

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2022.02.020

· 教学园地 ·

# 规范化培训医师医患沟通能力现状及对策分析\*

柯珂<sup>1</sup> 明淑萍<sup>1,2△</sup> 谢颖兰<sup>2</sup>

<sup>1</sup>湖北中医药大学第一临床学院,武汉 430061

<sup>2</sup>湖北中医药大学附属湖北省中医院神经内科,武汉 430061

**关键词** 住院医师;规范化培训;医患沟通

**中图分类号** R-4;C975 **文献标志码** A

医患沟通,就是医患双方为了治疗患者疾病、满足患者健康需求,在诊治疾病过程中所进行的一种交流。医患沟通是“以患者为中心”领域研究的热点与前沿发展方向之一<sup>[1]</sup>。2000 年医学教育“全球最低基本要求”中强调交流能力是医学生的核心能力<sup>[2]</sup>。一项调查<sup>[3]</sup>显示,在对医患沟通重要性的认知上,74.17% 的被访者认为医患沟通非常重要,84.87% 的被访者认为需要加强医务人员医患沟通技能的培训。参与规范化培训的住院医师,简称住培医师,既是学习者,也是一线医务人员,作为医学生与临床医生间的中坚力量,为顺利进行角色转换,在培养良好医德、学习专业知识的同时,掌握医患沟通能力是极为必要的。因此,关注当代住培医师医患沟通能力现状及相关问题,对进一步研究解决办法、改善住培医师医患沟通能力具有重要意义。

## 1 国内住培医师医患沟通培养的现状

住培医师大多刚刚走出校园,对人际关系的复杂性估计不足,他们普遍在表达共情、询问患者基本情况等过程中表现不佳,医患沟通能力现状呈“低能”表现<sup>[4]</sup>。一项医患沟通技能评价量表统计<sup>[5]</sup>显示,患者对医生的医患沟通技能评分偏低。从 2014 年开始,住院医师规范化培训与专业型研究生教育相结合,专业型研究生报考人数逐年递增。面对考研压力,很多医学生实习阶段马虎应对,甚至在备考中全身心投入复习,社交长期缺乏,临床基础技能欠缺。“四证合一”专业型研究生是研究生教育与规范化培训制度的有机结合,但由于政策、教育、考核机制、医患沟通模

式等多方面因素影响,其医患沟通能力存在不足,他们在向一名合格临床医生转变的过程中面临着更大的困难。至 2020 年仍有研究<sup>[6]</sup>显示,国内患者满意度评分从高到低依次为服务流程、诊疗质量、医院环境、医德医风、医患沟通。因此,提高住院医师医患沟通能力刻不容缓。

### 1.1 政策方面现状

一方面,我国本科生毕业后在医院轮转学习 1 年才有资格参加执业医师考试,住培第 1 年间的临床医疗活动易被视作非法行医。同时刚上临床的住院医师因为基础知识不牢、跨专业知识缺乏,往往难以获得患者信任,进而容易引起医疗纠纷。此种考试认证机制使住培医师处境尴尬,专业技能欠缺也让他们陷入困境。另一方面,医疗行业正逐步走向市场化,而医疗保障体制及医疗监管等方面仍在逐步完善发展阶段,正式维权途径的低效和相关主体的不作为问题仍然有所存在<sup>[7]</sup>。

### 1.2 教育方面现状

我们传统医学教育课程多注重专业技能的学习,鲜有的人文课程很容易被忽视。培养模式较为单一,通常为集中学习指南、规范、专家共识,效果欠佳。同时规培期间在各个科室轮转时间有限,部分老师带教意识缺乏,多吩咐规培生处理琐事、跑腿,甚至有的带教老师仅专注专业本身,忽视与患者间的交流,自身沟通能力欠缺,难以指导学生。由于缺乏系统的理论指导,在实践中获得的锻炼不足,无效沟通过多,住培医师在医患沟通方面提升有限。

### 1.3 考核机制方面现状

住院医师规范化培训考核有公共科目考核、出科考核、年度考核、结业考核,公共科目在进临床学习之前基本全部结课结业,规培轮转时基本只会针对正在

\*教育部办公厅 2019 年度省级一流本科专业建设点(No. 教高厅函[2019]46 号)

△通信作者,Corresponding author,E-mail:mshp812@163.com

学习的科室进行专科考察,依旧以记忆类知识为主,且各地各科考核方式自主性很强,尚未规范统一。目前我国缺乏专门针对住院医师的管理机构,没有明确规定的学习目标。因为缺乏完备的考核体系,不能反映真实的情况,故而教学方式难以改进,住培医师的临床专业技能及妥善处理医患关系的能力提升缓慢。因此亟需加强规培基地的管理,多角度评价考核,以提高培训质量。

#### 1.4 医患沟通模式方面现状

我国医患沟通模式较为单一,目前国内医患沟通模式的研究主要是对国外现有沟通模式的延伸。尚俊芳等<sup>[8]</sup>整理提出了家长式沟通模式、信息式模式、解释型模式、审议型模式、共享模式等 5 种理论模式,家长式沟通模式最大程度干预了疾病的治疗,却很少关注到患者本身;信息模式则相反,较多提供患者自身关注的问题,而针对疾病的专业指导相对较少;解释型模式与信息式模式相类似,医生被动地回答患者的提问,没有发挥自身专业统筹优势;“审议型模式”“共享模式”在尊重患者自主性的同时强调医生提出最优建议。另外,临床医师与患者的常见沟通模式是一一对话,这往往需要医师与同一个患者及其家属进行多次重复沟通,效率不高,住培医师的沟通学习容易陷入片面。

## 2 提升国内住培医师医患沟通能力的对策

### 2.1 政策方面对策

我们可以参考英国培训医师分阶段注册,每完成一阶段的培训,即进行该阶段注册,解决受训者在带教老师指导下诊治患者的法律许可问题,避免“非法行医”。安排住培医师在规培轮转时优先进行与自己专科相关科室的学习,掌握自己专科常见疾病的诊断及治疗后,再进行跨专业疾病诊疗时才能够灵活应对,通过更加专业、有效地医疗活动,让患者更有安全感和信任感。

给每位医师建立单独的电子档案用于制定学习计划,记录和反思自己的学习过程,培养住培医师自主学习能力。同时还可以参考美国建立以患者为中心的医疗之家<sup>[9]</sup>,使患者拥有个人电子健康档案,整合其个人的所有医疗记录,由此相关的医疗人员尤其是刚上临床的住培医师能够通过平台获得患者健康信息,选择合适的沟通方法,协助患者进行自我健康的管理。构建整合型电子健康档案或有助于改善医疗服务的连续性和提高医疗质量,积极推进我国以人为本的整合型医疗卫生服务体系的建设。

同时,应进行应急语言建设,在新冠疫情暴发后,应急语言服务在医患沟通、防控信息传达方面发挥了积极作用<sup>[10]</sup>。尽早完善应急语言人才培养规范,使应急语言服务常态化,为培养新时代住培医师提供指南。

此外,可以组建民间组织,在医师进行医疗救治的过程中,民间组织协助监管医疗过程合法性、协调医患沟通,让沟通能够渗入到多个方面。

### 2.2 教育方面对策

首先,适当增设人文课程。突出对患者的人性化关怀,重视住院医师沟通能力的培养,是改善医患关系的必由之路。据统计<sup>[11]</sup>,美国经认证的医学院校有 133 所,人文社会科学类课程占总教学课时数的 20%~25%,斯坦福大学医学院等 24 所知名医学院校均已开设“the doctor-patient relationship”课程,医患关系类课程贯穿始终。

其次,可以丰富医患沟通教学模式。采取多种方式,线上线下相结合,例如书面教学、专题讲座、专题讨论、针对难点及实时问题及时展开学习、小组角色模拟与经验交流相结合、情景模拟联合角色扮演+互换教学模式是切实可行的临床医学人文课程教学方法<sup>[12]</sup>。有条件者,可运用 VR 技术,使学生获得三维、四维沉浸式教学体验。完善线上线下混合教学模式,提高临床教学的创新性和学科交叉性,有助于全面提高学生综合能力<sup>[13]</sup>。

最后,可以针对住院医师的同情心和同理心进行培训。有研究<sup>[14]</sup>支持同情心和同理心培训可增强医师的同理心和交流热情,具有同情心和同理心被证明可以增加患者的信任,而这种信任可以促进患者对处方的依从性,从而改善临床结果<sup>[15]</sup>。医学院校应丰富培养模式,改革课堂教学方法,增设医患沟通实践课程,加强沟通技能专题培训的同时增加培训的趣味性、真实性、参与性。

### 2.3 考核机制方面对策

我们建议住院医师的考核机制中除了具有专业记忆类知识考核外,还应添加临床工作中的具体任务,以评价其实际解决问题的能力。有研究<sup>[16]</sup>明确指出,把标准化患者(standardized patients, SP)加入到对临床医学生沟通交流的评价中是可行的。SP 既是评分者又是患者,他们和考官能够进行多方评分,这样能一定程度考察考生临床实际接触患者时的状态及专业水平,而住院医师在被评估的同时也能学习到沟通技能。

除了加入 SP 的考核,部分地区比如德国的医学

院则会通过每年 2 次客观结构化临床测试(objective structured clinical examinations, OSCE)来有效、客观地评估住院医师的沟通技巧<sup>[17-18]</sup>。另外医患沟通能力评价量表(SEGUE 量表)经过专家严格审核、国际公认,具有较高的信度和效度<sup>[5]</sup>,可以推广运用于我们的考核中,切实通过患者的反馈了解培养效果,从而指导完善培训体系,不合格者应该被及时警告或者被清退。

## 2.4 医患沟通模式方面对策

针对模式单一问题,可以参考国外医患沟通模式。有研究<sup>[19]</sup>统计国外医患沟通模式有 7 种:E4 模式、三功能模式、SEGUE 框架、卡尔加里-剑桥观察指南、以患者为中心的临床策略、四习惯模式及 Macy 模式。在诸多模式背景下,住培医师应尝试将各种模式相互补充,选择最合适的沟通模式,从而为患者提供更舒心的医疗服务。

另外,丰富沟通路径,突显核心环节服务质量。改变以往的医师与患者独立沟通的形式,由院方出面进行引导。充分利用 5 G 时代信息技术(如网上看诊、小视频、线上会议课程、邮件等),一方面院方主动发布疾病介绍与指导,让患者能便捷获取可信的专业知识,满足患者了解病情的需求,尽可能减少医患间的信息不对等,提高沟通效率。另一方面,医疗机构优先对患者需求作出筛选并及时反馈,情况复杂者再提交各专科医师。患者的病情与需求往往不是单一的,如若患者是单纯的咨询,可由院方针对性地回复指南、小视频等,加快沟通反馈速度。若是患者有更多需求,院方可再将具体情况发往各专科,各专科医师根据不同患者心理需求不断调整医患沟通目标,以求能把对患者的人性化关怀专注在医疗沟通更重要的过程中,例如患者接触核心环节的服务质量、耐心倾听、非语言交流(比如微笑、手势)、病情综合分析、检查前的通报<sup>[20]</sup>等。在细致化的结构中,聚焦于沟通的核心环节,以增加医患沟通的深度。

## 3 小结

综上,医药卫生是人民生活的一部分,构建和谐医患关系需举全社会之力,这不仅仅是消除医生与患者之间的对立与不理解,还是社会协调运行的重要一环。疫情后时代,更应积极开拓医患沟通新征程,完善培训政策制度、丰富培训内容与模式、引入 SP 及 OSCE 等考核机制、融合多种医患沟通模式及提升医院在医患沟通中的作用功效等,凝聚力量提高住培医师医患沟通能力。

## 参 考 文 献

- [1] 郑菁,胡春平,王冠平,等.“以患者为中心”研究的演进路径与热点前沿分析[J]. 中国社会医学杂志,2018,35(1): 1-4.
- [2] Schwarz AW. Minimum essential requirements and standards in medical education. *Med Teach*[J]. 2000, 22(6): 555-559.
- [3] 侯胜田,王海星. 我国公立医院医患沟通现状调查[J]. 医学与社会,2014,27(9):52-54.
- [4] 罗丙军. 提高当代大学生人际沟通有效性的策略[J]. 教育与职业,2015(19):118-120.
- [5] 申丽君,孙刚. 基于 SEGUE 量表的医生医患沟通技能评价研究[J]. 中国全科医学,2017,20(16):1998-2002.
- [6] 吴家锋,邓明,张柠. 北京市医药分开综合改革后某医院门诊患者满意度及其影响因素[J]. 医学与社会,2020,33(4):98-100,113.
- [7] 张晶. 正式纠纷解决制度失效、牟利激励与情感触发——多重面相中的“医闹”事件及其治理[J]. 公共管理学报,2017,14(1):61-74,156-157.
- [8] 尚俊芳,杨慧,王洪奇. 医患沟通模式的比较研究[J]. 医学与哲学(B),2012,33(9):71-73.
- [9] 柏杨,祝贺,马晓晨,等. 美国卫生体系整合模式探索及其对我国的启示[J]. 中国卫生政策研究,2020,13(2): 46-52.
- [10] 王辉. 新冠肺炎疫情影响下语言应用研究的五大任务[J]. 青年记者,2021(18):5.
- [11] Banaszek A. Medical humanities courses becoming prerequisites in many medical schools[J]. *CMAJ*,2011,183(8): e441-e442.
- [12] 李佳钊,侯悦,黄岭,等. 情景模拟联合角色扮演+互换在医学生产科医患沟通能力培养中的应用研究[J]. 现代医药卫生,2020,36(8):1240-1242.
- [13] 许水清,朴花,白鑫茹. 新冠肺炎疫情期间本科生临网实习教学探索[J]. 卫生职业教育,2021,39(7):94-95.
- [14] Patel S, Pelletier-Bui A, Smith S, et al. Curricula for empathy and compassion training in medical education: a systematic review[J]. *PLoS One*,2019,14(8):e0221412.
- [15] Trzeciak S, Roberts BW, Mazzarelli AJ. Compassionomics: hypothesis and experimental approach[J]. *Med Hypotheses*,2017,107:92-97.
- [16] 王馨田. 临床医学生沟通交流与人文关怀能力现状分析[D]. 沈阳:中国医科大学,2018.
- [17] Cömert M, Zill JM, Christalle E, et al. Assessing communication skills of medical students in objective structured clinical examinations(OSCE)—a systematic review of rating scales[J]. *PLoS One*,2016,11(3):e0152717.

压直训练可以提高膝关节的活动度和稳定性,预防膝关节僵硬。助行器辅助行走可以增加行走稳定性,促进康复。

全膝关节置换术后肿痛多是因为湿热瘀阻,手术属于金刃损伤,损伤经络,离经之血即为瘀血,瘀血阻滞,郁遏化热,瘀血与湿热胶结,阻滞血脉经络,不通则痛,聚于局部,发为肿胀<sup>[14]</sup>。因此,治疗应以清热解毒、活血化瘀、通络止痛等治疗为主。伤科黄水是本院院内制剂,主要由黄芩、黄连、大黄、栀子、白矾、紫草、虎杖、丹参、川芎等组成。方中黄芩、黄连、栀子清热凉血解毒;丹参、川芎活血化瘀,通络止痛;白矾、紫草、虎杖清热解毒;诸药合用,共奏凉血止血、清热解毒、活血止痛之效。本研究结果发现,干预后,观察组 ROM、HSS 评分显著高于对照组,观察组 VAS 评分、PSQI 评分、肿胀值、深静脉血栓发生率显著低于对照组;表明伤科黄水外敷具有缓解全膝关节术后疼痛和肿胀的作用。考虑其原因可能为伤科黄水具有减轻炎症和减少炎性渗出的作用,正如徐海燕等<sup>[15-16]</sup>研究发现,伤科黄水可以抑制炎症、减轻炎性渗出水肿。而疼痛和肿胀减轻,可以增加患者积极功能康复训练的积极性,从而促进康复,增加膝关节活动度和提高膝关节功能,并减少深静脉血栓形成。

综上所述,伤科黄水外敷可改善全膝关节置换术后患者的膝关节功能,缓解肿痛,提高睡眠质量,降低深静脉血栓发生率。

## 参 考 文 献

- [1] Sun X, Zhen X, Hu X, et al. Osteoarthritis in the middle-aged and elderly in China: prevalence and influencing factors [J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2019, 16(23):4701.
- [2] Wainwright TW, Gill M, McDonald DA, et al. Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS ©) Society recommendations [J]. *Acta orthopaedica*, 2020, 91(1):3-19.
- [3] Boylan MR, Perfetti DC, Kapadia BH, et al. Venous thromboembolic disease in revision vs primary total knee arthroplasty [J]. *J Arthroplasty*, 2017, 32(6):1996-1999.
- [4] 刘照富, 史鹏博, 赵灿, 等. 人工全膝关节置换术后并发症研究进展 [J]. *风湿病与关节炎*, 2016, 5(5):78-80.
- [5] Devitt, J Hugh, Kurrek, et al. The validity of performance assessments using simulation [J]. *Anesthesiology*, 2016, 95(1):36-42.
- [6] Sculco, Thomas P, Jordan, et al. Minimally invasive total hip arthroplasty: the hospital for special surgery experience [J]. *Orthop Clin North Am*, 2013, 35(2):137-142.
- [7] 孙敬争, 李兰冰. PDCA 循环应用于全膝关节置换术后患者患肢肿胀护理中的效果研究 [J]. *首都食品与医药*, 2019, 26(7):128.
- [8] Buysse DJ, Rd RC, Monk TH, et al. The pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research [J]. *Psychiatry Res*, 1989, 28(2):193-213.
- [9] 张虎, 冯志军, 韩纲. 肿瘤型人工膝关节置换术后假体并发症的临床研究 [J]. *中华关节外科杂志(电子版)*, 2021, 15(1):12-17.
- [10] 温志鹏, 刘振林, 谢伟雄, 等. 老年患者膝关节置换术后并发症的发生与相关危险因素的分析 [J]. *中国伤残医学*, 2021, 29(7):15-17.
- [11] 丁芬芳. 灸法促进全膝关节置换术后康复的研究进展 [J]. *内蒙古中医药*, 2021, 40(3):140-141.
- [12] 刘强, 熊小云, 杨曼, 等. 全膝关节置换术后康复治疗的研究进展 [J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2020, 42(8):760-763.
- [13] 李维萍, 黄强, 豆敏. 全膝关节置换术后康复治疗的研究进展 [J]. *中国医药*, 2020, 15(3):473-476.
- [14] 刘娅楠, 侯怀晶, 薛建军, 等. 全膝关节置换术后疼痛机制与针刺镇痛研究进展 [J]. *西部中医药*, 2020, 33(4):146-150.
- [15] 徐海燕, 李子鸿, 雷凯君, 等. 伤科黄水治疗急性软组织损伤的药效学研究 [J]. *中药药理与临床*, 2017, 33(6):124-130.
- [16] 曾奕云, 霍志浩, 周建仪, 等. 伤科黄水外敷治疗急性软组织损伤的疗效观察 [J]. *中国中医急症*, 2021, 30(10):1789-1792.
- [17] (收稿日期:2021-08-28)
- [18] Wild D, Nawaz H, Ullah S, et al. Teaching residents to put patients first: creation and evaluation of a comprehensive curriculum in patient-centered communication [J]. *BMC Med Educ*, 2018, 18(1):266.
- [19] 侯胜田, 王海星. 国外医患沟通模式对我国和谐医患关系构建的启示 [J]. *医学与社会*, 2014, 27(2):51-54.
- [20] Scholz V, Lange S, Rosenberg B, et al. Identifying communication-related predictors of patient satisfaction in a briefing prior to contrast-enhanced computed tomography [J]. *Insights Imaging*, 2019, 10(1):99.
- [21] (收稿日期:2021-09-02)

(上接第 141 页)