

# 鲁甸地震灾区村民减灾急救培训的效果评价\*

毕瑞雪<sup>1,2</sup>, 黄文姣<sup>2,3</sup>, 宋 晔<sup>2,4</sup>, 陈彦汐<sup>2,5</sup>, 吴丽娜<sup>2,6</sup>, 尹家秀<sup>2,7</sup>, 李斯俭<sup>8△</sup>

(1. 南昌大学护理学院, 江西南昌 330006; 2. 四川大学-香港理工大学灾后重建与管理学院, 成都 610207; 3. 四川大学华西医院第二综合病房, 成都 610041; 4. 西安交通大学第一附属医院急诊科, 西安 710061; 5. 四川省人民医院心血管内科, 成都 610072; 6. 内蒙古医科大学第二附属医院康复科, 呼和浩特 010030; 7. 四川大学华西医院血液科, 成都 610041; 8. 香港理工大学护理学院, 香港九龙红磡)

[中图分类号] R473.2

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2016)13-1864-03

随着气候变化和社会经济的不断发展, 全球范围内防灾减灾形势日益严峻, 尤其在社会经济发展水平相对滞后、自然生态环境脆弱的发展中国家或地区更为突出, 特别是在中国<sup>[1]</sup>。中国农村乡镇发生地震的概率远远高于我国大中城市, 西藏、新疆、云南、宁夏、青海、甘肃等农村乡镇是我国地震灾害最为严重的地区<sup>[2]</sup>。以 2014 年 8 月 3 日发生在云南省昭通市鲁甸县里氏 6.5 级地震为例, 此次地震共造成 617 人死亡, 112 人失踪, 3 143 人受伤, 8.09 万间房屋倒塌, 22.97 万人紧急转移, 受灾总人数达 108.84 万人<sup>[3]</sup>。笔者在灾后 1 个月抵达受灾地区发现当地绝大部分受灾地区地处偏远的农村山区, 且地处震中地区的龙头山某医院遭受严重损毁而无法运行。

有研究指出, 如果灾区的居民能具备一定的急救技能, 那么在专业急救力量到达之前, 通过自救互救方式, 以减少灾害带来人员伤亡、以弥补由于长时间等待外界帮助所导致的延误, 从而拯救生命、降低残疾损害程度<sup>[4]</sup>。本研究的目的是希望通过采用减灾急救培训干预的方法, 以提高刚刚经历过地震灾害影响的村民自救互救的能力、增强其抵御灾害的能力。

## 1 对象与方法

**1.1 研究对象** 采用便利抽样的方法, 选取地震灾区震中龙头山镇某社区的农村常住居民作为研究对象。纳入标准: (1) 在该地居住半年以上, 亲身经历 8.03 地震; (2) 年龄在 18~60 岁; (3) 自愿参加培训。排除标准: (1) 有精神疾病或认知障碍者; (2) 身体状况无法配合完成问卷者。

**1.2 方法** 本研究设计采用单组前后对照的类试验设计的方法, 在震后 3 个月对鲁甸地震灾区村民实施减灾急救培训, 评价培训前后地震灾区村民减灾急救知识与技能、态度、自我效能、行为意愿的水平有无变化。

### 1.2.1 培训方法

**1.2.1.1 培训前准备** 包括培训人员和培训物品两方面的准备。培训开始前组织培训团队成员强化急救知识和技能, 对培训方法、流程、时间分配、参加者的管理等进行规划, 并由专人负责相关的组织及协调。所有成员具有 3 年以上临床护理经验, 并正在接受灾害护理硕士课程教育, 并通过院内和院外减灾急救培训科目考核。根据培训内容准备培训所需物品, 包括宣传海报、培训海报、培训手稿、调查问卷、培训设备及物品(如心肺复苏模拟人、三角巾、纱布、绷带等)、就地取材用物(木棍、干净毛巾等)。物品准备后经专人负责检查, 确保没有遗漏。

**1.2.1.2 确定培训地点与时间** 通过对灾区环境的实地考察, 选择人员居住密集、环境安全开阔的社区露天活动场地作为培训地点。为排除天气原因对培训的影响, 培训时间选择在天气晴朗、适合户外活动的时段。

**1.2.1.3 开展减灾急救培训** 为配合当地村民流动性及难以集中的特别需要, 该培训采用流水式学习的方法, 即村民按照不同时间、分批进行, 每次 7~8 人 1 组, 每组需要完成 6 个版块的学习, 以先理论讲解后实践操作的形式进行。培训内容 6 个版块分别是(1)急救基本概念和原则; (2)止血与包扎; (3)骨折固定; (4)脊柱损伤伤员的搬运; (5)心肺复苏术; (6)狂犬病的预防。每个版块由一位培训队员专职负责讲解和示教, 每个版块培训结束村民即时进行强化练习, 培训队员现场予以指导。每个版块的培训时间为 15~20 min, 其中理论讲解 5 min, 实践培训 10~15 min。完成全部培训内容需要 90~120 min。

**1.2.2 效果评价方法** 在培训前后均使用《村民减灾急救能力调查问卷》进行调查。该问卷是课题组成员在查阅大量文献后自行设计, 其中急救知识与技能问卷主要参考香港红十字会《急救手册》<sup>[5]</sup>, 急救态度、自我效能和行为意愿问卷参考 Engeland 等<sup>[6]</sup>的研究。最终确定的问卷内容包括 3 个部分, (1)一般资料: 包括性别、年龄、婚姻状况、文化程度、以往是否接受过灾害急救培训。(2)急救知识与技能问卷: 包括急救基本概念和原则、止血与包扎、骨折固定、脊柱损伤伤员的搬运、心肺复苏术、狂犬病预防的知识技能, 由 21 道单项选择题组成, 每题答对计 5 分, 答错计 0 分, 满分 105 分。(3)急救态度、自我效能和行为意愿问卷: 采用 Likert 5 级评分法, 每个条目“非常同意”为 5 分, “同意”为 4 分, “无所谓”为 3 分, “不同意”为 2 分, “非常不同意”为 1 分。急救态度 4 个条目, 满分 20 分; 自我效能 3 个条目, 满分 15 分; 行为意愿 2 个条目, 满分 10 分。该问卷总分 150 分, 分值越高, 表明效果越好。该问卷得到 8 位具有急救背景专家的函询反馈, 问卷的内容效度指数(CVI)为 0.983, 内部一致性(Cronbach's $\alpha$ )系数为 0.803, 重测信度为 0.852。考虑到当地村民的文化水平普遍较低, 问卷由经过培训的两名当地护士负责发放与回收, 通过一问一答形式逐条根据村民的口述代为填写。培训前发放问卷 63 份, 回收有效问卷 63 份, 有效回收率 100%。培训过程中有 10 名村民陆续退出培训, 全程参与培训的村民有 53 名。培训后发放问卷 53 份, 回收有效问卷 53 份, 有效回收率 100%。

**1.3 统计学处理** 使用 SPSS17.0 统计软件进行统计分析。

\* 基金项目: 香港赛马会资助(5.53.xx.6W1D)。 作者简介: 毕瑞雪(1983—), 硕士, 讲师, 主要从事护理教育、急危重症护理、灾害护理研究。 △ 通讯作者, E-mail: si.jian.li@polyu.edu.hk。

表 1 村民减灾急救知识与技能、态度、自我效能及行为意愿培训前后得分的比较 ( $n=53, \bar{x} \pm s$ )

时间	急救能力总分	急救知识与技能	急救态度	自我效能	行为意愿
培训前	86.75±18.89	48.40±17.48	18.30±1.82	10.96±3.02	9.09±1.01
培训后	134.89±14.85	92.87±13.11	19.15±1.51	13.23±1.87	9.64±0.71
<i>t</i>	-19.293	-19.400	-3.410	-5.500	-3.740
<i>P</i>	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000

表 2 村民减灾急救知识与技能培训前后得分的比较 ( $n=53, \bar{x} \pm s$ )

时间	急救原则	止血包扎	骨折固定	脊柱损伤搬运	心肺复苏	狂犬病预防
培训前	2.54±2.71	8.49±5.77	7.74±5.68	11.42±5.40	6.13±4.00	12.08±4.75
培训后	5.36±3.98	18.77±2.58	17.83±3.98	18.58±2.84	13.58±2.66	18.74±3.08
<i>t</i>	-4.890	-12.160	-12.240	-9.640	-13.570	-9.160
<i>P</i>	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000

计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示,用配对样本 *t* 检验对样本均数进行比较,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1 培训对象一般资料** 全程参与培训并完成问卷调查的研究对象有 53 名,年龄 18~60(38.25±13.87)岁。未婚 11 名,已婚 42 名。文化程度小学及以下 35 名,初中 14 名,高中(中专)3 名,大专 1 名。以往接受过灾害急救培训 9 名,从未参加过灾害急救培训 44 名。

**2.2 对村民减灾急救能力影响因素的多元线性回归分析** 以村民减灾急救能力作为因变量,村民的一般情况为自变量进行多元线性回归分析,最终文化程度进入回归方程,为影响村民减灾急救能力的因素(标准偏回归系数为 0.314,  $t = 2.362$ ,  $P = 0.022$ , 95%CI:0.897~11.046)。

**2.3 培训前后村民减灾急救能力得分的比较** 培训后村民减灾急救能力总分、急救知识与技能、急救态度、自我效能及行为意愿得分均高于培训前,前后差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 1。

**2.4 培训前后村民减灾急救知识与技能得分的比较** 培训后村民减灾急救原则、止血包扎、骨折固定、脊柱损伤搬运、心肺复苏、狂犬病预防得分均高于培训前,前后差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 2。

## 3 讨 论

**3.1 村民减灾急救能力影响因素的分析** 通过多元线性回归分析,文化程度是影响村民减灾急救能力的因素( $P < 0.05$ )。急救知识了解的程度与文化程度密切相关,其中文化程度高者掌握较好,文化程度低下严重影响农村居民对急救知识的了解<sup>[7]</sup>。在全程接受培训的 53 名村民中,文化程度在高中及以上水平的仅有 4 名(7.6%)。

**3.2 有序组织的培训可以有效地提高灾区村民的减灾急救能力** 文献研究表明有组织、有计划的培训对培训对象的急救知识、技能、态度、自我效能和行为意愿产生积极的影响<sup>[6]</sup>。通过课题组精心组织的减灾急救培训,地震灾区村民的急救能力总体水平、急救知识与技能、急救态度、自我效能及行为意愿均有明显提高( $P < 0.05$ )。在急救知识与技能维度,所有培训内容,包括急救原则、止血包扎、骨折固定、脊柱损伤伤员搬运、心

肺复苏、狂犬病预防,村民在培训后都有显著的提高( $P < 0.05$ )。本次培训采取流水式培训模式,每个培训内容为 1 个闯关项目,村民在完成每个培训项目后获得印章 1 枚,村民在完成所有 6 个项目的培训集齐 6 个印章后方能获得礼品。这一举措使得村民全程参与度大大提高,也保证了培训有序地组织和进行。

**3.3 因地制宜调整减灾急救培训内容** 通过文献回顾,培训筹备阶段课题组初步确定的培训内容为急救基本概念和原则、止血与包扎、骨折固定、脊柱损伤伤员的搬运、心肺复苏术<sup>[8-11]</sup>。在前期灾区实地调研过程中,通过发放村民减灾急救培训需求问卷和入户访谈,课题组发现当地村民被野猫野狗咬伤事件频发。因此,在最终确定的培训内容中增加了狂犬病预防的内容。实践证明,狂犬病预防的相关内容村民学习兴趣很高,学习效果良好。由此可见,因地制宜、能够满足培训对象需求的培训受到认可。

**3.4 大力普及灾区村民的减灾急救培训势在必行** 在各种自然灾害、意外事故发生之后,如果伤者在现场能够得到及时、正确、有效的急救,可使损失减少到最低程度,为以后治疗成功获得可贵的时间及机会,最大程度提高今后的生活质量<sup>[12]</sup>。农村社区急救既是救死扶伤的第一线,又是整个医疗过程中的关键环节。在各种急症、意外事故、创伤和突发的公共卫生事件中,从患者发病至得到有效救治的黄金时间决定了绝大部分伤员的愈后状况<sup>[13]</sup>。而农村地区特别是灾区,由于环境的破坏和地理因素的影响,医务人员很难在第一时间赶到现场救治。如果灾区村民在平时能够参与减灾急救培训、掌握基本的急救知识和技术,在医务人员抵达之前就可以通过自助互救的方式降低伤残的发生。在接受培训的 53 名村民中,仅有 9 名(17.0%)以往接受过灾害急救培训,44 名(83.0%)未参加过任何灾害急救培训。由此可见,农村地区居民减灾急救培训还很缺乏。所以,大力普及灾区村民减灾急救培训非常必要。

本研究作为地震灾区村民减灾急救培训的初次探索,取得了比较明显的效果。但由于采用单个小组的前后测类试验设计的方法,推广性受到一定限制。建议今后可以采用随机对照试验设计,扩大样本量,提高研究的推广性。总之,本研究对探索出成熟的适合灾区村民减灾急救培训模式具有一定的指导

意义。

## 参考文献

- [1] WHO Collaborating Centre for Research on the Epidemiology of Disasters. Annual disaster statistical review 2012 [EB/OL] [2015-09-05]. [http://cred.be/sites/default/files/ADSR\\_2012.pdf](http://cred.be/sites/default/files/ADSR_2012.pdf).
- [2] 王瑛,史培军,王静爱. 中国农村地震灾害特点及减灾对策[J]. 自然灾害学报,2005,14(1):82-89.
- [3] 冯文雅. 云南鲁甸地震遇难人数增至 617 人[EB/OL] (2014-08-09) [2015-09-05]. [http://news.xinhuanet.com/politics/2014-08/09/c\\_126850338.htm](http://news.xinhuanet.com/politics/2014-08/09/c_126850338.htm).
- [4] Van De Velde S, Roex A, Vangronsveld K, et al. Can training improve laypersons helping behaviour in first aid? A randomised controlled deception trial[J]. Emerg Med J,2013,30(4):292-297.
- [5] 香港红十字会医疗服务部. 急救手册[M]. 香港:壹出版有限公司,2013:73-104.
- [6] Engeland A, Roysamb E, Smedslund G, et al. Effects of first-aid training in junior high schools[J]. Inj Control Saf Promot,2002,9(2):99-106.

- [7] 李昌秀,江智霞,梁园园. 我国农村居民急救知识掌握现状及培训[J]. 全科护理,2011,9(20):1867-1868.
- [8] Lynch DM, Gennat HC, Celenza T, et al. Community Senior first aid training in Western Australia: its extent and effect on knowledge and skills[J]. Aust N Z J Public Health,2006,30(2):147-150.
- [9] 周彩华,范春红,谢凯琳,等. 杭州市社区居民灾害现场急救技能的调查分析[J/CD]. 中华危重症医学杂志(电子版),2012,5(1):25-30.
- [10] 王贞慧,陈延琳,李兰,等. 社区居民应急救护知-信-行现状调查[J]. 护理研究,2012,26(14):1267-1268.
- [11] 张艳,张振香,刘腊梅,等. 592 名郑州市民现场急救知识现状调查与分析[J]. 中国卫生事业管理,2011,28(2):158-159.
- [12] 何艳,吴宗辉,孙炯,等. 重庆市大学生现场急救培训需求现状分析[J]. 重庆医学,2014,43(21):2772-2775.
- [13] 蒋建平,朱宁,郑鸣之,等. 浙江省农村社区常用急救知识技能需求状况调查[J]. 中国高等医学教育,2013,27(2):18-19.

(收稿日期:2015-11-28 修回日期:2016-02-26)

• 医学教育 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.13.052

# 临床医学实习生医患沟通能力调查及培养方法探究

刘丽萍,冯涛<sup>△</sup>

(重庆医科大学公共卫生与管理学院医学与社会发展研究中心 400016)

[中图分类号] R192

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2016)13-1866-03

随着医学模式的转变,现代医学已不再是单纯的生物医学,而是涉及人文、社科、生物医学的综合性学科,这就对医学生的综合能力和素质,特别是沟通能力的培养提出了新的要求。随着医疗卫生改革的发展,我国医疗体制也发生了显著变化,医院从“供给式”的服务向“需求式”服务转变,医患关系日趋紧张,这已成为影响社会稳定的热点问题之一。据统计,我国有 80% 的医患矛盾直接源于双方沟通不畅,其余涉及医疗技术的医患矛盾也与医患沟通不到位有密切关系<sup>[1]</sup>。因此,具备良好的沟通能力,已成为医学生成长为合格临床医生所必备的条件,也对避免和减少医患矛盾具有重要的意义。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2014 年 10 月至 12 月随机抽取某医科大学 2010 级临床医学专业本科实习生 200 名作为本次问卷调查对象,一般资料见表 1。

### 1.2 方法

**1.2.1 调查问卷** 采用自行设计的自评问卷,问题全部为客观选择题。选择题涉及学生接受人文素质、医患沟通能力方面教育的现状,对医患沟通能力培养的重视程度,以及出现沟通障碍的主要原因等。

**1.2.2 调查方法** 采用无记名问卷调查形式,对 200 名临床医学专业本科实习生进行问卷调查,要求学生独立完成,并当场回收问卷。共发放问卷 200 份,收回问卷 200 份,有效问卷 170 份,有效回收率为 85%。

表 1 临床实习生基本情况

项目	构成比[n(%)]
性别	
男	82(48.24)
女	88(51.76)
对医学专业的兴趣	
有兴趣	112(65.88)
一般	51(30.00)
没兴趣	7(4.12)
是否会选择医生作为职业	
是	120(70.59)
不是	25(14.71)
说不清	25(14.71)