

围手术期规范的医患沟通可改善医患矛盾

唐庆来,吕建林

(南京医科大学附属江宁医院泌尿外科,江苏 南京 211100)

摘要:目的:探讨经尿道前列腺电切术(TURP)围手术期医患沟通的技巧,减少术后早期并发症导致的医患矛盾,提高患者满意度。方法:选取210例行TURP术患者,将其随机分为两组,研究组以增强型卡尔加里—剑桥指南扩展的沟通框架进行沟通,基于帕累托定律的决策树模型进行询问,建立医、护、患三方沟通机制,对患者并发症及满意度进行随访,并与对照组进行对比。结果:两组患者术后早期并发症的发生率差异无显著性($P=0.895$),两组间因并发症导致医患矛盾的发生率差异具有显著性($P=0.015$);患者术后满意度研究组优于对照组($P<0.001$)。结论:围手术期规范的医护患沟通和耐心的健康教育,可降低TURP术后早期并发症所致医患矛盾的发生率,提高患者的就医满意度。

关键词:医患沟通;医患矛盾;TURP并发症;满意度

中图分类号:R-05

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2016)03-229-004

doi:10.7655/NYDXBSS20160315

良性前列腺增生(BPH)是老年男性缓慢进展的前列腺良性疾病,随着年龄增长发病率逐渐升高。患者承受着尿频、排尿困难等下尿路症状(LUTS)的痛苦,不少患者在药物治疗无效的情况下需要外科手术。经尿道前列腺电切术(TURP)是BPH治疗的金标准,但TURP围手术期并发症较多,主要包括出血、损伤、感染、尿道狭窄、尿失禁、尿潴留、性功能障碍、经尿道前列腺电切综合征以及与内科有关的并发症。总的并发症各家报道不一,分为术后早期、晚期并发症,而术后早期并发症中由于急迫性尿失禁频发,使并发症的比率增加到30%~40%,由此导致了患方的抱怨及投诉,甚至医患矛盾和纠纷的发生,对医务人员的身心造成伤害,甚至引发社会矛盾。如何缓解TURP术后早期并发症所致医患关系的紧张状态,提高患者的满意度成为一项重要的课题。为了积极寻求解决问题的方案,我们从医患沟通的角度进行了研究,现报告如下。

一、资料和方法

(一)一般资料

本项研究对象来自本院泌尿外科病区2014年1月至2015年9月行TURP患者共210例,年龄54~87岁,平均年龄为71.6岁。入选标准为:有BPH手术指征拟行TURP术且无手术禁忌证的患者;排除标准为:有严重的认知障碍或精神疾病的患者。观察随访的时间为术后3个月内,内容包括有无术后并发症、有无医患矛盾、患者满意度情况。

(二)研究方法

本研究中,研究对象随机分为两组:研究组和对照组,对照组采用无固定模式传统医患沟通方式,研究组采用规范的医患沟通方式,即以增强型卡尔加里—剑桥指南扩展的框架进行首次沟通^[1](图1);手术知情同意谈话中,以基于帕累托定律的决策树模型进行有重点的沟通^[2],并建立主管医生、责任护士

基金项目:南京医科大学医患沟通课题校级一般项目“医患沟通在TURP相关并发症致医患纠纷及患者满意度中的作用及相关因素分析”(201316)

收稿日期:2016-04-15

作者简介:唐庆来(1978-),男,江苏泰州人,副主任医师,博士研究生在读;吕建林(1965-),男,江苏南通人,主任医师,博士,硕导,研究方向为泌尿系疾病的临床、科研以及外科人文研究,通信作者。

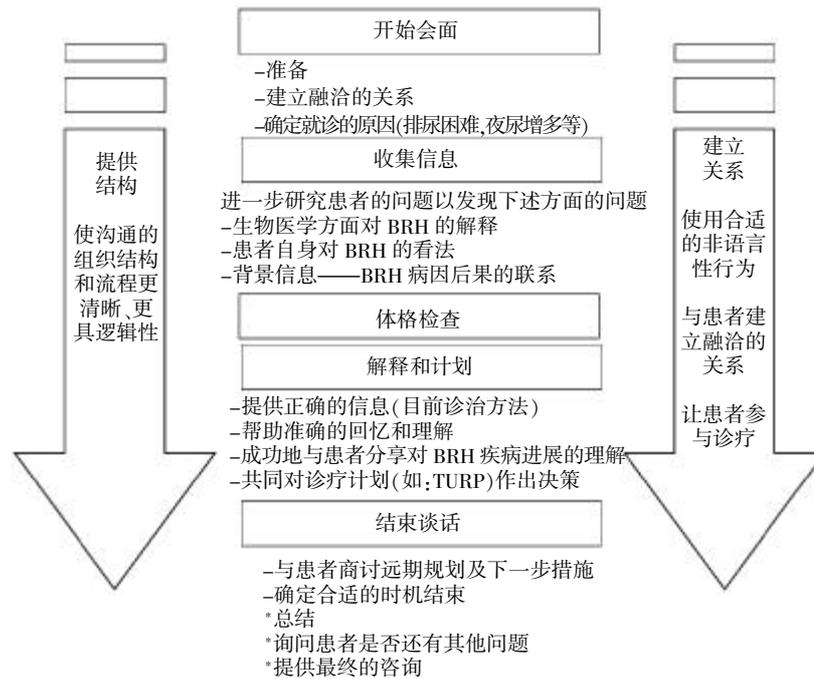


图 1 BPH 患者首诊沟通框架图(增强型卡尔加里—剑桥指南扩展)

和患者三方之间坦诚、及时、有效的沟通机制。

本研究对收集的术前各项数据资料均进行量化处理(包括文化程度、医疗保险情况、家庭收入),患者文化程度按小学以下(包括文盲、半文盲)为 1 级,中学为 2 级,大中专以上为 3 级;医疗保险按报销比例:自费为 1 级,新农合为 2 级,城镇医保以上为 3 级;家庭收入以患方提供的信息结合本地区经济状况分为 3 级:低收入为 1 级,中收入为 2 级,高收入为 3 级。将观察与随访时间设为术后 3 个月内,即术后早期,随访中对有无并发症(0 分为无,1 分为有)记述,医患矛盾按有无及轻重程度评分(0 分为无矛盾,1 分为医患矛盾轻度,2 分为医患矛盾重度),患者满意度评分量化为 1~5 分(1 分为不满意,2 分为尚满意,3 分为满意,4 分为比较满意,5 分为非常满意),分别进行评价。

(三)统计学方法

采用 SPSS22.0 统计软件,对计量资料采用独立样本 t 检验,计数资料采用卡方检验,相关性分析采用 Spearman 秩相关检验作为统计学处理方法,以 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结 果

本研究所有 210 例患者 TURP 手术均顺利完成,均完成术后早期并发症、医患矛盾的发生情况以及患者满意度的随访工作。研究组 108 例,对照组 102 例,患者的一般资料统计分析显示,两组间在患者年龄、腺体体积、手术时间、文化程度、收入情况、

医疗保险状况等方面差异无显著性。

研究组术后早期各种并发症发生人数 38 例,对照组为 35 例。研究组 38 例中共有 2 例发生医患矛盾,其中 1 例为术后严重出血,行输血并二次手术止血后病情平稳;1 例为术后早期中重度尿失禁,给予对症处理,术后 3 个月后症状改善。对照组 35 例中有 9 例发生医患矛盾,包括 3 例出血,4 例术后早期急迫性尿失禁,2 例术后早期尿潴留。卡方检验显示,两组 TURP 术后早期并发症发生率间无显著差异($P=0.895$),两组因并发症致医患矛盾发生率间差异有显著性($P=0.015$)。11 例发生医患矛盾的患者中,受教育程度显示低级别 4 例(36.4%),中级 6 例(54.5%),高级 1 例(9.1%);医保状况显示自费者 1 例,新农合 8 例,城镇医保以上者 2 例;家庭经济状况显示较差者 2 例,中等 7 例,较好者 2 例。

研究组与对照组满意度评分平均值分别为 (4.27 ± 0.66) 分和 (3.31 ± 0.66) 分,差异有显著性($P < 0.001$);发生术后早期并发症的 73 例中,研究组与对照组满意度评分平均值分别为 (3.50 ± 0.76) 分和 (2.40 ± 0.95) 分,差异也有显著性($P < 0.001$)。

本组 210 例术前一般资料与术后早期并发症、医患矛盾情况以及患者满意度的相关性分析见表 1。结果显示,除腺体体积与术后早期并发症有正相关性($r=0.349, P < 0.001$)外,其他术前因素与术后早期并发症、医患矛盾以及满意度等无明显正相关或负相关($P > 0.05$)。术后早期并发症与医患矛盾发生之间存在正相关($r=0.322, P < 0.001$);术后早

期并发症与患者满意度之间存在显著的负相关($r=-0.619, P < 0.001$); 术后医患矛盾发生与患者满意度之间存在负相关性($r=-0.395, P < 0.001$)。

表1 患者术前各项资料与术后观察指标间 Spearman 秩相关分析 (r 值)

因素	早期并发症	医患矛盾	满意度评分
年龄	-0.042	-0.004	0.051
腺体体积	0.349*	-0.121	-0.147
手术时间	0.163	-0.180	-0.138
文化程度	-0.104	0.090	0.002
医疗保险	-0.081	0.079	-0.016
收入情况	-0.006	0.137	-0.078

* $P < 0.001$ 。

三、讨 论

TURP 是治疗 BPH 的微创手术方式,但具有较高的术后早期并发症,尽管这些并发症多为暂时性的,通过对症处理多能有效处理^[3],泌尿外科临床医生也会进行必要的围手术期沟通,但不少患者仍对 BPH 疾病的认识不足,对 TURP 术并发症了解不充分,在术后早期发生并发症后出现医患关系紧张,患方出现对医护的抱怨语言或行为、医疗投诉,甚至出现医闹行为,挫伤了医务人员的热情,影响了正常的医疗秩序^[4]。当然,这要与医疗事故区别看待,有分析研究认为如何减少医疗事故,加强医患关系的研究也是其中的一项重要内容^[5]。

本研究旨在使患方正确认识 TURP 术后早期并发症并能理智地对待,减少医患矛盾发生,提高患者满意度。在泌尿外科临床实践中我们发现,细致的沟通会减少 BPH 患者 TURP 术后早期并发症带来的医患矛盾的发生,因此,本研究中针对 TURP 术建立了规范的医患沟通机制:首先,在首次沟通中以增强型卡尔加里—剑桥指南扩展的沟通框架的沟通方法,将沟通内容和沟通过程进行结合,加入体格检查,通过回答开放性问题,帮助医师进行鉴别诊断,并让患者充分了解疾病、参与拟定治疗决策,获得更好的就诊体验。其次,在术前谈话中,以基于帕累托定律的决策树模型进行医患沟通,充分分析患者的各种需求,满足其最迫切的、关键的 20%的需求,可以使患者产生 80%的满足感,即进行有重点的沟通,让患者最关切的问题如手术效果、手术风险、术后并发症、术后注意事项等问题得到满意的答复。此外,在沟通参与对象上,采取医、护、患三方“面对面”的坦诚沟通,以及围手术期医患、护患、医护及时有效的沟通,让患者在出现问题时,尤其是出现术后病情变化时能得到及时有效的处理。Kau 等^[6]曾报

道一项试验性研究, 研究中应用 VRS (video rounding system) 系统进行视频、音频的实时医护患三方沟通, 研究显示良好的沟通效果。本研究结果显示, 按以上方式进行的规范沟通可以减少因早期并发症所致医患矛盾的发生。同时, 无论是两组间患者总体术后满意度, 还是发生术后早期并发症患者满意度, 研究组均显著高于对照组, 表明规范的医患沟通对提高患者术后满意度, 尤其是在发生术后早期并发症患者的术后满意度上具有一定的作用。

本研究为探寻医患矛盾发生的相关因素, 以便有针对性地对特定患者重点沟通, 对两组患者的年龄、前列腺体积、手术时间、受教育程度、社会、经济等因素进行了相关性分析。研究显示: 前列腺体积与术后早期并发症具有正相关性, 提示术前对前列腺体积较大的患者可进行重点沟通。分析两组间总体的研究结果, 我们并未发现医患矛盾的发生与患者的受教育程度、医保状况或家庭经济状况呈现相关性; 进一步分析发生医患矛盾的 11 例患者的受教育程度、医保状况或家庭经济状况三项因素, 亦无法显示何种因素更具意义; 在分析受教育程度这一重要因素时, 当患者文化程度低时, 对疾病及并发症的认识较浅, 但就医依从性和对医生的信任度较高, 因此发生医患矛盾的比例并不高; 而文化程度较高的患者, 对疾病和手术并发症的认识较深, 但对手术的期望值、对医护的要求以及法律维权意识较高, 即使沟通充分, 同样也可能发生医患矛盾。研究显示, 月收入、受教育程度与患者法律意识水平呈正相关, 对患者法律意识水平有积极正面的影响^[7]。该项研究中发生医患矛盾者中就有 1 例是受过高等教育的。因此, 在实施医患沟通时, 不可据患者的受教育情况而任意改变沟通的方式、方法。同样, 无论患者是何医疗保险或家庭经济状况, 对待每位患者均应按要求进行沟通。

综上所述, 规范的医患沟通尽管不会减少 TURP 术后早期并发症, 但可减少因此而导致的医患矛盾的发生, 提高患者的满意度; 在沟通中对待不同受教育程度、医保状况以及经济条件的患者, 应当平等看待, 一视同仁。当然, 医患风险管理是一项复杂的工作, 包涵了技术导向型、财务导向型和人文导向型三个重要部分^[8], 本研究偏重于人文方面的内容, 拟通过医患沟通增强医护人员对患方的共情, 减少医患矛盾的发生。在临床实践中, 为了更加科学地应对医患矛盾, 建立和完善医疗纠纷应急处置机制^[9], 在医院管理层面上进行医患矛盾的合理处置, 也是一项值得探讨与研究的课题。

参考文献

- [1] 吴曦,陈剑春,刘建民. 卡尔加里—剑桥指南在医患沟通技能教学中的应用[J]. 中国医学教育技术, 2013, 27(2): 218-221
- [2] 万华军, 邸金平, 马敬东, 等. 基于帕累托定律的医患沟通决策树模型研究[J]. 医学与社会, 2013, 26(1): 67-70
- [3] Tasci AI, Ilbey YO, Tugcu V, et al. Transurethral resection of the prostate with monopolar resectoscope: single-surgeon experience and long-term results of after 3589 procedures[J]. Urology, 2011, 78(5): 1151-1155
- [4] 崔春. 谈“医闹”的四大影响[J]. 卫生经济研究, 2008(1): 35-36
- [5] 常青, 段志光, 郑建中, 等. 基于 CiteSpace II 的中国医疗事故文献分析[J]. 医学与哲学, 2015, 36(19): 78-81
- [6] Kau EL, Baranda DT, Hain P, et al. Video rounding system: a pilot study in patient care[J]. J Endourol, 2008, 22(6): 1179-1182
- [7] 张妮莉. 患者法律意识现状和影响因素研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2015
- [8] 孙江洁, 张利萍, 喻远兵, 等. 医患风险的行为经济学解读及对策[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2016, 16(2): 141-145
- [9] 刘爱兵, 辛德清, 曹建华. 建立医疗纠纷应急机制应对重大医疗纠纷[J]. 临床误诊误治, 2010, 23(2): 180-181

Standardized communication in the perioperative period can improve the doctor-patient contradiction

Tang Qinglai, Lü Jianlin

(Department of Urinary Surgery, Jiangning Hospital Affiliated to Nanjing Medical University, Nanjing 211100, China)

Abstract: Objective: To explore communication skills between doctors and patients who undergoing transurethral resection of the prostate (TURP) in perioperative period, to reduce the doctor-patient contradiction resulted from early complication after TURP, and to improve satisfaction of the patients. **Methods:** A total of 210 patients who undergoing TURP were enrolled in this prospective study. Participants were randomly divided into 2 groups. As the study group, group 1 patients received a novel scientific communication method by the application of enhanced Calgary-Cambridge Guide extended communication frame, doctor-patient communication decision tree model based on Parto principle, and doctor-nurse-patient tripartite communication. As the control group, group 2 patients received a traditional communication. Complication and satisfaction of all patients were observed and compared between 2 groups by follow-up. **Results:** No significant differences in the incidence rate of complication of 2 groups patients were found by Chi-square test ($P=0.895$). However, there was a significant difference in the occurrence rate of doctor-patient contradiction between 2 groups ($P=0.015$), and satisfaction of patients in the study group was superior than those in control group ($P < 0.001$). **Conclusion:** Scientific, timely and effective communication between doctors and patients could reduce the contradiction resulted from early complication after TURP and improve satisfaction of patients.

Key words: doctor-patient communication; doctor-patient contradiction; complication of TURP; satisfaction