

doi:10.3969/j.issn.1672-4933.2021.01.002

应用激励工具开展以人为本的听力康复

Applying Motivation Tools for Person-Centered Hearing Care

冯定香

FENG Ding-xiang

【摘要】 本文描述了采用激励工具开展以人为本听力康复的理论、方法及优点。包括激励性访谈技术和跨理论模型。基于这些理论的激励工具提供了简单易用的框架,包括线条、盒子和圆圈3种工具,在临床中开展以人为本的听力康复。激励工具能够激励患者对听力损失采取积极行动,帮助专业人员使用以人为本的沟通,快速发现听障患者所处的阶段,以及患者听力和听力以外的核心需求,规划有针对性的信息、听力技术、心理社会等康复策略,以提高双方满意度。

【关键词】 激励工具;激励性访谈理论;跨理论模型;线条工具;盒子工具;圆圈工具

【Abstract】 This paper describes the theory, methodology and advantage of applying motivation tools for person-centered hearing care (PCC). The psychological based health behaviour change theories include mainly motivational interviewing technique and the transtheoretical model. Motivation tools provides a simple frame for conducting PCC, which includes the Line, the Box and the Circle. Research and practice show that the motivational tools could motivate patients to act on their hearing loss, help audiologists using person-centered communication to find the current stage, the hearing and hearing beyond key needs of the patients, and provides specific intervention for patients, which includes information, hearing technology, psychological and social help, so as to improve satisfaction for both sides.

【Key words】 Motivation tools; Motivational interviewing; The transtheoretical model; The Line; The Box; The Circle

听力障碍发病率高、数量大,给个人和社会带来了严重负担。其负担不只是原发听生理机能的下降,还包括一系列继发障碍,如交流能力低下导致社交障碍、心理和情感障碍、各种程度的孤独、自理能力下降和抑郁问题等,影响个人的生活质量,也影响家庭和社会生活。大量听障患者拒绝接受听力康复,经过诊断和评估的患者不听从专业建议验配助听器;使用了助听器或人工耳蜗的患者并没有坚持康复训练,大量病人在日常生活中没有使用交流技巧,社交活动受限,心理障碍、孤独、自信心低下等问题没有借助辅具的使用得到解决,生活质量没有得到根本改善。总体而言,听障患者对听力康复的满意度不高。这种不满意不仅局限在患者和家属,专业人员和机构乃至整个行业也受到影响。纵观医疗服务的发展其根本原因在于过度关注疾病生理机能和技术的生物-医学医疗模式,听力康复专业人员把主要精力放在听力损失原发障碍方面,少有重点关注听障患者继发的心理社会问题和个人生活质量,没有这方面的知识和技巧。对患者而言,他们对听力障碍的自觉严重程度与继发障碍密切相关,所以患者的重要需求没有得到关注和解决。可喜的是,近10年全球医疗行业包括听力康复都在向生物-心理-社会医学模式发展和转变,开展以

人为本的听力康复(person-centered care, PCC)服务,从过分强调技术转向以患者为中心的更平衡的方法。实践证明,这种服务对患者满意度和忠诚度产生了积极影响;同时也提高了康复效果和专业人员的满意度。

从传统听力康复转向PCC,一方面需要理念和态度的转变,同时需要知识、技巧和工具。其中专业人员时常面对采取行动进行听力康复意愿不够的患者,给出的建议和方案并不适合患者的需要,也没有了解患者的核心需求,当然无法给患者期望的支持。听障患者从意识到自己听力困难到采取行动接受听力康复的过程是漫长的,平均需要7年。在这个过程中听力阈值可能相对稳定,但是听力情况以外的因素如想法、心理状态、个人生活、交流方式不同,每个阶段需要的信息和帮助也不一样。成人听力障碍通常和老年退化等概念相联系,所以每个人对听力障碍的接受度不一样;患者对听力障碍造成的负面影响和听力康复带来的正面影响不完全知晓。一方面患者要学习大量有关听力障碍、听力康复、助听器、人工耳蜗等相关科普知识,另一方面患者要采取行动,如每天配戴助听器并进行保养,每天坚持声音、单词、句子、段落的听说训练,学习新的沟通方式。其过程的顺利程度使得患者心理状态不断变化,所以对患者而

作者单位:Ida研究所 丹麦 Egebaekvej 98,2850 Naerum

作者简介:冯定香 博士;研究方向:听力康复行业发展,人工耳蜗,助听器

通讯作者:冯定香, E-mail: dx_feng@hotmail.com

言,采取一系列行动进行听力康复是长期性的任务,需要患者来自于其内在强烈的意愿,而不是单靠专业人员对患者解释听力图及言语测听可以做到,唯一方法就是让患者探索其内部的激励因素从而产生自身意愿,激励工具是针对这一问题PCC 6大核心元素和相关知识设计的技巧和工具。

1 激励工具的理论基础

激励工具的理论基础是近40年来心理学家综合各种理论,从心理学角度构建的健康行为改变理论,包括激励性访谈技术和跨理论模型。健康行为改变理论提倡以患者为中心的沟通,关注患者个体生活方式、健康行为和采取行动的意愿,与患者共同探讨其生理、心理、社会、行为等问题和需求,着重从心理社会角度分析行为变化的过程 and 变化规律,按照患者所处的行为变化阶段及其心理需求设计干预措施,激励患者采取行动,最终达到提高健康的目的。世界卫生组织推广其广泛应用于不同医疗部门,解决各种健康问题和疾病,对健康行为的预测、预防和干预起重要作用。

1.1 激励性访谈技术

激励性访谈(motivational interviewing)^[1]是美国心理学Miller和英国心理学家Rollnick于1983年创立,该理论指出病人缺乏行动意愿或犹豫被看做是一种可以改变的状态,沟通的重点在于通过探索并解决病人的犹豫从而促进其行动意愿。该技术通过独有的沟通原则和谈话技巧,进行问-听-观察-感受-接受-反思的医患互动和咨询,强调以患者为中心,协助患者认识到现有或潜在的问题,发现并克服自身矛盾心理,从而提升行动的意愿,遵从专业建议。其原则^[2]包括表达共情(express empathy):专业人员与从患者的立场、想法、情感出发,理解患者的世界。共情可以让患者产生信任感,更深层地分享自身经历;呈现矛盾(develop discrepancy):帮助患者认识到其生活现状是如何阻碍他们实现理想状态和个体目标的。矛盾的呈现和分析有利于增强行动的意愿;应对抵抗(roll with resistance):当来访者感到自由和自主性被侵犯时,可能产生抵抗情绪,专业人员不站在与患者对抗的立场,咨询的核心仍是让患者自己发现问题、解释问题并解决问题;促进自我效能感(support self-efficacy):相信患者本身具有进行改变的能力,特别在患者因不成功的经历而对自己产生怀疑、丧失信心时,需要对患者进行鼓励,对其进步进行积极肯定。沟通中,医患角色平等彼此合作,而非权威性的“给予与接受”的关系,患者的任务是表达并解决其犹豫,专业人员的任务是带着同理心倾听并看出患者的犹豫,在探索并解决其犹豫时给与指导。

1.2 跨理论模型(the transtheoretical model)

跨理论模型是心理学家Prochaska等综合10余种理论后于1984年形成的一种系统性研究人们行为改变方法的模型^[3]。该模型主要包括变化阶段(the stage of change)、变化过程(the process of change)和决策平衡(decisional balance)等内容。跨理论模型不同于把行为改变过程看作简单的线性发展过程的传统理论,而将其视为一个有意的持续存在的非线性过程,该过程会随着时间的推移而展开,并涉及一系列变化阶段,各阶段交互发展,形成动态循环反复的路径,如慢性疾病的健康行为和心理状态改变,并不总是向前移动,也有可能退回,也可能稳定保持在同一阶段,故应对所处不同阶段的个体采取不同的行为改变策略。有关生活方式的行为改变需要经历6个阶段^[4],包括前意向期、意向期、准备期、行动期、维持期、倒退期。了解个体处于哪个行为变化阶段,然后采用合适的策略推进其行为发生改变,研究发现推动变化过程的10种常用策略涉及认知态度和行为改变^[5],认知态度策略着重于改变对健康行为的内在想法和心理感觉,它先于行为改变,在前意向期和意向期非常有效;直接着重于健康行为的改变在准备期、行动期和维持期有效。涉及认知态度改变的策略包括:意识提高(consciousness-raising)、压力释放(dramatic relief)、社会生活再评价(environmental re-evaluation)、自我评估(self-re-evaluation)和社会认可(social liberation);涉及行为改变的策略包括:自我解放(self-liberation)、强化管理(reinforcement management)、正向经验(counter conditioning)、刺激控制(stimulus control)和帮助性人际关系(helping relationships)。变化阶段和变化过程的整合最终解释了个体行为的改变,不同阶段被放在一个圆圈中,有助于说明变化的循环过程,不同阶段应用不同策略推动变化过程。决策平衡是Janis等于1977年在心理学领域首次提出^[6],通过反思和利弊权衡,决策者的矛盾犹豫心理在这种过程中展现出来,可以比较是否采取行动的潜在利弊后做出合理决定,而且利弊之间的权衡随着个体的不同而不同。相对于简单比较优缺点的防范,决策平衡可以帮助厘清目标、评估各种干预措施和后果,并系统地考虑解决方案的实施。经过测试和因子分析,逐渐形成了由采取行动与否的利与弊4个因素的决策平衡盒子模型。

2 激励工具的应用方法

健康行为改变理论已得到广泛测试和利用,Ida研究所是最早将其应用于听力康复领域的机构之一,形成了激励访谈技术和线条、盒子和圆圈3种激励工具的融合。激励工具提供了一个简单易用的框架,使听力康复

专业人员能够使用激励访谈技术在接诊过程中和患者沟通互动,带着同理心积极与患者建立信任关系,更好地了解听障患者的心理状态和内心想法,包括个体和听力以外的核心需求。让患者做大部分的谈话,医患互动被认为是“专家间的会议”,专业人员是听力专家,患者是了解他们的生活如何被听力损失影响的专家;专业人员采用激励式访谈方式与患者及家属共同讨论采取行动的利弊和助听器效果的改善等,同时讨论不良心理及行为的影响,帮助患者认识到与听力损失有关的焦虑、紧张、恐惧等不良心理的负面效果,帮助患者认识到个人日常生活涉及健康的各方面,如行为、社交、情绪、饮食、锻炼等,让他们产生行动的意愿和信心,参与自身康复。

2.1 线条工具(the line)

线条工具提供了一种快速简单、易于使用的视觉方法,以评估患者采取行动的意愿程度和其使用听力技术(助听器、人工耳蜗和康复训练)的信心,见图1。原理基于两个简单的问题。

“在一条具有1~10刻度的线上,提高听力对您有多重要?”



图1 线条工具

“在一条具有1~10刻度的线上,您对自己配戴和使用听力技术的能力有多大信心?”

它用于在初诊沟通的开始,患者口头回答以上问题,专业人员耐心倾听患者,不要和患者争论,也不必马上告诉患者问题,给患者反思的时间十分必要,他们之前可能没有考虑过听力损失或没有机会以系统结构化的方式表达其需求。使注意力集中在沟通过程上,而不是技术上。专业人员根据患者的答案询问后续问题,并探讨他们为什么放在那个刻度,帮助评估他们的意愿水平并调整咨询内容和方法。如对一个自认为提高听力不重要,行动意愿低的患者,让他们了解听力损失带来的各种影响比劝导其使用助听器更重要;对一个自认为提高听力重要,有行动意愿但担心不能使用好助听器的患者,可以让他们和家庭成员一起了解助听器知识,增加信心。线条工具提供了医患对话的一种结构,确保患者能够表达什么对他们很重要,使专业人员能够相对快速地理解患者的角度,进入患者核心需求的大门,并给与针对性的信息和咨询,临床上也意味着患者能在信息充分的基础上进行思考和决定。专业人员在整个康复过程中使用它来跟踪患者这两个问题的想法,控制康复进程。

2.2 盒子工具(the box)

盒子工具提供了一种结构化的思考利弊的决策平衡方法,让患者看到采取行动和不采取行动优缺点,有助于解决他们的犹豫心理。它由4个问题组成:①不采取行动

保持现状的优点是什么?②不采取行动保持现状的缺点是什么?③采取行动的潜在缺点是什么?④采取行动的潜在优点是什么?见图2。

如果患者的心理状态十分犹豫,或者线条工具得分

5分左右,可以在初诊时使用盒子工具进一步探索患者的内心想法。专业人士尽可能

1)不采取行动保持现状的优点是什么?	2)不采取行动保持现状的缺点是什么?
3)采取行动的潜在缺点是什么?	4)采取行动的潜在优点是什么?

图2 盒子工具

让患者有足够的时间思考答案,也可以通过问题与他们一起探讨利弊,该过程有助于患者在决策过程中看到采取行动处理听力问题的好处,有助于弄清患者犹豫心理的来源,进一步了解其没有表达的核心需求,使专业人士能够提供有针对性的建议、相关信息和支持行动方案。如果患者对助听器或人工耳蜗满意度不高,也可以使用盒子工具让其列举满意和不满意的具体原因,从而进行有针对性的验配、调机或处理。

2.3 圆圈工具(the circle)

圆圈工具描绘了听力损失患者通常经历的阶段:前意向期、意向期、准备期、行动期、维持期和倒退期。听力损失是一个过程,经历听力损失患者的需求和观点将不断改变,了解患者不同阶段的需求很重要,患者的某些表达提示他所处的对应阶段,如“我想我可能有点听力不好”(前意向期);“我可能有听力问题”(意向期);“我想我可能需要提高听力”(准备期);“我打算去提高我的听力”(行动期);“我在使用助听器或交流策略”(维持期);“我不喜欢我的助听器”(倒退期)。专业人员和患者沟通后,使用该工具评估患者在听力过程中处于什么阶段,并决定哪些干预策略对目前阶段的患者最有意义。圆圈工具也可用于向患者解释听力过程的不同阶段,并说明所处阶段或呈现其进步,见图3。

对于前意向期和意向期的患者^[7],多采用认知态度策略。提高认识是

通过观察、互动和阅读疗法提高患者对听力问题的认知,提供有关听力损失对生活质量的影

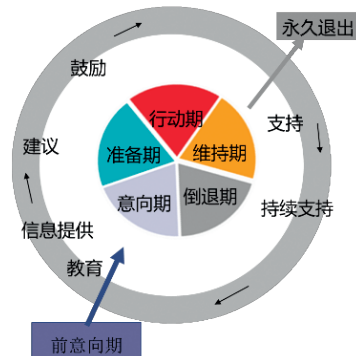


图3 圆圈工具

以让患者做自我评估问卷;压力释放是指患者对听力问题负面感觉和找到解决方案后的压力舒缓,也可以通过角色扮演了解患者和家人对听力损失的感觉和由此产生的沟通困难,通过倾听使患者能够表达其对听力状况和解决问题的看法;社会生活再评价评估听力问题对个人和社交生活的影响,例如听力损失造成的经济损失以及听力损害引起家庭沟通不畅的代价和心理阴影,说明未经治疗的听力损失可能对患者产生的负面影响,如焦虑和抑郁;自我评估侧重于患者不采取行动的感受和思考,涉及患者的价值观、内部形象和心理体验,应该坦率地讨论与听力损失相关的错误观念,有效方法是让患者列出配戴助听器的所有优缺点,创建一个决策平衡表,增加对助听器使用方面积极的认识,有助于对助听器的使用产生建设性的看法;社会认可是让社会越来越理解和接受听力不好的群体。对于准备期、行动期、维持期的患者重在行为改变,自我解放是让患者相信自己可以改变并能够使用助听器,让患者自己承诺采取行动;强化管理是指奖励患者的积极行动,有些机构使用21天小册子帮助新用户适应助听器,不断强化继续使用助听器的好处,还有合理的期望值、沟通策略和自助组等信息;正向经验是使用更积极的经验来与应对焦虑的过程,当患者对听力损失引起的沟通不满时,使用放松技术可以帮助减少焦虑;刺激控制是让患者尽量减少对沟通问题的暴露,充分利用辅助听力技术,并要求家人参加支持计划;帮助性人际关系是指理解和支持患者的群体,包括家庭、支持组和在线聊天组等。

3 激励工具的优点

激励工具能够帮助专业人员了解患者的主动性和其在康复进程中的所处阶段,在有限的时间内和患者建立沟通并讨论其核心需求,让患者自己感到需要采取行动,充分调动个人积极性。专业人员不仅可以了解患者的听力损失,还能了解患者在不同阶段的心理状态,了解患者的交流生活方式包括其价值观和个人喜好;不仅认识其听力提高的需求,还能认识其心理、社会、个人生活质量各种听力外内在看不见的需求。在听力康复服务过程中,在不同阶段应用不同策略应对患者的听觉、心理、行为和社会问题,包括从听力损失的一般信息、到听力技术到沟通策略、到健康生活等任何内容。这种以人为本的服务更具同理心并最终更加有效,也可有效利用专业人员的时间。激励工具是PCC服务中最典型且目前在全球应用最广泛的工具,其效果显著^[8]。英国国家健康与护理卓越研究所最近发布的指南建议使用激励性访谈,作为了解听障患者病情的一种方式;美国退伍军人事务部把激励工具直接放入听力学病史记录表中应用;我国部分机构

也在近几年使用了激励工具,特别在助听器验配领域取得了很好的效果^[9]。

以人为本的听力康复必将随着听力技术日新月异的发展而发展,其理念和工具能够指导技术的使用以确保听损患者的需求和想法是重中之重,确保康复措施既包括原发听力能力的提高,也包括心理、社会和患者个人信息的支持,融入家属,并充分激励患者自己的积极性和主动性,这需要一系列的方法、知识和工具,根据PCC核心要素和健康行为改变理论,Ida研究所开发了一系列工具,应用于听力障碍诊断和评估,助听器验配及人工耳蜗植入,康复训练,以及耳鸣管理,包括成人和儿童。国内有些单位已经把PCC作为重点的教育、临床和科研主题,相信也会发展一些适合中国国情的PCC内容。相信在不久的将来,将会有更多系统而实用的临床方法和工具,共同推进以人为本的听力康复,促进行业发展。

参考文献

- [1] Miller WR. Motivational Interviewing with Problem Drinkers[J]. Behavioural Psychotherapy, 1983, 11(2): 147-172.
- [2] Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational Interviewing in Health Care[M]. New York: The Guilford Press, 2008. 35-40.
- [3] Diclemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, et al. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change[J]. J Consult Clin Psychol, 1991, 59(2): 295-304.
- [4] Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change[J]. J Consult Clin Psychol, 1983, 51(3): 390-395.
- [5] Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviours[J]. Am Psychol, 1992, 47(9): 1102-1114.
- [6] Janis IL, Mann L. Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice, and Commitment[M]. New York: Collier Macmillan, 1977. 40-45.
- [7] Lorraine AB, Patricia BK, Sharon AL. Application of the Stages-of-Change Model in Audiology[J]. JARA, 2004, xxxVII Jan: 41-56.
- [8] Manchaiah V, Hernandez BM, Beck DL. Application of Transtheoretical (Stages of Change) Model in Studying Attitudes and Behaviors of Adults with Hearing Loss: A Descriptive Review[J]. J Am Acad Audiol, 2018, 29(6): 548-560.
- [9] 丛珊, 李琳, 关海超, 等. 跨理论模型和动机性访谈干预对老年听力障碍患者助听效果的影响[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2016, 24(2): 176-179.

收稿日期 2020-12-02
责任编辑 薛 静