

加强全科规范化培训医师医患沟通技能培养,提高社区慢性疾病管理水平

王庭俊,张玲玉,徐国焱,谢良地

福建医科大学附属第一医院全科医学科,福建 福州 350005

心血管疾病是目前我国城乡居民的首要死亡原因。高血压、糖尿病等作为心血管疾病的主要危险因素,发病率和患病率仍不断上升,而知晓率、治疗率和控制率均不理想^[1]。因此,提高这些慢性疾病(慢性病)的管理水平是我国医疗卫生事业的主要挑战。

中国农村高血压控制项目(China rural hypertension control project, CRHCP)结果显示,由乡村医生主导的高血压综合干预模式可显著提高中国农村高血压患者的血压控制率,说明基层全科医师是慢性病管理的主力军,全科医师解决临床实际问题的能力是慢性病管理的关键要素^[2]。目前,规范化培训(规培)是全面系统提高全科医师临床实践能力的重要教育阶段,它以“职业素养、专业能力、沟通合作、患者管理、教学能力、学习提示”六大核心胜任力作为培养目标^[3]。但现阶段,对于沟通合作,特别是医患沟通的相关内容,各院校仍缺乏相应的培养体系。如何更好地掌握医患沟通技能,并将它融入临床实践中,是目前规培教育亟待解决的问题。慢性病的管理是社区医疗工作的重点,社区的全科医生会面临许多慢性病管理中的实际问题,如患者的饮食油腻、不吃水果、不吃早餐、暴饮暴食、缺乏运动、久坐、吸烟、酗酒、熬夜、情绪沮丧和各种理由的不遵医嘱服药。另外,每个患者都有独特的认知和社会背景,对就医有自己的想法、担忧和期待。只有跟患者进行充分、有效的沟通才能真正地了解他们的烦恼,才能与患者共同决策,改善就医行为,提高慢性病管理水平,同时也能最大程度地规避医患矛盾。对于全科医师规培阶段的医患沟通培养可从几个方面着手。

1 医患沟通模式的讲解

目前,在许多医学院的院校教育阶段已经开通了与医患沟通有关的课程,内容涉及职业素养、医德医风、医学心理学、医疗纠纷防范等,但对临床实践中具体医患沟通技能的介绍较少。国外对这方面的研究起

步较早,并且创建了多种医患沟通模式。在规培教育阶段,可以利用小讲课介绍几种常见的医患沟通模式。

(1)以“患者为中心”的沟通模式(patient-centered communication, PCC):1969年Balint^[4]提出患者应该被视为独一无二的人,在医疗活动中,除了明确疾病的诊断外,医生还需要明确患者作为一个完整的人的所有健康问题,这意味着从“以疾病为中心”的医疗模式向“以患者为中心”的医疗模式转变。为实现PCC,应感知患者的想法、担忧、期望和需求,理解患者个人独有的社会心理背景,尊重患者的价值观,就健康问题和治疗方案达成一致,激励患者主动参与医疗决策,权利和责任共同分担。PCC是高质量医患沟通的核心,对于慢性病患者管理尤其适用。例如,新诊断的糖尿病患者,如果以往的食量大,可能无法立即执行糖尿病饮食方案,在健康教育前,通过沟通评估患者的饮食情况,根据具体情况帮助患者,解决实际问题,循序渐进地控制饮食,在每完成一次小目标时给患者鼓励。PCC是所有医患沟通模式的基石,需要融入到慢性病患者的接诊、健康教育、选择治疗方案等每一医疗环节中。

(2)卡尔加里-剑桥指南(Calgary-Cambridge guide, C-CG):1996年Kurtz等^[5]发现医生在临床实践中不能有效地践行医患沟通技能,因此他研发了C-CG。该指南最大的特点是将沟通技能与沟通的内容和其他临床技能紧密地整合到一起,将“以患者为中心”的模式落实到具体临床实践中。自从C-CG问世以来,被西方各国广泛应用,经过优化更新,形成了改进版C-CG。改进版在开始会谈、采集信息、体格检查、提供接诊咨询的结构、建立关系、解释和计划、结束会议的7个一级指标框架下,设置了18个二级指标和71个三级指标。C-CG框架清晰、指标具体详细。C-CG特别强调建立关系、解释和计划,对于以社区为主战场的全科医师来说,与患者建立长期稳定的关系非常重要,能够增加患者对全科医生的信任度,有利于连续性管理。另外,慢性病患者的自我管理技能的习得,需要全科医生的指导,解释和计划是全科医生帮助

患者掌握必备技能,实现共同决策的主要手段。对于初级阶段的全科规培住院医师,可按此框架不断进行训练。但该指南内容过多,培训住院医师需要较长的时间。

(3) 四习惯医患沟通模式(four habits model, FHM):1999年由美国凯撒医疗集团 Frankel 等^[6]提出了四习惯医患沟通模式,将医患沟通分为准备沟通、获取患者的观点、施以同理心、结束诊治4个维度,其中又包括了14项沟通技能、35项具体沟通技巧,习惯之间相互嵌套,密切关联。该模式特别适用于有情绪困扰的患者。国内学者在此基础上,增加了“风险告知、知情同意”维度,构建了五习惯医患沟通模式,研究表明,该模式能够帮助医生快速掌握医患沟通技巧,最大程度地尊重患者的意愿,做出符合患者利益的决策,提高患者满意度^[7]。慢性病的病程长,久病成医,社区的慢性病患者几乎都有自己的疾病因果观和健康信念模式。全科医生应该了解他们,针对性开展患者教育。长期的患病往往带给患者负面情绪,情绪的困扰可能会阻碍诊治方案的实施。理解患者的疾苦,同情及安抚患者的心灵,是“有温度”“高情商”全科医师的基本职业素养。恰当地表达理解、同情,是需要不断学习的一项技能。

(4) 卡拉马祖共识声明基本元素沟通清单(Kalamazoo essential elements communication checklist-adapted, KEECC-A):1999年美国卫生科学服务大学在多种医患沟通模式基础上,构建了 KEECC-A^[8]。KEECC-A 概述了有效医患沟通的基本要素,包含7项基本沟通任务:建立医患关系、开始讨论、收集信息、了解患者的观点、共享信息、对存在的问题和计划达成一致。该模式有较好的实用性和针对性,目前已经被北美多家医学院用于医学教学和评估。KEECC-A 涵盖了一般医患沟通的关键环节,强调尊重患者权利、共享信息、共同决策的重要性,特别适用于需要更多医患协同才能解决的诊疗计划实施,比如糖尿病降糖目标的确立,降糖方案的制定等。

(5) AIDET 医患沟通模式:AIDET 最初是由 Studer Group 团队为提高医患有效沟通而构建的。A 代表 Acknowledge(问候);I 代表 Introduce(自我介绍);D 代表 Duration(过程);E 代表 Explanation(解释);T 代表 Thank you(感谢)。AIDET 短小精悍,特别适用于临床技能操作时的医患沟通^[9]。

除了以上五种模式外,还有 E4 模式(E4 model, engage, empathize, educate, enlist)、三功能模式(three function model)、Macy 模式等多种医患沟通模式,它们都被广泛证明为科学严谨、框架清晰且实操性强的医患沟通模式,都具有多层次的结构,以建立互信、和

谐的医患关系为目标,都给予患者充分的话语权。

以上介绍的几种医患沟通模式均适用于社区全科医生与慢性病患者之间的沟通。在规培阶段,各基地可以根据师资情况和沟通场景和沟通内容进行选择,也可以根据以上模式,结合我国文化背景和当前医疗环境,自行构建医患沟通的培训方案。慢性病的病程长,患病的危险因素各不相同,预防保健和治疗方案也应具有个体化。医患沟通贯穿于病史采集、技能操作、健康教育,治疗选择等各个方面,“以患者为中心”,尊重和了解、了解患者,耐心倾听,共同分享决策,赋予患者选择权应渗入到全科医师对慢性病患者管理的每个环节中,这也是全科住院医师规培阶段,在医患沟通技能培训中需要特别强调的内容。另一方面,我们也应该注意到,采用上述医患沟通模式是为了更好地帮助全科医生快速、系统地掌握这项技能,最终需要灵活应用,实现“无招胜有招”。相反,如果不能根据实际场景,恰当运用沟通技巧,沟通形式化、流程化、机械化,则可能造成适得其反的效果。事实上,真诚、善良、富有同情心永远是医患沟通技能的灵魂,是每个全科医师应具有的最基本的素养,这种素养往往源于指导老师的言传身教。

2 医患沟通培养的形式

在传统的医患沟通培训中,指导老师往往采用案例分析法进行讲解,规培医师无法获得感性认识,常常导致理论与实践分离,因此需要采用其他方法进行强化训练,目前常用的方法有以下几种。

(1) 巴林特小组活动:巴林特小组由匈牙利精神分析师 Michael Balint 于 20 世纪 50 年代创建,简单地概括为规培医师讲述其亲身经历的关于医患沟通案例,小组成员通过提问了解案例的具体细节,然后其他小组成员从不同角度讨论,表达对该案例存在问题的感受、看法,由小组长把握讨论的进程。另外,可在讨论的外圈安排观看者,形成“金鱼缸”模式。当内圈的讨论结束后,组长邀请外圈的住院医师就看到的和听到的内容,发表看法。巴林特小组活动的目的是帮助规培医师识别和理解临床诊疗过程中所遇到的医患关系的问题,小组成员从生物-心理-社会医学层面展开讨论,对如何提高医患沟通技巧,解决沟通中的问题进行思考。需要指出的是讨论是没有标准答案的,是真正的“集众人之智慧,解决医患关系之烦恼”。巴林特小组活动的讨论节奏由组长把控,对其组织能力要求较高^[10]。

(2) 情景模拟:情景模拟是一种开放式的教学方法,它将真实的、常见的、典型的案例进行加工,由标准化患者(standardized patient, SP)或规培医师扮演患

者,另外一组是医生组,小组成员讨论如何与患者进行沟通,再派出代表进行情景模拟,其他规培医师观看模拟过程,找出医患沟通过程中的优缺点,提出改进办法。扮演患者的规培医师也能切身体会到就医时的困难和心情。情景模拟结束后,全科规培医师可与指导老师 and 小组成员讨论,发现沟通过程中存在的问题,并寻找解决办法,更加灵活和具体地运用医患沟通技能。情景模拟不受时间和场地的限制,可反复练习,为规培医师独立接诊做准备^[11]。

(3)虚拟患者:借助虚拟现实技术、姿态跟踪技术、面部表情捕捉理解技术等虚拟环境中为规培医师提供逼真、可交互的临床就诊情景,以加强规培医师与患者的沟通。虚拟技术可构建病情分析、健康咨询、共情表达、共同决策、情绪疏导等多种临床医患沟通模块。这种形式有利于缓解医学教育资源的短缺,实现优质资源共享,推进以自主学习为导向的教学方式改革。但目前阶段的虚拟患者,可能还存在思维僵化,表情刻板的问题,与千变万化的临床情况还存在差异,不过随着人工智能的进步,这种情况会逐步改善^[12]。

对于慢性病医患沟通的培养,可采用任何一种形式的教学方法,并总结利弊,熟练应用。可将沟通过程分解成单个模块,由易到难,循序渐进,从获取信息、健康咨询等过渡到共同决策、解决棘手问题、告知坏消息、安慰患者等。只要是能提高医患沟通能力的教学方法,就值得在临床教学工作中推广应用。

3 医患沟通技能的评估

目前,临床上常见的用于形成性评价的简单量表如迷你临床演练评估(mini-clinical evaluation exercise, mini-CEX)和临床操作技能直接观察(direct observation of procedural skills, DOPS)均将医患沟通作为单独的一项指标进行评估,但对该项目的评估比较笼统,未展示对沟通技能的具体要求,适用于门诊、简单临床操作中的医患沟通,以及需要沟通内容相对简单,以说明性内容为主的场景。莱斯特评估包(Leicester assessment package, LAP)是经典的全面评估全科医师服务模式、基本技能以及医患沟通能力的量表,其中多个条目涉及医患沟通的评估,LAP是一种综合性评价量表,而专门用于医患沟通的量表有医患沟通技能评价量表[又称 SEGUE 量表(set elicit give understand end framework, SEGUE framework)],阿姆斯特丹态度和沟通量表(the Amsterdam attitude and communication scale, AACS)和利物浦医生沟通能力评价量表(Liverpool communication skills assessment scale, LCSAS)。SEGUE 是 2001 年由美国西北医科大学 Makoul^[13] 制定的医患沟通框架,该

框架分为准备、信息收集、信息给予、理解患者、结束 5 个维度,一共 25 个条目,采用二分法进行测评,即在沟通过程中是否完成了某项沟通任务。SEGUE 具有良好的内部一致性及实用性,是全世界广泛使用的医患沟通能力评价工具,常常作为新构建医患沟通量表的标准关联效度的评价标准。AACS 于 1994 年首次创建,2001 年修订,是为迎合执业医师发展蓝图而创建的医患沟通工具。AACS 包括 9 个沟通和专业态度维度,前 5 个维度涉及与患者的沟通,后 4 个维度涉及对其他卫生保健专业人员和对自我的态度^[14]。LCSAS 是 Humphris^[15] 在 2001 年根据欧洲国家全科医师体制涉及的医患沟通能力编制的测评工具,有 5 个维度,12 个项目,评估沟通的内容和方式,除了语言沟通外,也关注到非语言沟通,量表篇幅短,通俗易懂,使用简便。我国学者也自行编制了医学生医患沟通行为量表、医患沟通质量评价量表、医学生医患沟通能力评价体系等。上述量表均体现了对共情、接纳、尊重等内在态度的评价,都是本着“以患者为中心”的内涵,传递恰当的内容,达到理想沟通效果的考量,这些评估工具原则上适用于全科医生对慢性病患者管理的各种场景,但它们均起源于国外,在国内 LAP 和 SEGUE 已被广泛采纳,被证实适用于中国全科医师医患沟通能力的培养,AACS 和 LCSAS 还需要更多的验证。各规培基地将评估工具引入到教学工作中时,需要根据全科规培医师和患者的反馈,了解评估工具实际的效果。

4 医患沟通评价的反馈和反思

对全科规培医师医患沟通技能评价的目的是为了改进,因此反馈和反思环节对这项技能的提高是必不可少的,同时也可以实现教学相长。反馈的形式多种多样,可以口头反馈,书面反馈,也可以采用录像的形式反馈。反馈应具体、客观、就事论事,鼓励规培医师自己发现问题,帮助参与者反思自己的表现。在反馈中使用描述性语言,强调正确的做法,不使用批判性语言,不过分强调错误之处。

慢性病的管理,需要患者的参与,患者具有自我管理的权利和责任。医生和患者是平等的伙伴关系,有效的医患沟通已被证明能促进患者遵嘱服药、坚持锻炼和控制饮食、自我监测的良好行为的建立,提高患者满意度,同时也能改善临床结局^[16]。在全科医师规培阶段,加强医患沟通技能的培训,将其内化为自己的习惯,将来必定能增加患者对全科医师的黏合度,有利于社区慢性病的管理。以慢性病管理中的具体问题作为全科规培医师医患沟通技能培养的抓手,将增加技能培养的实用性和效率,有利于提高规培医师的自信心,他们也将能更快胜任社区慢性病管理工作。

参考文献

[1] 《中国心血管健康与疾病报告 2022》编写组. 《中国心血管健康与疾病报告 2022》要点解读[J]. 中国心血管杂志, 2023, 28(4): 297-312.

[2] Sun Y, Mu J, Wang DW, et al. A village doctor-led multifaceted intervention for blood pressure control in rural China: an open-cluster randomised trial [J]. Lancet, 2022, 399 (10339): 1964-1975.

[3] 中国医师协会. 住院医师规范化培训内容与标准(2022年版) [EB/OL]. (2022-08-05)[2023-10-06]. <http://www.doc88.com/p-95229726308597.html>.

[4] Balint E. The possibilities of patient-centered medicine [J]. J R Coll Gen Pract, 1969, 17(82): 269-276.

[5] Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge referenced observation guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes [J]. Med Educ, 1996, 30(2): 83-89.

[6] Frankel RM, Stein T. Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model [J]. J Med Pract Manage, 2001, 16(4): 184-191.

[7] 王清燕, 尹兰义, 闫雅鑫, 等. “五习惯”医患沟通评价表的构建及信效度研究 [J]. 中国全科医学, 2022, 25(16): 1990-1994.

[8] Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement [J]. Acad Med, 2001, 76(4): 390-393.

[9] Braverman AM, Kunkel EJ, Katz L, et al. Do I buy it? How AIDET? Training changes residents' values about patient care [J]. J Patient Exp, 2015, 2(1): 13-20.

[10] 余情, 陈华, 郑玉英. 探讨巴林特小组活动在住院医师规范化培训中的应用 [J]. 中国毕业后医学教育, 2019, 3(5): 423-425.

[11] 张键. 情景教学在医患沟通教学中的应用 [J]. 首都医科大学学报(社会科学版), 2011, 6(增刊): 377-378.

[12] 阳盼, 张璟璐, 李晋芳, 等. 虚拟病人在全科医患沟通能力培养中的应用 [J]. 岭南急诊医学杂志, 2022, 27(5): 499-500.

[13] Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills [J]. Patient Educ Couns, 2001, 45(1): 23-34.

[14] de Haes JC, Oort F, Oosterveld P, et al. Assessment of medical students' communicative behaviour and attitudes: estimating the reliability of the use of the Amsterdam attitudes and communication scale through generalisability coefficients [J]. Patient Educ Couns, 2001, 45(1): 35-42.

[15] Humphris GM, Kaney S. The Liverpool brief assessment system for communication skills in the making of doctors [J]. Adv Health Sci Educ Theory Pract, 2001, 6(1): 69-80.

[16] 张晓倩. 医患沟通技能对糖尿病患者治疗依从性的影响 [J]. 中国医学伦理学, 2008, 21(5): 49-50, 55.

收稿日期: 2023-10-06 责任编辑: 周卫

• 预 告 •

“学术争鸣”题目预告

- 血浆醛固酮与肾素比值筛查阳性的正常或偏低醛固酮高血压患者, 需进一步行确诊试验吗? [2024年7月1日]
- 急性缺血性脑卒中血管内治疗期间是否需要强化降压治疗? [2024年8月1日]
- 环境因素(温度, 噪声)对血压的影响, 以及高血压患者血压季节性变化的临床管理策略 [2024年9月1日]
- 钠-葡萄糖协同转运蛋白 2 抑制剂和血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂在高血压合并心力衰竭患者中如何选择? [2024年10月1日]
- 中药治疗在高血压管理中的循证证据如何? [2024年11月1日]
- 老年高血压合并心房颤动患者并发脑出血, 何时启动抗凝或抗栓治疗? [2024年12月1日]
- 非低肾素性原发性醛固酮增多症患者用醛固酮受体拮抗剂后, 如何在随访期间评估疗效? [2025年1月1日]
- 如何规范智能血压监测设备在家庭血压管理中的应用? [2025年2月1日]
- 高血压治疗中哪些治疗措施有助于提高血压目标范围内时间? [2025年3月1日]

注: 方括号内时间为截稿日期。参与本栏目讨论的稿件请发送到我刊邮箱(zhgxyzz@vip.126.com)或上传至我刊网站(<http://zhgxyzz.boyuanchb.com>)“高血压论坛”栏目。