

医患沟通技能课程新模式的探索与评价*

刘平¹, 杜莲¹, 王婷¹, 蒙华庆¹, 况利¹, 陈鸿雁², 胡华^{1△}

(1. 重庆医科大学附属第一医院心理卫生中心 400016; 2. 重庆医科大学附属第一医院临床学院教务处 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.09.047

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2014)09-1146-02

近年,我国媒体多次报道患者砍死砍伤医生不良事件,北京地区相关研究也表明住院医师存在医患沟通的负面经历^[1];另有研究对某大型公立医院调查显示,该院 62% 的医师对自身沟通能力的提高有明确需求^[2],显然沟通能力依然是医疗工作中的薄弱环节。然而目前我国医学院校对医学生在医患沟通能力方面的教育模式普遍停留在重理论、轻实践上,甚至无实践课程的设置^[3]。有研究对国内 50 所医学院校进行调查,仅有 40% 的医学院校开设了沟通类选修课,且很多都存在课程相对单调、课时相对偏少、教学形式欠灵活等问题^[4]。随着医学模式的转变,对医学生的医患沟通技能提出了更高的要求,传统的教学模式已不能满足学生的需要。本课题组基于心理学知识背景,提出了构建融入心理学技术的医患沟通实践课程新体系,以“角色扮演”法为主要教学载体,以团体活动为主要教学形式。本课题组已在前期工作中进行了医患沟通技能课程模式的初探^[5],本文借助 360 度考评法,于该课程结束时间和 1 年后评估了新模式的近远期效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 在重庆医科大学临床医学系某专业大四下学期自愿参加本课程的医学本科学生中,抽取 31 人设为观察组,其中女 18 人,男 13 人,年龄 22~24 岁,平均(22.71±3.56)岁;同年级中抽取未参加本课程的 30 人设为对照组,其中女 16 人,男 14 人,年龄 22~24 岁,平均(23.21±2.76)岁。两组学生的年龄、性别、学历差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 医患沟通技能课程的传统模式 国内医学院校医患沟通教学方式基本以课堂讲授为主,多为事实性和概念性知识,课程的设计和安排远不能满足医学生进入临床以后处理复杂医患关系的需要^[6]。重庆医科大学本科教学中没有专门设置医患沟通技能课程,仅在医学心理学本科教学中按照传统模式设置“医患关系”、“沟通技巧”等课时,平均 3~6 学时,均为理论教学,多采用教师讲解理论、分析病历、分享自身经验的方法。在新模式的课程教学前,观察组和对照组均已经历了医患沟通传统模式的教学。

1.2.2 医患沟通技能课程新模式

1.2.2.1 内容安排 在传统模式的理论教学基础上,对大四临床见习生增加总长 16 学时、层层递进的 4 次体验式教学实践课程,包括:关于医德的讨论及学习病史采集、告知病情、制定医疗处理方案等重要临床环节中的医患沟通技巧。

1.2.2.2 教学方式 (1)团体模式:采用由 8~12 人组成小组的方式,形成 3 个小组团体,分别由 1 名教师负责,利用团体心理学优势,通过相互观察、模仿学习和体验,觉察医学生自己在医患沟通中的优势和缺陷,促进医患沟通技能的提高。(2)情

景教学法:国外医学生的教学研究表明,角色扮演是最有效的方法之一^[7]。首先,播放我国医疗活动中常见医患情景的视频或影片作为基本情景,使学生充分了解患者及自身角色。再通过设定相应角色,模拟临床真实场景,并进行角色互换,让学生感受到医患双方不同角色差异的心理活动,既增强学习趣味性,又提高沟通实践能力。(3)典型案例教学法:即通过对临床各重点科室(急诊科、普内科、普外科及肿瘤科)典型案例的分析和讨论,提升学生对理论知识、重点难点及临床分析能力的理解和掌握,也可极大程度调动学习积极性和主动性。(4)以问题为导向的教学方法:以问题为导向、学生为中心,依照教学中出现的具体问题及学生反馈,开展小组或集体讨论,丰富专业知识,拓展思维,解决具体问题。

1.2.3 效果评价 采用拟 360 度考评法,其理论基础是心理测量学中的真分数理论^[8]。360 度考评法一般采用问卷法,问卷的形式包括等级量表和开放式问题两种,可单独或综合使用^[9]。问卷的内容,多为与被评价者学习内容密切相关的技能、素养、回馈等。问卷正式使用前,统一集训评估者,让其学习固定指导语及评估细则。本实验依据以上原则,自制自评及他评(患者、患者家属、带教老师)等级量表,其内容包括医师自信心、重视度、沟通时长、服务态度、患者满意度、疾病共识度、医患信任关系、相互理解程度等 9 个问题。采用 1~5 分的 5 级评分;其中 1 分,完全不赞同;2 分,大部分不赞同;3 分,部分赞同;4 分,大部分赞同;5 分,完全赞同;问卷总分为 9~45 分。从而对医患沟通技能的新模式教学近远期效果进行多维度的评估,避免传统考核中考核者极易发生的“光环效应”、“居中趋势”、“个人偏见”和“考核盲点”等现象^[10]。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 软件进行统计学分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用方差分析及独立样本 t 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 效果 分别于观察组开展新模式教学前、教学结束当日、教学结束 1 年后,让该组学生进行自我评估并比较前后差异,发现其医患沟通自我评价得分在教学刚结束时[(34.20±3.54)分]、1 年以后[(33.84±3.80)分]均较教学前[(31.94±3.42)分]有显著提高($F=3.544, P < 0.05$)。

表 1 两组医学生医患沟通能力培训 1 年后评价结果比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	自我评价	患者评价	家属评价	教师评价
观察组	31	33.84±3.80	34.71±3.69	34.65±3.57	33.87±3.32
对照组	30	31.50±4.07	32.57±4.01	32.30±4.04	31.53±3.53
<i>t</i>		2.32	2.17	2.40	2.67
<i>P</i>		0.024	0.034	0.019	0.010

2.2 远期效果 在课程新模式完成 1 年以后,对进入临床实习 3 个月的观察组和对照组医学生医患沟通技能得分进行比较,结果显示观察组的自我评价、患者评价、家属及带教老师评价得分均显著高于对照组($P < 0.05$),见表 1。

3 讨论

探索医患沟通技能培训新模式,意在提高医学生在临床活动中的沟通能力。目前我国高等医学院校普遍开设了医患沟通课程,但在开设的过程中,存在着教学内容随意、不科学、不严谨,实践教学难以开展,流于形式等问题,导致教学的实效性差^[11]。

本调查发现,新模式教学后学生的自我评价得分显著提高,虽然 1 年后得分较教学刚结束时有所下降,但差异无统计学意义($P > 0.05$),且较教学前仍显著增高($P < 0.05$),提示新模式有益于增加医学生的沟通信心,传递积极的能量,并有助于提高其医患沟通能力,且可较长时间保持该效果,最终体现在了临床实践中;进一步与对照组比较,从不同角度反映出新模式教学后的学生医患沟通能力有明显提高,可知该教学模式的效果不仅是参与者主观体验良好,同时也得到患者、家属及老师的认可,表明新的医患沟通教学模式是有效的,值得推广。

通过新模式教学的参与和反思,作者总结了该模式的优点与不足。优点:(1)采用多种生动的教学方式,使学生完全融入整个教学过程中,将一堂教学课演绎成一部“医患情景剧”。(2)制订了严谨的教学方案,将医患沟通的各个细节,通过 16 学时的课程淋漓尽致地展现在学生面前。学生从道德伦理、理论知识到临床实践,全方面了解了医患沟通的重要性,掌握了基本的沟通理论及技能。(3)通过借鉴 360 度考评法,设计多维度评价系统,准确评估了学生的沟通能力,对下一步制定教学方案有极大的参考价值。而不足之处在于,课题组缺乏课程结束后的长期监管体系,不利于教学效果即医患沟通技能在临床实践中的进一步巩固提高;多维度评价系统尚不完善,缺少同级(同学)评定;团体模式要求带教老师有一定的心理学背景,对教师的个人能力要求较高,也可能影响到最终的教学效果。

为进一步推广本教学模式,使其最终融入到日常教学活动

中,使广大医学生真正受惠,本课题组拟建立相关学习班提高师资水平,呈现更为丰富的教学内容;继续完善评价体系,引入完整 360 度考评法(自我、同学、患者及家属、带教老师),得出更为准确的评价结果;设立完备的随访及反馈体制,促进课程的日益完善。

参考文献:

- [1] 沙悦,方卫纲,黄晓明,等.北京协和医院内科住院医师医患沟通负面经历调查[J].医学与哲学,2011,32(13):41-42.
- [2] 王芙蓉,张云,苗志敏,等.医患沟通现况调查及改进对策[J].中国卫生质量管理,2012,19(1):49-52.
- [3] 梁志强.对在实习阶段加强医患沟通交流教育的思考[J].实验与实习,2011,29(10):87-88.
- [4] 王琦,黄赤兵,王洁,等.注重临床医学教育中对学生医患沟通能力的培养[J].重庆医学,2009,38(21):2758-2760.
- [5] 杜莲,王婷,胡华.融入心理学技术的医患沟通技能实践课程初探[J].医学与哲学,2012,33(12):63-64.
- [6] 彭丽,冉素娟.医学生医患沟通课程教学设计现状与反思[J].重庆医学,2011,40(25):2594-2595.
- [7] Lane C, Hood K, Rollnick S. Teaching motivational interviewing: using role play is as effective as using simulated patients[J]. Med Educ, 2008, 42(6): 637-644.
- [8] Bem JD. Self-perception theory[M]. New York: Academic Press, 1994: 37-46.
- [9] Romano C. Conquer the fear of feedback[J]. Human Resource Focus, 1994, 71(3): 327-341.
- [10] 曲波,郭海强,孙宝志.360 度考评法及其在医学教育评价中的应用[J].西北医学教育,2008,16(6):1107-1109.
- [11] 王茜,马菊华.关于医患沟通课程教学存在的问题及对策[J].医学教育探索,2010,9(8):1047-1049.

(收稿日期:2013-10-08 修回日期:2013-11-03)

《重庆医学》杂志对运用统计学方法的有关要求

1. 统计学符号:按 GB 3358—1982《统计学名词及符号》的有关规定,统计学符号一律采用斜体。2. 研究设计:应告知研究设计的名称和主要方法。如调查设计(分为前瞻性、回顾性还是横断面调查研究),实验设计(应告知具体的设计类型,如自身配对设计、成组设计、交叉设计、析因设计、正交设计等),临床试验设计(应告知属于第几期临床试验,采用了何种盲法措施等);主要做法应围绕 4 个基本原则(重复、随机、对照、均衡)概要说明,尤其要告知如何控制重要非试验因素的干扰和影响。3. 资料的表达与描述:用 $\bar{x} \pm s$ 表达近似服从正态分布的定量资料,用 $M(QR)$ 表达呈偏态分布的定量资料;用统计表时,要合理安排纵横标目,并将数据的含义表达清楚;用统计图时,所用统计图的类型应与资料性质相匹配,并使数轴上刻度值的标法符合数学原则;用相对数时,分母不宜小于 20,要清楚区分百分率和百分比。4. 统计学分析方法的选择:对于定量资料,应根据所采用的设计类型、资料所具备的条件和分析目的,选用合适的统计学分析方法,不应盲目套用 t 检验和单因素方差分析;对于定性资料,应根据所采用的设计类型、定性变量的性质和频数所具备的条件及分析目的,选用合适的统计学分析方法,不应盲目套用 χ^2 检验。对于回归分析,应结合专业知识和散布图,选用合适的回归类型,不应盲目套用简单直线回归分析;对于具有重复实验数据检验回归分析资料,不应简单化处理;对于多因素、多指标资料,要在一元分析的基础上,尽可能运用多元统计分析方法,以便对因素之间的交互作用和多指标之间的内在联系做出全面、合理的解释和评价。5. 统计结果的解释和表达:应写明多用统计学方法的具体名称(如:成组设计资料的 t 检验、两因素析因设计资料的方差分析、多个均数之间两两比较的 q 检验等),统计量的具体指(如: $t=3.45, \chi^2=4.68, F=6.79$ 等);再用不等式表示 P 值的情况下,一般情况下选用 $P > 0.05, P < 0.05$ 和 $P < 0.01$ 3 种表达方式,无须再细分为 $P < 0.001$ 或 $P < 0.0001$,当涉及总体参数(如总体均数、总体率)时,再给出显著性检验结果的同时,应再给出 95% 可信区间。