更有意義的關係、更好的健康結果。

——理查德·M.弗蘭克爾



謹以此書獻給我的丈夫拉里、我們的孩子道格拉斯和斯科特，以及我們的孫子麥肯齊和蘭登，他們是我生命中的快樂源泉；獻給我的導師索菲·L.拉溫格博士和鮑勃·史密斯博士，他們為我的個人和職業發展提供了同理支援；還有許多醫生、住院醫師和學生，我有幸從他們那裡學到了很多東西。——布藍達·洛夫格羅夫·萊皮斯托

謹以此書獻給我的父親埃爾默·M.史密斯，是他為我帶來了最初的醫學薰陶；獻給我的母親瑪麗·路易絲·史密斯——我的第一位人文老師；獻給我的妻子蘇珊·史密斯——我的良師益友、我的一生摯愛；獻給許許多多的住院醫師、學生、朋友和同事，多年來我從他們身上學到了許多。——羅伯特·C.史密斯



# 譯者序

## 以患者為中心的溝通技巧（第四版）

醫患關係的研究和探討已經不是一個新話題，近些年，越來越多的醫學家、社會學家和人文學家逐漸意識到，若想真正緩解醫患關係，醫學診療中應有更多的人文關懷，醫學也更應回歸人文，用專業和溫暖共同去緩解個體的痛苦。以患者為中心便是醫生自我處事之道，而掌握必要的技巧則定會讓醫生與患者的交流如虎添翼。《以患者為中心的溝通技巧：一個實證方法》就是一本實用的介紹性教科書，涵蓋了問診的基本知識。作為問診技巧這一主題的循證指南，本書獲得了美國醫療保健交流學院（ACH）的認可，採用了已經證實的「五步法」整合了以患者為中心與以醫生為中心兩種問診技巧，在不額外增加問診時間的前提下，可以大大提升問診效果。該書涵蓋了以下重要話題：患者教育、引發患者行為改變的因素、向患者宣布壞消息的技巧、面對不同人格類型患者的技巧、在正念練習中提高個人意識的技巧、非口頭交流技巧、在診室使用電腦的技巧、報告和呈現評估結果的技巧。如果您需要一本能夠提供已驗證的、行之有效的醫患溝通指南，以獲取有效的患者病史，那麼您看這本書就夠了。

後疫情時代，精準醫學，數字醫療、靶向治療、器官移植等醫學詞彙被越來越多的討論，社會各界對現代醫學和醫生也抱有更多的期待。但歷經疫情，整個醫療產業其實面臨著巨大的阻礙。醫院人工和運營成本上升，醫保報銷限制更加嚴格，藥品和醫療技術的成本也在飛速上漲，醫院還要持續不斷地面對醫療糾紛引起的訴訟甚至是傷醫威脅。中國醫師協會在2018發布了《中國醫師執業狀況白皮書》，調查研究顯示，有50%的醫護人員認為工作沒有得到社會認可、62%的醫師發生過不同程度的醫療糾紛、66%的醫師經歷過不同程度的醫患衝突。目前，我們面臨一個難解的問題，患者對醫療服務不滿意，而



醫務人員對其執業境遇也不甚滿意，醫患之間本應有的信任和溫暖往往被懷疑和責難取代。哈佛大學科學史系著名的醫學史教授查理斯·羅森伯格（Charles Rosenberg）在《來自陌生人的照顧》（*The Care of Strangers*）一書中提出：現代醫學逐漸出現了醫學花費成倍增加，但人們所感受到的溫暖卻是越來越少的醫學異化趨勢。他在《當代醫學的困境》（*Our Present Complaint*）中寫到，現代醫學正在逐漸悖離醫學的目的和初衷。在不考慮醫療體制、經濟社會因素的條件下，存在一種矛盾現象，那就是醫生越是技術高超越是離病人越遠，患者對醫生充滿不信任；醫生越是技術能力強，越是失去自主性；患者對技術充滿信任，卻對醫療現狀越來越不滿意。確實，隨著高新技術的發展，醫學技術在促進人們的健康和全面發展的同時，使醫生屈就於技術本身，禁錮了醫生的創造性和人文精神。

人工智慧發展到現階段，已經能夠進行深入的自主學習，如IBM的沃森人工智慧平臺，能在17秒內閱讀3,000多部醫學專著、25萬篇學術論文，並能對深入學習後的病例提出與醫學專家相同的治療方案，也許很多人會問：未來，人工智慧會大範圍取代「醫生」嗎？我的答案是，人工智慧可能在知識上超過人類，但永遠不會有人的意識，醫學是一門有感情的事業，「醫者仁心」、「醫乃仁術」才是患者信賴的根本。醫學是人類情感和人性的表達，在任何情況下，我們都不能忘記醫學的初心。每位醫者不可忘記，我們愛醫學是源於我們愛患者的初心。相信《以患者為中心的溝通技巧：一個實證方法》一書會給臨床醫生以幫助，在我們各界的共同努力下，醫患關係會回歸以往的信任與和諧。

北京大學醫學人文學院教授

**王岳**

於北京大學醫學部逸夫樓

2023年2月3日





# 序 言

以患者為中心的問診：需要證據、同理心和患者參與的練習。

在臨床實踐和臨床科學中，溝通在彌合實證醫學和以患者為中心的醫學間的差距方面發揮著關鍵作用。

——喬森·班辛<sup>1</sup>

有一年，還是我最初教授溝通技巧的時候，我們在一個為醫學生授課的小組中打算訪問一位老年男性患者。故事發生在我們大學醫院的內科病房。被指派進行問診的學生（讓我們稱他為湯姆）告訴我們，在開始與患者交談之前，他有一個問題。「問吧。」我說，「你想問些什麼？」湯姆看著我，提出了一個問題，多年來這個問題比任何其他話語對我的溝通技巧培訓的影響都要大。湯姆說：「能不能告訴我，我們是要按照我們在課上學到的方式，還是按照現實生活中的方式來和患者溝通？」

並不是只有湯姆提出過這個問題。它指出了醫學背景中溝通技巧教學的一個經典困境，即培訓課程中教授的溝通技巧與實際應用的溝通技巧之間存在差距。在我們的課堂上，該學生學習了以患者為中心的溝通方式，重點是探索患者自身的想法，並以明確的同理心處理患者的情緒。這個故事發生在1990年代，那時以患者為中心的溝通已經很完善了。早在1984年，美國醫學院協會就提出「應盡一切努力培養和增強醫學生以患者為中心的人本態度」的觀念。<sup>2</sup>

本書第1版於1996年出版，是美國國內外醫學院（例如挪威奧斯陸大學醫學院）推廣以患者為中心方法的最有影響力的書籍之一。從那時起，以患者為中心、以關係為中心<sup>3</sup>和以人為中心的護理原則<sup>4</sup>



就開始在大多數醫學院的溝通技巧教學中逐漸占據主導地位。

另一個問題是，以患者為中心的方法在日常臨床護理中的實際應用程度為何？有一些證據表明，與研究文獻所顯示的結果相比，我們看到的醫生溝通方式的總體變化較少。荷蘭烏德勒支大學的喬森·班辛和她的同事有一個獨特的機會來觀測醫療溝通行為隨時間的變化趨勢。她們在30多年的時間裡建立了一個龐大資料庫，包括數千次會診的錄影，並在一系列研究中考察了從1870、1880年代到2008年醫生溝通方式的變化。<sup>5,6</sup>例如，他們發現，隨著時間的推移，醫生往往會更加關注社會心理問題，而會診並沒有變得更加以患者為中心。研究人員得出結論，隨著時間的推移，會診越來越注重任務導向的溝通，而不是表現出同理心。<sup>5,6</sup>美國一項時間跨度更小、更近（2007~2013年）的研究是關於癌症倖存者與他們的醫生之間的關係經歷。研究發現，以患者為中心的溝通評分會隨著時間的推移而提高，但在控制其他變數時，這一趨勢並不顯著。作者得出結論，許多倖存者仍然反應他們與醫療保健提供者的溝通並不理想。<sup>7</sup>

傳統的以醫生為中心的溝通和以患者為中心的溝通之間的差距，說明了現代醫療中更普遍的衝突。以患者為中心不僅受迫於舊的家長式溝通傳統，也受迫於現代醫學發展趨勢。我們看到情況越來越複雜，現在的中心是醫療超專業化和高度發展的醫療技術，同時在組織背景下，成本效益的壓力也越來越大。藉由這種方式，醫療保健可能以一種碎片化的方式發揮作用。<sup>8</sup>有人提出這樣的問題：這些發展是否會危及醫學的基本人本價值以及作為醫療保健基石的醫患關係的首要地位？<sup>9</sup>

總而言之，以患者為中心的醫療趨勢受到兩種對立力量的威脅，一方面是家長式醫療的舊傳統，另一方面是醫療服務的碎片化趨勢。不幸的是，醫學生湯姆可能在某種程度上是對的。我們所教



的和醫生實際做的仍然存在差異。

## 綜合會診和以患者為中心的兩個層次

我們如何彌合臨床溝通實踐中理想和現實之間的差距？1996年，本書第1版首次以《患者的故事》為題出版時，其主要特點之一是強調綜合問診。這是史密斯醫學問診方法的主要原則。在許多醫學院，溝通技巧課程通常與病史詢問（history taking）和身體檢查的基礎課程分開。史密斯醫學問診方法的優點之一是一貫強調綜合性。綜合問診將生物醫學對疾病的強調與對患者視角、患者故事的系統性關注相結合。這兩個方面在問診的所有階段都是必不可少的。

以患者為中心的會診是一種完全綜合的會診。在這種會診中，對疾病的生物醫學關注與對患者視角的充分探索、對患者偏好和需求的校正相結合。然而，「以患者為中心」一詞既用於整個綜合會診，也用於其中一個要素，即用於引出患者觀點的以患者為中心的技巧，這有點令人困惑，這可能看起來不一致，但這個術語強調了一點，即為了提供真正的以患者為中心的護理，您必須有能力結合以醫生為中心的技巧與更具體的以患者為中心的技巧。

以患者為中心的方法和以患者為中心的具體技巧之間的區別很重要。以患者為中心作為一種通用方法，有一個規範的組成部分。以患者為中心的溝通的核心價值是對患者的關注和接納，並根據患者需求調整溝通和治療。以患者為中心的溝通並不意味著採用一套特定的溝通技巧。在溝通中沒有「一刀切」的方法。從專業和道德的角度來看，根據患者的需要訂製溝通和治療始終是正確的。然而，以患者為中心的具體技巧僅僅是實現目標的手段。技巧教學法在溝通教學方面非常有效，但根據患者的需要，技巧的使用方式和目的可能不同。漢妮可·德·賀斯在一篇有趣的文章中討論了這一困境。<sup>10</sup>她指出，特定的以患者為中心的技巧不一定符合患者的需



求和偏好，真正以患者為中心的方法是根據患者的特點來溝通，而不是死板地堅持某個特定技巧。

有趣的是，關於患者對醫生信任的研究並沒有強調一套固定技能的重要性。「被認真對待」的感覺通常被認為是患者信任醫生的最重要標準，<sup>9</sup>通常與患者對醫生技術能力的感覺相結合。<sup>10</sup>這些發現突顯了對綜合問診的重視，以患者為中心和技術能力的結合，對於彌補上述小故事中醫學生湯姆觀察到的差距非常重要。

### 證據、同理心和患者參與

那麼，以患者為中心的問診方法和針對患者需求的綜合問診特點是什麼？我將簡要指出三個重要的特點：堅實的證據基礎、強調同理心和促進患者參與。首先，堅實的證據基礎。實證醫學是現代醫學和健康護理的一個重要原則。在幾年前發表的一篇開創性論文中，喬森·班辛提出，實證醫學和以患者為中心的醫學代表現代醫療中兩種最重要的範式。她指出了這兩種範式之間的差距。<sup>1</sup>儘管實證醫學在傳統上代表著一種基本生物醫學視角上的實證方法，但以患者為中心的方法是作為生物醫學模式的替代方法發展起來的，它的基礎是人本價值觀和原則，而不是證據。班辛指出，有必要彌合這兩種範式之間的差異，並指出溝通技巧對於克服這一分歧非常重要。

對彌合醫學問診中的實證原則和以患者為中心的方法間的差異，我有兩個建議。第一，在綜合問診中，生物醫學證據本身起著重要作用。教授溝通技能應包括教學生如何在病史詢問和診斷推理中使用生物醫學知識。第二，在給患者提供訊息和與患者協商治療方案時，醫生必須知道如何向患者傳達和解釋醫學證據。

在以患者為中心的基本原則框架內，越來越多的證據表明綜合問診應作為原則的基礎。實證醫學不再局限於對疾病的嚴格生物醫學理解。例如，史密斯和他的同事認為，醫學問診研究在為生物一



心理－社會醫學模式建立知識基礎方面發揮著重要作用。<sup>11</sup>這種態度是本書的核心，反映了本書的副標題「實證方法」。

其次，強調同理心。醫療諮詢通常是相當情緒化的事情。然而，患者的情緒表達通常是含蓄的，或多或少需要給出線索才能暗示更深層次的情緒，因此醫生經常會忽略它。<sup>12</sup>對線索的敏感性對於瞭解患者的情緒狀態很重要。一個微妙的線索可能是一系列線索的開端，然後逐漸表達更明確的情緒，接著有可能引起醫生的同理心。有時醫患雙方會繼續對情緒問題交換意見，然後突然來一點話題的改變。<sup>13</sup>

史密斯醫學問診方法的優勢之一是強調情感溝通和同理心，將兩者作為醫學問診的一項綜合技能。越來越多的證據表明，也如本書所宣導的，積極承認患者的擔憂可能會對結果變數產生驚人的強烈影響。許多研究發現，醫療問診中的同理心溝通與更好的患者滿意度和依從性、更少的痛苦、更好的應對和生活質量，<sup>14,15</sup>甚至生理水準有關，例如對於糖尿病患者，這些因素都會產生影響。<sup>16</sup>這些研究和其他研究是彌合以患者為中心的原則與實證原則之間差異的極好例子。

最後，促進患者參與。自1996年史密斯醫學問診方法的第1版問世以來，發生了一個有趣而重要的變化，即患者在醫療過程中的參與越來越受到重視，其相關術語如「賦權」（empowerment）和「患者參與」（patient participation、patient engagement）。所有這些術語都在某種程度上和術語「以患者為中心」相關，並特別強調患者的積極性。最近在一些關於患者教育和諮詢的論文中，已經討論了這些以參與為導向的術語。<sup>17</sup>患者賦權與醫療保健的關係不太明確，更多的是與個人對自身健康負責的過程有關。<sup>18,19</sup>「患者參與」（patient participation）是一個相當廣泛的術語，通常與醫療保健中的積極參與、夥伴關係和決策相關。<sup>20</sup>患者參與（patient

engagement) 這一術語也經常出現在關於共同決策的文獻中。本書的最新一版比第1版更加強調讓患者參與共同決策，反映了過去15年中對共同決策的日益重視。但患者參與不僅僅是參與共同決策。格拉菲娜等人<sup>21</sup>將患者參與描述為一個過程，從對疾病和健康的被動和否認立場變為積極和堅定的立場，從「我到底是什麼」到「我是一個人」。

在一篇關於患者參與概念的文章中，希金斯等人<sup>22</sup>指出了該概念的四個要素。其中之一是患者個人的投入，包括參與治療活動的認知和情感因素。從第1版開始，本書就著重強調了「患者參與」這一要素。但要想讓患者能夠投入以使情況改變，則必須堅持探索患者的看法。成功地參與可能必須以真誠感知患者情緒為基礎。在綜合問診中，所有要素都成為這個整體的一部分。

我們希望，以患者為中心的綜合問診原則將逐漸成為醫療保健的標準做法，希望像湯姆這樣的醫學生有朝一日會發現，他們在醫學院學到的以患者為中心的技能，實際上與他們在現實生活中觀察到的技能相同。

阿恩斯坦·芬塞特博士  
挪威奧斯陸大學醫學院  
基礎醫學研究院行為科學系名譽教授  
《患者教育和諮詢》總編輯



# 前 言

在1970、1980年代，藉由展示社會和心理因素在疾病中的重要性以及這些因素如何影響照護的過程和結果，喬治·恩格爾在一系列重要研究文章和概念性文章中擴展了一種延續數百年的、非常成功的生物醫學模式。生物－心理－社會醫學模式（biopsychosocial model，簡稱BPS模式）依然以生物學的方式理解患者，但同時它還整合了患者的心理社會維度以及患病經歷，強調了醫學問診在診斷和治療中的重要性。<sup>1-3</sup>基於一般系統論<sup>3-5</sup>，恩格爾認為，藉由將自我和情境意識的要素納入問診過程，BPS模式可同時使醫學變得更加科學化和人性化。

在恩格爾提出BPS模式不久後，在心理學家卡爾·羅傑斯等人的影響下，<sup>6</sup>約瑟夫·萊文斯坦、伊恩·麥克文尼及其同事<sup>7,8</sup>提出了醫生在問診過程中應以患者為中心的基本概念。針對以患者為中心進行問診的建議，包括醫生應順應患者的思路和興趣、達成共識，並發現與其照護相關的重要社會心理問題；其他建議包括問診時不打斷患者，使用開放性和間接性問題。「以患者為中心」的方法與「以醫生為中心」的方法不同，後者使用封閉式、醫生主導的問題來診斷、治療疾病。而前者主張醫生和患者的人格是關鍵，並將這種關係建立在基於交流的對話環境中，這一點也體現了「以患者為中心」的特點。雖然兩種方法的作用和期望不同，但BPS模式強調了相互影響和互助互惠在建立和維持健康、可持續的醫患關係中的重要性。

美國醫療保健交流學院（Academy of Communication in Healthcare, ACH）<sup>9</sup>、歐洲醫療保健溝通協會（the European Association for Communication in Healthcare, EACH）<sup>10</sup>、醫療保健溝通研究所（the



Institute for Healthcare Communication) <sup>11</sup>以及許多其他機構包括一些基層醫療機構等，均促進了以患者為中心的問診實踐的廣泛傳播。醫學院校、評審組和理事會均接受BPS模式以及以患者為中心的理念，並設法實施。2001年，美國醫學研究院（the Institute of Medicine）將以患者為中心的照護定為品質的六個向度之一，因此，此理念便成為患者安全、有效及有效率的照護關鍵。<sup>12</sup>

教師、學者和研究人員在諸多領域迅速推進BPS模式，為BPS模式提供初步的科學支援。但是有許多人，包括恩格爾<sup>13</sup>以及本書的幾位作者<sup>3</sup>在內均指出，缺乏以患者為中心型問診的明確定義及其實踐的明確方向<sup>8,13-22</sup>限制了研究和教學<sup>23,24</sup>，致生多變的、有時矛盾的建議<sup>15,18-20</sup>。這些學者警告，研究人員和學習者應確切地知道要說什麼，將行為上明確地以患者為中心的技巧分解為特定的、可確定的元素。<sup>15,21,22</sup>基於此方法的研究表明，定義明確的方法可以培養靈活及技巧嫻熟的學生和醫生，他們能夠瞭解患者獨特的個人和社會層面的問題。<sup>15,25,26</sup>此外，幾乎所有的教育專家均認可，教授任何複雜的問題都需要具體的行為模式<sup>17,21,27-34</sup>，而在醫學中，沒有比問診更複雜的問題了。

在本書作者羅伯特·C.史密斯的指導下<sup>35,36</sup>，密西根州立大學基於經驗性證據<sup>25,26,33,37</sup>、文獻綜述、他人的諮詢結果及其自身經驗，開發了行為上明確的、可複製的、以患者為中心的方法。這就是本書第三章中五大步驟<sup>21</sup>的方法。在隨機對照試驗（randomized controlled trial, RCT）中，密西根州立大學證明了該方法易學、有效率、可複製。<sup>25,26</sup>在隨後的RCT中，他們將此方法作為治療方案的一部分，治療醫學上無法解釋症狀的患者。他們發現，反應患者健康狀況的多個指標在臨床上均有顯著改善，且患者滿意度非常高。<sup>37</sup>隨後的RCT預試驗也證實了這些發現。<sup>38</sup>以患者為中心的五大步驟成為教授和學習醫療問診方面第一個全面的、行為上明確的、實證的方法。在典型的門診就診病例中，不超過3~6分鐘的以患者為中心





的問診是有必要的（還需額外時間進行以醫生為中心的問診）。有些研究者已證明，以患者為中心的做法不會增加就診時間。<sup>39</sup>

本書的目的是有邏輯、循序漸進地呈現出進行有效果、有效率的BPS模式問診所需的行為。問診是學習者在臨床生涯中必須掌握的最重要，也是最難的技能。本書的受眾是醫學、高級護理、醫師助理及其他需要交流技巧的醫療相關領域的學習者。我們從讀者對本書先前版本的回饋中發現，學習者及其教師尤其重視此方法的兩個優點。第一，五大步驟非常容易使用，簡單易學。使用過此方法的教師和學習者均對其結構表示滿意。讀者說，他們通常會用一節課學習基本技巧，兩節課學習必要的問診步驟，隨後便會迅速進行剩下的學習。有教師評價道，與其他方法相比，此方法「更具有實操性」「沒那麼寬泛」。先前接受過問診培訓的學習者說，「現在我明白這些是如何整合在一起的了」。教師和學生均評論道，他們追蹤進展的能力和對自身技能的信心都有所提高。第二，使用了此方法的教師指出，此方法兼顧了問診者和患者的個性化需求——使醫患之間更具備人文精神，對此，研究也有所證實。<sup>26,40,41</sup>

在本書第4版中，繼福廷六世、德瓦米娜、弗蘭克爾和史密斯之後，又加入了一位新作者——心理學博士布藍達·洛夫格羅夫·萊皮斯托。五位作者都是ACH的長期成員，多年來受益於ACH給予他們的支持。為了感謝該組織，本書銷售所獲的所有版稅均用於支持ACH及其活動。本書還交叉引用了ACH的另一個產品DocCom，這是基於網路的多媒體課程資源，提供了多種問診類型和情境。其網址為：[www.doccom.org](http://www.doccom.org)

重要的是，麥格勞－希爾網站（<http://www.accessmedicine.com/SmithsPCI>）還免費提供了教學補充材料及配套影片。教學補充材料是專門為進行問診培訓的教師而設計的，影片則是為學生和教師共同設計的。根據最新的研究，我們還增加了一些方法，教師可以用



此來評估學習者對以患者為中心的溝通技巧的掌握程度：①一個編碼方案（coding scheme），藉由該方案他們可以直接評估以患者為中心的實踐；②一個患者滿意度問卷，藉由該問卷患者可以評估他們與問診醫生的互動。<sup>42,43</sup>

麥格勞－希爾AccessMedicine網站仍提供了第3版的三個影片：《藉由以患者為中心的問診提高效率和效果》、《以醫生為中心的問診》，以及《以患者為中心的問診》。後兩個是長達1小時的影片，詳細演示了醫學問診的各個環節。AccessMedicine網站為本書最新版準備了七段簡短（2～5分鐘）的影片，展示了獨特的，甚至很困難的問診情況：新住院患者問診、追蹤（follow-up）住院患者問診、急性病患者問診、精神疾病患者問診、如何插話、門診追蹤，以及使用電子健康紀錄。最新的七個影片是由醫學院的住院醫師錄製的，目的是讓學習者更好地瞭解自己。所有十個影片都會在本書中交叉引用。所有影片均可在網站上觀看：<http://www.accessmedicine.com/SmithsPCI>

我們重新編排了文本以提高學習效果。每一章的內容和參考文獻均有所修訂和更新。按順序進行學習能使本書發揮最大作用。第一章「問診」旨在使讀者熟悉問診和BPS模式，提供了必要的背景材料，概述了完整的以患者為中心和以醫生為中心的問診。第二章「訊息蒐集和同理心」描述了問診所必需的個人技巧。第三章「問診的開始階段：以患者為中心的問診」將這些技巧整合，形成了完整以患者為中心問診的過程，呈現了以患者為中心醫學問診的基本結構。第四章「症狀鑑別技巧」列出了進行以醫生為中心的問診所必需的技能。第五章「問診的中間部分：以醫生為中心的問診」對以上這些進行了整合，作為完整問診中以醫生為中心的過程，呈現了醫學問診中以醫生為中心的基本結構。第六章「問診結尾」闡述了以患者為中心的治療過程，描述了如何向患者呈現訊息，必要時如何鼓勵其改變行為。第七章「根據不同情況和實際問題調整問診」討論了更高階的問診問題，尤其是在不同情況下如何調整溝通

技巧。第八章「醫患關係」探討了醫患關係方面更高階的問診問題，著重於問診者的個人意識、患者的個性風格和非語言性交流。第九章「總結和講述患者的故事」描述了問診者如何整合從患者處獲得的訊息，如何將其口頭或書面講述給他人。第十章「數位時代仍要以患者為中心」是新增的一章，講述了在使用電子健康紀錄的時代如何堅持以患者為中心。附錄A是恩格爾博士為第1版所撰寫的序。附錄B提供了以患者為中心的研究和人文依據。附錄C供了感覺和情緒的例子。附錄D介紹了瓊斯女士的完整案例（全書中均有呈現），作為問診過程的一個例子。附錄E介紹了精神狀態評估。

我們預計將這本書用於培訓的各個階段。第一章至第三章（以患者為中心的問診基礎）通常先被教授。第四章和第五章（以醫生為中心的問診基礎）通常在1年後或同一年的晚些時候再被教授。第六章需要熟練掌握前幾章的專業知識，通常教授於臨床學習時，有時可提前。第七章和第八章隨後，雖然有時這兩章會和前面的內容被一起介紹，但是它們的設計目的卻是用於後續的培訓，通常用於臨床培訓時的高階問診實踐。第九章教授於學生的臨床學習階段。本書以第十章作結，適合進入臨床階段時使用。培訓研究生和醫療／護理行業外的學習者通常不涉及第四章、第五章和第九章，有時是因為他們已經對此材料很熟悉了，有時則是因為為診斷疾病而進行問診不是他們的學科內容。其他章節與所有學習者均相關。

我們希望您在完全成為醫學問診者和醫生的過程中，覺得使用和學習此書是有用且令人興奮的。我們祝願您在成為一名健康護理專業人士的生物－心理－社會旅程中一帆風順。



# 導 語

《以患者為中心的溝通技巧：實證方法》教學補充材料旨在促進對各水準學習者的指導。例如，它就如何向不同醫學／護理學科的初學者教授本書第一至三章的內容，分10節提供了有用的建議，每節1小時的講座或演示，隨後是2小時以技巧為導向的小組類比。教學補充材料也描述了如何在6節課中教授第四章和第五章的內容。其中，還有針對在教授第九章中如何總結、講述整個問診的建議。但是，以醫生為中心的問診可在第二學期或第二學年進行講授，而不必像教學補充材料一樣僅用一門課教授完畢。而且，新增的第十章可以指導教師如何最佳使用電子健康紀錄。您可登錄麥格勞－希爾網站（[www.accessmedicine.com/SmithsPCI](http://www.accessmedicine.com/SmithsPCI)）獲取教學補充材料，無須承擔額外費用。

歡迎您藉由以下電子郵件向我們提出問題、提供回饋：

[auguste.fortin@yale.edu](mailto:auguste.fortin@yale.edu)

[francesca.dwamena@ht.msu.edu](mailto:francesca.dwamena@ht.msu.edu)

[rfrankel@iupui.edu](mailto:rfrankel@iupui.edu)

[BLepist1@hurleymc.com](mailto:BLepist1@hurleymc.com)

[robert.smith@ht.msu.edu](mailto:robert.smith@ht.msu.edu)

我們還開發了配套的教學影片，可在麥格勞－希爾網站（<http://www.accessmedicine.com/SmithsPCI>）上獲取，無須承擔額外費用。這些影片被證明在整個問診的教授過程中都非常有用。教學影片中有作者奧古斯特·H.福廷六世和羅伯特·C.史密斯未經排練的無腳本演示，展示了問診中以患者為中心和以醫生為中心的部分中所有必需的技能、步驟及分步驟。影片演示對學習者逐步學習教學材料很有幫助，尤其是對於那些有困難的學習者或者正在步入新



的、更有挑戰的領域的學習者而言更是如此。為本書第4版新增的七個短影片，由住院醫師製作，以指導新學員如何在類比情況中行事，展示如何在獨特甚至是困難的情況下保持以患者為中心：新住院患者、追蹤住院患者、急性病患者、精神疾病患者、如何插話、門診追蹤和使用電子健康記錄。



# 致 謝

如果沒有喬治·恩格爾博士具有開拓性的成就，本書第4版就不可能問世。恩格爾博士的成就頗多，其一便是提出了生物—心理—社會醫學模式這一新的醫學理論基礎。對於生物—心理—社會醫學模式的研究和相關教學一直持續至今，在許多重要出版物中也有所體現，如醫學研究所富有影響力的報告《跨越品質鴻溝》。恩格爾博士還設立了羅切斯特大學生物—心理—社會醫學項目（前身為醫學—精神病學聯絡小組）。在此項目中，恩格爾博士吸引、培訓了許多志同道合的同事。阿爾特·施馬勒、比爾·格林、鮑勃·阿德爾、鮑勃·克萊恩、喬·梅西納、利昂·卡納帕裡、麥克·利普金及馬努奧·布朗特曼，在史密斯博士的學術發展過程中起了關鍵作用。起初，史密斯博士與他們共同在項目中學習，而後又成為項目教員之一。

我們還要感謝我們所在的大學（耶魯大學、密西根州立大學和印第安那大學）鼓勵我們出版本書第4版，感謝它們按照恩格爾的理論來促進教育和實踐。在羅切斯特大學之後，密歇根州立大學較早採用了此種模型。印第安那大學和耶魯大學隨後在此領域產生了重大影響。只有這些肥沃的土壤，才能催生本書以及其他生物—心理—社會著作。

我們感謝密西根州卡拉馬祖市費茲研究院為開發本書方法所提供的資金支持；感謝美國國立精神衛生研究所提供的研究支持，幫助我們證明了以患者為中心這一方法的有效性；感謝美國醫療保健交流學院（ACH）為渴望改善醫患關係、醫醫關係的臨床醫生提供了精神家園；感謝衛生資源和服務部的鼎力相助。





汗及其優秀團隊合作：高級編輯艾曼達·菲爾丁、總編輯金·大衛斯、高級生產總管凱薩琳·薩格塞和項目經理阿努巴夫·西杜，他們每一個人都是如此地慷慨幫助、努力不懈、富有耐心，得益於他們的努力和對細節的關注，使這本書有了極大的改進。

最後，我們要感謝穆罕默德·哈桑甯博士和阿什利·巴特爾博士對文獻綜述的幫助。



# 目 錄

獻 詞  
譯者序  
序 言  
前 言  
導 語  
致 謝

## 第一章 問 診

第一節	以患者為中心問診的歷史.....	5
第二節	以患者為中心的問診方法.....	6
第三節	綜合問診.....	8

## 第二章 訊息蒐集和同理

第一節	訊息蒐集技巧.....	17
第二節	同 理.....	23
第三節	練習以患者為中心的問診方法.....	29
第四節	總 結.....	30

## 第三章 問診的開始階段：以患者為中心的問診

第一節	步驟1：為問診做好準備.....	35
第二節	步驟2：引出主訴和確定議程 (主要問題和其他現存問題).....	40
第三節	步驟3：開始詢問現病史.....	45
第四節	步驟4：繼續以患者為中心的現病史陳述.....	48
第五節	步驟5：進入到問診的中間階段.....	62



第六節	基礎問診之外的內容 .....	63
第七節	總 結 .....	63
<b>第四章 症狀鑑別技巧</b>		
第一節	系統回顧列出了大多數疾病的症狀 .....	74
第二節	與症狀（主要訊息）緊密相關的材料（次要訊息） .....	77
第三節	轉換成具體的醫學症狀 .....	78
第四節	表徵症狀 .....	80
第五節	總 結 .....	89
<b>第五章 問診的中間部分：以醫生為中心的問診</b>		
第一節	獲取患者的主要問題及其他現存問題的病程描述 （步驟6） .....	91
第二節	既往史（步驟7） .....	111
第三節	社會史（步驟8） .....	117
第四節	家族史（步驟9） .....	130
第五節	系統回顧（步驟10） .....	133
第六節	總 結 .....	136
<b>第六章 問診結尾</b>		
第一節	問診結尾：通則 .....	144
第二節	問診的結尾：告知壞消息 .....	153
第三節	問診的結尾：激勵患者改變行為習慣 .....	159
第四節	總 結 .....	164
<b>第七章 根據不同情況和實際問題調整問診</b>		
第一節	平衡以患者為中心和以醫生為中心的問診技巧 .....	171
第二節	應對各種醫學遭遇和挑戰 .....	172
第三節	常見的患者溝通方式和如何解決其中的挑戰 .....	178
第四節	處理常見的具有挑戰性的溝通情況 .....	185
第五節	兒科患者（請見DocCom模組21和22） .....	188
第六節	老年患者（請見DocCom模組23） .....	191

第七節	針對新手問診醫生的問題.....	197
第八節	有效的醫患關係可以作為治療手段.....	200
第九節	總 結.....	200
<b>第八章 醫患關係</b>		
第一節	先前的無意識反應會影響你與患者的關係.....	208
第二節	從患者角度來看影響關係的因素：患者的人格類型.....	214
第三節	醫患關係的非語言面向（參見DocCom模組14）.....	224
第四節	總 結.....	227
<b>第九章 總結和講述患者的故事</b>		
第一節	總結患者的故事.....	235
第二節	病歷：患者故事的書面報告.....	237
第三節	講述患者的故事（也可見DocCom上的模組37）.....	247
第四節	總 結.....	252
<b>第十章 數位時代仍要以患者為中心</b>		
第一節	背景：病歷保存簡史.....	255
第二節	探索醫生與患者和電腦之間的關係.....	256
第三節	結 論.....	264
附錄 A	第 1 版前言.....	269
附錄 B	以患者為中心問診的研究及人本依據.....	281
附錄 C	感覺和情緒.....	291
附錄 D	瓊斯女士就診的初步評估報告.....	295
附錄 E	精神狀態評估.....	304



## 第一章

# 問 診

· 好的醫生治療疾病，偉大的醫生治療患病的人。

——威廉·奧斯勒爵士（1900）

醫生這個職業是有特權的。患者將生活中最隱私的事情告訴醫生，而社會又以聲望、穩定的工作和體面的薪酬回報醫生。伴隨特權而來的是責任感。患者期望醫生支持和理解他們、向其解釋疾病、減輕症狀或治療疾病，社會則期望醫生凡事以患者的最佳利益為出發點，自身利益則應退居次席。<sup>1</sup>

現代醫學是建立在生物科學的基礎上對疾病進行診治的。由此產生的生物醫學模式狹隘地關注由解剖、生化、神經生理異常導致的疾病。在此框架內，醫生的工作是致力於識別、描述、確定病因，進而預防、管理或治療疾病。這使得我們發現並治療了很多遺傳性、感染性和其他性質的疾病。然而，過去40年來，學者們都在強調生物醫學模式存在一些重要的局限性。例如，除疾病或解剖、生化、神經生理異常外，此模式沒有探討其他因素所引起的問題，它在很大的程度上還忽略了疾病的心理、社會面向。<sup>2,3</sup>事實上，許多醫務人員相信「精神障礙是一個謎」，還有一些人認為，由醫務人員來處理心理、社會問題是不恰當的——實際上這種觀點使患者和醫務人員都飽受痛苦。<sup>4</sup>

到了20世紀下半葉，很明顯生物醫學模式已經「不足以適應醫學的科學任務和社會需求」了。<sup>4</sup>人們發現，人類的情況過於複雜，無法完全使用生物醫學模式來描述和解釋。恩格爾<sup>4,5</sup>提出了一種生物－心理－社會醫學模式來更好地解釋為什麼兩個患有相同疾病的患者，其症狀和病程卻會完全不同。生物－心理－社會醫學模式明確承認患者的生物學（疾病）、心理和社會特徵具有相互依存關係，使其與自然系統理論（見圖1-1）相一致（參見附錄A中恩格爾寫給本書第1版的前言，以瞭解有關生物－心理－社會醫學模式的更多訊息）。

## 2 以患者為中心的溝通技巧：一個實證方法

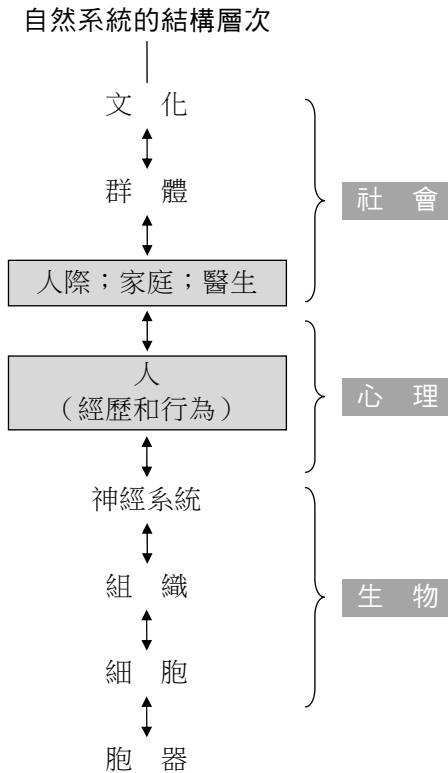


圖1-1 自然系統的結構層次

根據自然系統理論，系統中某一層次的變化會對自然系統結構層次中的其他層次產生影響。<sup>6-8</sup>人是系統結構層次的一部分。這個結構層次從最小的胞器到最大的群體、文化，都可能受到這些系統變化的深刻影響。不像生物醫學模式，生物—心理—社會醫學模式明確指出，對於患者的體驗來說，患者關係（包括醫患關係）和疾病同樣重要。該模式還解釋了為什麼某個人生理上沒有明顯異常或重要失常，卻仍可能產生衰弱症狀和身體上的病痛。

疾病意味著正常生物學功能的紊亂。疾病是客觀的：您可以在顯微鏡下和藉由實驗室檢測或影像檢測看到疾病過程，找到疾病的證據。病痛則是主觀的：人們感到不舒服，他們認為自己生病了。他們的行為方式與自己的感覺一致，這時他們的行為方式與感覺自己健康時的行為方式是不同



的。在許多情況下，他們尋求醫生的幫助。人們可以患有疾病而沒有病痛，就像高血壓患者可以沒有任何症狀一樣；人們也可以有病痛而未患疾病，就像疑病症的人認為腹部的輕微、短暫性疼痛是癌症導致的，而非腸蠕動。<sup>9</sup>

大多數就診的患者同時有不同程度的疾病和病痛。一些堅忍的患者可能患有嚴重疾病，但卻表現出很少的病痛症狀；而有些感情外露的患者可能疾病較輕，但卻喪失了行動能力。這些重要區別與日常臨床工作息息相關，因為有著病痛經歷、前來就診的患者是為了減輕症狀的，而傳統的教育卻僅教導醫生們如何發現和治療疾病。治療和照護之間的區別現在變得更清楚了：我們利用藥物、手術和生物技術來治療疾病；藉由言語、與患者建立的診療關係來照護病痛。作為臨床醫生，為了使醫學最有效，我們必須將治療和照護相結合，從而使患者受益。

問診是一種在值得信賴的關係下蒐集、分享訊息的過程，這種關係同時考慮了疾病（如果存在）和病痛。即使在這個醫學快速發展的時代，問診仍然是最有效的診斷工具，比身體檢查或實驗室檢查更能促進正確診斷。醫生及其他醫務人員會在其職業生涯中進行10萬多次問診，這使得問診成為迄今為止最常進行的醫療項目。即使很小的問診技能改善也會給您及患者帶來長遠利益。問診造就了醫生，藉由溝通技巧，您可以與患者建立起有意義、親密、彼此關懷的社會關係。您的患者會與您分享任何人都不曾知道的秘密。您將會擁有一個瞭解人類苦難和韌性的窗口，您會被患者的勇氣和人性感動。在患者的生活中照護他，您會感到榮幸和光榮。

本書描述了11個基於實證的醫患溝通方法的步驟（見表1-1），以獲得完整的、描述了患者病痛經歷和生物—心理—社會視角的故事。本方法可以指導您教育患者，幫助患者改變健康相關的行為。患者的故事可以包括相關的患者個人特徵、醫患關係的有效性、家庭、社區，以及是否有宗教信仰。<sup>4,5</sup>



#### 4 以患者為中心的溝通技巧：一個實證方法

表1-1 基於實證的醫患溝通方法

<b>步驟1：為問診做好準備</b>
1. 歡迎患者
2. 稱呼患者的名字
3. 介紹自己並確認自己的角色（實習護士／實習醫生／住院醫生／研究醫師）
4. 確保患者準備好並保護患者隱私
5. 消除溝通障礙
6. 確保舒適、使患者放鬆
<b>步驟2：引出主訴和制定議程</b>
7. 表明可用時間
8. 預告你將在問診過程中做的事情
9. 獲取患者想要討論的所有問題；具體的症狀、要求、期望、理解
10. 總結和確定議程；如果議程項目太多，就細節進行協商
<b>步驟3：用非聚焦性開放式技巧開始問診，讓患者自由發言</b>
11. 用開放式問題開頭
12. 用非聚焦性開放式技巧
13. 以非語言方式獲取額外訊息：非語言暗示、肢體語言、衣著、環境、自身
<b>步驟4：應用聚焦性開放式技巧瞭解三件事：症狀史、個人背景和情感背景</b>
14. 引出症狀史 <ul style="list-style-type: none"><li>• 描述症狀，使用聚焦性開放式技巧</li></ul>
15. 引出個人背景 <ul style="list-style-type: none"><li>• 更廣泛的症狀個人／心理社會背景，患者的想法／個人歸因，還是使用聚焦性開放式技巧</li></ul>
16. 引出情感背景 <ul style="list-style-type: none"><li>• 使用情感尋求技巧</li></ul> 直接問 間接問 影響 關於問題的想法 就醫的觸發因素 自我表露
17. 回應患者的情緒和情感



- 
- 使用同理技巧來處理情緒和情感〔命名、理解、尊重和支持（N-U-R-S）〕

18.擴展病史

- 繼續引出更多的個人背景和情感背景，藉由N-U-R-S法來處理情感／情緒

---

步驟5：過渡到問診的中間部分

19.簡要總結

20.核查準確性

21.如果患者已經準備好，向其指出詢問的內容和方式都會發生改變

- 繼續問診的中間部分

---

步驟6：獲取現病史

---

步驟7：既往史

---

步驟8：社會史

---

步驟9：家族史

---

步驟10：系統回顧

（理學檢查）

---

步驟11：問診結尾

---

## 第一節 以患者為中心問診的歷史

20世紀，在生物醫學模式下，接受培訓的臨床醫生被教導的僅使用以醫生為中心的溝通技巧來瞭解疾病的症狀。以醫生為中心的問診就是由醫生掌控整個交流的過程，以獲得患者症狀及其他可能說明其做出診斷的詳細訊息。這通常是藉由問封閉式問題的方式來進行的，問題的答案只有是、否或一個短句。通常，這意味著在醫生問診以做出醫療診斷的過程中，患者的擔心和醫生所認為的非醫療訊息，在很大程度上被忽視甚至被打斷了。封閉式問題也讓問診看起來更像審問。在典型的以醫生為中心的問診中，醫生控制訊息的流動，使問診重點遠離患者的病痛經歷，迴避提及隱私訊息，忽視同理心，從而限制了醫患關係的充分建立，無法從生物—心理—社會面向去把握患者的問題。<sup>2,3</sup>正如附錄B所指出的，這導致了患者滿意度低、醫生有挫敗感，而且治療結果不佳。

認識到這些局限性後，人們提出了以患者為中心的問診方法，<sup>10-14</sup>作為以關係為中心的照護理論的一部分。<sup>15,16</sup>一般來講，與患者有關的每一步行動都是以患者為中心的，每件事都是為患者利益而做的。作為專業術語，



## 6 以患者為中心的溝通技巧：一個實證方法

以患者為中心的溝通技巧鼓勵患者表達對他們而言最重要的事情。除了症狀外，以患者為中心的方法還承認患者表達個人擔心及情緒、情感的重要性。有了這些個人訊息，醫生就可以在生物－心理－社會方面對患者做出全面描述。這樣一來，醫生不僅可以避免只孤立地關注症狀，還可以讓患者引導訪談的某些部分。<sup>17</sup>這意味著，我們得到的是患者的真實情況，而非醫生的想法、顧慮和期待。一系列重要研究已證實了這一理論的臨床價值（見附錄B）。

以患者為中心的問診方法的發展彌補了以醫生為中心的問診方法的不足。與以醫生為中心的訪談相似，以患者為中心的訪談也不可被單獨使用。本書描述的方法整合了以患者為中心和以醫生為中心的溝通技巧。您必須運用您的醫學知識以及身體檢查、實驗室和影像檢查獲得的資料來解讀、整合這些訊息，得到對患者的生物－心理－社會描述，也就是患者的故事。

### 第二節 以患者為中心的問診方法

以患者為中心的問診方法建立在以下幾個前提下：

- **通常患者不會僅因為某個症狀便尋求醫生的幫助**

在生物醫學時代，接受培訓的醫生認為，他們的作用只是診斷患者症狀、治療疾病。他們沒有認識到，在患者決定就診的背後通常有更複雜的原因——是症狀背後的個人背景而非症狀本身驅使了就診行為。例如，有一位19歲的男性下背部疼痛，如果他做的是辦公室的工作，可能就不會去看醫生；但是，如果他是在裝卸碼頭工作，疼痛會影響到他的工作，他便會去看醫生。

症狀的情感背景是另一個導致就診行為的常見因素。還是這位男性，他最近為他的新家庭購買了一套住房。他擔心如果無法正常工作而被開除，就將無法支付房貸。當醫生試圖瞭解患者症狀的個人背景和情感背景時，療效和患者的滿意度就會改善。

- **患者就診時，通常會有很多擔心的問題**

研究表明，基層醫療機構的門診患者平均每次就診時有三個以上擔心的問題。<sup>18-20</sup>有趣的是，患者提出的第一個問題，對患者或醫生來講可能並不是最重要的問題。有時候，最後提出的問題才是最重要

國家圖書館出版品預行編目(CIP)資料

以患者為中心的溝通技巧：一個實證方法／Auguste H. Fortin VI, Francesca C. Dwamena, Richard M. Frankel, Brenda Lovegrove Lepisto, Robert C. Smith 著；王岳, 李若男, 王江穎譯.-- 初版.-- 臺北市：元照出版公司, 2023.10  
面：公分  
譯自：Smith's patient-centered interviewing: an evidence-based method, 4th ed.  
ISBN 978-626-369-080-6 (平裝)  
1.CST：醫病溝通 2.CST：醫病關係  
419.47 112013892

## 以患者為中心的溝通技巧：一個實證方法

Smith's Patient-Centered Interviewing:  
An Evidence-Based Method

5J070RA

2023年11月 初版第1刷

作者 Auguste H. Fortin VI、Francesca C. Dwamena  
Richard M. Frankel、Brenda Lovegrove Lepisto  
Robert C. Smith  
譯者 王岳、李若男、王江穎  
出版者 元照出版有限公司  
100 臺北市館前路 28 號 7 樓  
網址 [www.angle.com.tw](http://www.angle.com.tw)  
定價 新臺幣 500 元  
專線 (02)2375-6688  
傳真 (02)2331-8496  
郵政劃撥 19246890 元照出版有限公司

Copyright © by Angle Publishing Co., Ltd.

登記證號：局版臺業字第 1531 號

ISBN 978-626-369-080-6

本中文繁體版譯文由機械工業出版社有限公司授權獨家出版發行

Smith's Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method (Fourth Edition)

Copyright © 2019 by McGraw-Hill Education. All rights reserved.


Except as permitted under the United States Copyright Act of 1976, no part of this publication may be reproduced or distributed in any form or by any means, or stored in a database or retrieval system, without the prior permission of the publisher.

《以患者為中心的溝通技巧：一個實證方法》(2023)由元照出版有限公司出版。  
All Rights Reserved.



## 本書簡介

《以患者為中心的溝通技巧：一個實證方法》是一本實用的介紹性教科書，涵蓋了問診的基本知識。作為問診技巧這一主題的循證指南，本書獲得了健康傳播學院（ACH）的認可，採用了已經證實的「五步法」整合了以患者為中心與以醫生為中心兩種問診技巧，在不額外增加問診時長的前提下，可以大大提升問診效果。本書涵蓋了以下重要話題：患者教育、引發患者行為改變的因素、向患者宣佈壞消息的技巧、在正念練習中提高個人意識的技巧、非口頭交流技巧、在診室使用電腦的技巧、報告和呈現評估結果的技巧。如果您需要一本能夠提供已驗證的系統框架的循證指南，以獲取有效的患者病史，那麼您看這本書就夠了。

 元照出版公司

地址：臺北市館前路28號7樓

電話：(02)2375-6688

網址：[www.angle.com.tw](http://www.angle.com.tw)



元照網路書店



月旦品評家

