

• 全科医学教育研究 •

国外医患沟通模式对我国全科医生沟通技能培训的启示



扫描二维码查看
原文 + 培训视频

邓黎黎, 廖晓阳*, 伍佳*, 熊梅

【摘要】 沟通能力是全科医生必备的核心能力之一, 是提高医疗服务质量的保障。国外在积累大量研究经验基础上, 制定了系统、简单、实操性强的医患沟通模式, 在医学教育中被广泛应用, 被证明对提高医生沟通技能有着至关重要的作用。而我国由于受生物医学传统模式的影响, 对医学生医患沟通能力的培养存在认识不足, 缺乏适应不同阶段、专业方向的医患沟通教育教材, 缺乏相关理论研究等问题, 制约了沟通技能培训的质量, 导致全科医生沟通能力相对薄弱。拥有系统、简单、实操性强的沟通培训模式是保证全科医生医患沟通能力培养质量的关键环节。本文重点分析国外推荐使用的主要医患沟通模式(以患者为中心的沟通模式、卡尔加里-剑桥指南、SEGUE 框架、“四习惯”、卡拉马祖共识声明基本元素沟通清单), 以期制定符合我国全科医生医患沟通技能培训内容提供参考和借鉴。

【关键词】 全科医生; 医患沟通; 沟通技能; 培训; 模式

【中图分类号】 R 192 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.185

邓黎黎, 廖晓阳, 伍佳, 等. 国外医患沟通模式对我国全科医生沟通技能培训的启示[J]. 中国全科医学, 2021, 24(13): 1684-1689. [www.chinagp.net]

DENG L L, LIAO X Y, WU J, et al. Enlightenment of foreign doctor-patient communication models to relevant trainings for general practitioners in China [J]. Chinese General Practice, 2021, 24(13): 1684-1689.

Enlightenment of Foreign Doctor-patient Communication Models to Relevant Trainings for General Practitioners in China

DENG Lili, LIAO Xiaoyang*, WU Jia*, XIONG Mei

International Medical Center/General Practice Unit, West China Hospital, Sichuan university, Chengdu 610041, China

*Corresponding authors: LIAO Xiaoyang, Professor, Master supervisor; E-mail: 625880796@qq.com

WU Jia, Attending physician; E-mail: wujia@wchscu.cn

【Abstract】 Skills for communicating with patients are one kind of core ability that general practitioners (GPs) must possess, ensuring the improvement of services quality provided by GPs. The systematic, simple and practical doctor-patient communication models developed by foreign countries based on a large amount of research experience have been widely used in medical education, and proved to be crucial for improving doctors' skills for communicating with patients. In contrast, in China, GPs show relatively poor abilities in communicating with patients, which may be caused by insufficient awareness of training this ability in medical students influenced by the traditional biomedical model, and unsatisfied quality of such trainings due to lack of relevant teaching materials for medical students with different majors at different learning stages, and lack of relevant theoretical studies. As systematic, simple, and practical curriculum is the key to ensure the quality of training GPs' skills for communicating with patients, we detailedly analyzed the recommended major doctor-patient communication models in foreign countries (patient-centered communication, Calgary-Cambridge Guide, SEGUE Framework, Four Habits Model, Kalamazoo Essential Elements communication Checklist-Adapted), aiming at providing a reference for developing course contents of doctor-patient communication skills for GPs in China.

【Key words】 General practitioners; Doctor-patient communication; Communication skills; Training; Model

基金项目: 中华医学会医学教育分会和中国高等教育学会医学教育专业委员会 2018 年医学教育研究立项课题 (2018B-N03018); 成都市武侯区医院管理服务中心重点研究资助课题 (成武医管【2019】A03)

610041 四川省成都市, 四川大学华西医院特需医疗中心 / 全科医学病房

*通信作者: 廖晓阳, 教授, 硕士生导师; E-mail: 625880796@qq.com 伍佳, 主治医师; E-mail: wujia@wchscu.cn

本文数字出版日期: 2021-01-22

国际医学教育研究所和世界家庭医生学会提出沟通技能是全球医学生和全科医生必备的核心能力之一^[1-3]。国外经过长期、深入的探索, 形成了多种医患沟通模式, 并在医学教育中被广泛使用, 对提高医生沟通技能起到至关重要的作用^[4]。拥有系统全面而又易于操作的教材可使教学沟通技能任务变得简单^[5]。我国全科医学发展较晚, 全科医疗沟通理论研究相对不足, 研究显示我国面对全科医生的沟通技能培

训研究占有沟通技能培训研究的4.9%^[6]。沟通技能培训教材缺乏、教学方式单一、教学资源不均、教学师资参差不齐等因素制约了沟通技能培训质量^[7-8]。本文系统研究并重点分析了国外推荐使用的主要沟通技能培训模式及主要内容,以期制定符合我国全科医生医患沟通技能培训提供参考和借鉴。

1 国外主要医患沟通模式概述

20世纪60年代以来,国外对健康沟通研究领域的兴趣日益浓厚^[9],研发了多种医患沟通模式,这些医患沟通模式在医学教育中被广泛使用,并被证明对成功开发和提高医生沟通技能至关重要^[4]。医患沟通模式是对医患沟通全过程的概括性、总体性描述,是指导医患沟通实践、教学及研究的纲领^[10]。主要包括沟通目标、任务及策略,其呈现形式多样,如列表、框架、清单、指南等。现通过文献回顾,对国外目前沟通技能培训广泛使用的5种医患沟通模式的由来、组成要素、构建目标等进行概述^[11]。

1.1 以患者为中心的沟通模式(patient-centered communication, PCC)

PCC起源于1969年BALINT^[12]提出的“患者应该被视为独一无二的人”这一理念,被定义为帮助医务工作者提供与患者的价值观、需求及偏好相一致的护理,使患者能够提供意见并积极参与有关其健康和保健的决策^[13]。PCC被广泛认可为高质量卫生保健的核心组成部分^[14],包括4个沟通领域:(1)引出并感知患者的担忧、想法、期望和需求等;(2)理解患者个人独有的社会心理背景;(3)尊重患者价值观,就问题与治疗方案达成一致;(4)患者激活,主动参与决策,分享权力、分担责任^[15]。PCC的基本技能包括介绍建立关系、引出患者议程、理解患者观点、表达同理心、提出诊断、共同决策、最后讨论^[16]。PCC被提议作为实现更好的健康结果、更大的患者满意度和降低健康成本的一种方法^[17]。PCC的目标是提供与患者的价值观、需求和偏好相一致的护理,达到共同决策。其考虑到患者对信息、共享决策和做出适当反应的需求,具有交换信息、对情绪做出反应、管理不确定性、做出决策、使患者能够自我管理和培养治愈关系等特点。使用该模式对美国墨西哥6名全科医生进行为期1d的培训,采用理论课程、接诊标准患者的个性化反馈及自愿参加的研讨会的形式,结果显示在培训后及随访6个月、18个月时期明显提高了全科医生以患者为中心的沟通和沟通能力^[18]。在美国芝加哥大学和克利夫兰诊所使用该模式对使用电子病历的30名家庭医生分别进行90 min和4 h的培训,结果显示简短的课程可以提高全科医生使用电子病历时的沟通技能^[19]。另一项借助互联网使用该模式对29名全科医生进行沟通技能培训的结果显示全科医生的沟通技能和患者满意度均有所提高,同时借助互联网的培训提高了全科医生参与沟通技能培训的意愿^[20]。

1.2 卡尔加里-剑桥指南(Calgary-Cambridge guides, C-CG)

1996年KURTZ等^[4]在以证据为基础的前提下为解决沟通教学内容和沟通过程分离的问题,使传统的临床方法与有效的沟通技巧相结合研发了C-CG。指南问世以来,在医学教育中被广泛应用,并被证明对成功开发和提高医生沟通技能

有着至关重要的作用。指南不断优化更新,最终形成了增强版C-CG^[21]。增强版指南包括7个一级指标(开始谈话、收集信息、体格检查、解释和规划、结束对话、提供结构和建立关系)、18个二级指标、71个三级指标。其培训形式包含小组教学、一对一教学、直接观察实践^[22]。据调查英国60%以上的医学院都在使用,且是北美地区第二常用的教学和评估沟通指南^[23]。其被翻译成荷兰语、法语、挪威语和西班牙语等多种语言,在全世界各级医学教育中作为主要教学资源、评估工具或研究工具使用^[21, 24]。同时出版成书*Skills for Communicating with Patients, Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*,作为医患沟通研究领域里程碑式的著作,现已成为许多国家的标准教材。英国东安格利亚大学使用该模式对1~5年級的3775名学生进行不同目标方案的沟通技能培训,其中实践课程由10名学生为一组,通过角色扮演完成与情景模拟相关的技巧练习,由1~2名教师进行指导。结果显示该模式提高了学生学习的满意度^[25]。另一项在日本使用该指南评估医生的沟通信心的研究显示,该指南能够很好地反映医生的信心^[26]。

1.3 SEGUE框架(Set Elicit Give Understand End framework, SEGUE framework)

2001年,美国西北医科大学MAKOU^[27]研究制定了SEGUE框架,该框架描述了一系列与医疗效果有关的医生行为与沟通技巧,被用于促进沟通技能的教学与评估,以及医患沟通研究。框架共有准备、信息收集、信息给予、理解患者、结束5个维度,共25个条目。编者强调为了增加使用灵活性,条目的顺序并不能解释为脚本,条目编号只是为了便于报告数据。针对北美144所医学院校进行的调查显示,SEGUE框架是北美使用最广泛的沟通技能教学和评估工具^[28]。美国西北大学使用该模式对一千两百多名医学生进行沟通技能培训,由三十多名教师完成,持续7年。将该模式融入为期2年的医学综合课程中,从第1年的第5周开始,持续12周;每周完成一个部分(如第一周为S;然后是SE.....),另外几周进行实践;10~12人为一组与教师进行为时1h的研讨会,然后每3~4人为一组进行技能练习,并得到反馈^[27]。结果证明SEGUE框架是教学医患沟通技能的宝贵工具。现多用来评价医生的沟通能力。

1.4 “四习惯”(four habits model, FHM)

1996年FRANKEL等^[28]基于循证医学证据,为构建临床医生与患者在沟通中达到快速建立融洽关系和建立信任、促进信息的有效交流、表现出关心和关怀、增加坚持和积极健康结果的可能性的目标把临床医患沟通归纳为FHM:(1)准备沟通;(2)获取患者的观点;(3)表达同情与共鸣;(4)与患者讨论结束谈话。其包含4个维度、14项基本沟通技能、35个具体沟通技巧及20项预期结果^[28],这些习惯是相互嵌套、相互关联的。了解每一项技能及其是如何协同工作的,对于创造相互满意和有效的沟通非常重要。其为临床医生提供了一个有效和实用的框架。针对新聘用的基层临床医生,该模式由1位专业培训师(理论授课)和1位沟通顾问共同授课(实践案例补充),通常每年在每个机构进行2~3次。针对患者满意度得分较低的基层临床医生,该模式设计为5d集中课程培

训,其互动课程由4个2h会议组成,每个会议集中于1个“习惯”,会议中每4个学员为一组,与1~2名教师、1位标准患者一起练习并接收与之相关的沟通反馈^[26],全程使用摄像机记录。16年的纵向数据显示参加培训的医生在培训前6个月和培训后6个月患者满意度得分明显提高(1.9%~4.6%)^[29]。

1.5 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,为促进医学教育中以沟通为导向的课程的开发、实施和评估,以及为这一领域的具体标准的制定提供信息,来自北美多家医学院及其他医学研究机构的21位专家在密歇根州的卡拉马祖召开会议,在E4模式(E4 model)、三功能模式(three function model)、C-CG、PCC、SEGUE框架5个沟通模式基本元素上基于任务法制定了KEECC-A^[30]。KEECC-A概述了有效医患沟通的基本要素,为教学和评估沟通技能、确定相关知识和态度及评估教育项目提供了一个连贯的框架,其包含7项基本沟通任务:(1)建立医患关系;(2)开始讨论;(3)收集信息;(4)了解患者的观点;(5)共享信息;(6)对存在的问题和计划达成一致;(7)结束。这7项沟通任务存在于5个沟通模式中的每一个模式^[30]。其使用是以该清单为基础,在清单基础上进行修改扩展用于培训和/或评估。美国卫生科学服务大学在该模式基础上制定了必要的沟通元素(the essential elements of communication, EEC)纵向课程(本科到研究生),用于医学学生的教学和评估。在EEC教学中,学生通过与标准化患者互动/真实患者访谈和小组讨论来建立自己的沟通技能,结果显示EEC是医学生沟通能力评分的重要预测指标^[31]。

综上,国外主要医患沟通模式均表现出较好的实用性、针对性和有效性等优势,但也存在不足^[21-22, 27-28, 30, 32-36](见表1)。

2 我国全科医生沟通技能培训模式现状及不足

2.1 我国全科医生沟通技能培训模式现状 我国于20世纪90年代才开始关注医患沟通,2018年的统计数据显示,只有49%的中国医学院校开设了医患沟通课程^[37],且培训教材和方式单一,目前国内在全科医生沟通技能培训中主要采用的模式为国外引进中译模式。

2.1.1 巴林特小组模式 巴林特小组是由MICHAEL等于20世纪50年代在英国伦敦创建^[38]。其从精神动力学的视角看待问题,形式上是一种团体活动,其经典小组活动由8~12名固定的全科医生与1名主持人组成,每次活动时间约2h,每组活动一般持续2年。在团队活动中全科医生分享医患沟通体验,成员进行非批判性议论,使每个成员反思、领悟、感知自身及患者情绪反应,明白个人沟通能力局限性从而提高自己医患沟通技巧。其特点包括:(1)注重提高医护人员的倾听和共情能力;(2)不给出问题的答案和解决问题的建议,即不告诉医生“如何做”。2003年巴林特小组的工作模式引入中国,首先在综合性医院得到应用^[39]。随后巴林特小组模式在国内全科医生培训中应用越来越多。浙江大学使用该模式对8名全科医生进行医患沟通技能培训,由1名教师组织完成,结果显示该模式有利于全科医生梳理改善自身情绪,提高医患沟通技能,改善职业倦怠^[40]。中南大学湘雅二院使用改良的巴林特小组模式对54名全科医生进行沟通技能培训,由5名带教老师组织,共开展30次,每次约1h,每次1组(10~11名全科医生),每名全科医生参加5~6次巴林特小组活动。结果显示全科医生提高了共情和医患沟通能力,改善了职业倦怠,提高了职业认同感^[41]。

2.1.2 莱斯特评估包(Leicester assessment package, LAP)

1994年LAP由英国FRASER等^[42]提出,被用来评估全科医生沟通能力。因其内容与全科医生服务模式及基本技能要

表1 国外主要医患沟通模式比较

Table 1 Comparison of five doctor-patient communication models used in foreign countries

沟通模式	优点/特点	缺点
PCC	(1) 生物-心理-社会视角 (2) 以患者为中心,延伸了沟通主体 (3) 分享权利和责任 (4) 形成治疗联盟 (5) 协调整合护理资源	(1) 总体上更偏向一种概念性内容,不知道其具体是什么及怎么样更好地对其进行评估 (2) 需要增加财政、时间投入 (3) 涉及与患者协商循证治疗计划 (4) 医疗服务质量与医务人员的态度相关
C-CG	(1) 将沟通技能与其他临床技能进行整合 (2) 保证临床教师在正式沟通课程之外给予支持和教授沟通 (3) 拥有综合全面的核心技能、丰富的教学案例 (4) 将沟通技巧连续的扩展到本科生、研究生和继续医学教育的各个阶段 (5) 指南的使用注重灵活性,以提高沟通能力为标准,通过识别和应对患者个体需求,有选择、有意图、有意识、更明确地使用	内容太多,过于冗长
SEGUE 框架	(1) 使使用者专注于沟通任务,为学习沟通技巧提供了目标感 (2) 提供了高效实用的沟通技能评价框架,利于医生进行反思和总结 (3) 鼓励学生在量表基础上保持自我个性,灵活使用,发展适用自己的沟通技能	(1) 部分使用者只关心最后总得分,根据分数高低来评价一个人沟通好坏 (2) 不能有效地衡量医学访谈技巧的差异
FHM	每个习惯是由一个“技能家庭”组成,且相互关联,习惯之间的关系被明确化	缺乏灵活性
KEECC-A	(1) 代表了在医学教育背景和兴趣各异的个人的合作和共识 (2) 可以在卡拉马祖清单上进行修改,以满足不同专业、环境和健康问题的需要	其评分选项限制了评分者区分医生沟通技能范围的能力

注: PCC = 以患者为中心的沟通模式; C-CG = 卡尔加里-剑桥指南; SEGUE 框架 = Set Elicit Give Understand End framework; FHM = “四习惯”; KEECC-A = 卡拉马祖共识声明基本元素沟通清单

求匹配,所以逐渐被中国香港、科威特、澳大利亚等广泛使用^[43-45]。LAP作为评估家庭医生接诊能力的评估工具,从病史采集、体格检查、解决问题、患者管理、医患沟通、预防保健、病历记录7个方面对全科医生的应诊能力进行全面、系统、客观地综合评估^[38]。贾鸿雁等^[46]对13名全科医生在常规全科医生规范化培训大纲培训的基础上,进行108个学时的LAP沟通技巧培训,使用角色扮演、小组讨论、独立门诊等培训形式,结果显示将LAP作为培训工具,可以明显提高全科规范化培训学员的沟通技能且优于常规培训。陈亮等^[47]采用LAP对35名全科医生进行培训,要求每名全科医生每周参加2次,0.5 d/次,每2周集中开展1次接诊技能研讨会,2 h/次。结果显示培训后全科医生沟通技能合格率增加42.5%。

2.1.3 AIDET沟通模式 AIDET沟通模式是由Studer Group团队为提高护患之间有效沟通而研发,目前已在多家医疗机构广泛应用^[48]。该模式涵盖了与患者沟通的路径及标准用语,即A, Acknowledge(问候); I, Introduce(自我介绍); D, Duration(过程); E, Explanation(解释); T, Thank you(感谢)。AIDET沟通模式在国内首先应用于疼痛管理研究中,结果显示该沟通模式有助于减轻患者心理压力,降低应激反应从而提高患者满意度和依从性^[49]。2016年,刘春瑞等^[50]应用AIDET沟通模式对5名全科医生进行培训,结果显示该模式可以提高全科医生疾病诊断正确率和患者满意度。

2.1.4 C-CG 2003年,中国香港首次引进C-CG进行本土化,并用于测评全科医生医患沟通培训前后的变化,结果显示沟通技能可以通过培训获得并得到提高^[51]。深圳市福田区对5名家庭医生进行C-CG培训,并对其培训前后接诊的50名患者进行满意度调查,结果显示对家庭医生进行C-CG沟通技能培训,可以提高家庭医生的沟通能力和患者满意度,但延长了诊疗时间^[52]。董天睿等^[53]使用该模式对25名护士进行32学时的理论、角色扮演、小组讨论等形式的护患沟通技巧培训,结果显示该模式提高了护士的沟通能力和患者信任。

2.1.5 ISBAR沟通训练模式 ISBAR是基于循证基础上由WHO提出的标准化沟通模式^[54]。最早应用于美国海军和航空业在紧急情况下的信息传递^[55]。ISBAR沟通训练模式由Identify/Introduction(明确/介绍)、Situation(现状)、Background(背景)、Assessmen(评估)、Recommendation(建议)组成。ISBAR沟通训练模式在世界范围内被广泛应用于医疗服务实践领域和医疗团队合作训练项目中,被证实能够有效提高沟通能力和团队合作能力^[56-58]。目前该模式在国内主要应用于医护沟通、护理交接班及一些急危重症科室^[59]。研究显示应用ISBAR沟通训练模式对50名全科规范化培训学员进行36学时的培训,采用角色扮演、情景模拟和小组讨论等方式,由5名授课教师负责完成,可以有效提高全科规范化培训住院医师的沟通能力和团队合作能力^[60]。

2.2 我国全科医生沟通技能培训模式的不足 上述沟通模式的应用虽然取得良好的效果,但是也存在以下缺点:(1)因为师资储备的高要求,导致只能小班教学;(2)缺少同一个沟通模式满足不同年级全科医学生、不同岗位全科医生角色

转变需求和岗位目标的培训方案;(3)培训形式局限于线下面对面的教授,缺乏网络信息技术的整合;(4)沟通主体局限,仅涉及医生和患者两个层面。

3 国外医患沟通模式对我国全科医生沟通技能培训的启示

3.1 注重专职授课教师的培养 我国医患沟通教育开展相对较晚,目前仍在不断完善中。与国外相比,一方面我国的医患沟通教学专职教师较少,多为临床教师或医学人文教师^[8],其很少接受系统正规的教学培训,对学生的带教多是根据自己的临床经验,缺乏系统性、正规性,且每位教师的临床经验、教学能力参差不齐,影响了我国医患沟通教学质量。另一方面由于我国医学生生源量较多,人均师资占有量较少,无法大规模推广小班教学。因此,我国一方面应该重视全科医生医患沟通技能培养,增加培养合格专业授课教师的经济投入,加大培训力度,定期开展精品医患沟通培训班和研讨会等提高授课教师的能力,同时借助互联网信息技术,减轻教师教学负担;另一方面结合我国国情,对引入的国外医患沟通教育模式进行教学方式、教学内容等改良,使之适合我国使用。

3.2 提高全科医生沟通技能,构建适应不同阶段、不同专业的医患沟通模式 世界全科医师协会(WONCA)明确规定沟通技能是全科医生必备的核心能力之一^[2]。2019年调查显示目前我国全科医生沟通能力SEGUE量表评分总分为 (14.6 ± 6.7) 分, $n=300$,低于美国通科医生 (17.3 ± 1.8) 分, $n=500$ ^[61]。证据显示在医学实践中沟通技巧不是与生俱来的,其不会随着时间的推移和经验的积累而自动发展起来,需要被传授学习^[51, 62-63]。

全科医生工作范围广,所涉及的医患沟通具有内容多、信息量大、范围广等特点。全科医生每次与患者沟通都是复杂而独特的,因此拥有系统全面而又易于操作的沟通模式可使教学沟通技能任务变得简单^[5]。因此在设计沟通技能培训内容时需要考虑不同年级全科医学生、不同岗位全科医生角色转变的沟通需求及岗位目标,设计出简单、易操作及实用性强的“纵横交错”的渐进式教学模式,满足培训对象、培训内容的灵活机动。在众多国外医患沟通模式中,C-CG就是为解决上述情况而被研发,在我国护士实习治疗性沟通教学实践中显示以该指南为理论框架,制定沟通技能教学内容、培训目标,并根据所在医院的实际情况,在临床实践活动中有计划、系统地进行沟通技能训练,能够有效提高护生的治疗性沟通能力^[64]。我国另一项研究也显示C-CG对提高学生沟通技能针对性强,并可以满足不同层次医学生或医师的沟通需求^[65]。

3.3 “以学生为中心”的医患沟通技能培训新契机—智能网络化 截至2018年我国现有全科医生约30万人,每万人全科医生数为2.22人^[66]。与WHO建议每2000人配置1名全科医生的标准相比,我国全科医生缺口还有45万人^[67]。全科医生数量严重不足,导致全科医生工作负荷较大。根据原卫生部统计资料,2018年社区卫生服务中心医生日均担负诊疗人次与2010年比较增加了18.4%^[66]。全科医生每天平均工作时长为7.3 h,约94%的人需要加班^[68]。因此全科医生没有时间精力与患者进行有效沟通交流,更没有时间参加沟

通技能培训。

国外在医患沟通模式培养中多采用 10~12 人为一组与教师先进行小组会议讨论学习理论知识,然后再分成每 3~4 人为一组与 1~2 名教师进行现场实践及个性化反馈。而我国全科医生教育目前以全科医生转岗培训为主,学习形式为集中学习与分散自学,集中学习仍以集中面授、临床系列讲座等传统教学模式为主。全科医生医疗教育内容多,要全面掌握,短时间内的面对面课堂教学和模拟操作难以达到教学培养目标。此外,全科医生复杂的工作性质使得教学沟通技能的任务变得更加复杂。随着“互联网+”信息时代的到来,“互联网+教育”产物,如“慕课、翻转课堂、微视频”等网络教学模式应运而生。网络教学模式与传统教学模式相比具有整合优势教学资源,加强学生自主学习能力,讲解生动形象,做到自主性个性化教学,有效提高学生的学习热情及学习兴趣,突破时间、空间、思维的限制,适用于不同年龄、不同层次、不同学科的教学,照顾到了不同学生的学习速度与学习风格等优势^[69-70]。在南昌工程学院新闻传播学本科专业中使用网络教学模式进行实践,得出学生的学习满意度、课程考核成绩及考研成绩都有明显提升。此外,该模式对增加师生情感交流,增进师生、学生间关系,创新课程考核方式等方面都有重要意义^[71]。多篇文献提到在全科医生培养中应用“慕课、翻转课堂、微视频”等网络教学模式可以满足全科医生教育需求,使学员可以利用碎片化时间进行系统化培训,全面提高全科医生岗位胜任力^[69, 72-73]。

3.4 拓展沟通主体,深化全科医生沟通内涵 全科医生提供以人为中心、以家庭为单位、以社区为范围的全方位健康照顾,在基层承担常见病和多发病的诊疗和转诊、预防保健、患者康复、慢性病管理、健康管理等一体化服务,其服务对象涵盖不同性别与年龄患者及其所涉及的生理、心理、社会等各层面的健康问题^[74]。这要求全科医生的沟通主体不能局限于自身和患者。因此为了更好地服务于患者,全科医生应该协同各类医务工作者、卫生管理人员、医学教育工作者、医疗卫生机构、患者、家属、亲友、所在社区及相关单位利益人等各方,共同参与医患沟通的各个环节,扩展沟通主体,延伸沟通使用范围,进行跨专业、跨部门、跨领域的医患沟通。

志谢:感谢成都市第五人民特需医疗中心/全科医学科邹川主治医师对本文中英文的修订;感谢成都高新合作社区卫生服务中心陈华东对本文的修订建议;感谢成都市武侯区火车南站社区卫生服务中心罗晓露项目基金的支持。

作者贡献:邓黎黎负责文章的构思与设计、文献/资料收集与整理、论文撰写;廖晓阳、伍佳负责文章的可行性分析、文章的质量控制及审校;廖晓阳、伍佳、熊梅负责论文的修订;邓黎黎、廖晓阳、伍佳对文章整体负责,监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] Global minimum essential requirements in medical education [J]. *Medical Teacher*, 2002, 24 (2): 130. DOI: 10.1080/01421590220120731.
- [2] ROCHFORD A. 1-Patient empowerment for patient self-management Wonca Europe 20th anniversary project 2015 [M]. *The World Book of Family Medicine - European Edition* 2015.
- [3] LIU Y, HUANG Y, GAO H, et al. Communication skills training: adapting to the trends and moving forward [J]. *Bioscience Trends*, 2017, 11 (2): 142-147. DOI: 10.5582/bst.2017.01095.
- [4] KURTZ S M, SILVERMAN J D. 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. DOI: 10.1111/j.1365-2923.1996.tb00724.x.
- [5] RAFIDAH A Y. Notes for the primary care teachers: teaching doctor-patient communication in family medicine [J]. *Malays Fam Physician*, 2007, 2 (3): 120-122.
- [6] LIU X C, ROHRER W, LUO A, et al. Doctor-patient communication skills training in mainland China: a systematic review of the literature [J]. *Patient Education and Counseling*, 2015, 98 (1): 13-14. DOI: 10.1016/j.pec.2014.09.012.
- [7] 陈国栋, 刘江华, 王梦瑶, 等. 医学生医患沟通教学改革探索性研究 [J]. *医学与哲学*, 2017, 38 (3): 86-88. DOI: 10.12014/j.issn.1002-0772.2017.03a.21.
- CHEN G D, LIU J H, WANG M Y, et al. An investigation of educational reform of doctor-patient communication [J]. *Medicine & Philosophy*, 2017, 38 (3): 86-88. DOI: 10.12014/j.issn.1002-0772.2017.03a.21.
- [8] 田冬霞, 刘俊荣. 制约我国医学生医患沟通教育的四大瓶颈及其解决对策分析 [J]. *中国医学伦理学*, 2015, 28 (6): 940-943. DOI: CNKI:SUN:XNLX.0.2015-06-032.
- TIAN D X, LIU J R. Four bottlenecks of doctor-patient communication education in Chinese medical students and the countermeasures [J]. *Chinese Medical Ethics*, 2015, 28 (6): 940-943. DOI: CNKI:SUN:XNLX.0.2015-06-032.
- [9] PUN J, CHAN E A, WANG S, et al. Health professional-patient communication practices in East Asia: an integrative review of an emerging field of research and practice in Hong Kong, South Korea, Japan, Taiwan, and Mainland China [J]. *Patient Educ Couns*, 2018, 101 (7): 1193-1206. DOI: 10.1016/j.pec.2018.01.018.
- [10] 侯胜田, 张永康. 主要医患沟通模式及 6S 延伸模式探讨 [J]. *医学与哲学*, 2014, 35 (1): 54-57. DOI: CNKI:SUN:YXZX.0.2014-01-016.
- HOU S T, ZHANG Y K. Discussion on the main doctor-patient communication model and the six-stage extended model [J]. *Medicine & Philosophy*, 2014, 35 (1): 54-57. DOI: CNKI:SUN:YXZX.0.2014-01-016.
- [11] JANSEN K L, ROSENBAUM M E. The state of communication education in family medicine residencies [J]. *Fam Med*, 2016, 48 (6): 445-451.
- [12] BALINT E. The possibilities of patient-centered medicine [J]. *J R Coll Gen Pract*, 1969, 17 (82): 269-276.
- [13] MEAD N, BOWER P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature [J]. *Soc Sci Med*, 2000, 51: 1087-1110. DOI: 10.1016/S0277-

9536(00)00098-8.

- [14] BROWN J B, STEWART M A, RYAN B L. Assessing communication between patients and physicians: the measure of patient-centered communication (MPCC). Thames Valley Family Practice Research Unit and Centre for Studies in Family Medicine [Z]. 2001.
- [15] EPSTEIN R M, FRANKS P, FISCELLA K, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues [J]. Soc Sci Med, 2005, 61 (7): 1516-1528. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.02.001.
- [16] HASHIM M J. Patient-centered communication: basic skills [J]. Am Fam Physician, 2017, 95 (1): 29-34.
- [17] STEWART M, BELLE B J, WESTON W W, et al. Patient-centred medicine: transforming the clinical method [J]. Patient Education and Counseling, 1998, 34 (1): s44.
- [18] HELITZER D L, LANOUE M, WILSON B, et al. A randomized controlled trial of communication training with primary care providers to improve patient-centeredness and health risk communication [J]. Patient Educ Couns, 2011, 82 (1): 21-29. DOI: 10.1016/j.pec.2010.01.021.
- [19] LEE W W, ALKUREISHI M L, ISAACSON J H, et al. Impact of a brief faculty training to improve patient-centered communication while using electronic health records [J]. Patient Educ Couns, 2018, 101 (12): 2156-2161. DOI: 10.1016/j.pec.2018.06.020.
- [20] ROTHER D L, WEXLER R, NARAGON P, et al. The impact of patient and physician computer mediated communication skill training on reported communication and patient satisfaction [J]. Patient Educ Couns, 2012, 88 (3): 406-413. DOI: 10.1016/j.pec.2012.06.020.
- [21] KURTZ S, SILVERMAN J, BENSON J, et al. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides [J]. Acad Med, 2003, 78 (8): 802-809. DOI: 10.1097/00001888-200308000-00011.
- [22] DRAPER J, SILVERMAN J, HIBBLE A, et al. The east anglia deanery communication skills teaching project-six years on [J]. Med Teach, 2002, 24 (3): 294-298. DOI: 10.1080/01421590220134132.
- [23] SILVERMAN J. The Calgary-Cambridge guides: the "teenage years" [J]. The Clinical Teacher, 2007, 4 (2): 87-93. DOI: 10.1111/j.1743-498X.2007.00159_1.x.
- [24] MEDICINE A, P-FEB V N. Contemporary issues in medicine-medical informatics and population health: report II of the Medical School Objectives Project [J]. Academic Medicine Journal of the Association of American Medical Colleges, 1999, 74 (2): 130-141.
- [25] PAPAGEORGIOU A, MILES S, FROMAGE M, et al. Cross-sectional evaluation of a longitudinal consultation skills course at a new UK medical school [J]. BMC Med Educ, 2011, 11: 55. DOI: 10.1186/1472-6920-11-55.
- [26] ISHIKAWA H, ETO M, KITAMURA K, et al. Resident physicians' attitudes and confidence in communicating with patients: a pilot study at a Japanese university hospital [J]. Patient Educ Couns, 2014, 96 (3): 361-366. DOI: 10.1016/j.pec.2014.05.012.
- [27] MAKOUL G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills [J]. Patient Educ Couns, 2001, 45 (1): 23-34. DOI: 10.1016/s0738-3991(01)00136-7.
- [28] FRANKEL R M, STEIN T. Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model [J]. J Med Pract Manage, 2001, 16 (4): 184-191.
- [29] STEIN T, FRANKEL R M, KRUPAT E. Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization: a longitudinal case study [J]. Patient Educ Couns, 2005, 58: 4-12. DOI: 10.1016/j.pec.2005.01.014.
- [30] MAKOUL G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement [J]. Acad Med, 2001, 76 (4): 390-393. DOI: 10.1097/00001888-200104000-00021.
- [31] DONG T, LAROCHELLE J S, DURNING S J, et al. Longitudinal effects of medical students' communication skills on future performance [J]. Mil Med, 2015, 180: 24-30. DOI: 10.7205/MILMED-D-14-00565.
- [32] LANGBERG E M, DYHR L, DAVIDSEN A S. Development of the concept of patient-centredness: a systematic review [J]. Patient Educ Couns, 2019, 102 (7): 1228-1236. DOI: 10.1016/j.pec.2019.02.023.
- [33] NAUGHTON C A. Patient-centered communication [J]. Pharmacy (Basel), 2018, 6 (1): 18. DOI: 10.3390/pharmacy6010018.
- [34] JIANG S, STREET R L. The effects of patient-centered communication, social capital, and internet use on patient empowerment: a cross-sectional study in China [J]. Glob Health Promot, 2019, 26 (4): 33-43. DOI: 10.1177/1757975917749197.
- [35] SKILLINGS J L, PORCERELLI J H, MARKOVA T. Contextualizing SEGUE: evaluating residents' communication skills within the framework of a structured medical interview [J]. J Grad Med Educ, 2010, 2 (1): 102-107. DOI: 10.4300/JGME-D-09-00030.1.
- [36] JOYCE B L, STEENBERGH T, SCHER E. Use of the kalamazoo essential elements communication checklist (adapted) in an institutional interpersonal and communication skills curriculum [J]. J Grad Med Educ, 2010, 2 (2): 165-169. DOI: 10.4300/JGME-D-10-00024.1.
- [37] KOSIK R O, FAN A P, REN Y, et al. Medical humanities education in China: an exploratory cross-sectional study [J]. The Lancet, 2018, 392: s47. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32676-X.

(文献38~74 见 <https://www.chinagp.net/Magazine/Content/show/id/7013.do>)

(收稿日期: 2020-09-12; 修回日期: 2020-11-12)

(本文编辑: 毛艳红)