

人際及溝通技巧

一、前言

人際及溝通技巧 (interpersonal and communication skills) 是美國畢業後醫學教育委員會 (Accreditation Council for Graduate Medical Education, 簡稱 ACGME) 要求專科訓練計畫訓練住院醫師的六種一般能力 (general competencies) 之一。醫師應具備的人際及溝通技巧包括能達成有效的資訊交換及與病人、家屬和其他醫療人員形成團隊。在完成訓練之後，預期他們能夠與病人建立及維繫合宜的醫療及倫理關係，並能使用有效的聆聽技巧，以有效的非口語、解說、詢問及書寫技巧來獲得 (有關病人) 及提供 (診療衛教) 資訊，與同領域及跨領域的醫療團隊成員共同有效地工作。在 ACGME 的定義中，溝通技巧是指如何與醫療團隊成員及病人和家屬能夠相互了解並共同合作的技巧，人際技巧則是指如何與醫療團隊成員及病人和家屬願意相互了解以共同合作的技巧，兩者必須齊備才能使團隊發揮效能。而溝通及人際技巧不單只在住院醫師訓練才學習，在醫學生的教育就應該開始。至於較資深而從未正式接受溝通及人際技巧訓練的醫療人員，則須儘快接受補強性訓練，理由是溝通能力是一種臨床技巧，是從學習而來的，不是人格或天賦之類的東西，而是可教可學的。對於溝通技巧而言，經驗可能是個壞老師，年紀愈大經驗愈多，不一定愈會溝通。

溝通技巧的訓練需要特殊方法，訓練程序包括：將必要的技巧有系統地介紹、學員參與演練、教師從旁觀察、錄影及回顧 (供學員反思)、教師給予學員回饋，必要時須重複演練等。這樣的訓練在國內的醫學院並未普及，加上國內年長一輩的醫師大多沒有受過正規的溝通技巧訓練，醫學生到了醫院實習便未必在臨床上得到好的教育，雖然目前醫學系學生畢業前的全國性臨床技能測驗也會有如「告知壞消息」等溝通技巧的考題，令實習醫院的教學部門及醫學系學生較從前注意溝通技巧的教與學，但卻仍少有完整及全面性的訓練。本章特將人際及溝通技巧最基面的層面及內容作一綜合介紹。

二、臨床溝通技巧

醫療人員須學習的臨床溝通技巧包括：基本溝通技巧、empathy 的運用、告知壞消息、困難狀況的應對，以及團隊中的溝通等，以下將各項需要教導醫護學生的臨床溝通技巧重要內容逐一簡述。

1. 基本溝通技巧

溝通是要相互了解—讓對方了解自己、自己亦能了解對方。而良好的溝通涉及許多因素，除了要有好的表達能力及聆聽能力之外，環境和心理因素也很重要。在能力方面，溝通技巧涉及兩種能力：了解對方的能力和表達自己的能力。

了解對方的能力又可稱為「主動聆聽」，首先是要促使對方說出想表達的內容，包括要安排安靜、隱私和不受干擾的環境，營造友善、歡迎、正向的氣

氛，語調與聲音須清楚、柔和、大小適中，具備關懷、尊重、有興趣的眼神接觸和肢體語言。而在交談時，須以點頭、嗯嗯、是的、好的、我了解等語鼓勵對方發言，並使用複述（最後數個字）、確認、摘要，以及話題標示（說明提問某問題或討論某議題的理由）等技巧來引領對方表達出想表達的內容。在對方願意述說時，需用心聆聽和解讀，除了要全面理解字面之意，還要聽出難言之隱、弦外之音和潛意識的念頭。後面三項需要分析和解讀，需要有明辨思維的能力及了解對方的企圖心，而在起初學習時需有合適的模擬訓練。

表達自己的能力則包括口語和非口語的能力。以口語表達基本上須注意說話的禮節、說話儘可能讓人愉快、多使用我們而避免用「你」或「你們」等。而表達的目的常涉及解釋（explanation），除了口齒清楚之外，還須以對方能明白的言詞、由淺入深且有條理地作出陳述，必要時還要運用比喻來解釋事物。在每完成一段落的表達，宜確認對方是否了解，然後再繼續說明。而非口語的能力包括眼神接觸、面部表情和肢體語言等，更需有合適的模擬訓練。

2. Empathy 的運用

Empathy 沿自希臘文 *empathia*（情感、情緒之意），有云最早在 1850 年首度被使用，但首度正式發表的是德國哲學家 Robert Vischer 在 1873 年所提出的 *Einfühlungsvermögen*（或作 *einfuhlung*，是移情、進入感受之意），其後由另一位德國哲學家 Theodor Lipps 加以發揚。英國心理學家 Edward Bradford Titchener 在 1909 年將德文英譯為 *empathy*，意指認知另一個人所經歷的感受。由於此字陳述較抽象的意義，學者們依據自己的詮釋作出定義，由於下定義者的學術領域、哲學思維和立場不同而發展出許多不同的定義，令初學者眼花撩亂。例如：

- ◆ 可感受別人的經驗和情緒的能力（D. M. Berger）
- ◆ 基於對別人情緒狀況的了解而作出的有效回應（Nancy Eisenberg）
- ◆ 同理是指與別人分享和經驗感受（R. R. Greenon）
- ◆ 一種複雜型的心理學推理，結合觀察、記憶、知識和推想以洞悉別人的思維和感受（William Ickes）
- ◆ 與他人分享內心經驗及了解當下的心理狀態（Roy Schafer）
- ◆ 將自己置入別人的意念來了解她的情緒和感受（Alvin Goldman）
- ◆ 一種自我思考與感受他人內在生命的能力（Heinz Kohut）
- ◆ 準確而設身處地去察覺別人內心的感受和意涵，但不會喪失自我立場（Carl Rogers）
- ◆ 跳脫自己的軀殼進入別人的意念，由她的眼睛觀看真相、感受她的情緒、分擔她的苦痛（Khen Lampert）

國內的心理學者於二十世紀七、八十年代將 *empathy* 翻譯為「同理心」，可

能是要相應於 sympathy 的翻譯「同情心」。而然，因為出現了「同理心」，有人為了要與「同情心」區別，因而連「同情心」的解釋也變了調！最常被誤導的解釋是 sympathy 是感情用事，在醫療專業的角度是負面的，而 empathy 是理性分析，在醫療專業的角度則是正面的。事實上無論 sympathy 或 empathy 都是感情、感知（字尾"-pathy"的原意）。Sympathy 的字首"sym-"與"syn-"同義，是「共同」、「一起」（with, together）之意，故 sympathy 就是「有共同感受」（大家有同樣或類似遭遇）或「感同身受」（雖未遭遇但卻能感受對方的感受），中文譯為「同情」乃可接受。而 empathy 的字首"em-"與"en-"、"im-"、"in-"同義，是「進入」、「在上」（in, upon）之意，故 empathy 就是「進入感受」，是經由對方的言行來推斷內心最深處的真情感（包括下意識及無意識中的情緒）。譯成「同理心」則較無法顧名思義，易生誤解，因為不易聯想到「理」從何來！因此，empathy 與 sympathy 並非對立，兩者可以單獨存在或同時存在，甚至有因果關係。如在重大災難現場看見家屬抱著親人遺體痛哭，一般人都可以立即有 sympathy（不需 empathy）；又如病人在聽到自己得到癌症的壞消息即質疑檢查品質，此時需「進入感受」才能「感受病人的感受」，對他質疑檢查品質的言行也就能作出合宜的回應。也就是說，練就 empathy 能力的人，雖然未曾經歷別人的遭遇，也能對別人產生 sympathy，當有了 sympathy，便容易包容、關懷、支持和成為合作夥伴。Sympathy 在在醫療專業的角度仍是正面的。由於「同理心」在台灣用了數十年，已習非成是，也許不必特別糾正使用「同理心」的人。

就臨床溝通技巧而言，empathy 是溝通技巧最重要的基本能力，在眾多陳述中筆者認為 Platt FW 作了很好的詮釋，筆者依據原著稍作修訂，將 empathy 的程序分為兩部分，首先是「建立夥伴關係」，跟著再「共同達成目標」。此兩部分各有四項及三項，分述如下：

(1) 建立伙伴關係：

- a. 認知對方的感受（負面情緒，如：驚恐、憤怒、悲傷、挫折）
- b. 設身處地感受這種感受（即進入感受）
- c. 表達認知對方的感受（說出對方有什麼感受）
- d. 表達認同對方的感受（說出有這種感受的理由）

(2) 共同達成目標：

- a. 表達對對方的期望（告知未來的計畫）
- b. 承諾陪伴與支持（表示竭力而為，但不承諾結果）
- c. 履行承諾共同達成目標（共同合作解決問題）

案例

一位 45 歲罹患慢性 B 型肝炎接受追縱檢查的病人，超音波檢查發現肝內有一個 5 公分的腫瘤，血清胎兒蛋白為 500 ng/mL（幾可確定為肝癌），需要盡快安排住院接受進一步檢查（電腦斷層及血管攝影），並且應該接受手術。當醫師跟他說明病情，他反應非常激烈，大聲喊道：「不可能呀，做超音波

的醫師沒有告訴我是癌症。你是不是弄錯了？我的名字是陳大文，會不會是另一個病人的檢驗報告？」

沒有 empathy 的醫師可能會作出這樣「理性」的回應：「陳先生，請您先不要那麼激動，冷靜一些。慢性 B 型肝炎病人得到肝癌的機會本來就比非帶原者高百倍以上，尤其是男性在 40 歲以後發病的機會更會高一些。本來您應該每半年就要篩檢一次，但您在距上次篩檢一年多才來檢查，真的是太久了一些……現在最好還是儘快治療，我會儘快幫您安排進一步的檢查，並照會對治療肝癌最有經驗的醫師替您動手術。」

若是有 empathy 的醫師則可能會依上述程序作出下面的思考和回應：

- (1) 認知對方的感受：對自己罹患肝癌難以置信。
- (2) 設身處地感受這種感受：會很激動，而且希望是醫師弄錯了。
- (3) 表達認知對方的感受：「陳先生，我知道您聽到這樣突然的壞消息一定是很難接受，甚至會認為是醫院弄錯了……」
- (4) 表達認同對方的感受：「我想您一定是沒有預料到這樣，當然會在一時之間難以置信……」
- (5) 表達對對方的期望：「因為這樣，您更需要堅強地面對這個事實，最好是儘快住院診療……」
- (6) 承諾陪伴與支持：「我會儘快幫您安排進一步的檢查，並照會對治療肝癌最有經驗的醫師替您動手術。在診療過程中有任何新的訊息我會立即跟您說明，您有任何疑問都可以隨時問我……」
- (7) 履行承諾共同達成目標：在住院期間對病人關懷備至，竭力給予最好的治療。

雖然兩種說法的結果大多相同——病人住院檢查和治療，但不同處是醫病之間的互動中 empathy 可有助於建立夥伴關係，病人較能感到有醫師的陪伴和支持，便願意把內心所關心或憂慮的事表達出來，讓診療計畫的形成和執行都變得更為順利，病人的預後將會更佳。許多時候，單獨一次的 empathy 表達不見得會立即改變醫病關係，但若在診療期間醫病的互動是充滿 empathy 的話，夥伴關係必會逐漸形成，醫病雙方都能受惠。

3. 告知壞消息

每當病人檢查結束，醫師都必須說明結果，在病人的立場就像是接受法官宣判，如果結果比預期佳，便是好消息；果結果比預期差，便是壞消息。告知病人好消息大概不用什麼技巧；告知病人壞消息若沒有使用特殊的溝通策略，可能會因言詞上的不當造成傷害。另一方面，醫師在告知病情之前，必須弄清楚病人對檢查結果的預期，否則誤將壞消息以為是好消息，在告知病情所造成的傷害便會更大。

告知壞消息的策略最被醫界樂道的是加拿大多倫多大學腫瘤科醫師 Robert Buckman 在 1992 年提出的“SPIKES”步驟，在哈里遜內科原理 (Harrison's

Principles of Internal Medicine) 亦已引用。目前在台灣也開始被推廣，許多醫學院的臨床技能測驗也列為考題及標準答案。以下為“SPIKES”步驟的說明：

- (1) Setting：建立一個恰當的情境。提供一個保護病人隱私而舒適的場所，不受干擾的時間，與病人面對面平坐。依病人的意願，邀請其他重要相關親友在場。這一切都在於建立良好的醫病關係。
- (2) Patient's Perception：探詢病人對自己病情的了解。譬如說：告訴我，您知道我們為什麼要做這些檢查？
- (3) Patient's Invitation：引導病人來詢問有關病情的細節。譬如說：要是檢驗結果都出來了，您要知道全部詳細的內容嗎？
- (4) Knowledge：提供知識與資訊給病人。提供資訊時，最好採漸進式分段給，並要不斷試探病人是否消化了他所得到的資訊，避免用醫學上的專業用辭。
- (5) Empathize：要能發掘病人情緒的變化，進而表示同情。如：當病人哭泣時，說「看來您並沒有預期這樣情況」，或說「這個結果一定讓您很難接受」。
- (6) Summary：最後，將所有的資訊綜合，做一個摘要，並且經由與病人溝通，去達成一個治療或追蹤的方案。

而臺灣心理腫瘤醫學學會則在幾年前自日本引進癌症病情告知溝通技巧訓練的標準化模式，稱之為「分享模式」(SHARE model)，此模式涉及四個議題：

- (1) Supportive environment (設定支持性的環境)：相當於 Setting
 - (2) How to deliver the bad news (壞消息的傳達方式)：相當於 Patient's Perception、Patient's Invitation 及 Knowledge
 - (3) Additional information (附加的資訊)：相當於 Summary
 - (4) Reassurance and Emotional support(保證與情緒支持)：相當於 Empathize
- 因此，分享模式與“SPIKES”步驟在各方面的考量完全相同，只須熟悉一種即可。但由於 SHARE model 還須另作詮釋，不若“SPIKES”步驟那麼“simple and stupid”，筆者喜歡以易記易做的“SPIKES”步驟來教初學的醫學生，大多一學就懂，且能運用。至於照顧腫瘤病人頗有經驗的醫護人員，由於本身已有一些心得，則對於「分享模式」也會有很高的接受度。

4. 困難狀況的應對

除了告知壞消息外，醫病溝通還有其他的困難狀況，包括解釋醫療錯誤、預後未如預期、病情突然惡化、誤解先前說明等。創出“SPIKES”步驟的 Buckman 醫師其後另創出困難狀況的溝通策略——“CONES”(C=context、O=opening shot、N=narrative approach、E=addressing emotions、S=strategy and summary)。以下為“CONES”策略的說明：

- (1) Context：是指在面談時安排好坐的位置，並注意肢體語言和眼神接觸。
- (2) Opening shot：在困難狀況中為要降低對方的情緒反應，能冷靜下來願意溝通，便須開宗明義說明要溝通的主題。如在一件用藥錯誤導致病人發生副作用的事件中，在招呼對方坐下及相互介紹之後接著便說：「首先讓我向你們詳細說明整件事情的經過.....」
- (3) Narrative approach：在得到對方同意聆聽我們的說明時，要按事情先後順序述敘最重要的過程，可陳述何事尚不明確、各種處置和決定的選項和理由，讓回對方了解處置程序和我們的用心。此外，在說明「真相」（指事情中錯誤之處）之前以將事件從頭陳述，可爭取到一些時間與對方先能建立一些關係，並可試探對方的認知和態度（perception）及開始思考如何說明「真相」。
- (4) Addressing emotions：處理負面的情緒，使用如前面所述 empathy 的回應。
- (5) Strategy and summary：將對話的內容歸納出一些建議或承諾，並在最後作出摘要。

5. 團隊中的溝通

醫療照護的品質常取決於團隊合作，而團隊中的溝通又是團隊合作的關鍵，故團隊中的溝通技巧是醫療人員必修的課程。以下是醫療人員在團隊溝通中最基本的技巧：

- (1) SBAR = Situation、Background、Assessment、Recommendation。這是適用於各種醫療照護的溝通，如交班或報告病人狀況。例如有病人在半夜感到喘和胸痛，護理師以電話通知值班醫師便會使用 SBAR 來報告病人狀況：
護：請問您是值班的李醫師嗎？
醫：是的。
護：這裡是 8B 骨科病房，我是護理師王美玉，第 12 床病人陳大文發生狀況需要向您報告。
醫：是什麼狀況？
護：Situation 是陳大文先生在 10 分鐘前突然喘起來，而且伴隨胸痛。
Background 則是陳先生在兩天前開刀做全膝關節置換，10 分鐘前突然喘起來，除了伴隨胸痛之外，他顯得坐立不安，目前 BP 是 128/54，pulse rate 是 120。
我對他的 Assessment 是他可能有 AMI 或肺栓塞。
我的 Recommendation 是請您立即過來，我們先 on 上 O2、monitor 和 IV。
醫：好，了解，我立即過來。
當 SBAR 被公認為一種有效的溝通模式之後，後續便會有人予以修飾，

如有人把自我介紹、確認對方及識別病人叫做"Introduction"，"SBAR"改為"I-SBAR"，又有人在開始時加上兩項識別"Identifiers"，在結束時加上複誦"Read back"而改稱"I-SBAR-R"，都是「換湯不換藥」的把戲。筆者認為，把原先較簡單的事情變得複雜就是不智，把他人的創新思維隨意變更以作為自己的功德就是不義，這些在學術界經常發生的事應要儘量避免。

(2) 電話醫囑及電話報告

在臨床醫療的過程中，醫師應該在親自診察病人之後才開醫囑，而各項檢查報告應以書面或可閱讀的呈現方式為之。但在某些危急情況為爭取救治的時效不得以電話醫囑、或電話報告，由於情況緊急，加上使用口語傳遞消息而易生錯誤。為要避免出錯，醫療人員必須採用合宜的溝通方式，最常用的時 OWRC/RWRC：

電話醫囑遵循「OWRC 溝通模式」：

Order：醫師在電話中告知醫囑

Write down：護理人員在電話的另一端將聽到的醫囑記錄下來

Read back：護理人員將記下的醫囑唸出來

Confirm：醫師聽到護理人員所唸的內容如為正確便予以肯定的回應，否則予以更正並重新進行 OWRC 溝通模式

電話報告遵循「RWRC 溝通模式」：

Report：發報告者在電話中告知檢查結果

Write down：接聽報告者在電話的另一端將聽到的結果記錄下來

Read back：接聽報告者將記下的結果唸出來

Confirm：發報告者聽到接聽報告者所唸的內容如為正確便予以肯定的回應，否則予以更正並重新進行 OWRC 溝通模式

此外，在醫療作業過程中因作業情境所需不得不用口頭醫囑，如急救中、檢查中、治療或手術中，便必須使用避免錯誤的「ORCDA 溝通模式」：

Order：醫師給予口頭醫囑

Repeat order：執行醫囑者將聽到的醫囑大聲唸出來

Confirm：醫師聽到執行醫囑者所唸的內容如為正確便予以肯定的回應，否則予以更正

Do aloud：執行醫囑者在執行時將自己所做的事邊做邊唸

Appreciate：醫師給予肯定

當然，否口頭及電話醫囑應儘快（最遲於 24 小時內）補入病歷中。

(3) 發現上級或同儕錯誤時的溝通

當發現上級或同儕錯誤時必須站在病人權益優先的立場提出建議，但為了避免引起反感及不必要的困擾，美國國防部及衛生人類服務部共同推出的團隊訓練課程 *TeamSTEPPS*[®] 提出有下列幾項溝通方式：

- a. Two-Challenge Rule：初次的表述未被上級或同儕重視時，醫療人員有責任以更堅定的語氣再次表達，直到清楚被聽見為止。被告知的一方必須表達接受到訊息，且有合理的回應。必須注意語氣，切勿引起對立。
- b. CUS Words：先說出「我有點擔心 (I am Concerned)」，若沒有被接受則說出「我覺得不妥 (I am Uncomfortable)」，若仍不被接受則說出「這事攸關病人安全 (This is a Safety issue)」。
- c. DESC Script：首先「具體描述處境」(Describe the specific situation)，然後「表達對行動擔心的事情」(Express your concerns about the action) 並「提出其他替代方案」(Suggest other alternatives)，最後「指出會發生的後果」(Consequences should be stated)。

三、醫療人際技巧

人際技巧的定義是在人群中與人相處/互動的技巧。人際技巧的目的包括團隊與個人兩個層面，在團隊層面的目的為：營造氣氛、促進溝通、建立默契、強化互動、提升效能及加速進步等；在個人層面的目的為：支持軟弱、安慰悲傷、平撫憤怒、減緩挫折、驅除怠惰及激發潛能等。在臨床醫療的領域，人際技巧則主要針對如何鞏固醫療團隊的向心力，藉以促進團隊合作。知名作家 Leil Lowndes 在她的著作 "How to Make Anyone Like You" 中提到許多實用的人際技巧，如無論到那裡，都散發亮光、讓每個人都覺得自己與眾不同、每次見面都有微笑、不要聽到「你沒在聽」、對朋友表達關愛、為朋友挺身而出、肩膀要硬耳朵要大、一心要令對方快樂等，都是在醫療團隊所需具備的技巧。除此以外，在此須特表強調的有兩個能力—感恩和肯定。

1. 感恩

當代在大中華地區及美國弘揚《菩提道次第廣論》的日常法師，勉勵學員對於有情眾生應該片刻不離地觀察他人的功德，以及思維對我或其他眾生的恩惠，稱為「觀功念恩」。在日常法師的論述中，「觀」家三兄弟有不同人生觀：觀過念怨：處處不滿，責怪他人；觀光念閑：冷眼旁觀，漠不關心；觀功念恩：體諒他人，心常隨喜。而其中的「觀功念恩」正是醫療團隊所需感恩的一種能力。要做到「觀功念恩」，首先要有意願或企圖心，然後要有洞察力。「觀功念恩」的功與恩有三個層面：表面的功與恩、隱藏的功與恩、轉念的功與恩。

- (1) 表面的功與恩：是指一般的奉獻和善行，如團隊中有人主動擔任艱困或高風險的任務、主動幫忙或指導其他團隊成員、主動付出額外的心力或財物等。這類功與恩，不需要任何能力，只需見到便可感受。
- (2) 隱藏的功與恩：在社會中有許多人是 不求回報地默默行善，他們遍佈在各階層的每個角落，持之以恆地為他人奉獻。這種不欲人知的奉獻和善行，若未洞察便無感受。在團隊的活動中時刻都會有人做出隱藏



的功與恩，它像是磁力一般，團隊成員若能感受，便能增加團隊的向心力。然而，要對隱藏的功與恩有所感受，需要心中存著「每一事件的過程均非偶然，每一個成功的環節背後都藏著一份付出」，在看到事件的成果，要能回推臆測其中過程，這涉及反思和分析。亦即在事情結束後的反思必須包括分析事件中團隊成員的努力和貢獻，並反省自己在事件中的付出是否能媲美其他成員。這反思的步驟若成為習慣，便能具備感受隱藏的功與恩的能力。當團隊中大多數成員具備這種能力，便會形成一鼓力量推動團隊成員持續地默默奉獻，團隊的合作和效能將持續提升，提供的服務品質當然就愈來愈好。

- (3) 轉念的功與恩：是指轉過為功，化怨成恩，是觀功念恩的意涵中最重要，也是最難做到的部分。這類功與恩的源頭是過與怨，因行為者的存心而分為兩類，一為心善的過與怨，是指行為者雖立意善良，自身原希望把事情做好，卻因為能力不足、一時不慎或決策錯誤而導致失敗或傷害；另一為心惡的過與怨，是指行為者心存惡念，是為了自己利益刻、挾怨報復或人格違常而蓄意引起失敗或傷害。要轉變心善的過與怨為功與恩，所需的條件和程序與感受隱藏的功與恩大致相同，包括分析和反思。唯一不同之處是在反思的過程不受失敗或傷害的結果所影響，能客觀地分析事件中值得稱許及需要改善的地方。值得稱許的當然是功與恩，而需要改善的（也許較多或佔較重要的角色），除了要記取教訓之外，更須要轉念為改進的機緣和動力，應以正向面對，便能感受到其中的功與恩。面對失敗或挫折，若能做到觀功念恩，便能進步、成長，以及突破，須知失敗未必是成功之母，凡事正向思考才可能踏上成功之路。

對於心惡的過與怨，要轉變為功與恩就有較高的難度，其難處不在技能，而是心態。要能成功轉念先要能做到寬恕和包容，這些都是不容易而且是終身都在學習的功課。這功課在許多慈善及宗教團體的正式、非正式和隱藏課程都十分強調，而且都有一定的成效。故學習者在寬恕和包容的學習若稍有所成，即能享受其中的好處——人生變得輕鬆和愉快。在學校的人文教育也許偶有這類課程，但因缺乏環境和文化的配合，多淪為「營養學分」，特別是今時今日大多數的大學以追求短期的績效——研究論文作為辦學優劣的指標，不少教師被迫或自願以論文發表的數量為職業生涯的最高目標，這對人文教育有摧毀性的影響。因為大學沒有正確教育觀念的領導者，就難保證教師都能有正確的教育理念，寬恕和包容兩項能力的教育便難以實踐。因此，除了明辨思維之外，寬恕和包容也是醫學生必須學習的功課。這些能力的訓練應是專業素養的一部分，採用反思式學習才有效果。在具備寬恕和包容的能力之後，再具備感受隱藏的功與恩的能力，便可以將心惡的過與怨轉變為轉念的功與恩。

2. 肯定

感恩和肯定是一體兩面的事，對於別人的功與恩，不但要能感受，更要對這樣的感受表達出來，也就是肯定。一般而言，表達肯定是較需要意願而較不需技巧。在一般的宗教團體裡，氣氛多祥和融洽，除了因為教友們相互關心和幫助之外，大家對對方的舉動都以唸著「感恩」來回應，這就是履行肯定。

但肯定並不是隨口說一聲感謝，而是如前面所說經由感受之後，對於表面的和隱藏的功與恩作出肯定，故必須言之有物。除此之外，肯定還有一些策略值得參考。耶魯大學管理學院教授 Victor Vroom 在 1964 年提出的期望理論 (expectancy theory) 對機構人員提升工作效率及促進學生學習成就均有很大的幫助。此理論提及改變人員行為的動機涉及三個元素：期望 (expectancy)、手段 (instrumentality) 和效價 (valence)。原著中有呈現下列無法一了了然的公式，以及相關的附加說明：

(1) Expectancy: Effort \rightarrow Performance (E \rightarrow P)

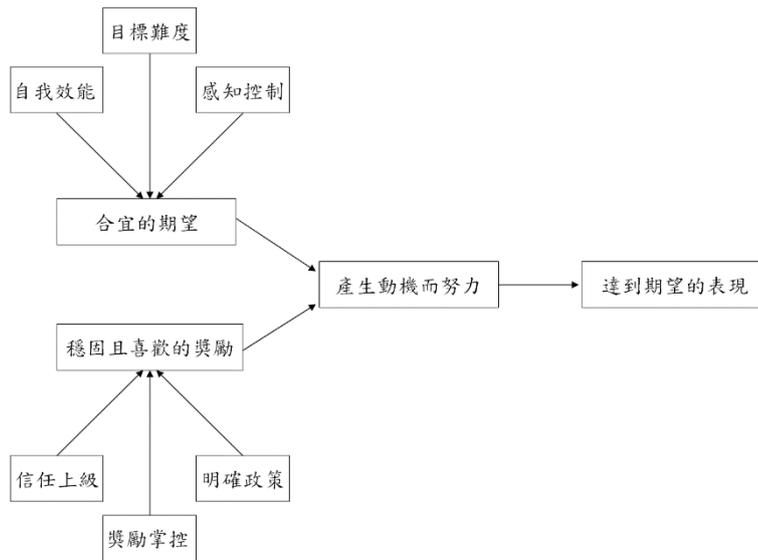
(2) Instrumentality: Performance \rightarrow Outcome (P \rightarrow O)

(3) Valence- V(R)

期望是指對付出努力 (effort) 之後可獲得怎樣的表現 (performance)。要在心中形成期望須涉及三個條件：(1) 自我效能 (self efficacy)：當事人相信自己的能力能做出什麼行為，他們會評估自己是否已具備充分的知識和技能來達成目標。(2) 目標難度 (goal difficulty)：目標的設定須合宜，太困難的目標會導致當事人相信無法達成而造成期望降低。(3) 感知控制 (perceived control)：當事人自認對掌控自己的表現能有多少把握，把握的多少會影響期望，繼而影響努力的動機。

手段是指當事人相信作出符合期望的表現便可獲得獎勵 (reward)，獎勵包括更高的報酬、晉升、嘉獎等。若不論有任何表現所得的獎勵都沒有差別，手段的效能便低。而影響手段是否有效有三個因素：對上級的信任 (相信在達成預期的表現會得到承諾的獎勵)、自己對獎勵的掌控 (若對上級不信任便希望是否得到獎勵是自己能掌控的)、有明確的政策 (明文規定有哪些表現就有哪些獎勵)。這三項因素愈是明確，手段的效能便愈大。

效價是指當事人對於獎勵的評價，評價的高低乃基於當事人的需求、目的、價值和動機。效價高低與獎勵的絕對數值不一定成正比，因為會受到當事人的期望所影響。若獎勵低於期望則效價低，獎勵符合或高於期望則效價高。雖然有批評者認為期望理論過於簡化，有某些狀況可能並不合適，但這些批評者是因不懂活用此理論而已。期望理論可以簡化如圖一。



圖一 期望理論

期望理論在教育領域的使用亦已有多年，教師依據此理論，在「合宜的期望」和「穩固且喜歡的獎勵」加以著墨，便可促進學生的學習動機，進而增加努力、提升表現，最後獲得更好的學習成效。而在團隊中，領導者亦可使用相同的方法提升團隊成員的能力和表現，使團隊的工作效能更佳。以下所述的是老師或團隊領導者執行期望理論的程序：

- (1) 評估期望：分析個別學生/團隊成員的能力，評估可以進步的程度。
- (2) 使期望合宜：與學生/團隊成員溝通對他們的期望，並給予指導使能達成期望。
- (3) 確認什麼是喜歡的獎勵：與學生/團隊成員溝通，了解他們對不同獎勵的評價。
- (4) 獎勵的保證：訂出明確的獎勵條件及發給獎勵的時程，並公告周知。
- (5) 履行承諾：依所訂條件及時程，確實給予獎勵。

需要特別強調的是期望理論的獎勵不必都是名與利，正如《戰國策·趙策一》常被引用的「士為知己者死」一詞，一個合宜的期望加上一個真誠的肯定，對大多數的學生和團隊成員都能激起努力的動機，繼而達到期望的表現。因此，期望理論配合適時的肯定，是營造成長學習以及合作氛圍的有效策略。

四、結語

人際與溝通技巧是人與人相處必須具備的技巧，對於須有利他與助人精神的醫療專業人員尤為重要，但這些技巧不是與生俱來，必須經由教育訓練。若醫療專業人員沒有接受充分的教育訓練，人際與溝通技巧往往是靠「痛苦經驗」累積而來，或甚至自專業領域退休後仍然不懂，導致自己和他人（特別是病人）的傷害。為要有良好的醫病關係，進而提升醫療品質，醫學院的教師必須先行



裝備自己，進而把人際與溝通技巧傳授給學生和自身周圍的醫療人員。當所有醫療專業人員都受過充分的教育訓練，由於這些技巧是有學便懂，若仍與人相處不和或欠缺溝通，則問題癥結在於為與不為，而不是能與不能了。