

· 儿科医学教育专题 ·

儿科专业基地指导教师床旁教学现状调查及对策

郭凌云^{1,2} 刘琳琳^{1,2} 刘钢^{1,2} 王爱华³

¹国家儿童医学中心/首都医科大学附属北京儿童医院感染内科/教育部儿科重大疾病研究重点实验室,北京 100045;²中国医学科学院儿童危重感染诊治创新单元,北京 100045;³国家儿童医学中心/首都医科大学附属北京儿童医院教育处,北京 100045

通信作者:王爱华,Email:wah1971@sina.com

【摘要】 目的 了解儿科专业基地指导教师床旁教学的现状,分析儿科床旁教学现存的问题并对如何促进儿科床旁教学有效开展进行讨论。方法 选择参加 2022 年全国住院医师规范化培训儿科专业基地骨干师资培训班的 475 名指导教师作为研究对象,对儿科床旁教学的情况进行问卷调查。按医疗职称将指导教师分为主治医师组、副主任医师及主任医师两组,对比分析两组指导教师一般资料、床旁教学比例、床旁教学困难、需加强的能力等情况。采用 SPSS 21.0 进行卡方检验。结果 共有 475 名指导教师参与调查问卷。96.84%(460/475)的指导教师来自三级甲等医院,其中 54.11%(257/475)的指导教师从事临床教学的工作时间大于 10 年。日常临床教学中 97.26%(462/475)的指导教师进行床旁教学,但床旁教学占日常临床教学的时间比例低,大于 50.00% 的占 30.11%(143/475)。儿科床旁教学中的主要困难为儿科病房或门急诊环境嘈杂[75.58%(359/475)]、教学时间少[71.16%(338/475)]、临床压力大[64.63%(307/475)]、患儿配合程度低[54.95%(261/475)]、儿科病房或门急诊有家长陪同[44.84%(213/475)]、住院医师背景差别大[41.68%(198/475)]、科研压力大[30.11%(143/475)]等。主治医师中有 41.20%(96/233)的指导教师床旁教学时间小于 30.00%,而副主任医师及主任医师则为 28.57%(68/238),两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 儿科指导教师从事床旁教学的时间占比过低,与儿科就诊环境嘈杂、儿科指导教师临床压力大等诸多因素有关。

【关键词】 儿科; 床旁教学; 教学质量; 教学方法

【中图分类号】 G642.45;R72

基金项目:2021 年住院医师规范化培训质量提高项目(住培 2021009);教育部产学合作协同育人项目(220701285023144)

DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20230726-01631

Bedside teaching at pediatric bases: current status and thoughts

Guo Lingyun^{1,2}, Liu Linlin^{1,2}, Liu Gang^{1,2}, Wang Aihua³

¹Key Laboratory of Major Diseases in Children, Ministry of Education/Department of Infectious Diseases, Beijing Children's Hospital, Capital Medical University/National Center for Children's Health, Beijing 100045, China; ²Research Unit of Critical Infection in Children, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100045, China; ³National Center for Children's Health/Department of Education, Beijing Children's Hospital, Capital Medical University, Beijing 100045, China

Corresponding author: Wang Aihua, Email: wah1971@sina.com

【Abstract】 Objective To investigate the current status of bedside teaching at pediatric bases and existing problems in pediatric bedside teaching, and to discuss how to improve bedside teaching in pediatrics. **Methods** A questionnaire on pediatric bedside teaching was administered to 475 instructors who had participated in the backbone teacher training course of pediatric standardized residency training bases in 2022. The instructors were divided into two groups according to their medical professional titles: attending

physician group and associate chief physician/chief physician group. The general information, bedside teaching rate, bedside teaching difficulties, and abilities that need to be strengthened were compared between the two groups of instructors. SPSS 21.0 was used to perform the chi-square test. **Results** A total of 475 instructors responded to the questionnaire. Among them, 96.84% (460/475) were from tertiary class-A hospitals; 54.11% (257/475) had more than 10 years of clinical teaching practice; and 97.26% (462/475) conducted bedside teaching, but the proportion of bedside teaching time in routine clinical teaching was low, with only 30.11% (143/475) reaching >50.00%. The main difficulties in bedside teaching in pediatrics included noisy environments at pediatric wards or clinics (75.58%, 359/475), the lack of teaching time (71.16%, 338/475), intense clinical pressure (64.63%, 307/475), poor cooperation with children (54.95%, 261/475), the presence of parents at pediatric wards or clinics (44.84%, 213/475), varying levels of qualifications of residents (41.68%, 198/475), and high pressure of scientific research (30.11%, 143/475). There were 41.20% (96/233) of the attending physicians and 28.57% (68/238) of the associate chief physicians/chief physicians spending less than 30.00% of their teaching time at the bedside, respectively, which were significantly different ($P<0.05$). **Conclusions** The low proportion of time spent on bedside teaching among pediatric instructors is driven by various factors such as noisy pediatric environments and the great clinical pressure of pediatric teachers.

【Key words】 Pediatrics; Bedside teaching; Teaching quality; Teaching method

Fund program: 2021 Standardized Residency Training Quality Improvement Project (Residency Training 2021009); Industry-Academy Cooperation Collaborative Education Project of Ministry of Education (220701285023144)

DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20230726-01631

现代医学教育之父 Sir William Osler 教授早在 1892 年就把床旁教学 (bedside teaching) 引入到医学教育中来^[1], 其理念就是“医学是在病人床边学习的, 而不应在教室里学习”。床旁教学的定义是指在处理实际病例时, 临床教师有目的地观察住院医师或医学生的表现, 并通过提问的方式来判断患者的病情、讨论病人诊断和治疗的方案, 同时判断其临床能力, 并针对性地给予反馈的教学方式^[2]。床旁教学已经成为现代医学教育模式中的关键环节, 它不仅衔接理论课程与临床实习, 而且对于医学生蜕变为一名职业医师具有重大意义和深远影响。但是, 床旁教学的时间和质量正在下降, 20 世纪 60 年代, 床边教学占临床教学的 75.00%, 但到 1997 年, 床边教学仅占临床教学 16.00%^[3]。近期数据显示, 床旁教学时间占比从低于 1.00% 至 25.00% 不等, 且质量有所下降^[4]。

儿科与其他临床学科不同, 面对的患者人群是“儿童”这一特殊群体。由于儿童不能准确表达, 医疗环境“嘈杂”, 加之儿科临床医师的缺乏, 临床任务重且儿童病情变化快等因素, 这给儿科医师的床旁教学带来了诸多困难。目前, 尚无针对国内儿科指导教师床旁教学现状的调查。不同职称的儿科

指导教师床旁教学的时间占比、教学困难等情况尚未明确。因此, 本文主要分析了当前我国儿科指导教师床旁教学的情况, 重点分析了不同职称的指导教师床旁教学的时间、困难及需进一步提高的能力等。同时, 还对如何促进儿科床旁教学的有效开展进行了讨论。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2022 年 11 月 10 日至 2022 年 12 月 10 日期间参加全国住院医师规范化培训儿科专业基地骨干师资培训班的指导教师作为研究对象, 对他们进行儿科床旁教学情况的问卷调查。研究对象均来自综合医院儿科、儿童专科医院或妇幼保健院的儿科医师, 他们均具备临床医学专业本科及以上学历, 并拥有丰富的临床教学经验。

1.2 研究方法

对参与 2022 年全国住院医师规范化培训儿科专业基地骨干师资培训班“床旁教学工作坊”的 475 名临床指导教师进行了儿科床旁教学情况的问卷调查。观察指标包括受访者的教育背景、所在医院等级、从事临床教学的时间长度、床旁教学的时

间比例、选择床旁教学的时机及床旁教学的困难等。根据医疗职称,将指导教师分为主治医师组、副主任医师组和主任医师组,并对两组指导教师的教育背景、床旁教学时间比例、选择床旁教学的时机及床旁教学的困难等数据进行了统计分析。本调查问卷为自拟问卷,由于其仅为数据采集工具而非测量工具,且无预测模型等,因此未进行信度检验。在问卷调查制作完成后,已请相关专家采用逻辑分析方法对其内容效度进行评价,确保设计的题项符合测量目的。对问卷数据进行了响应率及普及率的计算。

1.3 统计学方法

采用 SPSS 21.0 统计学软件对数据进行分析。计数资料用例数或者百分比表示,组间比较采用卡方检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 一般情况

共有 475 名临床指导教师参与关于“儿科床旁教学现状”的调查问卷。96.84%(460/475)的指导教师所在医院级别为三级甲等医院。指导教师来自儿内科的占 92.42%(439/475)。指导教师中拥有硕士学位者最多,共 245 人(51.58%)。54.11%(257/475)的指导教师从事儿科临床教学的工作时间大于 10 年。指导教师中,医疗职称为副主任医师或主任医师级别的共计 238 名(50.11%),主治医师共 233 位(49.05%),另有 4 位住院医师(表 1)。

表 1 一般情况[n=475,例(%)]

项目	人数
最后学位	
本科	172(36.21)
硕士	245(51.58)
博士	58(12.21)
医院等级	
三级甲等	460(96.84)
其他	15(3.16)
儿科临床教学时间(年)	
>10	257(54.11)
5~10	93(19.58)
3~<5	75(15.79)
1~<3	43(9.05)
<1	7(1.47)
医疗职称	
主任医师	75(15.79)
副主任医师	163(34.32)
主治医师	233(49.05)
住院医师	4(0.84)
科室	
儿内科	439(92.42)
其他	36(7.58)

2.2 儿科床旁教学的现状

97.26%(462 人)的指导教师在日常儿科临床教学中进行床旁教学工作。①统计儿科床旁教学占日常临床教学工作的时间比例,69.89%(332/475)的指导教师床旁教学时间小于 50.00%,其中<10.00%的 20 人(占 4.21%),床旁教学时间 $\geq 50.00\%$ 的 143 人(占 30.11%),其中 50.00%~70.00%的 101 人(占 21.26%), $\geq 70.00\%$ 的 42 人(占 8.84%)(图 1)。②统计开展儿科床旁教学的时机:分别有 94.32%(448/475)、85.47%(406/475)、83.37%(396/475)、69.68%(331/475)的指导教师利用床旁查房时、教学查房时、收治新病人时、床旁交班时进行床旁教学(表 2)。③对于选择何种病例进行床旁教学,具有典型临床表现的常见病、多发病是指导教师认为最常作为床旁教学的病例,其他病例见表 2。

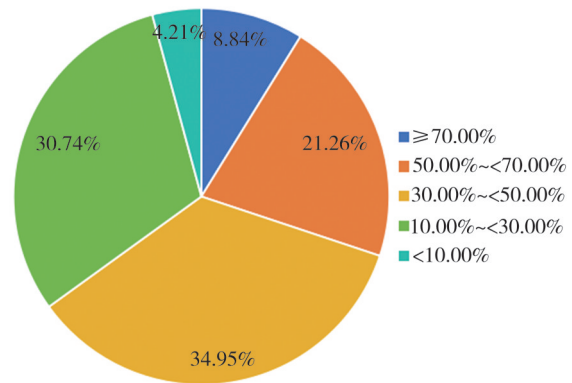


图 1 床旁教学占日常临床教学的时间比例

表 2 床旁教学病例及时机的选择(%)

项目	响应率	普及率
床旁教学 其他	0.42	5.18
时机选择 床旁交班	13.94	69.68
收治新病人	16.67	83.37
教学查房	17.09	85.47
床旁查房	18.86	94.32
床旁教学 常见病、多发病典型表现病例	24.74	98.95
病例选择 疑难病例	16.11	64.42
常见病、多发病不典型表现病例	13.05	52.21
危重病例	12.37	49.47

儿科床旁教学中的主要困难依次为儿科诊疗环境嘈杂、时间少、临床压力大、患儿配合程度低、儿科诊疗家长陪同、住院医师背景差别大、科研压力大、患儿年龄跨度大、教师教学能力欠佳、患儿认知水平低;儿科指导教师认为需要加强的能力依次

为即刻组织有效教学能力、迅速发现教学点能力、讲课能力、专业知识和技能能力、有效反馈能力、有效判断学员水平能力、应变能力、沟通能力(表 3)。

指导教师认为提高指导教师床旁教学能力的措施有:①建立规范化的床旁教学制度(97.89%, 465/475);②对指导教师加强培训(96.63%, 459/475);③建立统一的评价考核标准(87.79%, 417/475)。对于培训形式,指导教师认可工作坊和床旁观摩的培训形式。而对于儿科床旁教学培训内容,指导教师认为内容应包括“如何通过床旁教学培养学生儿科临床思维能力”“如何通过床旁教学培养学生儿科查体能力”“如何通过床旁教学培养学生儿科人文沟通能力”“如何合理选择不同的床旁教学模式”“床旁教学的基本概念”“如何提高儿科床旁教学的技巧”“示例床旁教学讲解”“如何进行儿科分层床旁教学”等。

2.3 不同年资的儿科指导教师床旁教学现状的对比

按不同医疗职称对儿科指导教师床旁教学时间进行分析,主治医师床旁教学时间占比相对低,41.20%(96/233)的指导教师床旁教学时间<30.00%,仅26.18%(61/233)的指导教师床旁教学时间≥50.00%。

而副主任医师或主任医师的床旁教学时间比例相对高,34.03%(81/238)的指导教师床旁教学时间≥50.00%,仅28.57%(68/238)的指导教师床旁教学时间<30.00%(图 2)。

按医疗职称将指导教师分为主治医师组、副主任医师及主任医师组两组,并对其数据进行比较。①关于学位:65.67%(153/233)的主治医师、61.34%(146/238)的副主任医师及主任医师具有硕士或博士学位,两组比较差异无统计学意义。②对于床旁教学时间的比例,床旁教学时间<30.00%的,主治医师组为41.20%(96/233),而副主任医师及主任医师组则为28.57%(68/238),两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。③对于床旁教学困难的原因,两组医师认为的困难原因比较差异无统计学意义。④对于指导教师自我评估需要进一步加强的能力方面,在讲课能力、专业知识和技能能力及应变能力方面,主治医师组指导教师需要提升的比例更高,两组比较差异有统计学意义(表 4)。

另外,高学历背景的指导教师时间少的问题突出,90.00%的具有科研型博士学位的指导教师认为时间少。具有硕博学位的指导教师科研压力明显大于本科学位的指导教师。

表 3 不同年资的儿科指导教师床旁教学现状响应率及普及率[例数/总例数(%)]

项目	总体		主治医师		副主任医师及主任医师	
	响应率	普及率	响应率	普及率	响应率	普及率
床旁教 时间少	338/5 225(6.47)	338/475(71.16)	163/2 563(6.36)	163/233(69.96)	173/2 618(6.61)	173/238(72.69)
学困难						
临床压力大	307/5 225(5.88)	307/475(64.63)	160/2 563(6.24)	160/233(68.67)	144/2 618(5.50)	144/238(60.50)
科研压力大	143/5 225(2.74)	143/475(30.11)	79/2 563(3.08)	79/233(33.91)	62/2 618(2.37)	62/238(26.05)
教师教学能力欠佳	72/5 225(1.38)	72/475(15.16)	30/2 563(1.17)	30/233(12.88)	41/2 618(1.57)	41/238(17.23)
儿科诊疗环境嘈杂	359/5 225(6.87)	359/475(75.58)	120/2 563(4.68)	120/233(51.50)	112/2 618(4.28)	112/238(47.06)
儿科诊疗家长陪同	213/5 225(4.08)	213/475(44.84)	103/2 563(4.02)	103/233(44.21)	109/2 618(4.16)	109/238(45.80)
患儿配合程度低	261/5 225(5.00)	261/475(54.95)	131/2 563(5.11)	131/233(56.22)	129/2 618(4.93)	129/238(54.20)
住院医师背景差别大	198/5 225(3.79)	198/475(41.68)	95/2 563(3.71)	95/233(40.77)	101/2 618(3.86)	101/238(42.44)
患儿年龄跨度大	70/5 225(1.34)	70/475(14.74)	34/2 563(1.33)	34/233(14.59)	40/2 618(1.53)	40/238(16.81)
患儿认知水平低	70/5 225(1.34)	70/475(14.74)	36/2 563(1.40)	36/233(15.45)	34/2 618(1.30)	34/238(14.29)
其他	6/5 225(0.11)	6/475(1.26)	2/2 563(0.08)	2/233(0.86)	3/2 618(0.11)	3/238(1.26)
需加强 专业知识和技能能力	277/3 800(7.29)	277/475(58.32)	157/1 864(8.42)	157/233(67.38)	116/1 904(6.09)	116/238(48.74)
的能力						
迅速发现教学点能力	301/3 800(7.92)	301/475(63.37)	157/1 864(8.42)	157/233(67.38)	142/1 904(7.46)	142/238(59.66)
即刻组织有效教学能力	319/3 800(8.39)	319/475(67.16)	164/1 864(8.80)	164/233(70.39)	153/1 904(8.04)	153/238(64.29)
讲课能力	281/3 800(7.39)	281/475(59.16)	159/1 864(8.53)	159/233(68.24)	118/1 904(6.20)	118/238(49.58)
有效反馈能力	245/3 800(6.45)	245/475(51.58)	123/1 864(6.60)	123/233(52.79)	120/1 904(6.30)	120/238(50.42)
沟通能力	173/3 800(4.55)	173/475(36.42)	94/1 864(5.04)	94/233(40.34)	77/1 904(4.04)	77/238(32.35)
应变能力	234/3 800(6.16)	234/475(49.26)	130/1 864(6.97)	130/233(55.79)	101/1 904(5.30)	101/238(42.44)
有效判断学员水平能力	242/3 800(6.37)	242/475(50.95)	118/1 864(6.33)	118/233(50.64)	123/1 904(6.46)	123/238(51.68)

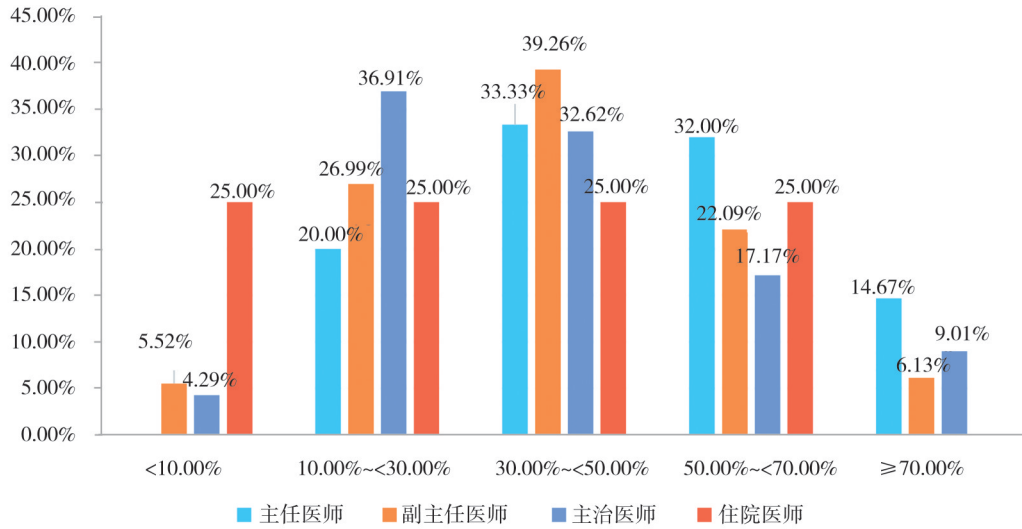


图 2 不同职称的儿科指导教师床旁教学时间占比

表 4 不同年资的儿科指导教师床旁教学现状对比[例(%)]

项目		总体人数 (n=475)	主治医师 (n=233)	副主任医师及主任医师 (n=238)	χ^2 值	P值
最后学位	本科	172(36.21)	80(34.33)	92(38.66)	0.95	0.330
	硕士或博士	303(63.79)	153(65.67)	146(61.34)		
床旁教学比例	<30.00%	166(34.95)	96(41.20)	68(28.57)	8.28	0.004
	30.00%~50.00%	166(34.95)	76(32.62)	89(37.39)	1.18	0.277
	>50.00%	143(30.11)	61(26.18)	81(34.03)	3.45	0.063
床旁教学困难	时间少	338(71.16)	163(69.96)	173(72.69)	1.41	0.236
	临床压力大	307(64.63)	160(68.67)	144(60.50)	3.43	0.064
	科研压力大	143(30.11)	79(33.91)	62(26.05)	3.46	0.063
	教师教学能力欠佳	72(15.16)	30(12.88)	41(17.23)	1.74	0.187
	儿科诊疗环境嘈杂	359(75.58)	120(51.50)	112(47.06)	0.93	0.335
	儿科诊疗家长陪同	213(44.84)	103(44.21)	109(45.80)	0.12	0.728
	患儿配合程度低	261(54.95)	131(56.22)	129(54.20)	0.20	0.659
	住院医师背景差别大	198(41.68)	95(40.77)	101(42.44)	0.13	0.710
	患儿年龄跨度大	70(14.74)	34(14.59)	40(16.81)	0.44	0.510
	患儿认知水平低	70(14.74)	36(15.45)	34(14.29)	0.13	0.720
其他	6(1.26)	2(0.86)	3(1.26)	0.00	1.000	
需加强的能力	专业知识和技能能力	277(58.32)	157(67.38)	116(48.74)	16.79	<0.001
	迅速发现教学点能力	301(63.37)	157(67.38)	142(59.66)	3.03	0.082
	即刻组织有效教学能力	319(67.16)	164(70.39)	153(64.29)	1.99	0.158
	讲课能力	281(59.16)	159(68.24)	118(49.58)	16.93	<0.001
	有效反馈能力	245(51.58)	123(52.79)	120(50.42)	0.27	0.607
	沟通能力	173(36.42)	94(40.34)	77(32.35)	3.25	0.071
	应变能力	234(49.26)	130(55.79)	101(42.44)	8.41	0.004
	有效判断学员水平能力	242(50.95)	118(50.64)	123(51.68)	0.05	0.822

3 讨论

3.1 关于儿科床旁教学现状的问题分析

床旁教学作为临床医学教学中的重要内容,对于年轻医师从学生成长为一名合格的医师至关重

要。儿科的临床教学,一直都处在科学的思考及探索过程中^[5],因为其服务对象儿童在认知、沟通、判断上有其特殊性,所以需要进行更为有效、精准的床旁教学。

通过此次授课调查问卷结果可以反映出儿科

床旁教学的特殊性,与其他学科床旁教学相比,其特殊性更加突出。同时,儿科床旁教学在师资水平、住院医师管理、教学环境、医疗技术等方面也存在普遍问题。①与成人科室不同,儿科病房的医疗环境嘈杂,这在很大程度上影响着儿科的床旁教学。此外,儿科诊疗有家长陪同、患者年龄跨度大、小年龄组儿童的认知水平低,这也给床旁教学的有序开展带来了较大的困难。②床旁教学时间少:指导教师和住院医师都面临着儿科医疗任务繁重的困境。从此次调查结果来看,71.16%(338/475)的指导教师表示时间不足,近70.00%的指导教师床旁教学时间未能超过50.00%,甚至有41.20%(96/233)的主治医师床旁教学时间比例不到30.00%。高学历背景的指导教师有较大的科研压力,导致他们也没有足够的时间和耐心进行床旁教学。③现今医疗水平雄厚的教学医院以收治疑难、重症病人为主,常见病、多发病的住院比例有所下降,而从本次调查情况看,指导教师仍以选择常见病及有典型表现的多发病为最主要的儿科床旁教学病例,这也一定程度上限制了床旁教学的开展。④目前,无论是指导教师还是住院医师,都呈现出过度依赖电子病历和先进检查技术手段的趋势,从而降低了对临床基本功的重视。在此次调查中,58.32%(277/475)的指导教师认为自己的专业知识和技能水平还需进一步提高。⑤学员背景复杂,住院医师人员构成复杂,知识水平参差不齐,41.68%(198/475)的指导教师认为这是床旁教学的困难之处。由此可见,面对不同背景的住院医师,部分指导教师难以掌握教学的平衡点进行分层教学。⑥除了教学查房外,目前尚无针对床旁教学的规范、考核和评价体系。指导教师对于床旁教学概念的理解还不够透彻,对于其形式和内容的了解也不够充分。⑦从此次调查还反映出,指导教师,尤其是相对低年资的主治医师指导教师,教学经验和临床经验不够丰富,无法快速找出住院医师临床知识和技能的盲区。他们的教学技巧相对单一,应变能力有待提高,迅速组织有效床旁教学的能力仍需加强。

3.2 关于如何促进儿科床旁教学有效开展的思考

第一,要建立规范的儿科床旁教学培训和考核评价机制,有效促进教与学的开展。随着住院医师规范化培训制度的实行,建立了一系列规范的教学制度。床旁教学因其形式多样,对师资要求高,除

教学查房外,目前尚未建立规范统一的考核及评价体系。因此,亟待建立相对规范的床旁教学的流程和评价考核标准,建立相关体系^[6],并对指导教师进行培训,完善基于教学绩效的晋升制度,以保障教师的利益。此外,应该加大对住院医师的监督力度。此次调查问卷的数据也反映出指导教师在上述方面的迫切需求。在培训过程中,还应该针对不同层次和年资的临床指导教师开展有针对性的分层教学师资培训。

第二,需要指导教师提高教学意识,合理把控床旁教学时机。床旁教学的特点之一在于教学时机的随机性^[7]。例如,在收治新入院病人的时候、门诊病人的接诊时、临床操作时、日常查房过程中、床旁交接班的时候等,这些都是床旁教学可以选择的时机,时间长短不定。本次调查结果显示,指导教师在“迅速发现教学点、即刻组织有效教学”的能力还有待极大提高。因此,指导教师,尤其是年轻的指导教师,需要不断提高教学意识,培养能第一时间发现教学点的能力,注意把控床旁教学时机,平衡好床旁查房与临床查房的时间分配,从一定程度上缓解因临床压力大而带来的床旁教学时间少的困境。

第三,指导教师需注意选择合适的教学模式。床旁教学本质上是一种类似于体育教练的手把手式指导,而不是传统教师在讲台上的授课^[8]。因此,针对不同的床旁教学形式,需要选择相应的教学模式。床旁教学有多种模式,此次授课主要分享基于病例汇报的床旁教学模式^[9]。如果住院医师已经具有一定临床经验,也可以采用SNAPPs模式^[10];在时间有限的情况下,还可以采用一分钟模式^[11]。无论是什么形式的床旁教学,均要加强以岗位胜任力为导向的能力培养^[12],对住院医师的临床思维能力和沟通能力进行有针对性的教学和反馈。床旁教学应当通过带教教师的提问、引导、示范、评价等,激发住院医师将已有认知嫁接到新的临床场景中,重新构建新知识、新概念^[8]。

第四,使用有效的床旁教学技巧,提高儿科床旁教学的质量^[13]。通过此次调查,可以明显看出,不同年资的教师,在床旁教学的困难原因方面是不尽相同的。其中,年轻教师在床旁教学技巧方面的问题尤为突出,这与既往文献报告一致^[14]。调查数据显示,年轻指导教师的应变能力和沟通能力还需要

很大程度地提升。他们不能很好地掌控床旁教学的现场,这是床旁教学的难点。指导教师需要在床旁教学中努力创造一个既有安全感又具挑战性的氛围。指导教师应该学会运用启发式提问,应用类比、比喻或停顿的教学技巧^[8,15],鼓励引导住院医师思考,并注重培养住院医师的发散思维。由于患儿的认知水平较低,且可能受到陪同家长的影响,因此指导教师床旁教学中还应重点示范如何与不同患儿及家长进行有效的沟通,包括沟通的角度、语气和谈话技巧等。这些在儿科床旁教学中尤为重要。

从本次研究的问卷调查结果来看,儿科指导教师在床旁教学的比例和时间占比高于国际报道水平,这表明我国儿科指导教师对床旁教学工作的高度重视。然而,需要注意的是,本次研究的指导教师大多来自三级医院,样本量相对较小,因此需要进一步扩大样本量,以便更全面、客观地了解中国儿科指导教师的床旁教学情况。另一方面,也必须承认,儿科床旁教学中存在许多困难因素,其教学质量还有待进一步提高。因此,应考虑加强儿科床旁教学的规范化体系建设,以提高教学质量。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

作者贡献声明 郭凌云:论文构思、撰写论文;刘琳琳:数据收集及统计;刘钢:技术指导;王爱华:项目负责人、审订论文

参考文献

- [1] McGee S. A piece of my mind. Bedside teaching rounds reconsidered [J]. JAMA, 2014, 311(19): 1971-1972. DOI: 10.1001/jama.2013.286201.
- [2] Alpert JS. Some thoughts on bedside teaching [J]. Am J Med, 2009, 122(3): 203-204. DOI: 10.1016/j.amjmed.2008.10.024.
- [3] LaCombe MA. On bedside teaching [J]. Ann Intern Med, 1997, 126(3): 217-220. DOI: 10.7326/0003-4819-126-3-199702010-00007.
- [4] LaCombe MA. Bringing teaching back to the bedside [J]. Ann Intern Med, 2021, 174(9): 1323-1324. DOI: 10.7326/M21-2447.
- [5] 吴甜, 屈艺, 童煜, 等. 国内近十年儿科教学模式的研究热点: 基于文献关键词的可视化分析[J]. 中华医学教育探索杂志, 2019, 18(9): 865-870. DOI: 10.3760/cma.j.issn.2095-1485.2019.09.001.
- [6] Khan IA. Bedside teaching-making it an effective instructional tool [J]. J Ayub Med Coll Abbottabad, 2014, 26(3): 286-289.
- [7] Thomas H Jr. Teaching procedural skills: beyond "see one-do one" [J]. Acad Emerg Med, 1994, 1(4): 398-401. DOI: 10.1111/j.1553-2712.1994.tb02654.x.
- [8] Wenrich MD, Jackson MB, Maestas RR, et al. From cheerleader to coach: the developmental progression of bedside teachers in giving feedback to early learners [J]. Acad Med, 2015, 90(Suppl 11): S91-S97. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000901.
- [9] Gat I, Pessach-Gelblum L, Givati G, et al. Innovative integrative bedside teaching model improves tutors' self-assessments of teaching skills and attitudes [J]. Med Educ Online, 2016, 21: 30526. DOI: 10.3402/meo.v21.30526.
- [10] 吴学勤, 周懿阳, 何青, 等. SNAPPS联合小组讨论模式在综合性医院儿科实习带教中的应用[J]. 全科医学临床与教育, 2023, 21(5): 432-435. DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2023.005.014.
- [11] Irby DM, Wilkerson L. Teaching when time is limited [J]. BMJ, 2008, 336(7640): 384-387. DOI: 10.1136/bmj.39456.727199.AD.
- [12] 韩旭, 汪悦, 张来根, 等. 构建以岗位胜任能力为导向的床边教学模式探讨[J]. 中国医药导报, 2018, 15(19): 57-59, 63.
- [13] Jr SS. Guidelines for bedside teaching [J]. Am J Med, 2009, 122(11): e11. DOI: 10.1016/j.amjmed.2009.04.017.
- [14] Woodley N, McKelvie K, Kellett C. Bedside teaching: specialists versus non-specialists [J]. Clin Teach, 2016, 13(2): 138-141. DOI: 10.1111/tct.12373.
- [15] Ramani S. Twelve tips for excellent physical examination teaching [J]. Med Teach, 2008, 30(9/10): 851-856. DOI: 10.1080/01421590802206747.

(收稿日期:2023-07-26)

(本文编辑:郭小梅)

欢迎订阅, 欢迎赐稿!