

高职医学生学习倦怠的初步研究*

廖 于¹,刘家英¹,吴海峰^{1△},秦观海¹,陈紫薇¹,石 磊²,周小兰²

(1. 重庆医药高等专科学校,重庆 401331;2. 重庆医科大学附属第二医院病案统计科 400010)

doi:10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2011. 09. 040

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2011)09-0924-03

学习倦怠是当前大学生中普遍存在的一种心理现象,对大学生的学习兴趣和身心健康有着重要的影响。而医学生是未来医学事业的建设者和接班人,其身心健康不仅关系和影响医学个人的学习、工作和生活,而且影响着未来医学事业的发展。高职医学专科学校较之其他专业院校在学生培养目标、教学方式上都有自己的特征,鉴于此,本研究通过调查分析,试图了解高职医学专科学校学生学习倦怠的一些特点,加深人们对高职医学专科学校学生学习倦怠心理的了解,为进一步寻找更多更有效的降低学习倦怠水平的方法打下基础。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 7 月,以重庆医药高等专科学校大一、大二、大三学生为调查对象,同时调查重庆医科大学本科大一、大二、大三相关专业学生作为对照,本次调查共回收问卷 634 份,有效问卷 627 份,有效率 98.9%。在有效调查的 627 人中,学历组成:医学本科 295 人(47.05%);医学专科 319 人(50.88%);未回答 13 人(2.07%)。性别组成:男 220 人(35.09%);女 394 人(62.84%);未回答 13 人(2.07%)。年级组成:大一 196 人(31.26%);大二 277 人(44.18%);大三 143 人(22.81%);未回答 11 人(1.75%)。家庭结构:城市或乡镇 334 人(53.27%);农村 278 人(44.34%);未回答 15 人(2.39%)。专业结构:临床 321 人(51.20%);影像 49 人(7.80%);护理 207 人(33.00%);检验 40 人(6.40%);未回答 10 人(1.60%)。

1.2 方法

1.2.1 研究工具 自编学习倦怠问卷:参考连榕等^[1]编制大学生学习倦怠量表的程序,通过开放式问卷调查,按照心理测量学的要求,参照 Maslach 量表编制了医学生学习倦怠问卷。医学生学习倦怠状况调查表共 24 个条目,分为 3 个维度(情绪低落、行为不当、学习效能感低),每个维度各包括 8 个条目。

1.2.2 学习倦怠计分方法 负性条目(出现越频繁,倦怠越严重,即第 1~20 题)答案计分方法:从不为 0 分,极少为 1 分,偶尔为 2 分,经常为 3 分,频繁为 4 分,非常频繁为 5 分,每天为 6 分;正性条目(出现越少,倦怠越严重,第 21~24 题)答案计分

方法:从不为 6 分,极少为 5 分,偶尔为 4 分,经常为 3 分,频繁为 2 分,非常频繁为 1 分,每天为 0 分。

1.2.3 学习倦怠评判标准 按已有研究的分界标准分为 3 类,倦怠得分平均分为 0~2 分为低度倦怠,2~4 分为中度倦怠,4~6 分为高度倦怠。

1.3 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件进行统计分析。Epidata 建立数据库,进行描述性分析和秩和检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 学习倦怠的总体状况和检出率 本次被调查大学医学生的情绪低落、行为不当、学习效能感低 3 个维度及总倦怠平均得分的中位数依次为 2.13、1.63、2.25、2.04 分。超过 50% 的调查对象存在中重度学习总倦怠,3 个维度中情绪低落维度的中、重度倦怠人数所占百分比最高,达 54.87%,见表 1。

2.2 不同学历医学生学习倦怠情况的比较 大学本科医学生与大学专科医学生在学习总倦怠及学习效能感低的倦怠得分差异有统计学意义($P<0.05$),都是大学本科医学生高于大学专科医学生,情绪低落和行为不当两个维度差异无统计学意义($P>0.05$),见表 2。

表 1 医学生学习倦怠分布情况[n(%),n=627]			
学习倦怠	低度倦怠	中度倦怠	重度倦怠
情绪低落	283(45.14)	284(45.30)	60(9.57)
行为不当	373(59.49)	223(35.57)	31(4.94)
学习效能感低	226(36.04)	388(61.88)	13(2.07)
总倦怠	300(47.85)	310(49.44)	17(2.71)

2.3 不同性别大学医学生学习倦怠情况的比较 不同性别大学医学生在行为不当维度的倦怠得分差异有在统计学意义($P<0.05$),男生高于女生,情绪低落、学习效能感低、学习总倦怠在男女生间差异无统计学意义($P>0.05$),见表 3。

表 2 不同学历医学生学习倦怠情况的比较								
学习倦怠	大学本科			大学专科			统计学检验	
	中位数	四分位数间距		中位数	四分位数间距		Z 值	P 值
		P ₂₅	P ₇₅		P ₂₅	P ₇₅		
情绪低落	17.0	11.0	24.0	16.0	11.0	23.0	-0.538	0.591
行为不当	14.0	8.0	21.0	12.0	8.0	19.0	-1.768	0.077
学习效能感低	20.0	14.0	23.0	17.0	11.0	22.0	-2.658	0.008
总倦怠	53.0	35.0	67.0	46.0	34.0	61.0	-1.972	0.049

* 基金项目:重庆市教育委员会人文社会科学研究资助项目(10SKS03);重庆医药高等专科学校社科重点课题资助项目(2009-27)。

△ 通讯作者,Tel:(023)65644012;Email:cqzdyly@163.com。

表 3 不同性别大学医学生学习倦怠情况的比较

学习倦怠	男生			女生			统计学检验	
	中位数	四分位数间距		中位数	四分位数间距		Z 值	P 值
		P ₂₅	P ₇₅		P ₂₅	P ₇₅		
情绪低落	17.0	11.0	23.0	17.0	11.0	23.0	−0.192	0.848
行为不当	14.0	8.0	22.0	12.0	8.0	19.0	−2.202	0.028
学习效能感低	19.0	13.0	23.0	18.0	12.0	23.0	−1.176	0.240
总倦怠	51.0	35.0	65.0	48.0	33.0	61.0	−1.263	0.207

表 4 不同年级大学医学生学习倦怠情况的比较

学习倦怠	大一			大二			大三			统计学检验	
	中位数	四分位数间距		中位数	四分位数间距		中位数	四分位数间距		χ ² 值	P 值
		P ₂₅	P ₇₅		P ₂₅	P ₇₅		P ₂₅	P ₇₅		
情绪低落	16.0	9.3	22.0	17.0	12.0	23.0	18.0	11.0	27.0	6.308	0.043
行为不当	14.0	8.0	20.0	13.0	8.0	19.5	12.0	7.0	21.0	0.796	0.672
学习效能感低	19.0	10.0	23.0	18.0	14.0	22.0	20.0	11.0	25.0	3.673	0.159
总倦怠	49.5	31.0	63.0	48.0	35.0	61.0	49.0	34.0	68.0	2.011	0.366

表 5 不同专业大学医学生学习倦怠情况的比较

学习倦怠	临床			影像			护理			检验			统计学检验	
	中位数	四分位数间距		中位数	四分位数间距		中位数	四分位数间距		中位数	四分位数间距		χ ² 值	P 值
		P ₂₅	P ₇₅		P ₂₅	P ₇₅		P ₂₅	P ₇₅		P ₂₅	P ₇₅		
情绪低落	16.0	11.0	22.0	16.0	9.0	23.5	17.0	16.0	14.0	18.0	9.5	24.0	1.757	0.624
行为不当	13.0	7.3	20.8	14.0	10.0	23.0	12.0	9.0	10.0	13.0	7.0	21.8	0.941	0.816
学习效能感低	18.0	12.0	23.0	20.0	10.0	23.0	18.0	23.5	23.0	22.5	14.0	24.0	5.557	0.135
总倦怠	49.0	33.0	65.0	52.0	33.0	65.0	49.0	0.0	0.0	52.5	31.0	69.8	0.768	0.857

表 6 不同家庭来源大学医学生学习倦怠情况的比较

学习倦怠	城市或乡镇			农村			统计学检验	
	中位数	四分位数间距		中位数	四分位数间距		Z 值	P 值
		P ₂₅	P ₇₅		P ₂₅	P ₇₅		
情绪低落	17.0	11.0	24.0	16.0	11.0	22.0	−1.624	0.104
行为不当	15.0	8.0	21.0	11.0	7.0	19.0	−3.688	<0.001
学习效能感低	19.5	14.0	24.0	17.0	11.0	21.0	−3.931	<0.001
总倦怠	52.0	37.0	67.3	46.0	31.0	59.0	−3.637	<0.001

2.4 不同年级大学医学生学习倦怠情况的比较 不同年级大学医学生在情绪低落维度上差异有统计学意义($P<0.05$),高年级学习倦怠状况比低年级严重,其他维度及总倦怠在不同年级间差异无统计学意义($P>0.05$),见表 4。

2.5 不同专业大学医学生学习倦怠情况的比较 大学医学生学习倦怠情况在不同专业大学医学生间差异无统计学意义($P>0.05$),见表 5。

2.6 不同家庭来源大学医学生学习倦怠情况的比较 不同家庭来源的大学医学生在行为不当、学习效能感低、学习总倦怠上差异有在统计学意义($P<0.05$),城市或乡镇来源的大学医学生比农村来源的大学医学生学习倦怠情况严重,情绪低落在不同家庭来源的大学医学生间差异无统计学意义($P>0.05$),见表 6。

3 讨 论

3.1 学习倦怠的内涵 学习倦怠是指学生在学习过程中,由学业压力等心理压力,以及社会支持和应对资源缺乏引起的情绪、行为上的消极变化。学习倦怠是当前医学生中普遍存在的一种心理现象,对医学生的学习兴趣、身心健康有着重要的影响。学习倦怠分为 3 个维度,即情绪低落,反映医学生由于不能很好地处理学习中的问题与要求,表现出沮丧、缺乏兴趣、过

度疲劳和精力丧失等情绪特征;行为不当,反映医学生由于厌倦学习而表现出逃课、不听课、迟到、早退、不交作业等行为特征;学习效能感低,反映医学生在学习过程中体验到低成就的感受,胜任感降低。

3.2 大学医学生学习倦怠的程度及人口学变量对大学医学生学习倦怠的影响 国内的研究发现,对于不同的研究对象(医学生、中学生、中专生),其学习倦怠在不同人口学变量间的差异并不相同。本研究表明,被调查大学医学生的情绪低落、行为不当、学习效能感低及学习总倦怠达到了轻度倦怠,有超过 50%的调查对象存在中重度学习总倦怠,3 个维度中情绪低落维度的中重度倦怠人数所占百分比最高达 54.87%。大学本科医学生与大学专科医学生在学习总倦怠及学习效能感低的倦怠存在统计学差异,都是大学本科医学生高于大学专科医学生,情绪低落和行为不当 2 个维度没有统计学差异,这与任怡^[2]的研究结果一致,而与许有云^[3]对医学生的研究结果不同。不同性别医学生在行为不当维度的倦怠得分存在统计学差异,男生高于女生,情绪低落、学习效能感低、学习总倦怠在男女生间没有统计学差异。不同年级大学医学生在情绪低落维度上存在统计学差异,高年级学习倦怠状况比低年级严重,其他维度及总倦怠在不同年级间无统计学差异,这可能与本科

医学生和高年级医学生面临考研或就业,学习压力较大,或对专业不感兴趣,不考虑在本专业进一步发展,缺乏学习动力有关。大学医学生学习倦怠情况在不同专业大学医学生间没有统计学差异。不同家庭来源的大学医学生在行为不当、学习效能感低、学习总倦怠上存在统计学差异,城市或乡镇来源的大学医学生比农村来源的大学医学生学习倦怠情况严重,可能与农村来源的大学医学生深知学习机会来之不易,学习动力较足有关。

3.3 医学生学习倦怠的原因分析 引起医学生学习倦怠的原因是多方面的,社会、学校、家庭及医学生个人等因素都与学习倦怠有着很大的关系。(1)社会上的不良风气,医学生择业机制尚不健全,就业中存在不合理、不公平的现象导致许多医学生有学习无用的萌发。(2)自我认知失调、学习压力过大也是重要的原因,表现在时间安排不当,学习方法不科学而引发考试焦虑,出现成绩滑坡,厌学,缺乏人生理想或专业兴趣而导致学习目标不明、学习动力不足等^[4]。(3)人际关系失调,社会支持的缺失,教育教学不当、人格因素缺损,家庭期望太高等也是导致医学生学习倦怠的重要促发因素。

3.4 医学生学习倦怠的预防措施 学习倦怠是反映医学生积极和消极学习心理的重要的综合指标。学校要积极开展心理健康教育,建立有效的社会支持机制系统,开展一系列心理导向活动来引导不同阶段医学生,增强医学生对未来生活的预见性。同时加强学校、家庭和医学生之间的有效沟通,了解医学生的实际情况,改变过高的期望和尊重他们的选择,为医学生成长营造一个宽松的环境。医学生要增强自己的综合素质,提高心理承受能力,学会有效地应付压力^[5]。对于高职医学生,

• 医学教育 •

教师应针对医学生的心理特征和医学专业学科特点,有目的地应用教育心理学原理指导学生的学习实践,可以结合专业组织医学生参观社区医疗,进行有关健康知识需求、常见疾病的调查,病例分析,以增强职业意识,激发求知欲望,提高学习热情。在医学教学中教师不仅要更新教学理念,为医学生树立现代医学观,而且要注重教书育人,加强高职医学生职业素质教育,将疾病的变化与社会心理因素的关系、基础知识与医疗实践紧密联系起来,使学生在基础知识学习中融入高度的社会责任感和爱心奉献精神,最终培养出高素质的实用型医学人才^[6]。

参考文献:

[1] 连榕,杨丽娟,吴兰花. 大学生的专业承诺、学习倦怠的关系与量表编制[J]. 心理学报,2005,37(5):632.
[2] 任怡. 大学生学习倦怠量表在高职院校的试测[J]. 理论与现代化,2007,11(3):120-122.
[3] 许有云. 大学生学习倦怠及其与应对风格的关系[J]. 中国健康心理学杂志,2007,15(3):243.
[4] 郭晋林,邓旭阳,杨晓波,等. 400 名大学生心理问题调查及对策[J]. 东南大学学报:医学版,2007,26(3):217.
[5] 李永鑫,谭亚梅. 大学生学习倦怠的初步研究[J]. 中国健康心理学杂志,2007,15(8):730.
[6] 曾天德,王凯旋. 高职医学生心理健康状况与应对方式关系研究[J]. 中国学校卫生,2006,27(5):404.

(收稿日期:2010-09-10 修回日期:2010-10-10)

带教见习中加强医德教育的体会

符 刚,张佳思,张 勇,陈洁平

(第三军医大学西南医院血液科,重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.09.041 文献标识码:B 文章编号:1671-8348(2011)09-0926-02

临床见习是医学教育的一个重要阶段,也是医学生开始与患者打交道的初始阶段,在此阶段,医学生将所学的理论知识应用于临床实践,为下一阶段的临床实习打下坚实的基础。以仁爱之心治病救人是医生的职业操守,在见习阶段注重对医学生进行职业道德教育,养成全心全意为人民的身心健康服务的良好品德,意义深远^[1]。但是由于见习时间较短,医学生难免感触不深。作者就血液科见习带教的教学经历,总结报道如下。

1 在临床见习中加强医德教育的必要性

1.1 医学职业特殊性的要求 医学职业的特殊性要求医护人员更懂得尊重生命、爱护生命,要有救死扶伤的使命感和职业道德。凡行医者首先应懂得医德无价的道理。为人之道,以德为上,行医亦然。医道乃人道与仁道,需始终坚持济世救人为本,其仁爱之心与无私精神远远在物质金钱之上。行医者须抱定悬壶济世、救死扶伤的高尚宗旨,不怀私欲,不分贵贱,竭诚为人疗疾祛病,使濒危者起死回生^[2]。中国古代医德讲究施药扶危,要求医生成为仁爱之士,孙思邈在《大医精诚》中指出:凡大医治病必先安神定志,无欲无求,先发大慈恻隐之心,誓愿普救含灵之苦^[3]。古代西方医学也强调治病救人,《希波克拉底誓言》指出:我要竭尽全力,采取我认为有利于患者的医疗措施,不能给患者带来痛苦与危害,我要清清白白地行医和生活,无论进入谁家,只是为了治病,不为所欲为,不接受贿赂,惟一

目的就是为病家谋幸福。
1.2 适应新的医学模式要求 1977 年美国精神病学家恩格尔在《科学》杂志上撰文明确提出了生物—心理—社会医学模式,它超越了生物医学模式对健康与疾病的简单化认识,在医治疾病与促进健康方面起了巨大作用^[4]。生物—心理—社会模式不仅重视生物因素,也同样重视社会心理因素对疾病与健康的影响。这就要求临床医师在为患者进行诊断的过程中,应从新的医学模式进行立体诊断,从而指导治疗、康复与预防。如果一名医师不具备对患者的爱心、耐心、细心以及责任心和良好的职业道德,就无法很好地为患者提供服务。而在临床见习阶段是医学生从理论走向实践的交界期,是职业道德初步形成的时期,不打好基础,势必会影响今后的从医生涯。

1.3 适应新的医疗环境的要求 近年来,医患关系已成为社会关注的热点问题之一。客观地说,现今医患之间缺失信任感是普遍的,部分患者及家属对医生存在不信任情绪,部分医务人员将一些患者及家属视为潜在投诉者的心理客观存在,这种不信任甚至对立的医患关系是不正常的^[5]。为改善医患关系,促进医患沟通,进一步强调医德教育更显必要。在医疗服务中,要从患者整体出发,针对患者不同情况,积极设法为其解除厌恶、恐惧、疑虑、烦恼、悲观等不利战胜疾病的干扰因素。工作中要做到了解患者,熟悉患者,与患者建立良好的信赖关系;思想上要尊重、理解;态度上要和蔼可亲、满腔热忱;举止要端