关注外科手术基础教学中的情商教育

Focus on emotional quotient education in surgical teaching

李一明[1],李维卿[2],侯立军[1],沈宏亮[3],王来根[3] (第二军医大学附属长征医院:1. 全军神经外科研究所;2. 病理科;3. 外科教研室,上海 200003)

[关键词] 外科手术学;情商;教育
[中图分类号] R615;G642 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)03-0332-02

手术学基础是医学生接触外科的开始,通过实践操作和临床思维的训练,逐渐完成"生物 - 心理 - 社会医学"的转变,为下一步的临床课程和临床实习打下坚实基础。近年来,笔者所在教研室在外科手术基础教学中进行了大量探索和尝试,不仅注重培养学生的无菌技术及外科基本操作技能,还注意提高学生的情绪管理能力、坚持性、挫折耐受能力、和谐的个性和人际关系协调能力等[1],取得了较好的效果。

1 影响外科手术基础教学质量的因素

1.1 教学模式单一,教学方法枯燥

外科手术学基础是一门具有很强实践性的课程,教师在实施教学过程中,多专注于讲授动作要领和纠正错误动作,常忽视不同学生在动手能力、性格、表达能力等方面的差异,在对动手能力差的学生一开始总是热情较高,鼓励、帮助。但当反复示教和纠正,学生仍不得要领甚至犯错时,就开始失望、怀疑学生的能力,甚至对学生挖苦、讽刺。从而挫伤了学生的自尊心,降低了学生对自我的评价,并对学生自信心的形成产生不良影响。

1.2 学习兴趣缺乏,学习动力不足

学习缺乏动力和缺乏专业兴趣是医学生中存在的最主要的学习问题。有些学生在学习过程中遇到问题和挫折时,易出现情绪低落、成就感降低等学习倦怠现象,最终直接影响学生学习的行为。事实上,缺乏学习动力和缺乏专业兴趣都可以归于学习被动,学习被动是医学生学习成绩不佳的最主要因素[2]。学生需要掌握的切开、缝合、打结等基础操作技能,常需要反复强化和训练,仅在有限的课时中训练常不能获得良好的效果。然而,部分学生在上外科手术基础课程中认为这是一门动手课,不需要预习、复习及课后训练。课后布置的手术记录甚至出现抄袭和雷同现象,缺乏总结和思考过程。结果是部分学生在进行手术操作时,出现手法生疏、操作慌乱等情况,他们甚至产生了畏难、退缩等情况。

1.3 角色转化缓慢,对待动物冷漠

外科手术学基础教学与生理、生化等基础课程不同,文字内容较少,重视动手实践和良好的无菌观念养成。每堂课讲授时间通常在 20 min 以内,随后即进入示教和分组练习阶段。学生在具体操作过程中,常延续着"听课"习惯,对基本外科技能如打结、缝合等,多浅尝辄止,认为已经掌握了就停止训练。此外,在小组协助共同手术时,常出现"主刀一人团团转,其他人员都在看"的情况。"医为仁人之术,必为仁人之心。"医务工作者需要具备过硬的专业知识和专业技能外,还必须注重提高的医德教育[3]。对待实验动物的态度反应了学生的人文素质。部分学生把实验犬简单归类于教具,对实验犬的恐惧、颤抖、痛苦无动于衷。在一次小肠切除课程中,计划是开腹后行 2 次小肠切除吻合后再关腹,手术时间较长,由上午一直延续到下午,按预定计划,小组成员应该在保障手术顺利并持续进行的前提下,轮流去吃午餐。然而,有一个手术小组进行完第一次小肠切除吻合后,所有人员均离开,把实验犬留在手术台上而不顾。

2 教学调控对策

2.1 强调医德教育,强化爱伤观念

带教教师以身作则,将爱伤观念贯穿整个教学,及时发现并纠正学生不规范的操作行为,确保每只动物、每个步骤都在监控范围内[4]。实验犬均为比格犬,是一种性格温顺的犬种,在麻醉前可能会比较惊恐,我们通过适度的安抚,减少其心理的惊恐。实验犬麻醉完毕后,对四肢捆绑处进行适度松解,防止捆绑过紧导致肢体远端回流不畅。此外,进入秋冬季,气温降低后,尽早开启手术室空调,维持适宜的环境温度,减少寒冷气候对手术的影响。为应对各种突发事件如麻醉过度、血管破裂、呼吸窒息等,设立急救小组,由教师担任组长,所在小组成员参加,一旦发生意外,全力抢救。比如,在一次静脉切开课程中,担任麻醉的学生发现麻醉过深实验犬呼吸微弱,教师立即中止手术,进行气管插管,小组所有成员轮流进行持续胸外按压辅助呼吸。经过 2 个多小时的抢救后,实验犬转危为安。此时,课程已结束 1 个多小时。通过这次"不抛弃不放弃"的实例,参与救治学生对"救死扶伤"有了进一步的理解。

2.2 关注个体差异,赏识促使进步

手术基本功的掌握与熟练非一朝一夕之功,而学时又有限,学生人数众多,练习条件有限。此外,学生的个性、表达能力、动手能力、学习自律等方面均有差别,在遇到问题和挫折时,容易出现学习缺乏动力和缺乏专业兴趣等现象,教员要设法帮助学生树立强烈的自信心,让学生学会欣赏自己,使学生的潜能得到充分发挥。不能因一个动作、一堂课的得失对学生丧失信心。

DOI:10.11659/jjssx.1672-5042.201303049
[收稿日期] 2013-01-20 [修回日期] 2013-02-25

为了使学生在较短的时间内学好手术操作技能,我们设计了几种练习方法:如自制模具人工肠管、皮肤及多练箱等[5]。在课程进行中,通过细心观察,正确客观地分析,了解学生的身心需要,尤其是弱势学生,根据真实需要,通过语言、手势和眼神的综合运用,及时赞赏、鼓励学生。同时赏识要据学生的性格进行不同的操作:对动手能力和理解能力差的学生要多肯定、鼓励,多给予一对一的耐心示教,鼓励继续尝试;对表现欲强、积极主动的学生,要适当赏识,同时要多提新要求,帮助他们克服不良习惯[5]。只有真正理解学生,尊重学生的人格,运用好激励的语言,才能营造民主、宽松、和谐的课堂气氛,有利于形成教育者与受教育者的互动效应,为达到教学目标奠定坚实的基础。

2.3 正确面对挫折,进行心理调适

在外科手术学基础课堂上,难免出现小组成员间的争执、手术大出血、手术切口感染甚至犬只死亡等情况,此外,受课外其它种种因素影响,学生课中也容易出现注意力不集中、急躁、焦虑等消极情绪。作为带组教员,要细心观察,可以通过以下几点化解学生的消极情绪,恢复心理平衡:①调整心态建立信心。针对动手能力差的学生,我们会告诫学生勤能补拙,在课内学习中出现的不足,完全可以通过正确、严格的训练来加以克服。在下次课程开始时,对该学生取得的进步给予充分的肯定。②通过疏导、举例、讨论等方法探讨他们遇到的种种困难和挫折。比如在一次盲肠切除手术中,因为出血较多,一名学生错把肠系膜上动脉当成盲肠系膜动脉结扎,导致大段肠管坏死。作为教员并没有严厉责备这名学生,而是通过讲解一个临床案例,间接告诫这名学生在今后的从业生涯中要沉着冷静和小心细致。③引导学生建立和谐的人际关系,善于发现他人的闪光点,抱着积极的态度与人交往,在融洽的人际关系中缓解压力,逐步走出挫折的阴影。教师课后对每名学生表现评分时,团队协作是主要考核指标之一。

俗话说"良好的开始是成功的一半",外科手术学基础是外科的第一课,是学生良知、责任与关怀的观念意识的形成的重要一课,教师有责任也有义务,关注学生的个体化差异,采取多元化的教学方法,帮组学生形成正确的世界观、人生观、价值观。自 2003 年起,作者所在外科教研室开展外科手术学基础课程中就注重学生综合素质的培养,采取多样化的教学手段,通过赏识教育激励、表扬等方式肯定学生的优点、长处。设计挫折情景,构建客服挫折的实践教学,教授学生应对挫折的处理方法和经验,不断提高学生的心理承受能力。受到广大学生的一致好评,取得了良好的效果。

[参考文献]

[1] 李 新,周占松,卢根生. 临床实习学员非智力因素与学业成绩的关系研究[J]. 中华医学教育探索杂志,2012,11(8):873-876.
[2] 朱 扬,鲍 冲,张兆辉. 医学生学习倦怠与学习成绩现状及其关系的研究[J]. 中华医学教育杂志,2012,32(4):536-538.
[3] 张菲菲. 医学生医德养成的三大对策[J]. 右江民族医学院学报,2012,34(2):264-265.
[4] 兰阳军,文 灿,郭光金,等. 医学生手术学课程教学中的素质教育[J]. 局解手术学杂志,2012,21(3):327-328.
[5] 王碧斓. 当代大学生的挫折教育探析[J]. 辽宁师专学报(社会科学版),2012,4:34-35.

(编辑:魏 源)

医学模拟教学在心血管内科的应用现状及展望

Application status and prospect of medical simulation teaching method in cardiovascular teaching

傅春江,石伟彬,张 晔,罗晓丽,舒 娴,王旭开 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所心内科,重庆市心血管病研究所,重庆 400042)

[**关键词**] 模拟教学;心血管内科学
[**中图分类号**] R54;G642.42 [**文献标识码**] B [**文章编号**] 1672-5042(2013)03-0333-02

传统的临床医学实践教学常常是通过带教老师的示范及讲解让医学生通过观察和重复带教老师的操作来进行的,由于教学时间及病例分布的原因,医学生只能学习到接触过的病例,对未见到的病例只能通过教材的描述去想象,因此不能做到具体化、形象化。在真实病例上进行教学,特别是有创操作的教学,具有较高医疗风险。随着法制的健全,患者维权意识越来越高,因而学生在真实病例上进行实践学习的机会越来越少。医学模拟教学作为多方位具体化、形象化展示病例的一种低风险教学模式,其应用价值凸显出其强大的优势和重要性[1]。

1 医学模拟教学的定义及特点

医学模拟教学是现代医学教学改革的必经之路,依据医学模拟技术的进步过程,医学模拟可划分为由低至高的五个阶段或类型,即:基础解剖模型、局部功能性模型、计算机辅助模型、虚拟培训系统以及生理驱动型模拟或全方位模拟系统[1]。此外,以正常人模仿病人的"标准化病人(简称 SP)"教学,也属于

DOI:10.11659/jjssx.1672-5042.201303050
[**收稿日期**] 2013-03-10 [**修回日期**] 2013-04-17