

卫生政策研究进展



Progress in Health Policy Research

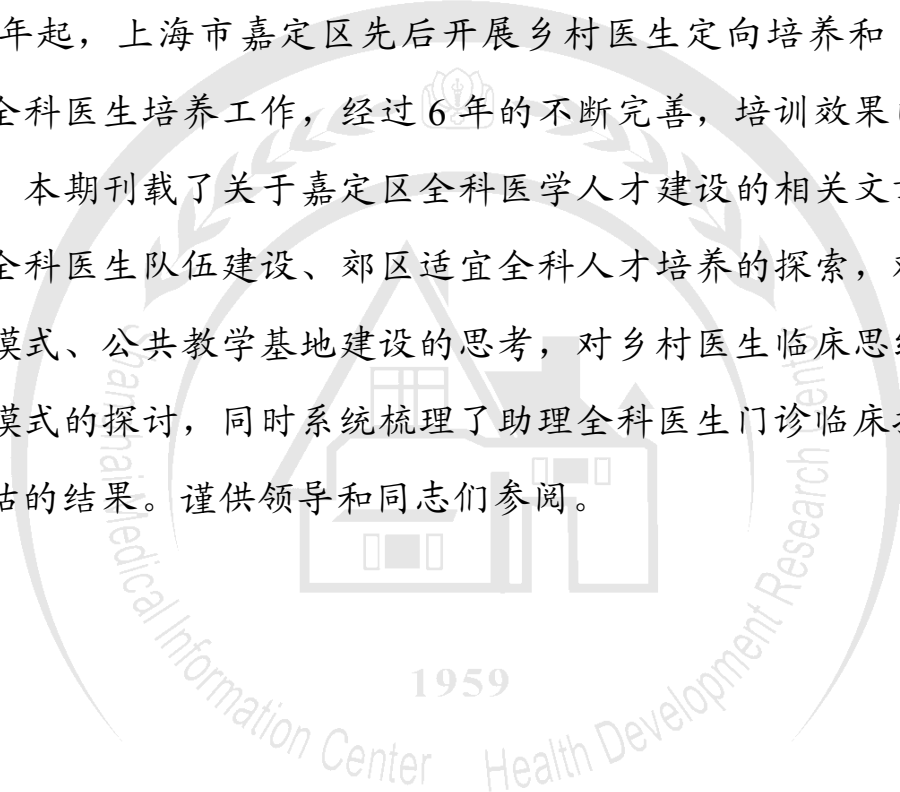


2014 年 第 5 期
(总第 56 期)

上海市卫生发展研究中心

2014 年 7 月 10 日

编者按 随着医改的不断深入，全科医学人才队伍建设的重要性越来越突出。为进一步缓解基层医疗卫生人才短缺难题，2008 年起，上海市嘉定区先后开展乡村医生定向培养和“3+2”助理全科医生培养工作，经过 6 年的不断完善，培训效果已初步显现。本期刊载了关于嘉定区全科医学人才建设的相关文章，包括对全科医生队伍建设、郊区适宜全科人才培养的探索，对社区带教模式、公共教学基地建设的思考，对乡村医生临床思维能力培养模式的探讨，同时系统梳理了助理全科医生门诊临床接诊能力评估的结果。谨供领导和同志们参阅。





卫生政策研究进展

2008 年 11 月创刊
第 7 卷 第 5 期 (总第 56 期)
2014 年 7 月 10 日
(内部交流)

主管

上海市卫生和计划生育委员会

主办

上海市卫生发展研究中心
(上海市医学科学技术情报研究所)

编辑出版

《卫生政策研究进展》编辑部
上海市北京西路 1477 号 807 室
邮编: 200040
电话: 021-22121872
传真: 021-22121623
E-mail: shdrc_work@163.com
网 址: www.shdrc.org

顾 问: 沈晓初
肖泽萍
主 编: 胡善联
副 主 编: 付 晨
金春林 (常务)
丁汉升
编辑部主任: 王贤吉
编 辑: 信虹云 陈 多
王力男 何 达
杜学礼 陈珉惺
施莉莉
校 对: 方欣叶 杨 燕

上海市连续性内部资料准印证
(K) 第 0649 号

目 次

区县之窗

嘉定区全科医生队伍建设的实践与思考·····	1
嘉定区培养郊区适宜全科医学人才的探索与效果评价·····	8
嘉定区开展“3+2”助理全科医生培养模式的研究·····	18
嘉定区助理全科医生社区带教模式研究·····	27
嘉定区新型公共卫生教学基地建设实践与探索·····	37
嘉定区华亭社区公共卫生教学分基地建设实践与探索·····	49
嘉定区乡村医生教育中临床思维能力的培养模式探讨·····	57
嘉定区乡村(社区)医生定向培养项目评价·····	63
嘉定区助理全科医生门诊临床接诊能力的评价与分析·····	71

嘉定区全科医生队伍建设的实践与思考

郑益川¹ 方云芬¹ 高 飞¹ 王琴芳² 王凤霞² 庄 严²

【摘 要】 随着医疗卫生体制改革的不断深化,基层全科医生队伍建设的重要性 and 迫切性日益显现。嘉定区在实施社区卫生服务改革以后,面临着全科医生总量不足等诸多问题,经过多年的探索和实践,在全科医生的培养、培训、使用、激励等方面多管齐下,走出了一条培养郊区适宜全科医学人才的道路。

【关键词】 全科医生; 定向培养; 人才队伍建设; 嘉定区

随着嘉定区城镇化的步伐越来越快,环境等变化造成影响健康因素越来越多,嘉定区居民对医疗卫生服务的需求越来越高,同时,人口老龄化和疾病谱变化也对医疗卫生服务提出了新的要求。嘉定区自 2007 年启动社区卫生服务改革后,面临着全科医生总量不足等诸多问题,制约了社区卫生服务的进一步发展。经过多年的努力,嘉定区在全科医生的培养和使用等方面进行了积极探索和实践,取得了初步成效。

一、背景

(一) 数量不足制约社区卫生服务发展^[1]

根据《上海市社区卫生服务机构设置和编制标准实施意见》(沪编〔2008〕133 号)文件规定,社区卫生服务中心按每万居民配备 4—5 名全科医生(参与家庭医生制服务一般要求每名全科医生签

第一作者:郑益川,男,上海市嘉定区卫生和计划生育委员会主任

作者单位:1.上海市嘉定区卫生和计划生育委员会,上海 201800

2.上海市嘉定区卫生事务管理中心,上海 201800

约 2000—2500 名居民)。随着社会经济的快速发展,常住人口的增长速度要远远快于医务人员的增长速度。按嘉定区 2013 年常住人口 155.65 万测算,至少需要 623 名全科医生。目前全区注册全科医生只有 277 人,缺口约 350 人,无论绝对数还是相对数都未达到配置标准,制约了社区卫生服务发展。

(二) 业务水平有待提高

全科医生必须具备全面的全科诊疗能力与水平。嘉定区现有的全科医生中,通过规范化培养或转岗培训的仍占少数,知识技能更新缓慢。随着上海市家庭医生制服务的推行,对全科医生的技能水平提出了更高要求。

(三) 社会及职业认同感不强

与二、三级医院医生相比,老百姓对社区医务人员的信任度还不高,全社会对全科医生的认同也还不够。全科医生工作任务较为繁重,职称晋升较为困难,收入待遇较低,造成全科医生对自身的职业认同感不够^[2]。

(四) 规培制度造成的人才“饥渴期”

2010 年,上海市实行住院医师规范化培养制度,全市各级医疗机构从当年开始不再聘用未经住院医师规范化培养的医学院校毕业生从事临床工作,社区卫生服务机构进入了三年人才“饥渴期”。此外,由于嘉定区地处郊区,人才引进比较困难,流失比较严重,对通过规范化培养的医生吸引力不大,招录困难重重。

二、嘉定区全科医生队伍建设的实践

(一) 完善全科医生的培养制度

1、统一全科医生培养方法。依托上海市住院医师规范化培养全科医学临床培训基地,做好嘉定区全科医生规范化培养工作,统一

培养方法和内容，进一步提高技能水平。

2、探索建立助理全科医生培养模式。2008年，嘉定区出台定向培养乡村医生的实施意见，明确规定了定向招生、定点培养、统一管理，从生源的录用到毕业后纳入事业编制管理的培养模式；并可享受从在校期间免费培养到毕业后进社区工作获得支医补贴等多方面优惠，吸引、鼓励青年进入乡村医生队伍。2012年，嘉定区在全国范围内率先开展助理全科医生规范化培养试点工作。将经过三年科班培养毕业的乡村医生，再安排到全科医生培训基地脱产进行两年专业培训，并与上海交通大学医学院继续教育学院联合对培训对象进行“专升本”学历教育。目的是通过2—3年的双轨制培养学习，使得培训对象可以获得执业助理医师资格证书、培训合格证书、本科毕业证书、学士学位证书，与上海市住院医师规范化培养制度无缝衔接。

（二）开展在岗人员培训及相关工作

1、鼓励上级医院医生到基层定期服务。鼓励二三级医院医生参加转岗培训。严格执行二三级医院医生在晋升副主任医师职称前到基层定期工作半年的规定，加强对基层的技术指导和培训。健全上级医院与社区卫生服务中心的对口支援制度，选拔中高级职称人员担任社区首席医生，下沉社区，负责业务培训、疑难病例查房、带教社区骨干医生，逐步提高基层医疗卫生服务水平。

2、开展基层在岗医生转岗培训。2010年，嘉定区试行全科医生转岗培训，10位培训对象接受为期两年的全脱产培训。嘉定区中心医院作为全科医生培训接收单位，制定培训计划，严格按照全市全科医师规范化培训细则对培训对象进行培训。

3、建立在职人员继续教育制度。发挥嘉定区卫生人才培训中心的作用，组织基层全科医生参加各种短期培训，更新知识；与上

海交通大学、同济大学等院校合作举办医学教育本科班，优化存量，提高全科医生的学历层次和业务素质^[3]。

4、选派医生外出进修。通过各种途径拓展医生进修渠道，有计划选派全科医生到上级医院进行针对性、全脱产进修；连续多年组织全科医生赴台湾、英国进行交流学习，开阔眼界；选派全科骨干到上级机关和医疗卫生单位挂职锻炼，采取各种方式培养基层卫生管理人才。

5、多渠道招录合格的全科医生。坚持“走出去、请进来”的人才发展战略，通过建立嘉定卫生人才招聘网，每年举办多次卫生人才专场招聘会及政策宣讲会，招徕各类卫生人才；通过与上海市卫生人才交流服务中心做好对接，组织住院医师规培人员“走进嘉定”考察活动，做好卫生政策的宣传工作和全科医生招录工作。

（三）完善全科医生的使用制度

1、全面推行家庭医生制服务。全科医生与居民签订服务协议，建立相对稳定的契约服务关系，不断延伸和深化社区“六位一体”服务，引导更多的居民到社区就诊，促进分级诊疗、有序就医格局的形成。

2、加强全科医生服务质量监管。制定对全科医生及团队的考核方案，体现出服务特点，重点考核签约率、成本控制等，逐步引入第三方考评机制，考核结果与绩效分配挂钩。

3、不断提升全科医生的装备水平。以“联影—嘉定区域影像诊断中心”建设为契机，配备移动终端等装备，依托家庭医生远程医疗系统开展诊疗活动，逐步提升全科医生的服务能效。

（四）建立全科医生的激励机制

1、制定全科医生相关激励政策。2011年，嘉定区在全市率先

出台针对规培生的吸引政策。经过本市住院医师规范化培养并取得合格证书的人员，到嘉定区医疗卫生单位工作，给予一次性补贴 6 万元。为配合家庭医生制服务的逐步推进，加快全科医师队伍建设，嘉定区鼓励医生参加考试或培训，取得全科医师资格并注册为全科医师，同时给予相应奖励；单位对全科医师给予优先聘用、收入分配适当倾斜的激励措施。在进行“卫生人才奖和成果奖”奖励分配时，进一步向全科医生及社区卫生服务中心倾斜。落实本区优秀人才配售房、租房补贴政策，改善全科医生住房条件，降低全科医生生活成本。

2、拓宽全科医生职业发展路径。优秀青年优先纳入青年人才培养计划，选派出国进修；实行骨干人才培养计划，培养熟悉社区卫生业务的实践性、创新型人才；制定高层次全科医学人才培养计划，培养全科学科带头人。

（五）进一步优化全科医生发展的政策环境

1、开辟全科医生进编“绿色通道”。积极争取有关部门的支持，根据服务人口、门急诊工作量、核定床位等情况，通过增加社区卫生服务中心人员编制、确定非事业编制人员转为事业编制的基本条件等多项措施，有效稳定了基层卫生人才队伍。对取得本市规范化合格证书的全科医生，优先进入社区卫生服务中心的编制。

2、做好舆论宣传引导，树立行业典型。积极开展嘉定区“十佳家庭医生”评选活动，弘扬全科医生先进事迹，提高全科医生社会地位。

三、取得的初步成效

（一）全科医生配置情况

截至 2013 年底（表 1），全区社区卫生服务中心共有卫技人员

1536 人，其中全科医生 277 人，占 18%。与 2007 年相比，全科医生总量增长明显，增加了 161 人。本科及以上学历占比从 43.1% 上升到 80.9%，中高级职称占比从 38.8% 上升为 39%，结构调整显著。

表 1 2007 年与 2013 年嘉定区全科医生配置情况比较

年份 (年)	全科医生人 数 (人)	学历				职称			
		研究生 (人)	占比 (%)	本科 (人)	占比 (%)	高级 (人)	占比 (%)	中级 (人)	占比 (%)
2007	116	0	0	50	43.1	0	0	45	38.8
2013	277	14	5.1	210	75.8	5	1.8	103	37.2

(二) 家庭医生制度开展情况

截至 2013 年底，嘉定区区内共有村居委 296 个，均实现了家庭医生全覆盖。在此之前曾邀请第三方对 12 个街镇进行家庭医生知晓率测评，知晓率为 99.83%。整合医院专科医生和社区全科医生之间的“一对多点”合作机制，利用远程技术，签约服务人群对接全科医生，全科医生对接专科医生，将优质医疗资源下沉社区。2013 年嘉定区 13 家社区卫生服务中心门急诊人次数 356.51 万，占公立医疗机构门急诊就诊人数比 44.7%。

(三) 录用全科医生情况

经过多渠道的宣传，嘉定区的卫生人才激励政策已在规培生中产生了一定吸引力。2013 年，嘉定区录用经过住院医师规范化培训的全科医生 11 名，位居上海市各区县录用排名前列。

四、问题与思考

(一) 基层普遍面临全科医生短缺的情况，建议借鉴定向培养乡村医生的做法，探索医科院校定向培养全科医生，填补全科医生的巨大缺口，使基层卫生人才队伍建设走上良性发展轨道。同时加强对规培人员就业的宏观调控，保证偏远郊县每年都有一定数量的新

人补充。

（二）要实现居民健康服务的重心下移、关口前移，必须建立居民与家庭医生签约首诊、有序转诊机制，实行全科医生签约服务，将医疗卫生服务责任落实到医生个人。建议加快推动双向转诊、社区首诊等有利于家庭医生责任制开展的制度完善。

（三）建立符合卫生行业特点的人事薪酬制度，是调动医务人员工作积极性的关键要素。在推进公立医院改革的过程中，建议进一步完善对社区卫生服务中心和职工个人的绩效考核及收入分配办法，将签约居民数量、门诊工作量和服务质量等作为绩效分配的重要依据。随着家庭医生制服务的推行，单位内部分配应向全科医生等承担临床一线任务的人员倾斜。

参考文献

- [1] 周军谊，方云芬，杨波，等.上海市嘉定区社区卫生人力资源管理分析[J].中国卫生资源，2011,14（4）：207-209.
- [2] 杨静，鲍勇.上海市全科医生培养可持续发展的关键问题[J].上海交通大学学报(医学版)，2012，32(10)：1364-1367.
- [3] 张勘，董伟.上海市社区卫生服务中心人力资源现状分析及建议[J].中国卫生资源，2009，12（6）：289-291.

嘉定区培养郊区适宜全科医学人才的探索与效果评价

郑益川¹ 陆璇¹ 谢岳林¹ 王涛¹ 董亚忠¹ 金军² 王贤吉³

【摘要】 为解决郊区全科医学人才紧缺难题,2012年嘉定区在定向培养社区(乡村)医生的基础上,率先开展“3+2”助理全科医师规范化培养试点。本文在系统梳理嘉定区郊区适宜全科医学人才培养工作的基础上,提出“3+2”助理全科医生模式对提高嘉定郊区基层卫生人才层次、联动卫生资源、提升郊区卫生机构医教研能力、推广适宜技术等方面有重要作用,并针对目前工作在组织管理、政策层面及基地培训建设方面存在的问题,提出相关政策建议。

【关键词】 乡村医生定向培养;助理全科医师培训;效果;建议

我国新一轮医药卫生体制改革确定了“保基本、强基层、建机制”的改革方针,其中“强基层”的核心是全面增强基层医疗卫生机构服务能力,关键是解决人才短缺的突出问题。2010年,国家发展改革委、原卫生部、中央编办、教育部、财政部、人力资源社会保障部联合下发了《以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设规划》(发改社会〔2010〕561号),提出通过院校教育、临床实践、转岗培训等途径培养全科医生。为改善上海市基层卫生医疗机构全科医生短缺的状态,全面落实新医改关于基层医疗卫生队伍建设的精神,上海市新一轮医改将建立家庭医生制度作为五项基础性工作之一,率先开展了全科医生规范化培训工作。

第一作者:郑益川,男,上海市嘉定区卫生和计划生育委员会主任

作者单位:1.上海市嘉定区卫生和计划生育委员会,上海 201800;

2.上海市嘉定区卫生事务管理中心,上海 201800;

3.上海市卫生发展研究中心,上海 200040;上海市医学科学技术情报研究所,上海 200031

2012年，在上海市卫生和计划生育委员会的支持指导下，嘉定区率先开展“3+2”助理全科医生培训。为进一步总结评估嘉定区全科医学人才培养工作，嘉定区卫生和计划生育委员会（以下简称“区卫生计生委”）成立了专门课题组进行专题调研评估。本文对评估的结果进行了系统梳理，介绍了嘉定区“3+2”助理全科医生培训的总体情况、主要成效、存在的问题，并提出政策建议。

一、培训情况

（一）主要做法

1、乡村医生定向培养

嘉定区地处上海近郊，乡村医生队伍面临年龄老化、学历和职称普遍偏低、结构不合理、待遇差，尤其是外来引进的乡村医生“水土不服”，本土乡医“青黄不接”等问题。为此，2008年嘉定区率先开展定向培养乡村医生工作，出台定向培养乡村医生实施意见，启动上海市首批乡村医生定向培养，并委托上海医药高等专科学校进行定向培养乡村医生工作。录取的学生与区卫生计生委签订协议，在校期间享有费用减免和补贴政策，毕业后安排到社区从事医疗卫生工作，纳入事业编制管理。

2008年至今，嘉定区共招录了6批198名定向生，毕业生101名。通过3年定向培养的乡村医生，可以暂时解决卫生服务站点（村卫生室）的人员短缺问题，但其职业发展存在一定困难，存在参加执业医师考试通过率不高、难以融入家庭医生制服务模式、难以与本市全科医生规范化培训衔接等问题。

2、“3+2”助理全科医生规范化培训

2011年7月，国务院出台了《关于建立全科医生制度的指导意见》（国发〔2011〕23号），提出“要多渠道培养合格的全科医生，对到经济欠发达的农村地区工作的3年制医学专科毕业生，可在国家认

定的培养基地经2年临床技能和公共卫生培训合格并取得执业助理医师资格后,注册为助理全科医生”^[1]。2012年,嘉定区在充分考量定向培养乡村医生既有工作基础和实际需求的基础上,率先开展助理全科医师规范化培养试点工作,将3年专科培训与2年助理全科医师规范化培训实现无缝衔接。通过探索“3+2”培训模式,培训对象争取获得4个证书,即执业助理医师资格证书、助理全科医生培训合格证书、成人本科学历毕业证书和学士学位证书。通过培训,进一步提高乡村医生的实践能力和学历层次,培养“下得去、用得上、留得住”的高素质郊区适宜全科医学人才。

2012年至今,嘉定区共招录了3批101名培训学员,2014年4月第一届30名学员完成2年规范化培训,其中25人考核合格出站。

(二) 培养模式

嘉定区在“3+2”助理全科医生培养中,结合助理全科医师的执业特点、能力基础等因素,努力实现培养模式的创新。

1、实现乡村医生与助理全科医师培训的无缝衔接

嘉定区在“3+2”助理全科医师培养中,着力改变“学院派”的教育模式,有效衔接基层卫生人才的职前教育与职后教育,不断完善培养模式。三年制的专科定向培养由传统“2年理论+1年实习”转变为“1年课堂+2年病房”的学习,逐步形成“一贯二段三阶”式培养模式。两年制的规范化培养结合岗位需求和学员实际情况,由培训基地制订培养计划、培训细则及轮转计划等。同时,“3+2”培训还引入公共卫生培训的内容,结合上海医药高等专科学校公共卫生教学基地建设,编写了预防医学教材。

2、密切结合学历教育

在“3+2”助理全科医师培养后2年的规范化培训中,嘉定区与上海交通大学医学院继续教育学院合作,对培训对象同时进行“专

升本”学历教育，通过2—3年的培养，培训对象可以取得成人本科学历毕业证书和学士学位证书。

3、注重实践技能

“3+2”助理全科医生规范化培训秉承“早实践、多实践、反复实践”的理念。在3年的专科培养中实施“课程+病房”模式；在2年的规范化培训中，学员在培训医院完成19个科室为期20个月的临床培训轮转，在区疾控中心 and 社区卫生服务中心进行为期3个月的公共卫生和社区轮转培训。培训基地探索实施导师制，挑选技术骨干担任导师，对学生进行“一对一”全方位带教指导。

4、严格考核标准

培训期间所有学员均需参加出科考核、年度考核、公共科目考核和结业综合考核。其中结业综合考核由培训医院嘉定区中心医院组织，考核方案、流程参照上海市全科住院医师规范化培训出站考试标准设计，分为多站式进行。为了规范结业综合考核，培训医院还邀请市三级医院内、外科专家对临床科室考官进行培训；考试督导专家组由部分院外专家、院内临床教研室主任组成，全程监督各个环节、控制考试质量。另外，医院还邀请上海市卫生计生委、上海交大医学院成教学院、上海医药高等专科学校等领导、专家巡考。

（三）培训基地

1、临床培训基地建设。

嘉定区中心医院为“3+2”助理全科医师规范化培训基地。医院是上海市卫生计生委认证的市住院医师规范化培训全科临床基地。在“3”的培养中，学员主要是在基地完成职前教育中后2年的社区见习、临床理论教学、实习等环节，在“2”的培训中主要在基地中完成临床、社区技能的纵向深入。同时，临床培训基地还联合部分社区卫生服务中心为拓展教学基地。

2、公共卫生培训基地建设

嘉定区疾病预防控制中心为“3+2”助理全科医师规范化培训公共卫生培训基地，也是上海医药高等专科学校教学基地。基地建立了由疾病预防控制中心和上海医药高等专科学校共同组成的领导和管理架构，实施教学计划、教师业务考核、培训计划、考核管理等，共设立慢病管理、防疫消毒、健康教育、免疫规划、环境疾病防治、学校卫生等10个教研室，纵向教学管理延伸到社区教学分基地的专业条线。

3、社区卫生教学基地建设

嘉定区“3+2”助理全科医师规范化培训社区教学基地主要有马陆镇、黄渡、江桥镇、外冈、工业区等地的社区卫生服务中心，上述单位均是上海医药高等专科学校乡村医师执业生涯发展教育基地，其中部分已经评为上海市住院医师规范化培训社区教学基地。社区教学基地培训打破以往科室轮转的格局，探索形成了家庭医生“一对一”全程带教模式。每名学员在社区实践阶段均由1名家庭医生全程带教，跟随家庭医生进行全科门诊、家庭病床巡诊、慢病管理、重点人群管理等，家庭医生对带教所有内容进行“一对一”理论培训。

（四）人事及组织管理

1、生源及招录

定向培养乡村医生的生源为嘉定区本区户籍应届高中毕业生，通过上海市高等教育统一考试，委托上海医药高等专科学校连续三年定向培养。完成三年定向培养后，回到生源户籍所在街镇社区卫生服务中心的站点或村卫生室工作。工作一段时间后，参加并通过“专升本”统一考试后，择优进入助理全科医师规范化培训。

2、培训及薪酬待遇

定向培养录取的学生与区卫生计生委签订协议，在校期间的

学费、书杂费、住宿费由政府减免，并每月补贴生活费 500 元。工作期间或进入毕业后两年的规范化培训中，连续 5 年享受大专生进社区工作每人每年 1 万元的补贴。嘉定区财政为此投入专项资金约 550 万元。

3、组织管理

录取的定向培养生毕业后由区卫生计生委统一分配工作，纳入事业编制管理。原则上由所在地社区卫生服务机构使用。在进入毕业后两年的规范化培训中，培训对象是“单位人”身份，相应的福利待遇由所在单位承担，但其在培训基地培训仍为“全脱产”培训。

（五）资金投入

嘉定区“3+2”助理全科医师规范化培训，政府投入经费的人均成本是 2.93 万元，培养成本略低于“5+3”规范化培训。其中后两年的规范化培训每人增加 2.67 万元，由区级政府财力承担。

二、主要成效

（一）基层适宜人力层次显著提高

通过探索满足基层卫生需要的人才培养，嘉定区基层卫生人才队伍不断优化。2008 年至今，嘉定区共定向培养社区（乡村）医生 198 名，其中，毕业生 101 名，在校生 97 名。目前，全区无证乡医数为零，超过半数以上的人员取得了执业助理医师资格，约 20% 乡村医生取得大专学历，从根本上改变了乡村医生队伍人员老化、学历低、职称低、养老和待遇无保障的局面^[4]。通过两年规范化培训，培训对象在执业助理医师考试中的通过率明显提高，首届学员助理执业考试通过率为 86.6%，比上海市平均水平超出 35.3%；嘉定区毕业后的定向培养大专乡医助理执业考试通过率为 70.2%，远高于上海其他郊区定向培养生 44.8% 的平均通过率。

（二）郊区卫生人才培养资源联动不断加强

通过基层人才培养，以学员培养为主线，实现了临床师资与公共卫生、社区资源的相互联动、有效整合。一是临床和公共卫生需求相结合。根据公共卫生服务以慢病管理、传染病预防为主的特点，临床培训期间重点对该方面的知识进行了强化。同时加强临床师资和公共卫生资源的联动，以公共卫生服务的需求为导向，注重提升学员解决实际问题的能力。二是临床培训与社区卫生工作相结合。“3+2”培养学员最终要回到社区服务，规培期间通过加强临床师资和社区资源的有效衔接，及时跟踪社区卫生工作的实际需求，让培训师资和学员及时了解社区工作的内容和需求，探索社区卫生人才的培训途径。

（三）区域医教研能力逐步提升

通过开展基层卫生人才培养，有力提升了嘉定区区域医教研水平。嘉定区通过强化附属医院建设、公共卫生教学基地建设、社区教学基地建设、卫生人才培养、科研合作交流等措施，加强同上海医药高等专科学校、上海交通大学医学院等机构的合作。嘉定区中心医院作为培训基地，通过定向培养工作，规范化培训，不断完善教学设施，优化师资队伍，建立教学管理体系，教学工作逐步走向规范，尤其是在“双师型”教师队伍建设过程中取得了较好成效。嘉定区疾病预防控制中心，依托上海医药高等专科学校公共卫生教学基地建设，科研教学项目数量持续上升，不断提高公共卫生教学水平，促进全区各项公共卫生工作的全面深入开展。

（四）适宜技术推广运用全面展开

课题组通过对培训学员的跟踪调查发现，学员除很好地掌握了医学相关理论知识和临床综合技能外，全科医学、公共卫生等方面适宜技术的掌握更加全面深入。通过医院 20 个月的临床培训，学员

在规范病人管理、临床危重症识别、处理和临床综合技能都有很大提高；通过公共卫生轮转培训，熟悉慢病病人管理，增强了对传染病预防、免疫预防接种等知识的掌握；在社区培训期间，通过全科门诊、家庭病床、中医科、儿保科、老年病房科轮转，强化了全科医生工作职责和能力的学习。

三、存在问题

经过几年的建设，嘉定区助理全科医师培养工作取得了较为明显的成效，但仍存在以下问题。

（一）组织管理方面

在“3+2”助理全科医师规范化培训组织管理中，还存在招录生源质量不稳定，分配不均衡、规范化培训管理等问题。首先，在生源招录中，目前所招学生集中在城市地区，偏远农村地区生源较少，按照当前户籍归属地分配原则对偏远地区基层卫生人才短缺的问题难以有效解决。第二，尽管在“3+2”规范化培训中，采取的是“单位人”“全脱产”的管理形式，以保证培训的针对性、稳定性，但仍存在培训对象专注性不足的问题，如个别学生在培训期间经常会接到所在单位的工作任务等。第三，“3+2”规范化培训与全市的“5+3”住院医师规范化的培训在培训对象上有交叉，存在一定程度的竞争。

（二）政策方面

定向培养的乡村医生，经过规范化培训为助理全科医生，进一步发展到全科医生是其正常的职业发展生涯，但目前我市在乡村医生、助理全科医师职业发展方面还存在一定程度的政策瓶颈。国家层面已经出台关于助理全科医师培养的指导意见，部分省市也已经出台相应的操作细则或实施意见，但是我市尚未出台配套政策，全科医生的差异化激励政策也不明确。比如目前全市开展的“5+3”全科医师规范化培训是进入基层医疗机构进行全科执业，招录人员要求为

全日制医学本科毕业生，而通过“3+2”培训可以取得专升本学历，进入“5+3”培养有政策瓶颈。

（三）培训基地建设方面

目前“3+2”助理全科医师规范化培养在基地建设标准、教学内容、培训教材、人事管理、政策支持等方面已经积累了较好的经验，但基地在硬件和软件方面均存在一定的不足。在硬件方面，普遍存在教育用房紧张的问题，比如嘉定区中心医院的实训室面积有限，随着各类学员数量的不断增加，学员的实训机会和时间相对减少。在软件及管理上，开展培训的师资数量虽已增加，但教师职责和积极性欠缺，尚未形成规范完善的管理制度和激励机制，还存在临床、公共卫生、社区等培训不均衡的现象。

四、 政策建议

（一）加强市级层面政策支持

嘉定区“3+2”助理全科医师规范化培训是对上海市郊区基层人才培养方面进行的积极探索，但在其推进过程中仍遇到不少困难和政策瓶颈，建议市政府及各有关部门能够进一步研究具体问题，加大支持。首先，在开展“3+2”助理全科医师培养工作中，重点研究好职前职后衔接问题，为学生打通职业发展通道，能够做到岗位成才。针对“3+2”培训学员的职业发展，科学评估“3+2”与“5+3”的衔接通道，建立相关政策和评估标准，将“3+2”培养的人员中择优培养并轨进入“5+3”全科医师规范化培养。未选中人员可按照正常执业医师晋升渠道，考取执业医师资格证书后，注册为全科医师。第二，在总结评估首批助理全科医师规范化培训的基础上，鼓励和肯定培训成果，建议由上海市卫生计生委颁发助理全科规范化培养合格证书。第三，建议借鉴嘉定区助理全科医师定向培训的探索成效，在上海市郊区积极探索试点规范化全科医师定向培养工作。

（二）推进区级各部门联动和支持

“3+2”助理全科医师规范化培训开展的主体在区县层面，嘉定区能够率先推进郊区全科医学人才培养工作，和政府的高度重视以及各部门的积极支持分不开，但目前管理中仍存在生源分配、人事管理等问题，还需要区相关部门共同研究解决。建议进一步推进郊区全科医学人才培养，动员各职能部门积极参与和支持，围绕新一轮医改对社区卫生服务模式转变的要求，探索建立全科医学人才培养和激励政策。

（三）做好培训模式规范和推广

尽管上海市全面开展了“5+3”住院医师规范培训，但对于全市的城乡差异和不同需求难以全面满足，因此，嘉定区开展的“3+2”助理全科医师培训对缓解郊区全科医生短缺、培养适宜全科人才仍有重要作用。建议市级相关部门加强“3+2”助理全科医师培训工作的指导和支持，在总结、评估、规范的基础上，形成可复制、可推广的基层全科医学人才培养模式。此外，针对嘉定区助理全科医师培养基地建设存在的困难和不足，结合全科医学人才培养需求和家庭医生制服务改革要求，建议要加快助理全科医师培训基地建设评估工作，在嘉定区试点工作的基础上，明确助理全科医师规范化培训基地建设标准，为推广“3+2”助理全科规范化培训工作打好基础。

参考文献

- [1] 上海市编办、市卫生局、市财政局和市民政局，《上海市社区卫生服务机构设置和编制标准实施意见》（沪编〔2008〕133号）。
- [2] 国务院，《关于建立全科医生制度的指导意见》（国发〔2011〕23号），2011年7月1日。
- [3] 周军谊，方云芬，杨波等.上海市嘉定区社区卫生人力资源管理分析[J].中国卫生资源，2011,4:207-209.

嘉定区“3+2”助理全科医生培养模式的研究

朱 堃¹ 翟 怡¹ 王春梅¹ 黄旭元¹ 陈颖敏¹

秦建晔² 陆 璇³ 谢岳林³

【摘 要】 在深化医疗体制改革的背景下，培养足够数量的、合格的全科医生是保障人人都能享有基本医疗的前提。本文对上海市乡村医生（简称“乡医”，下同）定向培养现状及存在的问题进行梳理，并对上海市嘉定区开展“3+2”执业助理全科医师培养模式进行阶段性总结，着重介绍了培训的目标、内容、考核情况及学员的满意度，并对培养结果和模式做了相关分析，对于本市及全国其他地区开展执业助理全科医师的规范化培养有一定的参考价值。

【关键词】 执业助理医师；全科医生；培养；研究

在我国，居民看病就医主要呈现“倒金字塔”的状态，大型综合性医院人满为患，而基层医疗卫生服务机构门可罗雀，患者不能有效下沉。为此，国家推出了一系列旨在解决这一难题的政策，例如 2006 年的《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》（国发〔2006〕10 号）中明确规定“要探索社区首诊试点方式，尽快建立起双向转诊以及分级医疗制度”；2009 年《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》提出“要在 2020 年实现医疗服务的全民众覆盖”；2011 年，《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》（国发〔2011〕23 号）确定了最迟到 2020 年，我国将最终确立全科

第一作者：朱堃，男，副主任医师。

作者单位：1. 上海医药高等专科学校附属嘉定区中心医院，上海 201800；

2. 上海医药高等专科学校临床医学系，上海 201318；

3. 上海市嘉定区卫生和计划生育委员会，上海 201800

医生制度，城乡每万名群众将会有两到三名合格的医生，而实现这一目标，必须依托稳定可靠的医生队伍。上海市嘉定区长期以来面临基层全科医生匮乏的问题。为此，自 2012 年起，嘉定区积极探索全科医生人才队伍建设，创新开展了“3+2”执业助理全科医师规范化培养模式，为全国其他省市，尤其是农村地区的基层全科医师培养提供了借鉴。

一、乡村医生定向培养现状及存在的问题

（一）乡村医生定向培养现状

乡村医生是一支具有中国特色的、数量庞大的农村基层医疗卫生服务队伍。为解决本市乡村医生整体数量不足、年龄老化、学历偏低，以及五年制临床医学本科到农村工作的就业意愿差等问题，2006 年 8 月，上海市 7 部委办联合下发《关于加强本市乡医培养的通知》（沪卫科教〔2006〕24 号），并委托上海医药高等专科学校以三年制“1+2”模式定向培养乡医，即第一年在校完成基础课程，后 2 年在附属医院完成理论学习和临床实习。2007 年起，上海医药高等专科学校开始定向培养三年制乡村医生。2010 年，上海市首批乡医专业的毕业生进入市郊各个卫生站点，截至目前已有 418 名毕业生在全市七个郊县的基层站点工作，初步缓解了基层医生紧张的问题。2011 年一项针对乡村医生用人单位的调查显示：乡医专业毕业生掌握了基本的诊疗技术以及常用的技能操作^[1]，但是在专业技能方面与医学本科毕业生比有所欠缺。因此，用人单位均有对乡医专业毕业生进行再培训的意向，努力将“用得上”变为“用得好”。

（二）乡村医生定向培养存在的问题

乡村医生从业的必备条件是参加国家执业助理医师考核并取得相应资格，即“新乡医”必须在从业后的两年取得助理医师资格。

乡医定向培养采用高职教育的模式，其培养模式决定了“新乡医”培养以获得岗位技能为主，同时具备系统的基础医学和临床医学的基本理论知识，使学生能在基层医疗卫生机构从事临床诊疗、疾病预防、保健、疾病康复、计划生育、健康教育等方面的工作。国家执业助理医师的考试以临床专业知识为主，其标准远高于“新乡医”在校获得的基本医学知识。而且乡医毕业生在乡医岗位上的工作主要以预防为主，对以往所学的临床医学知识使用较少、体会较浅。这些都成为新乡村医生在国家执业助理医师考试中的合格率偏低的重要原因。因此，为提高乡村医生参加国家执业助理医师考试的合格率，对“新乡医”进行一定的职后培训变得非常必要^[2]。

二、“3+2”执业助理全科医生培养模式概述

三年制的乡村医生定向培养模式可以解决乡村医生在数量、年龄结构上的多种问题，是一种“造血”方式，功不可没。然而，随着近年来城乡二元经济结构逐渐向现代经济结构转变，乡村医生在疾病治疗方面的工作量不断下降，但在公共卫生服务方面的工作量却日益增加。另外，家庭医生服务制的开展使得部分乡村医生加入到了全科医学团队中，承担起了助理全科医师的工作。同时，各地方政府也有将乡医纳入全科培养的计划。面对农村卫生人才需求的转变，对“乡医”进行职后培训就变得非常必要，这样才能使其更能胜任全科医师的工作，以达到“固血”作用，增强农村卫生人才的竞争力^[3]。

依据卫生部科教司关于《农村欠发达地区助理全科医师培养标准（征求意见稿）》征求意见的函（卫科教教育便函〔2011〕216号），对助理全科规范化培训表述为：“对到经济欠发达的农村地区工作的3年制医学专科毕业生，可在国家认定的培养基地经2

年临床技能和公共卫生培养合格并取得执业助理医师资格后注册为助理全科医师。

（一）培训整体情况

本着培养能够“下得去、留得住、用的好”的合格的助理全科医生的原则，作为上海市首个执业助理全科医师规范化培养工作试点区，嘉定区卫生和计划生育委员会指定嘉定区中心医院作为助理全科医师规范化培训基地。自 2012 年 5 月起，嘉定区中心医院对嘉定籍的上海医药高等专科学校毕业生开展 2 年制的助理全科医师规范化培训，至今已连续开展 3 届，共培训学员 101 名。

嘉定区在助理全科医生培训过程中严格做到“三个结合”，即与国家执业助理医师资格考试相结合，与交通大学医学院专升本的学习相结合，与学员自身工作岗位相结合。参与培训的学员如能顺利完成培训的各项内容和要求，最多能够取得四张证书，分别为执业助理医师证书、助理全科规范化培训合格证书、本科文凭、本科学士学位证书^[4]。

（二）第一届学员学习情况

嘉定区助理全科医生培养“3+2”模式中的“3”是指 3 年在上海医药高等专科学校的学习，为职前教育。学习内容包括以下三方面：一是第一年在上海医药高等专科学校完成 14 门基础课程的学习；二是第二年在附属嘉定区中心医院完成 27 门临床理论课程的学习；三是第三年在附属嘉定区中心医院完成为期 40 周的临床实习。

“3+2”模式中的“2”是指 2 年的规范化培训，为职后教育。第一届 30 名学员于 2012 年 5 月开始，至 2014 年 4 月完成为期 2 年的规范化培训，具体培训内容详见表 1—3，此外还包括专升本课程学习。

表 1 临床培训轮转安排

内 容	科 室	时间分配（周）
临床培训 (84 周)	内科（心内，呼吸，消化；内分泌，神内，肾内，血液）	42
	急诊科（含院前急救）	8
	外科	6
	妇产科	6
	儿科	4
	中医科	4
	传染科	2
	皮肤科	2
	眼科	2
	耳鼻咽喉科	2
	精神科	2
	康复医学科	2
	临床护理	2

表 2 社区培训轮转安排

内 容	培训单位	培训重点	时间分配（周）
社区培训 (12 周)	区疾控中心	传染病防控、免疫预防	3
	黄渡社区卫生服中心	社区常见病及多发病诊	选择 3 家社区卫生服 务中心完成社区培训 轮转，每家 3 周，共 计 12 周。
	马陆社区卫生服中心	治、家庭医生工作、社	
	江桥社区卫生服中心	区预防保健、中医适宜	
	工业区社区卫生服中心	技术、慢病管理、健康	
	外冈社区卫生服中心	档案管理、卫生服务管 理等。	

表 3 培训理论课程安排^①（单位：小时）

集中授课		临床纵向课程		社区纵向课程	
课程名称	学时数	课程名称	学时数	课程名称	学时数
全科医学基础	18	临床基本技能训练	36	临床预防与健康教育	15
社区常见行为 与心理学问题	18	临床综合课程讲座	45	社区常见慢性病管理	18
文献检索与批 判性阅读	9	常见症状的鉴别诊断	27	社区特殊人群保健	18
		危重症的识别与转诊	18	社区卫生服务管理	9
		社区现场急救与转运	12		
		社区常见病的规范诊 治与管理	9	全科医疗中医学伦理 问题及交流技巧	9
		社区康复理论技术	9	社区合理用药	12
合计	45		156		81

注：①培训期间学员还融合交通大学医学院专生本理论课程学习和临床实习。

（三）学员的考核情况

1、国家助理执业医师考试通过情况

嘉定区参加国家助理执业医师考试的人员中，第一届参加助理全科医师规范化培训的嘉定区学员 30 人，未参加的外区县学员 27 人；第二届嘉定区学员为 35 人，外区县学员为 43 人。通过分析表 4、表 5 中的数据可以看出，嘉定区参加国家执业助理医师考试的学员中，参加过规范化培训的学员通过率要远远高于未参加规范化培训的考试学员。 P 值分别为 0.022 与 0.019，均 <0.05 ，差异有显著性。这表明规范化培训的效果相当突出，对于学员通过国家执业助理医师考试有着正向的积极作用。

表 4 第一届参加国家执业助理医师考试的通过人数对比

组别	参加考试人数（人）	两次考试总通过人数（人）	通过率（%）
参加规范化培训组	30	26	86.67
未参加规范化培训组	27	18	66.67
$P^{①}$ 值			0.022 ^①

注：① $P<0.05$ ，下同。

表 5 第二届参加国家执业助理医师考试的通过人数对比

组别	参加考试人数（人）	第一次考试通过人数（人）	通过率（%）
参加规范化培训组	35	19	54.30
未参加规范化培训组	43	9	21.00
P 值			0.019

2、规范化培训结业综合考核情况

首届参加“3+2”规范化培训的 30 名学员中除有 4 名学员因未通过国家执业助理考试无法参加规范化培训结业综合考核，1 名学员因个人原因未参加综合考核外，另外的 25 名学员全部于 2014 年 4 月参加了由

嘉定区中心医院组织的首届“3+2”执业助理全科医生规范化培训结业综合考核，并全部合格。

（四）学员满意度

对首届参加“3+2”执业助理全科医生规范化培训学员的调查显示，绝大部分学员认为通过培训，自己无论是在医学相关理论知识和临床综合技能方面都得到了进一步的提升，收获颇丰。学员普遍认为在嘉定区中心医院 20 个月的临床培训能够使参与培训的学员在规范病人管理、临床危重症识别和处理，以及临床综合技能方面有很大提高，为以后工作打下坚实的基础；通过在区疾病预防控制中心的轮转培训，利于学员熟悉慢病病人管理，增强对传染病预防、免疫预防接种等知识的掌握；在社区培训中，通过全科门诊、家庭病床、中医科、儿保科、老年病房科轮转，学员对全科医生的工作范围和职责有了进一步认识。

四、讨论

（一）国家助理执业医师考试问题

上海医药高等专科学校乡医专业的定向招生培养，已初步缓解了基层医疗人员紧张的现况。但需要注意的是：高职教育本身的特点就决定了“新乡医”的培养主要是为了帮助其获得岗位技能、掌握临床医学的基本理论知识、承担基层医疗卫生服务工作。乡医专业学生毕业后从业的必要条件是参加并通过国家助理执业医师考试^[5]，这就要求“新乡医”必须要能够在从业之后的两年中考出合格证书；但是国家助理执业医师的考核标准和要求要远远的高于“新乡医”在学校中所学得的基本医学知识和技能。目前，在“新乡医”

们的工作中，疾病预防工作占相当大的比重，而临床医学知识则相对应用较少，因此对后者缺乏深刻的实践体会，这也是国家助理执业医师的考试通过率不高的原因之一。开展规范化培训根本目的是要全面提高学员的综合素质和能力，在顺利通过执业考试的同时，牢固掌握助理全科医师所应具备的医学知识和技能，为基层卫生事业培养专业人才。

（二）“3+2” 执业助理全科医生规范化培训模式问题

当前，上海市已经明确规定了五年制临床医学本科学生必须要进行“5+3”的规范化培养合格之后方能正式上岗，而对于三年制的“乡医”毕业生是否需要进行规范化培训及如何开展规范化培训尚无明确的条例规定。嘉定区在全市范围内率先开展“3+2”执业助理全科医师规范化培训，是一项创新，但仍需不断探索和规范。一是需要切合社区卫生服务中心站点开展医疗服务的实际情况，安排足够预防保健等方面的实践，而不仅仅是注重培养学员的临床操作技能。二是要提高培养学员的职业认同感和事业归属感，使其安心扎根基层，服务基层卫生。三是助理全科医师队伍建设问题。助理全科医师队伍的建设是一项综合性相当强的工作，不但涉及招生、培养、使用等诸多环节，同时亦会牵涉到人事、编制、待遇以及个人职业发展等诸多方面。面对当前全科医学人才严重不足的困难境地^[6]，提高乡医学生的教学质量、提升助理全科医师的培训品质、确保培训合格后的助理全科医师“下得去、留得住、用得好”是破解困境的关键所在。嘉定区的实施经验表明了要破解基层卫生人才匮乏的难题，必须与地方政府紧密合作，整合区域内的医教资源，由

相关部门出台配套政策，从顶层设计上鼓励基层卫生人才建设，从实践能力、职业道德上不断加强对医学生的培养，使之成为社区居民的健康“守门人”。

参考文献

- [1] 沈沁，杨珺，黄亚芳.北京市社区卫生服务机构卫生人力资源现况研究[Q]：中国全科医学.2009.12.(12)
- [2] 林民强，邢聪艳，蔡怡嘉，等.我国社区卫生服务能力建设的现状与思考[Q]：中国全科医学.2012.15.(9)
- [3] 袁素娴，刘力戈，郑志红，等.全科医师骨干培训质量管理的探讨[Q]：临床和实验医学杂志.2012.11.(4)
- [4] 曲别拉布.重庆市全科医生培养模式初探[W].重庆：重庆医科大学.2008
- [5] 白丽萍.如何将医院培训工作做好[J].内蒙古医学院学报.2012，（S5）
- [6] 汪鑫，陆艳.关于医院员工培训的思考[J].人力资源管理.2013，（02）

嘉定区助理全科医生社区带教模式研究

陆 萍¹ 翁立立¹ 马俊达¹ 严海风¹ 王力男²

【摘 要】 社区教学是“3+2”助理全科医生培养的重要组成部分，嘉定区在助理全科医生社区实践阶段实施家庭医生“一对一”全程带教，这个模式有助于学员社区实践能力的培养。该模式的构建从家庭医生的筛选与培训入手，在全科接诊能力、家庭病床管理能力和实践技能、基本公共卫生服务等方面充分发挥家庭医生“一对一”的带教作用。初步评价结果显示，学员社区实践能力得到明显提高，且对该模式予以肯定，家庭医生“一对一”全程带教模式有助于学员形成全科的思维和理念，将理论、临床和社区实践有机融合。建议适当调整社区实践形式，引入师资培训考核机制，充分发挥家庭医生带教作用。

【关键词】 助理全科医生；社区带教；家庭医生

嘉定区从2012年起试点上海市助理全科医生“3+2”培养模式，2014年1月这批学员进入社区实践阶段，马陆、江桥、黄渡、外冈、工业区5家社区卫生服务中心作为区中心医院下属的社区实践基地，承担了这30名学员的社区实践任务。为强化学员的全科意识，提高学员的实际工作能力，将理论、临床及社区实践三个阶段有机衔接，社区实践阶段实施家庭医生“一对一”的全程带教，这种模式让助理全科医生在较短时间内熟悉并具备了独立承担基本医疗及公共卫生服务的能力，取得了良好效果，现以马陆镇社区卫生服务中心为例，对该教学模式的方法及效果等进行总结、评价，旨在为“3+2”助理

第一作者：陆萍，女，主治医师

作者单位：1. 上海市嘉定区马陆镇社区卫生服务中心，上海 201801；

2. 上海市卫生发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

全科医生的培训积累社区实践带教工作经验，并为今后的培训提供科学的政策建议。

一、家庭医生“一对一”全程带教模式构建

传统的社区实践教学模式通常是学员在社区中心全科门诊、家庭病床、老年护理病房、社区卫生站点、预防保健科等进行轮转，轮转期间由各相关科室的医生分别带教，轮转结束后由带教老师进行专业技能、工作态度、医德医风的评定及出科考试^[1]。家庭医生“一对一”全程带教模式打破了以往科室轮转的格局，每名学员在社区实践阶段从头到尾均由1名家庭医生全程带教，学员全程跟随家庭医生进行全科门诊、家床巡诊、慢病管理、重点人群管理等，对带教的所有内容由家庭医生进行“一对一”理论培训，并要求每个实践项目均有5例以上病例由学员自己实际操作，带教前后分别进行评估，以检验带教的效果。

（一）筛选及培训

从中心家庭医生中选择8名具备全科中级以上任职资格，有社区工作经验10年以上，担任家庭医生2年以上，经过上海市全科医师师资培训的家庭医生作为带教老师。带教老师开始带教前集中进行一次理论培训，培训内容包括教学目的、教学安排、公共卫生9个项目的教学要求，基本医疗10种社区常见疾病的诊治，同时对全科门诊接诊能力、家庭病床管理能力、实践操作技能、公共卫生实践知识4项评估标准进行解读，对于全科接诊能力、家庭病床管理能力、实践操作技能这3项带有一定主观性评定的项目安排1名新进医生由8位带教老师进行分别考核，根据考核结果对出现的偏差进行指正，以避免实际带教过程中教师评定的标准不同导致的偏差。

（二）带教内容

社区卫生服务中心目前主要承担基本医疗和基本公共卫生服务 2 项任务，学员在社区实践过程主要培养全科接诊、家庭病床管理、实践技能、公共卫生服务 4 项能力，这些能力是这些学员进入今后工作岗位所必须的。其中全科接诊能力包括慢性阻塞性肺疾病、肺炎、冠状动脉粥样硬化性心脏病、心律失常、高血压、消化性溃疡、泌尿系统感染、贫血、糖尿病与低血糖症、脑血管意外等疾病的临床表现、诊断要点、处置要点及转诊指证等。家庭病床管理能力包括家庭病床建床目的、建床流程、巡诊内容、撤床流程、各类表单的填写、各类报表的统计分析等。实践技能包括血压测量、指末血糖监测、身高体重腰围三项技能的操作。基本公共卫生服务包括居民健康档案建立、健康教育服务、孕产妇管理、老年人管理、高血压患者管理、2 型糖尿病患者管理、精神疾病健康管理、肿瘤监测管理、残疾人管理 9 大类项目的管理对象、内容、流程、考核指标以及各类表单的填写及电脑录入等。

（三）带教形式

1、家庭医生导师制

家庭医生是社区卫生服务中心的核心人力，承担着社区大部分基本医疗和基本公共卫生服务工作。家庭医生作为学员的导师，在全科门诊接诊前选择 1 至 2 个社区常见疾病进行涵盖诊断、治疗、合理用药、健康宣教、转诊指证等内容的讲解，并在接诊过程中对全科接诊的要求进行面授。在家庭病床巡诊时讲解相关理论，带教学员新建家庭病床至少 1 张，让学员在指导下开展实际操作，使其能够独立完成家庭病床管理。基本公共卫生服务项目的部分内容涵盖在全科门诊接诊过程中，而健康教育服务、孕产妇管理、

精神疾病健康管理、肿瘤监测管理、残疾人管理等项目则由家庭医生带领学员去社区完成，使学员切实掌握公共卫生服务流程及方法。

2、“一对一”全程带教制

“一对一”全程带教指学员自入社区实践便由一个家庭医生带教，指定导师负责全程培训、指导、评估学员的社区实践。学员进入社区实践阶段前，由带教家庭医生进行小项目的前期能力评估，导师根据学员的评估情况，开展针对性的理论讲解，然后导师进行实际操作演示，学员亲自实践加以巩固，最后对学员的实践表现进行评价。该制度有助于家庭医生导师充分掌握学员的具体情况，开展针对性指导，让学员在比较短的时间内迅速“成型”，学以致用；而学员全程跟随家庭医生，经过较短时间的社区实践能全面掌握家庭医生工作的基本内容，对培养结束后迅速承担起岗位职责起到了事半功倍的作用。

3、理论实践融合带教制

学员进入社区实践阶段，带教老师将理论与实践贯穿起来教学，对实践科目进行简单的理论培训，让学员有一个初步的概念，然后进行实际病例的操作演示，让学员在视觉上将理论与实践结合，示范一定案例后，由学员自行操作，带教老师在旁边进行指导，让学员将理论融入实践中，最后进行再次评估，带教老师表扬长处，指出不足，即坚定信心又纠正错误。这种形式的带教，很好的将理论与实践进行结合，让学员在较短的时间内，将学到的理论知识很快的应用于实践中，更培养了学员积极思考和动手的能力，也迫使带教老师不断提高自己的专业素养和教学能力，起到了很好的互相督促作用。

二、实施效果评价

（一）评价对象

上海市嘉定区首批参加“3+2”模式培训的30名助理全科医生，2008年进入上海市医药高等专科学校3年制临床医学专业（乡村医生方向）学习，2011年毕业后定向分配至嘉定区各社区卫生服务中心下属社区卫生服务站（村卫生室）工作，2012年4月进入嘉定区“3+2”模式培训试点，2014年1月进入社区实践阶段。

（二）评价内容及方法

1、全科接诊、家庭病床管理、实践技能能力评估方法：采取实际操作考核评定，以《助理全科医生培训标准（试行）》、《全科医学概论》、家庭医生工作内容为基础，设计全科门诊接诊能力、家庭病床访视能力、社区实践操作能力（包括血压测量、指末血糖监测、身高体重腰围三项）考核评定表，由带教家庭医生在带教前进行测试，带教5个以上实际案例，学员操作5个以上案例后再次进行评估。

2、基本公共卫生服务评估方法：采用问卷调查法，以《国家公共卫生服务规范》、家庭医生工作内容为基础，自行设计9大类项目的问卷，每个项目设计问题10题，每次带教家庭医生带教该内容前进行测试，带教5个以上实际案例，学员操作5个以上案例后再次进行评估。

（三）评价结果

1、30名学员带教前后能力提升状况分析

30名学员均按照计划全程参加了社区实践并接受了带教前后能力的评估。评估结果显示学员的全科接诊能力、家庭病床管理能力、实践技能、基本公共卫生服务社区实践知识均有了明显的提升。全科接诊能力分成建立医患关系、病史采集、体格检查、临床思维、

健康宣教、信息共享、知情同意、门诊病史书写、接诊时间掌握、结束就诊 10 项评估, 评估显示临床思维的建立 ($P > 0.05$), 信息共享 ($P < 0.05$), 其余 9 项 ($P < 0.01$), 均有统计学意义 (见表 1), 这个结果也提示临床思维能力的培养需要学员在临床过程中慢慢积累和摸索。家庭病床管理能力从家庭病床适应症掌握、建撤床流程掌握、家庭病床巡诊内容、病人病史采集、病人体格检查、合理用药指导、健康宣教 7 个方面进行评估, 除病人病史采集 ($P < 0.05$) 外, 其余 6 项 ($P < 0.01$), 有明显统计学意义 (见表 2)。实践技能分成血压测量、指末血糖检测、身高体重腰围测量 3 项评估, 3 项 ($P < 0.01$), 有明显统计学意义 (见表 3)。基本公共卫生社区实践知识除了孕产妇健康管理及残疾人管理 ($P < 0.05$), 其余 7 项 ($P < 0.01$), 均有统计学意义 (见表 4)。

表 1 30 名学员全科接诊能力带教前后评估结果比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

项目	分数	带教前	带教后	t 值	P 值
全科门诊接诊能力	100	63.47 $\pm$ 3.44	90.22 $\pm$ 2.54	38.972	< 0.01
建立医患关系	5	2.58 $\pm$ 0.83	4.40 $\pm$ 0.62	15.982	< 0.01
病史采集	20	13.10 $\pm$ 1.81	17.80 $\pm$ 1.17	13.574	< 0.01
体格检查	15	10.57 $\pm$ 1.61	13.97 $\pm$ 0.67	12.819	< 0.01
临床思维	15	10.97 $\pm$ 1.43	11.40 $\pm$ 1.59	1.718	> 0.05
健康宣教	10	6.10 $\pm$ 1.32	8.63 $\pm$ 0.81	13.765	< 0.01
信息共享	5	3.37 $\pm$ 0.75	3.68 $\pm$ 0.90	2.076	< 0.05
知情同意	5	2.65 $\pm$ 0.90	4.42 $\pm$ 0.63	14.818	< 0.01
门诊病史书写	15	11.27 $\pm$ 1.34	11.90 $\pm$ 1.54	2.433	< 0.05
接诊时间掌握	5	2.57 $\pm$ 0.94	4.33 $\pm$ 0.72	14.527	< 0.01
结束就诊	5	2.63 $\pm$ 0.88	4.42 $\pm$ 0.71	16.767	< 0.01

2、30 名学员对教学模式及效果的评价分析

对 30 名学员进行教学模式及效果满意度调查结果显示: 在教学模式方面, 56.7% 的学员对带教时间满意, 其余学员认为带教时间

过短, 96.7% 的学员对带教方法满意, 90.0% 的学员对带教老师的带教能力满意, 83.3% 的学员对社区基地的教学能力满意; 在教学效果方面, 83.3% 的学员对全科门诊接诊教学效果满意, 100% 的学员对家庭病床管理教学效果满意, 93.3% 的学员对实践操作技能的教学效果满意, 83.3% 的学员对公共卫生实践知识的教学效果满意(见表 5)。

表 2 30 名学员家庭病床管理能力带教前后评估结果比较(分, $\bar{x} \pm s$)

项目	分数	带教前	带教后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
家庭病床管理能力	100	68.23±3.27	90.30±1.84	38.768	< 0.01
家床适应症掌握	10	6.40±0.89	8.83±0.65	19.631	< 0.01
建撤床流程掌握	10	6.27±0.87	8.77±0.68	21.745	< 0.01
家床巡诊内容	10	6.33±0.84	8.83±0.59	21.745	< 0.01
病人病史采集	20	16.07±1.20	16.63±1.40	2.538	< 0.05
病人体格检查	20	14.27±1.41	18.33±1.12	16.343	< 0.01
合理用药指导	20	14.47±1.41	18.43±1.01	16.076	< 0.01
健康宣教	10	6.17±0.79	8.67±0.61	21.745	< 0.01

表 3 实践操作技能带教前后评估结果比较(分, $\bar{x} \pm s$)

项目	分数	带教前	带教后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
实践操作技能	100	74.83±5.47	91.63±2.58	20.352	< 0.01
血压测量	30	21.87±2.90	27.53±1.63	12.794	< 0.01
指末血糖检测	40	31.80±2.75	37.10±1.63	15.93	< 0.01
身高体重腰围测量	30	21.17±2.97	27.00±1.91	11.757	< 0.01

表 4 30 名学员带教前后基本公共卫生服务社区实践知识评估结果比较(分, $\bar{x} \pm s$)

项目	分数	带教前	带教后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
居民健康档案建立	100	79.03±4.20	89.33±3.24	21.152	< 0.01
健康教育服务	100	77.13±4.91	88.17±3.94	21.141	< 0.01
孕产妇健康教育	100	78.10±4.99	79.47±5.00	2.486	< 0.05
老年人健康管理	100	76.97±5.55	88.87±3.40	13.336	< 0.01
高血压患者健康管理	100	81.00±3.78	88.80±3.50	12.926	< 0.01
2 型糖尿病患者健康管理	100	79.13±4.89	88.93±3.40	16.779	< 0.01
精神疾病健康管理	100	74.37±5.52	83.57±3.68	10.605	< 0.01
肿瘤监测管理	100	72.93±5.61	84.50±3.74	12.901	< 0.01
残疾人管理	100	77.27±5.13	78.77±3.87	2.208	< 0.05

表 5 30 名学员对教学模式及效果的满意度评价 [n(%)]

项目	很好	好	一般	不好
教学模式				
带教时间	11(36.7%)	6(20.0%)	13(43.3%)	0
带教方法	26(86.7%)	3(10.0%)	1(3.3%)	0
家庭医生带教能力	21(70.0%)	6(20.0%)	3(10.0%)	0
社区基地教学能力	22(73.3%)	3(10.0%)	5(16.7%)	0
教学效果				
全科门诊接诊	24(80.0%)	1(3.3%)	5(16.7%)	0
家庭病床管理	28(93.3%)	2(6.7%)	0	0
实践操作技能	26(86.7%)	2(6.7%)	2(6.7%)	0
公共卫生实践知识	20(66.7%)	5(16.7%)	5(16.7%)	0

三、讨论

(一) 家庭医生“一对一”全程带教有助于学员形成全科的思维和理念

全科医学是“以人为中心、以家庭为单位、以社区为范围、以问题为导向、以预防为先导”的健康照顾^[2]。而目前家庭医生的工作职责很好的体现了全科的理念，他们管理着一个社区的健康，承担该社区签约居民的基本医疗、基本公共卫生服务等工作内容。学员全程跟随家庭医生，开展门诊、家庭病床、慢病人群、重点人群、健康教育等工作内容，让他们在实践阶段通过家庭医生的言传身教，形成全科的理念和思维，最终转化为行动，这是非常有益的探索和实践。

(二) 以需求为导向的实例教学有助于学员切实提高实际动手能力

本研究所指定的 4 大部分带教内容浅显易懂，均是学员们将来走上工作岗位后必须承担的大部分工作职责。通过家庭医生带教前理论传授，实际案例示范、学员实际操作、带教前后评估等程序，

让社区实践真正成为以实际需求为切入，真正提升学员实际能力的桥梁，从而实现国务院在建立全科医生制度的指导意见中提出的，为基层培养大批“下得去、留得住、用得好”的全科医师目的。

（三）整合式带教有助于将理论、临床、社区实践三部分有机融合

目前无论“5+3”还是“3+2”的学员培训都要经过全科医学基本理论、临床培训、基层实践三个阶段，理论培训在医学院完成，临床培训在医疗机构完成，基层实践在社区实践基地完成，这三个阶段的人为分割，导致学员们的知识和技能不能完全有机的结合在一起。而家庭医生从头到位的全程“一对一”带教，不同于传统的带教轮转模式，在带教过程中将理论、临床、社区三块工作有机的进行了整合，让学员们能在较短的时间内将各阶段学到的知识和技能融会贯通，并运用于实际工作中。

四、思考与建议

（一）适当调整社区实践形式，切实发挥带教家庭医生作用

由于本批次学员是嘉定区开展“3+2”培养的首批学员，在各方面均没有现成的经验可以参照，在社区实践的3个月，30名学员分成4批，在4个社区卫生服务中心进行轮转，每个社区仅轮转3周左右，每个社区安排的实践内容和形式也各不相同，导致社区实践阶段学习的效果也各不相同。为了让“3+2”学员尽快掌握日后工作内容，建议根据各社区中心承担教学能力的不同，将学员分组安排至一个社区卫生服务中心，在一名家庭医生带教下进行3个月的社区实践。对于社区实践的内容也要有所规定，主要结合其今后工作的社区卫生服务站（卫生室）工作职责，内容要涵盖基本医疗、基本公共卫生服务等方面。

（二）建立师资培训考核机制，进一步提高带教家庭医生能力水平

教师是完成教学任务的主体，教师水平的高低关系到教学的质量^[3]。虽然本次选择的师资都是全科主治医师，均取得上海市全科医师师资合格证，但从培训的结果来分析，带教老师不同，所带学员的能力提升程度是有明显差异的。社区教学基地带教作为学员将理论与临床转化为实践的载体，其重要性不言而喻，因此带教师资的能力和水平提升也需摆上重要的位置，目前上海市的全科师资培训都是短期培训，考核合格后颁发的证书也仅能证明学员参加了某期师资培训班并掌握了该期师资培训班的授课内容，并不意味着持证人就是一名合格的全科师资^[4]。建议全科师资培训中心建立全科医师师资的培训和考核机制，让其真正有能力承担起社区带教任务。

参考文献

- [1] 江孙芳，寿涓，张向杰.上海市全科医师规范化培训的教学与考核.中华全科医师杂志，2011，10:115-118.
- [2] 祝善珠.全科医学概论（第4版）.北京：人民卫生出版社，2013.
- [3] 杨华，顾杰，祝善珠.全科社区师资教学能力评价浅析.中华全科医师杂志，2012,11:896-897.
- [4] 王健，祝善珠.上海市全科医师师资培训中心学员反馈调查.中华全科医师杂志，2013,12:804-807.

嘉定区新型公共卫生教学基地建设实践与探索

周 浩¹ 庄 琴¹ 邵月琴¹ 季 莹¹ 秦建晔² 郑益川³

【摘 要】 在深化改革社区卫生服务体系的背景下，为适应社区公共卫生服务人才培养需求，提高乡村医生公共卫生实践教学质量，嘉定区进行了与传统模式不同的公共卫生教学基地建设实践。本文介绍了嘉定区新型公共卫生基地的建设情况、取得的主要成效，并探讨了人才培养经验和基地的发展方向等问题，为社区基层公共卫生人才培养提供经验。

【关键词】 公共卫生；教学基地；乡村医生；实践教学

2012年，上海医药高等专科学校与上海市嘉定区政府签订公共卫生合作框架，协议由上海医药高等专科学校与嘉定区疾病预防控制中心共同出资建设公共卫生教学基地，引进医学高校的智力资本，建设由医学院校、公共卫生专业机构、相关辖区内各社区卫生服务中心和社区卫生服务站合作共建的融公共卫生实践教学、科研和社区公共卫生服务于体的资源共享教学平台，形成上海市农村公共卫生人才培养和相关科研项目研究的复合型教学基地。

一、新型公共卫生教学基地的建设

（一）组织体系创新

新型公共卫生教学基地与传统概念不同^[1]，在组织体系上改变原有单一层次的基地结构，将医学院校、公共卫生机构、社区卫生

第一作者：周浩，男，副研究员

通讯作者：郑益川，男，上海市嘉定区卫生和计划生育委员会主任

作者单位：1. 上海市嘉定区疾病预防控制中心、公共卫生教学基地，上海 201800

2. 上海医药高等专科学校，上海 201318

3. 上海市嘉定区卫生和计划生育委员会，上海 201800

服务中心和社区卫生服务站纵向联合形成多层次一体的教学科研平台；选择不同属性的基层社区，构成企业型、学校型和居民型的多类型分支基地，以适应新型社区公共卫生服务体系发展和不断增长的社区医生人才培养的需求。教学基地人才培养平台主要由教学基地主体、专业科研基地和基层社区教学分基地组成。

1、教学基地主体

教学基地的主体为区疾病预防控制中心，主要负责日常教学、科研管理；协调上级政府和专业部门资源；开发和完善基层教学分基地；根据教学委员会的要求，落实和完成教学科研任务。

2、专业科研基地

教学基地通过协议形式与上海地区的医学高等院校、公共卫生专业研究所成立若干专业科研平台，共同协调双方资源完成具体的科研项目。目前，建立的科研基地有，复旦大学公共卫生学院教学科研基地、复旦大学公共卫生发展中心教学科研基地、中国疾病预防控制中心寄生虫病防治研究所教学科研基地。

3、基层社区教学分基地

基层社区教学分基地根据社区特征分为农村社区型分基地、学校社区型分基地和企业社区型分基地。

农村社区型分基地选择位于社会经济发展相对落后的嘉定区北部地域。根据当地的特点，按照教学基地建设目标，建设具有农村社区特点的教学分基地。

学校社区型分基地是指在嘉定区域内的学校中建设教学基地。按照学校公共卫生管理特点，进行教学活动。学校是经过与区教育局评估选择，类型包括大学、中学、小学和幼托机构，目前选择两所幼教机构作为实践教学分基地。

企业社区型分基地是在嘉定区域内选择出的大型企业，这些企业具备标准和规范化管理，重视对企业的职业卫生管理。这类教学基地是职业卫生和环境卫生的理想实践性教学和科研专业社区平台，位于国际汽车城的大众汽车有限公司是首选对象。

（二）组织结构体系创新

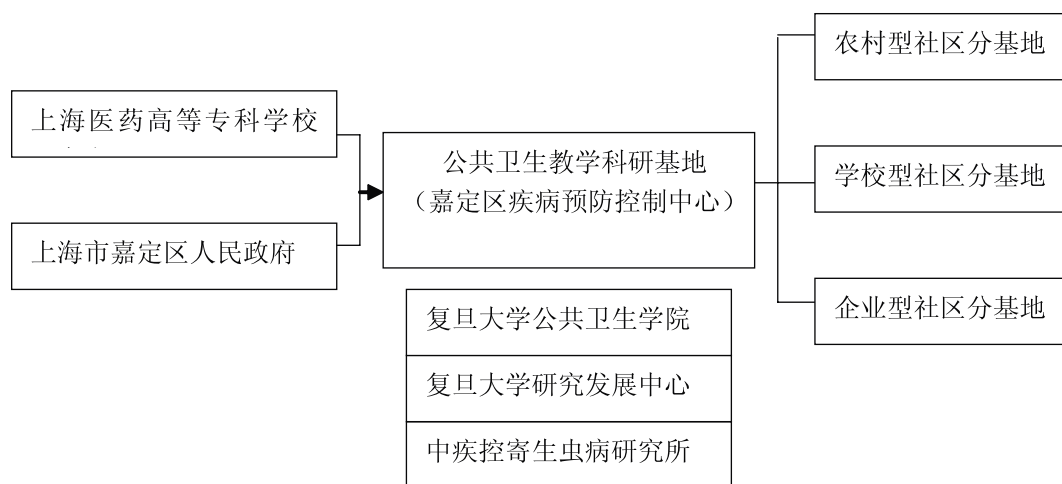


图1 公共卫生教学基地结构

如图1所示，整体结构中以公共卫生教学基地为核心，上海医药高等专科学校为上级业务分管单位，负责基地教学管理，并下拨基地建设经费和经常性教学经费；嘉定区政府为行政主管部门，根据上海医药高等专科学校下拨的经费数额配套下拨教学经费，并负责基地的行政管理；教学基地以区疾病预防控制中心为主体，接受上级部门的行政管理和教学管理，实施公共卫生的教学科研任务，完成相应职能；下属公共卫生教学分基地由乡镇社区卫生服务中心和相关社区卫生服务终端组成，终端有学校医务室、企业医务室和社区服务站，接受基地管理，完成各项教学任务。

（三）教学模式创新

新型教学基地突破了原有以学生实习为单一功能的传统教学方法，把基地作为创新公共卫生实践教学、公共卫生适宜技术下沉、

促进社区家庭医生体制发展、提高社区基层预防医学科学研究和基层公共卫生人才培养的“五位一体”办学模式的载体，使其对推动区域内的公共卫生服务体系的发展产生极强的引领和辐射作用。

在上海医药高等专科学校的指导下，教学基地整合了整体的科研资源，通过多项目和“1+N”导师制的模式^[2]，带动由基层社区乡村医生参加的，由教学基地导师团队指导的科研项目实施，形成新的社区公共卫生科研动力。

“1+N”导师制是基地采用的培养社区基层公共卫生专业人员在公共卫生服务和实践教学两个方面的人才培养项目。导师制的合作模式是以医改需求为导向，以社区卫生服务为内容，以实用社区预防医学为适宜技术的一种运行机制。利用教学资源 and 社区卫生资源的整合，在实际工作环境下理论和实践的有机结合，培养社区卫生服务需要的应用型人才。

公共卫生教学基地建设集合了各相关部门的优势资源，主要包括来自上海医药高等专科学校的教学管理体系的管理资源，包括乡村医生的培养目标、教学计划、教材、师资、学生、教学经费等；来自地方政府的行政管理资源，如行政管理体制等；来自疾病预防控制中心的区域公共卫生管理资源，包括预防医学业务研究、指导、国家实验室规范标准等；来自社区卫生服务中心的社区公共卫生服务体系的管理资源，包括家庭医生制度实践、社区公共卫生专业人力资源、社区基层行政管理等。这些资源通过教学基地进行管理和整合，将获取最佳的乡村医生培养和社区公共卫生发展效益。

二、教学基地建设的成效

（一）实现公共卫生专业机构与社区公共卫生资源纵向整合

疾病预防控制中心和社区卫生服务中心分别作为区域性和乡镇

社区的公共卫生机构具备区域内的公共卫生相关的资源协调功能，可以纵向向上，向上级政府、上级公共卫生机构和医疗机构协调资源；向下则向社区基层管理机构协调社区管理资源；同时具有区域内横向协调和整合资源的能力。

在基地教学管理体系下，公共卫生的实践教学在教学目标的引导下取得在内容、方法、技术理念等方面的规范，公共卫生相关资源得到了整合，在带教医学生进行公共卫生服务实践的同时，融入公共卫生服务体系的发展。同时，在实践教学管理、科研能力和人才培养方面得到优化，为不断掌握新知识、新适宜技术形成连续统一的医学教育过程提供了便捷的通道。

（二）乡村医生公共卫生实践教学效果明显

通过对 G10、G11、G12 三个年级的乡村医生专业 200 名毕业生的问卷调查、座谈和用人单位访谈可见基地教学效果明显^[3]。

如表 1 所示，总体满意度显示对模块式实践教学的分值为 703.00，医院临床教学为 541.00，高出 162 分值；在对教师、教学内容和教学管理的满意度的差值分别为 87.60、79.50 和 73.92，显示公共卫生教学基地模块式实践教学和教学医院传统实践训练的明显不同。

表 1 2013 年嘉定区公共卫生基地教学与传统教学满意度比较（单位：分）

内容	教学基地模块式实践教学	教学医院传统实践教学	差值
总体满意度	703.00	541.00	162.00
对教师满意度	675.91	588.25	87.60
对教学内容满意度	679.50	600.00	79.50
对实践教学满意度	738.07	664.15	73.92

如表 2 所示，学生的知识技能扩展、学习方法提高和社会心理适应能力提高与传统实践训练的比较中，差值分别为 83.33、75.12

和 163.84，显示模块式实践训练在学生的基本素质提高方面有明显的优势，尤其是社区心理适应能力的提高的分值差达到 163.84，说明模块化实践训练体系中的社会心理适应能力的训练设计具有明显效果。

表 2 2013 年嘉定区公共卫生基地教学与传统教学知识技能心理比较（单位：分）

项目	教学基地模块式实践教学	教学医院传统实践教学	差值
知识技能扩展	687.00	603.67	83.33
学习方法提高	681.56	606.44	75.12
社会心理适应能力提升	686.67	522.83	163.84

另外，在对教学基地模块式实践教学的看法与建议中，大多数学生对模块式实践教学的新颖性表示感兴趣。学生座谈中也反映出现场公共卫生服务的实践教学，具备动态的社会环境和与之适应的心理素质的锻炼，是在课堂上看不到、学不到的知识与技能，真正扩展了学生的思路，提高了工作技能。

如表 3 所示，用人单位意见反馈评价中可以看出乡村医生毕业生整体反馈良好，专业素养、能力水平、发展水平和纪律态度的优秀为 0.60；二级指标中，毕业生进入工作角色后的独立工作能力、环境适应能力、承受压力能力、同事合作能力和医患沟通能力分别达到 0.66、0.58、0.72、0.67 和 0.78，说明具有良好的专业素养和社会心理适应能力。

表 3 2013 年用人单位对毕业生能力评价（单位：分）

一级指标	二级指标	分值
公共卫生服务能力水平	独立工作能力	0.66
	适应环境能力	0.58
	承受压力能力	0.72
	同事合作能力	0.67
	医患沟通能力	0.78

（三）“双师型”教师队伍建设带动基层公共卫生人才优化

教学基地教师承担着公共卫生工作和实践教学的双重任务，具有教师和医生的双重身份，公共卫生教师的工作性质和双重身份决定了其工作的特殊性。在公共卫生实践教学过程中，教师的专业素质、教学能力直接影响着医学人才的培养质量。为了探索一条有效培养教师的途径，教学基地制定了《教学基地教师选拔、培养、考核暂行办法》，实施了临床教师的选拔、职业素质、教学能力培养和考核工作，实施两年多来，对提高教学基地师资队伍素质有着显著成效。

在培养教师的实施过程中，教学基地注重师资的基本素质培养，要求符合双师角色的人员报考国家高校教师资格证，在高等教育学、教育心理学、教学方法、普通话等考试中，基地的合格率为 80% 以上，名列上海市前列，为提高教师的基本素质培养奠定了基础。

基地积极选派符合要求的人员参加上海医药高等专科学校的卫生法学、预防医学等公共卫生学科相关的全日制教学，并鼓励在岗公共卫生专业人员走进课堂，参与部分课程教学，鼓励承担国家精品共享课程项目，选聘乡村医生专业学生的毕业论文导师，承担学生毕业论文的指导任务。

“1+N”导师制针对社区基层的优势，一名导师带教多名专业人员，以项目为抓手，全程捆绑，实现教学过程、项目开展、科研指导一体化管理。导师制团队具有短期、中期和长期的教学目标，教学基地管理层对实施导师制的团队进行全程管理和督导。目前，导师制团队由六名导师和十八名学员组成，一共有六个团队，分别是公共卫生管理、社区健康教育、社区慢病、社区职业卫生、社区病媒生物和社区传染病控制，目前已经完成一年的带教，公开发表论文二十余篇。

（四）教学基地建设提升基层疾病预防专业机构教学科研水平

如图 2、图 3 所示，教学基地自 2010 年筹建以来，科研绩效明显提高。科研项目数量持续上升，到 2013 年教学基地科研项目数量达到了一个高峰，项目构成由教学基地项目 8 个、区局级 4 个、市局级 4 个、国家级 2 个。

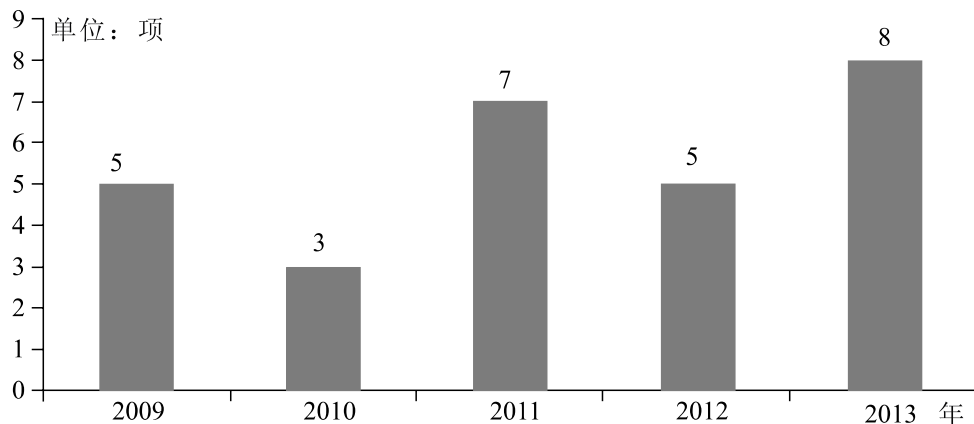


图2 2009—2013年嘉定区教学基地项目数

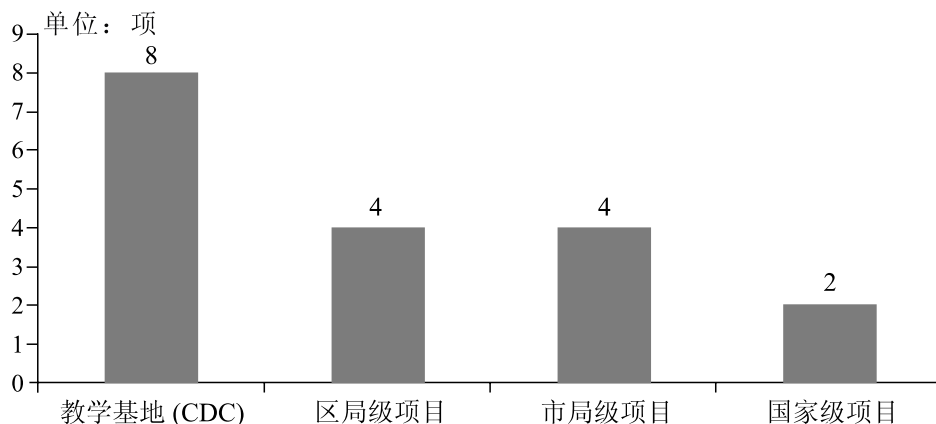


图3 2013年嘉定区教学基地获得的科研项目

科研项目的类型也是跨领域复合型的。有公共卫生专业项目、医学教育项目、公共卫生重点学科建设和公共卫生专业与医学教育复合型的项目。科研成果有公开发表的论文和专利报告,如图 4 所示,利用 CHKD 统计查询,2013 年的嘉定区公共卫生教学基地的论文发表数量为 89 篇,而上海市区县疾病预防控制中心的平均发表数量为

24 篇，超过同年平均值 3.6 倍。

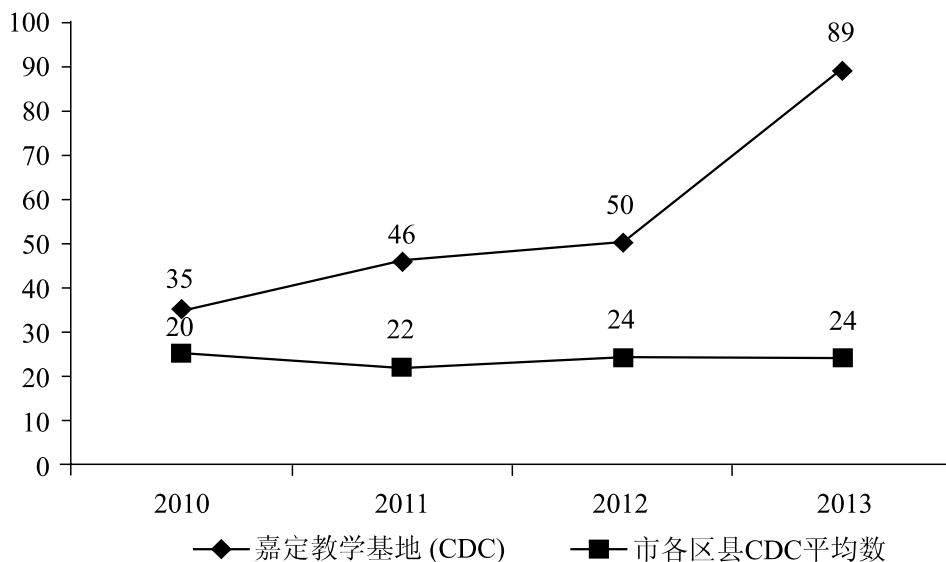


图4 2009—2013年嘉定区教学基地论文发表数量与全市平均值比较

（五）教学基地建设为公共卫生服务体系提供了发展的模式

1、医教研一体化的人才培养模式

社区基层乡村医生人才培养初见成效。教学基地利用其组织体系和功能，向社会提供具有较好公共卫生服务技能的大专、本科和“3+2”模式培养的实用型乡村医生共 200 余名，为基层社区公共卫生服务体系输送了实用性人才。另一方面，作为教学师资队伍建设，教学基地培养了一大批实践教学师资，在教学队伍壮大的同时，公共卫生的专业服务能力也得到了明显的提高。

教学基地组织管理、教学管理、学生管理、师资管理和教材建设形成体系。以“3+2”基层卫生人才培养模式的教材建设为例，组织编写实用社区预防医学系列教材，主教材《实用社区预防医学》已由人民卫生出版社出版，已经在“3+2”两个年级教学中使用，完成编写《实用社区预防医学学生指导手册》，并着手撰写《实用社区预防医学案例集》。

利用教学基地平台，以科研项目为引领，社区卫生服务中心

和疾病预防控制中心实现一体化科研管理，带动基层社区应用型科研发展。到 2013 年参加科研项目的专业人员达到 40 名，其中 6 名为教学分基地人员，并作为实践教学师资在项目实施中带教医学生 100 余人次。2013 年，根据乡村医生培养计划，承担该专业毕业生的论文指导老师，以“一对一”的形式完成对医高专乡村医生专业公共卫生学员的毕业论文指导。

2、优化社区卫生服务中心社区卫生服务体系

作为公共卫生教学基地的基层分支基地，华亭镇社区卫生服务中心在基地建设的三年里获得了长足的进步。

科研项目的实施加强了社区卫生服务团队的服务能力。2012 年在华亭镇社区卫生服务中心开展了多项基层应用型科研项目。农村社区乳腺自查健康干预项目是首个项目，该项目以华亭镇联华村作为研究现场，历时一年，对 20—74 周岁的常住女性居民进行乳腺保健技能传授指导，开展多种形式的宣传教育，提高居民乳腺自查能力，同时取得社区试点的宝贵经验。现已经在嘉定区其他社区展开。

3、立足上海，向全国提供可复用乡村医生公共卫生医教研资源

教学基地在整合公共卫生和教学资源的同时，在上级部门的指导下，开展了乡村医生培养的教材和教学模式的创新工作。2013 年底，申报的《实用社区预防医学》国家精品课程获得了教育部的批准，2014 年初进入国家精品共享课程建设，规划的 70 个公共卫生模块课程和相应的 500 个微课在网络上在线播出，届时全国的乡村医生都能随时随地获得实用预防医学技能技术培训的机会。

依靠教学基地的组织体系，与教学分基地（华亭镇社区卫生服务中心）合作开展社区病媒生物重点学科发展工作。推进社区标本室和病媒工作室建设，新增 1 个社区病媒工作室，目前全区已设立

3个。举办上海市和国家级的继续医学教育项目《农村常见病媒蝇类使用快速分类技术》培训班。编制本市常见重要蝇类检索图和区病媒生物分类培训教材，为本市和全国的社区公共卫生服务体系的建设作出了贡献。

三、教学基地建设的思考

（一）如何纠正“重医轻防”的现象

根据统计，上海乡村医生服务时间主要用于提供医疗服务，时间占了55.7%，而对于农村社区公共卫生服务收益较低的服务项目，占工作时间比例不足10%，重医轻防的现象依然存在^[4,5]。

乡村医生培养计划有相应的公共卫生教学和实践环节设计，但是具体实施中，难以全部达到计划要求。主要障碍在于基层社区现场实践教学缺乏，同时碍于基层师资带教资源不够，学生意识中对社区基层的工作角色认识不足，重医轻防的意识自然会在部分学生中生根发芽。

在政策导向方面，政府应该加快乡村医生的管理体系、体制的创新，从机制上改变和提高乡村医生业务水平和待遇，扭转重医轻防现象。

（二）公共卫生服务技能教材的开发与建设

在医学教育中，临床知识体系比较完善。对于基层社区的公共卫生技能培养显得非常不够，医学生在课堂上学了预防医学理论，却不能在社区卫生服务中得以应用，往往要通过几年的实践工作才能适应基层具体工作。

在教学基地建设过程中，已经意识到这个问题的严重性，安排专门计划进行公共卫生技能培养的教材体系建设。但针对社区公共卫生的许多技能和技术的训练教材编写，不是一举而成，需要公共

卫生的每个专业条线共同协作，部门和学校都要重视，积极整合相关资源，通过几年建设才可以完成。

（三）重视学校型、企业型社区的公共卫生服务体系开发

与传统的居民型社区不同，随着社会经济发展，社区的类型日益分化。学习型和企业型社区近年来持续增加，给社区的公共卫生服务体系也带来了变化。在这些新的社区中，服务体系不完善，公共卫生突发事件时有发生。

有关部门要加快在学校和企业的公共卫生服务内容、标准、评价等方面制定相应的建设计划和完整的管理政策、法规，填补这些社区公共卫生服务实施空白，有利于公共卫生实践教学进入这些社区，也有利于乡村医生的培养。

参考文献

- [1] 周浩.纵向复合型公共卫生教学基地建设实践与思考[J].上海医药, 2013 (7下): 5-9.
- [2] 庄琴, 季莹, 毛丹.嘉定区疾病预防控制中心人才培养管理的探索与实践[J].上海医药, 2013 (7下): 2-4.
- [3] 季莹, 周志远.医学高职乡村医生专业预防医学模块化实践教学探索[J].上海医药, 2013 (7下): 9-11.
- [4] 张勘, 吴诗喻, 胡天佐.上海市乡村医生队伍建设的实践探索与未来前瞻[J].中国卫生资源, 2011 (7): 261-263.
- [5] 钟姮.上海市乡村医生及其服务模式改革研究[学位论文].复旦大学, 2009.

嘉定区华亭社区公共卫生教学分基地建设实践与探索

李 强¹ 汤伟琴¹ 严小玲¹ 周 浩² 邵月琴² 庄 琴² 季 莹²

【摘 要】 目的：通过建设华亭社区公共卫生教学分基地，提升社区公共卫生人员和社区医生专业技能。方法：通过“1+N”导师制模式和PBL教学法（problem based learning，简称“PBL”，下同），培养一支数量足够、素质优良、相对稳定的公共卫生队伍，以及卫生技能强、综合素质高、服务意识好的社区卫生人才。结果：两年来，中心医务人员科研能力得到了很大提高，发表论文22篇，中标科研项目2项，区重点学科项目1项。医务人员业务技能得到了提高，5名医生在嘉定区首届家庭医生临床技能竞赛和嘉定区中医药知识竞赛中获奖，2名医生入选上海市优秀青年医师培养对象，1名医生获嘉定区“十佳家庭医生”称号。中心连续三年在区卫生和计划生育委员会绩效考核中获得优秀，居民总体满意度达98%。结论：基地建设下一步应该围绕目前新医改热点做创新发展；具体实施应更加适合农村社区特点，为人才培养提供更好的平台。

【关键词】 公共卫生；教学基地；PBL教学法；社区医生

公共卫生事业改革面临着艰巨任务。为加强医药卫生人才的培养，促进嘉定区公共卫生和社区卫生服务体制改革的发展，2012年5月，嘉定区政府和上海医药高等专科学校合作共建的公共卫生教学基地正式揭牌。基地以嘉定区疾病预防控制中心为主体，建设成为上海市基层公共卫生人才培养、相关科研项目研究紧密结合的平

第一作者：李强，男，副主任医师

作者单位：1. 上海市嘉定区华亭镇社区卫生服务中心，上海 201816

2. 上海市嘉定区疾病预防控制中心，上海 201800

台，对促进嘉定区公共卫生发展、医学教育发展和新医改的实施具有重要意义。

一、社区公共卫生教学分基地建设背景

公共卫生教学基地旨在建成为具有上海特色的公共卫生人才培养和带教基地，逐步向社区基层辐射，以全面提高社区卫生人才培养培训质量为目标，致力于培养培训卫生技能强、综合素质高、具有可持续发展能力和创新思维的社区卫生人才。

华亭镇作为嘉定区社会主义新农村典范和美丽乡村基地，近年来在公共卫生服务上基础扎实，成绩突出。华亭社区卫生服务中心设中心总部和分部两处，共有工作人员 75 人，为当地居民提供预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术指导六位一体的服务内容。其中专业技术人员 65 人，占 87%，中高级职称专业技术人员共 17 人，占专业技术人员的 26%，大专及以上学历 67 人，占职工总数的 89%，且已带教过三批社区医生实习生，具有一定的带教实践能力。区卫生计生委、区疾控中心领导也多次到华亭镇开展调研，沟通、商榷有关事宜，认为成立华亭教学分基地条件成熟。

二、公共卫生教学分基地建设概况

（一）建设目标

通过区疾病预防控制中心指定导师，结对帮教等形式，提升社区公共卫生人员和医师专业技能、组织能力和团结协作精神等，满足基层卫生人才的内在需求，培养培训卫生技能强、综合素质高、服务意识好的基层社区卫生人才；提高公共卫生专业人员业务能力，实现公共卫生工作向社区基层下沉和延伸的需要；满足基层社区卫生实践教学的实际需求，为医学生开展带教、指导和实训实习等实践性活动提供基地。

（二）组织架构

华亭镇社区卫生服务中心成立公共卫生教学分基地领导小组，中心主任担任分基地主任，中心分管公共卫生和教学副主任担任分基地班主任。下设教学办公室，由中心预防保健科长负责，具体执行基地下发的教学工作任务，督促相关人员完成教学内容和作品，完成论文撰写，日常资料收集整理，以及教学工作的评估。

（三）建设内容

1、通过“1+N”导师制模式，培养一支数量足够、素质优良、相对稳定的公共卫生队伍

采取项目制方法，由1名导师带教多名专业人员，以项目为抓手，从项目开展、科研指导、成果结题，实行一体化全程捆绑式教学。具体由嘉定区疾病预防控制中心导师带教社区卫生中心公共卫生医生，提高社区卫生中心教学和科研水平，鼓励学员积极申报科研项目和发表论文，同时促进社区卫生中心公共卫生工作深入开展和提高。结合“1+N”导师制模式，区疾控中心的6位带教老师带教华亭社区卫生中心的6名学员，以公共卫生管理、社区慢性病防治、社区健康教育、社区传染病控制、社区病媒防治和社区职业病防治为具体方向，帮助社区卫生中心培养出“用得上、用得好”的公共卫生人才，也让基层人员的岗位实践能力得到全面提升。

2、社区卫生服务中心带教站点社区医生

结合新医改形势下疾病控制工作和家庭医生制服务内容，为上海医药高等专科学校学生提供实习和社区见习机会。通过中心层面的带教，了解中心层面公共卫生相关工作；通过卫生服务站点层面带教，深入社区，接近百姓，具体了解和实践站点社区医生工作内容。

教学基地具体带教内容根据区疾病预防控制中心提供的《预防

医学实训教程模块目录》社区部分而定，分为基本管理篇、传染病篇、预防接种篇等九大项内容。同时围绕农村妇女乳腺保健专项工作，在科研设计、现场调查、数据分析与处理和论文撰写等方面为社区医生提供实践机会。

3、采取 PBL 教学法，明确基层社区医生培养目标，进一步深化课程体系和教学内容

在教学方法和内容方面，基层社区公共卫生医生和全科医生具有一定的社会实践经验，但理论知识相对薄弱，对于很多知识，没有理论知识支撑，在技能提高上非常局限，故采取 PBL 教学法，对教学内容进行整合。以能力培养为主线，岗位使用为重点，把解决问题作为基础的学习方法，通过案例引导，创新基层公共卫生人才和社区医生培养模式，加强基层卫生队伍职业道德建设，树立良好的医德医风。

在教学形式上，采取多种形式结合，利用多媒体课件，讲座，讨论，社区实践，站点实习，导师带教等多形式教学，通过文献检索，社区现场调查和报告撰写，实践技能考核，使学员更好的理解和掌握知识。

在教学思想上，充分调动社区医生的学习积极性，变“让我学”为“我要学”。

在教学安排上，以半月报表为纽带，加强带教的计划性和实施性，每半月由导师和学员拟订半月计划，小结计划执行情况，对溯源资料进行填写上报，明确项目任务与进度，梳理总结项目工作成果，记录溯源资料，保存留档溯源资料等方法，让带教工作落到实处。

4、教学评估

教学基地依托上海医药高等专科学校的先进办学理念和雄厚的

师资力量以及区疾病预防控制中心的专业技术水平，使学员发表论文和申报科研项目的能力得到提高，并把教学基地办成具有嘉定区特色的社区卫生人才培训和带教基地，提高基层社区卫生服务人才的素质，促进全区各项公共卫生工作的深入开展。教学基地的实施同时促进基地教师的带教水平、知识层次、实用价值、带教服务等，达到教学相长的目的。

三、公共卫生教学分基地的阶段成效

由上海医药高等专科学校、嘉定区卫生和计划生育委员会及华亭镇政府合作共建的“上海医药高等专科学校华亭教学分基地”成立将近两年，华亭镇社区卫生服务中心作为嘉定区唯一一家公共卫生教学分基地，与区疾控中心紧密联系，密切配合，做到上下联动，以教学分基地建设推动了中心的学科建设和公共卫生人才建设。

两年来，社区卫生服务中心医务人员科研能力得到了很大提高，发表论文 22 篇，中标科研项目 2 项，区重点学科项目 1 项。医务人员业务技能得到了提高，3 名医生在嘉定区首届家庭医生临床技能竞赛中获团队二等奖，2 名医生在嘉定区中医药知识竞赛中获奖，2 名医生入选上海市优秀青年医师培养对象，1 名医生获嘉定区“十佳家庭医生”称号。通过基地教学实践，中心和站点相辅相成，相互促进协调发展，中心连续三年被区卫生和计划生育委员会绩效考核为优秀，社区医生能更好的为百姓提供服务，居民总体满意度达 98%。

（一）“1+N”导师制模式提高了基层预防医学管理能力

华亭镇社区卫生服务中心依托嘉定区疾控中心专业技术水平，以“双师型”教师队伍建设为核心，采用“1+N”的导师制模式，确定 6 名公共卫生人员与区疾控优秀导师签约结对，提出了“农村

社区慢病综合推进”、“病媒建设推进”等项目并制定策略。学员在导师的带教下，积极探索研究，每半月上报学习和研究工作进展，遇到困难主动与导师交流、探讨、学习。通过导师的“传、帮、教”和岗位实践，各项工作有序开展，6名学员熟悉了基层预防医学管理的基本知识和技能，特别是在资料收集利用、数据分析、论文写作等方面有所突破。同时，中心对“3+2”乡村医生定向培养班的学生进行带教，通过两周的见习实践，学生自感学到很多书本上没有的知识，收获颇多。

(二) 适宜技术实践项目为培养社区公共卫生人才提供了平台

2013年，在教学基地指导下，华亭镇社区卫生服务中心开展“农村社区妇女乳腺保健适宜技术实践项目”，共为联华村501名20—74周岁的常住女性居民开展乳腺自查技术培训和乳腺临床检查，提醒居民开展乳腺癌早防早诊。在项目实施过程中，社区公共卫生人员带领上海医药高等专科学校学员积极参与宣传活动、基线调查、技术培训、健康教育等工作，组织开展培训和实践活动3次，共计75人次，项目完成后，社区医务人员还撰写并发表相关论文6篇。该项目的开展，为培养社区公共卫生人才提供了平台，让他们在实践中得到了锻炼，并积累了在社区推广公共卫生适宜技术的宝贵经验。

通过基地建设，将公共卫生实训内容向基层社区纵深发展，以基层网底公共卫生服务为基础，为推进基层医防结合跨出了有益的一步。同时对于保证基层医疗质量，促进公共卫生服务逐步均等化及新型基层合作医疗制度推行都具有十分重要的意义。

(三) “病媒生物学科”列入嘉定区医学学科建设项目

根据辖区特点，在教学基地指导下，教学分基地与嘉定区疾病预防控制中心合作申报的“病媒生物学科”被列入嘉定区医学学科

建设项目，旨在探索基层地区开展及时、有效的病媒生物监测，用以对病媒生物及相关疾病做出切实的风险评估，目前该项目正在进行中。其中，中心的嘉定区病媒生物学科建设项目之“社区病媒生物展示区”已于2014年2月完工，展示区共展示6大类60余种生物，今后它将承担嘉定区病媒生物标本展示及教学任务，让更多的社区居民及学生零距离的接触到相关虫媒，并了解其生活习性及能传播的疾病，为制定防控措施提供必要的保障。

四、对公共卫生教学分基地建设的思考

（一）基地建设应该围绕目前新医改热点而创新发展

将新医改中的家庭医生工作，居民健康管理，公共卫生中的慢性病管理工作等有机结合起来。通过基地建设培养一批能够胜任社区卫生服务和家庭医生工作的全科医学骨干队伍，全面提高社区卫生工作者的职业道德和业务水平，促进社区卫生服务健康持续发展，探索建立具有嘉定区特色的全科医学学科体系和教育体系。

（二）基地建设方法应更加适合农村社区特点

社区公共卫生教学分基地教学方法要符合农村卫生工作的特点。教学内容以实用的全科医学课程结构和公共卫生结构为主，同时运用PBL教学法，对教学内容进行整合。构建以任务为引领，以项目为导向的课程体系，注重培养社区医生的三维知识结构，即掌握医学科学和全科医学，加强人文社会科学，公共卫生方面的知识技能学习训练，增强学科实用和针对性，培养医学生解决社区中常见病、多发病的能力，将单一的“诊断治疗”转变为“预防、诊断、治疗、康复、健康管理”五位一体的结构^[1]，构建适合农村的实验实训教学基地。

培训必须系统规范地进行，针对公共卫生和全科医生需求，明

确人才培养目标、培训内容、具体要求及培训方法。建立教学管理组织机构，完善教学管理规章制度，加强日常教学管理工作。精心选择教材，合理设置教学内容，完善考核制度^[2]，通过规范保证培训质量。同时注意加强师资队伍建设，通过各种途径，培训双师型师资力量，努力建立一支既懂教学又懂医疗的高素质师资力量。

（三）基地建设应该为人才培养提供更好的平台

人才是科技兴医的第一资源，要坚持“用好现有人才、引进急需人才、激活优秀人才、培训未来人才”的原则，为优秀人才培养创造平台，提高管理技术和水平，帮助优秀人才成长。为优秀人才提供机会实现自身价值和职业规划目标，努力做到事业留人；选送优秀专业人员到上级医院进修学习，提高业务水平和能力，让人才进得来，留得住。同时，需要搭建干部队伍建设平台，帮助骨干人才施展才华，做好职业规划。

通过高校、专业站所、社区卫生服务中心三位一体的方式，培训复合式、实训式的公共卫生人才和社区卫生人才，符合上级部门对社区卫生方面的要求，也符合新医改强基层、建机制的工作要求。同时，对社区来说，在培训开展的过程中，也建立了一支能为广大群众提供更优质、专业和便捷卫生服务的基层社区卫生人才队伍。

参考文献

- [1] 方家选,王海鑫,刘冰. “两段四梯法”递进式全科医学人才培养模式课程体系的构建.《卫生职业教育》2013, 23 (6): 5-6.
- [2] 王兴涛.充分利用高等医学院校资源,培养高素质乡村医生.《管理论坛》2010, 5 (16): 91-92.

嘉定区乡村医生教育中临床思维能力的培养模式探讨

王春梅¹ 翟 怡² 陈颖敏² 黄旭元² 秦建晔¹ 朱 堃²

【摘 要】 临床思维能力是医学生分析解决问题的核心能力,是临床教学工作的重点。嘉定区中心医院自 2007 年以来在乡村医生培养过程中,从临床课程教学阶段开始,通过转变教学观念,培训带课教师,改革教学方法、改变考试模式等,培养乡村医生主动学习意识,提高分析问题、解决问题能力,最终具备较强的独立工作能力,并将此教学模式贯穿于乡村医生培养的全过程,最终取得满意效果。目前嘉定区中心医院已经和上海市医药高等专科学校共同培养医学专科毕业生 366 人,规范化培训嘉定籍助理全科医生 98 人,所有毕业生都已在各社区服务中心和站点工作,初步缓解了本地区基层卫生人才匮乏状况。通过问卷调查了解用人单位对 2010、2011 届毕业生的满意度评价,结果显示满意率分别为 96% 和 99%。

【关键词】 乡村医生; 临床思维能力; 培养

思维能力是学习能力的核心,建立医学生正确的临床思维方式是培养合格医学人才的基础。乡村医生既从事常见病诊疗,又从事公共卫生服务,兼有医生、护士、预防保健人员等多科性需求,在工作中更强调综合性和基层性^[1]。且社区基本医疗服务要求乡村医生必须具备较独立的思维能力,所以对医学生的临床思维能力培养应从早开始,即从临床课程的教学开始,就应该注重临床思维能力

第一作者:王春梅,女,副主任医师

通讯作者:朱堃,男,副主任医师

作者单位:1. 上海医药高等专科学校临床医学系,上海 201318

2. 上海医药高等专科学校附属嘉定区中心医院,上海 201800

的锻炼和提高。嘉定区中心医院（简称“中心医院”，下同）是上海市医药高等专科学校（简称“医高专”，下同）的附属医院，2007年开始承担医高专医学专科学学生（乡村医生方向）后2年临床课程教学和实习带教任务，并负责乡村医生毕业后2年的助理全科医生规范化培养。通过培训带课教师，教学中应用问题教学法（problem based learning，简称“PBL”，下同）、小组讨论学习法、病人角色扮演和改变考试模式等不同的教学方式，培养学生主动学习的意识和探索问题的方法，在提高学生的思维能力和临床综合技能方面取得了一定成效。近年来医院已经和医高专共同培养医学专科毕业生366人，初步缓解了本地区基层卫生人才匮乏状况。嘉定籍毕业生98人参加了规范化培训，2011、2012届毕业生首次参加执业医师考试合格率分别为63.3%和54.3%，2011届30人中已有25人通过出站综合考核。目前，所有毕业生都已在各社区服务中心和站点工作，通过问卷调查了解用人单位对2010、2011届毕业生的满意度评价，结果显示满意率分别为96%和99%。

一、教学双方面的模式转变

根据已开展的工作情况及后期调查，现总结如下：

（一）授课教师转变观念，改变教学模式

带教老师的素质直接影响到教学质量^[2]。医院加强临床授课教师的培训，采取送出去、请进来等多种形式和渠道培训带课教师，例如选派临床骨干教师出国参观学习先进的教学方法，回国后在全院范围内推广试行；参加各种教师培训学习班；请市内知名专家来院讲课等。树立以学生为主体的教育观，变传统的灌输式为启发引导式教育，培养学生主动探索精神。应用PBL教学法，使学生在接触临床课程时，即开始以问题为导入的思维方法学习，要求教师将

PBL 教学法贯穿在整个教学过程中，充分调动学生的学习主动性，提高教学效果，使学生获得较强的临床思维能力。

（二）学生思维能力培养方式

1、尝试采用“三导教学”模式，发挥小组学习优势

应用小组讨论学习法，尝试“三导教学”模式，在学生进临床实习前期，通过“学长引导、案例导入、学生主导”教学模式，针对学过的常见病内容进行病史采集、体格检查及病例分析练习，帮助学生完成理论学习向临床实习的过渡。学长引导，规范化培训阶段的学长主持并担任主讲，实习阶段学长扮演病人，从临床案例中选择典型病种的实际案例，以小组制形式展开讨论。主讲导出案例，小组成员组织采集病史、体格检查、分析辅助检查结果并得出临床诊断，最后各组讨论制定治疗计划。每个项目由一位同学承担，做完一项，小组同学对不足之处提出补充，最终学长公布答案并进行总结。规范化培训阶段学长通过临床案例的选择和讲授，提高了组织和应用能力；实习阶段学生通过角色扮演和互动，增加了对病人的理解。从实习前的在校生到工作后的规范化培训生，在此教学过程中，每个人的临床综合思维能力都从不同层次得到了锻炼和提高。

2、加强过程带教，培养学生主动思考的习惯

学生进临床实习后，进行规范而全面的岗前培训，除讲解医院概况及各项规章制度外，强调培养学生主动学习习惯，要求实习生书写学习日志，随身携带笔记本，记录临床遇到的疑难问题，对不懂的或不能解决的问题及时查阅书本或资料。学生进科即分管床位，在带教老师指导下负责病史采集、体格检查、辅助检查结果判断及诊疗计划的制定、病情变化分析、治疗效果观察等，带教老师针对学生每个过程表现情况点评，肯定优点，纠正不足，培养学生主动

思考的习惯和独立处理问题能力。通过动手去理解和掌握理论知识的同时,从这一过程中提高发现、提出、解决问题的能力^[3]。

3、充分利用和发挥教学查房作用

主治、主任查房时,负责管床学生需汇报病史,做必要的体格检查,以锻炼学生掌握病史的方法技巧和体格检查的技能;同时,主治、主任会针对学生病史汇报内容提问相关知识,包括诊断依据、鉴别诊断、诊疗计划的制定和医嘱处方等,促进学生对基础医学知识的掌握,培养分析问题和解决问题能力。鼓励学生提问,帮助学生将书本知识和临床病例相结合,完成理论到实践的转换。此项教学要求所有学员参与,包括实习生和规范化培训阶段的学员。

4、开展病例讨论和全科沙龙,培养学生横向思维能力

临床思维能力是每一位临床医生的基本功,仅学习书本知识是难以全面掌握的,在带教中必须注重实习医生临床思维能力的培养,由纵向思维到横向思维,扩展思路,不产生片面思维,减少临床漏诊和误诊率^[4]。医院定期举行全科沙龙讨论疑难病例,要求规范化培训阶段学员提前对提供的案例组织讨论,以小组形式提出问题并参加大会发言,以此锻炼学生独立思考能力和语言表达能力,实现由纵向思维向横向思维的发展。且课程中鼓励学生参加医院和科内组织的各种病例讨论,包括疑难、危重和死亡病例讨论,培养学生主动探索精神,扩展知识面。

5、改变考试模式,促进从理论到实践的转变

一是改革期中、期末和毕业考试形式、内容,增强理论联系实践的能力。改革考试模式,期中、期末和毕业考试形式均包括理论考试和技能考核两项,理论考试主要考核学生对疾病基本理论知识的掌握情况,包括发病机制、病因、病理生理改变、生化、

病情演变等；技能考核包括病史采集、体格检查及与疾病相关的操作技能等。毕业考核的技能考核参照执业医师考核形式，采取三站式考核办法，第一站：病史采集，体格检查，病历分析；第二站：基本操作技能；第三站：心肺听诊、影像、心电图、医德医风。其中病史采集、体格检查均采用临床实际案例。两种考核模式与内容相互联结，实现从理论到临床的转变。

二是严格临床各阶段学员出科考，分层次组织考核内容。我院为多所院校附属医院和临床教学医院，还是上海市住院医师规范化培训基地，临床实习学生数量多且层次参差不齐，给临床带教工作带来更高的要求。医院设立临床教学办公室，分管院长负责统一管理，成立院教学督导专家组，各科设立临床教研室和教学小组并挑选专人负责教学工作，根据不同阶段实习和培训要求分解带教任务和考核内容，严格各阶段学员的出科考核。对规范化培训阶段学员的出科考核，参照上海市全科医师规范化培训出科考核形式和要求进行培训和考核，注重解决实际问题能力的培养。理论方面实行教考分离，教学办在学员每次出科时组织考核，技能考核由科内组织，院督导专家组不定期巡查督导，对存在问题及时反馈各科室，要求科室根据存在问题限期整改，以保证临床带教质量的不断提高。

三是组织执业考考前辅导，提高临床综合思维能力。每年全国执业医师考试前，根据全国执业医师考试大纲内容要求，组织全院师资，对规培阶段学员进行考前辅导。通过规范的操作示教和训练，在提高考试合格率的同时，培养学员缜密的思维能力和规范的临床操作技能。每年执业考试过后，征求学员意见，分析优缺点，在保持优点的同时改进不足。2011届、2012届毕业生首次参加全国执业医师考试，合格率分别达到63.3%和54.3%，合格率远高

于本地区和全国同类医学生水平,且通过问卷调查了解用人单位对2010、2011 届毕业生的满意度评价,结果显示满意率分别为 96% 和 99%。

二、小结

医学是一门实践性很强的学科,一名合格的临床医生必须经过实践—认识—再实践—再认识的过程,正确的临床思维能力需要在不断的实践和认识中锻炼和提高。要将一名医学生培养成一名合格的临床医生,需要对教育方法和教学过程不断改进,树立以学生为主体的教育观,激活学生的学习热情,培养学生主动学习的能力,提高学生探索未知的技巧。学生通过增加与病人的接触,采集病史、体格检查、分析辅助检查结果及对疑难病例讨论的反复实践,使对疾病的认识不断深化和提高。除了正确地引导,还要充分信任和尊重学生,保护学生质疑问题的兴趣和勇气^[5]。通过加强对学生思维能力的培养,使他们提高分析、解决问题的能力,最终具备较强的独立工作能力。

参考文献

- [1] 田疆,张光鹏,任苒,等.中国乡村医生队伍的现状与发展[J].中国卫生事业管理,2012,2:127-129.
- [2] 王晓华,李晓延,张鸿青,等.我院开展临床带教工作的体会[J].中华医院管理杂志,2011,27(3):231-232.
- [3] 张晓东,吴悦维,杨天德.实习医生创新思维的培养[J].重庆医学,2008,37(17):1934,1937.
- [4] 熊建琼,谢先会,邓朝霞.加强实习医生临床思维能力的培养[J].局解手术学杂志,2006,15(1):40.
- [5] 程国雄,何启,雷建.浅谈外科带教中实习医生的综合素质教育[J].实用全科医学,2007,5(7):618-619.

嘉定区乡村（社区）医生定向培养项目评价

许文忠¹ 陶琼英¹ 沈 鸿¹ 张 贤¹ 龚丽娜¹ 宋 斌² 陈珉惺³

【摘 要】 为缓解乡村医生队伍年龄老化、学历低、职称低、结构不合理等问题，嘉定区自 2008 年率先开展“乡村（社区）医生定向培养项目”，本文通过对项目的内容、成效及存在的问题进行评价，提出相应的建议，供有关部门参考。

【关键词】 乡村（社区）医生；定向培养；评价

截至 2000 年底，我国乡村医生大规模的普训任务已基本完成，乡村医生数量不足问题基本得到解决，素质状况也有改善。但目前我国乡村医生素质仍然较低，不能很好适应新形势下农村卫生工作及农民健康的需求^[1]。为缓解我区乡村医生队伍年龄老化、学历低、职称低、结构不合理、本土乡村医生青黄不接、外来医生水土不服等问题，根据《中共中央关于推进农村改革发展若干重大问题的决定》提出的“加强农村卫生人才队伍建设，定向免费培养培训农村卫生人才”有关要求，2008 年嘉定区卫生和计划生育委员会（简称“卫生计生委”，下同）、人事局和财政局联合发文，在本区户籍应届高中毕业生中定向培养乡村（社区）医生（简称“乡医”，下同），率先在全国开展乡村医生的定向免费培养，建立一支符合嘉定区实际的社区卫生人才队伍，更好地为百姓提供安全、有效、经济、便捷

第一作者：许文忠，男，上海市嘉定区卫生与计划生育委员会副主任

作者单位：1. 上海市嘉定区卫生与计划生育委员会，上海 201800

2. 上海市嘉定区真新社区卫生服务中心，上海 201824

3. 上海市卫生发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

的社区卫生服务。目前项目实施已 6 年，有必要就项目的内容、成效及存在的问题等进行评价，以提出相应的建议为乡医培养的后续发展提供依据。

一、项目内容

为了培养适合郊区基层卫生的、具有“乡土、乡情、乡音”的卫生人才，解决乡村医生“数量不足、年龄老化、学历偏低”的现状，嘉定区从 2008 年起，率先在全市首创的利用本土优势法，连续六年在本区户籍应届高中毕业生中定向培养乡村医生，有效缓解了基层本土人才“青黄不接”，外来人才“水土不服”的矛盾。通过生源选择、优惠政策、培养方式、考核办法等一系列措施，探索建立了一套比较完善的乡村（社区）医生培养模式。

（一）生源选择

定向培养生需参加上海市高等教育统一考试，经面试后择优录取，并接受上海医药高等专科学校的三年临床医学专科培养。每年招生数根据需求相应调整，在考生填报志愿前公布。为确保定向培养生的质量，入学前定向培养生将进行面试，着重对是否愿意立足社区基层、是否有公益心等思想状况做出培养前判断。最后将身体素质好、热爱农村卫生工作、具有本乡本土的应届高中毕业生纳入培养对象，合格者将与嘉定区卫生计生委签订协议。

（二）优惠政策

录取的定向培养生在校期间的学杂费全免，并给予每月 500 元生活补贴，毕业后由区卫生局统一分配工作，纳入事业编制管理，原则上由所在地社区卫生服务机构使用。工作期间，根据《关于吸收优秀应届全日制毕业生进社区工作实行支医补贴的实施意见》文

件精神，每年享受 1 万元补贴，连续享受 5 年。

（三）培养方式

教材内容一定要根据乡村医生的实际情况，立足基层，大胆进行教材编写的改革^[2]。区卫生计生委委托上海市医高专培养，乡村医生专业的课程设置完全依据“乡村医生工作情景”设计。学校构建 4 个模块的课程体系：预防保健模块、诊疗模块、常见病的康复模块和家庭护理模块。学生经过“课堂+病房”的学习模式“1+2”，暨第一年在校学习临床医学基础课程，第二年到嘉定区中心医院学习临床理论课程，由具有高校教师资格证的医生担任授课教师，第三年在医院临床实习。通过“课堂+病房”的学习模式，真正使乡村医生在培训中，既达到巩固医学知识，强化提高实践技能，又能达到接受新知识新技能的目的，从而提高培训质量和效果^[3,4]。学习期间由医高专和卫生计生委双方管理，每季度与学校沟通学生学习，每年两次与学生家长沟通和交流，每年两次安排寒暑假学生社会实践活动。通过各种实践活动，学生将对即将从事的乡村医生职业增加直观的认识。

（四）考核办法

定向培养生在学习期间若表现不佳，如学习成绩不合格需重修学分而产生的费用，将由学生自理。若被学校劝退，区卫生计生委将要求其退还已享受的减免和补贴费用。定向培养生工作后三年内年度考核一次不合格或连续 3 次未通过执业医师考试，则由单位与其解聘。定向培养生毕业后 10 年内不得离开本区社区卫生服务机构，不服从统一分配，或未按协议从事社区卫生服务工作的，要按规定退还已享受的免费教育费用和补贴，并缴纳违约金，违约金的数额

为学习期间减免和补贴总费用的 50%，按服务年份相应扣除。嘉定区卫生计生委负责定向培养生管理，并建立免费定向培养生的诚信档案。各社区卫生服务中心负责定向培养生工作期间的管理工作。

二、项目成效

嘉定区的乡村医生队伍明显呈“一高二低”现状，即年龄高、学历低、职称低。民生无小事，“乡村医生”问题严肃地摆上了区委、区政府的工作日程。自 2008 年实施在本区户籍应届高中生中定向培养乡村（社区）医生以来，在区委区政府的关心和有关部门积极配合下，与上海高等医药专科学校携手，已顺利完成 6 年的招生工作，目前共招录了 198 名学生，其中 101 名学生已毕业走向工作岗位。新乡医为嘉定区基层医疗卫生队伍增添了新生力量，也为上海市基层医疗卫生机构培养新一代医务人员创出了一条新途径，同时也受到考生和家长的普遍欢迎。

（一）创新乡村（社区）医生培养模式

嘉定区在乡村（社区）医生培养方面已经积累了经验，属地生源、定向培养、学历教育衔接、教学实践结合等培养模式，解决了乡村（社区）医生数量不足、质量不高的现状，优化了基层卫生人才队伍，提升了基层卫生服务能力，形成了比较规范的做法和制度以及可推广应用的价值。

（二）提高乡村（社区）医生队伍整体素质

从 2008 年到 2013 年连续六年定向培养乡村医生，为乡村医生队伍注入了新活力和血液，同时也从整体上改变了乡村医生队伍的年龄、学历及职称结构，使乡村医生队伍的年龄平均下降了 31.33 岁，大专学历在原有的基础上提高了 52.69%。从村医执业资格分析，虽

然执业医师（助理）占比人数由于老乡村医生的退休，从2008年到2010年占比从62.75%下降到59.34%，但若无新乡医加入，那乡医执业医师（执业助理医师）的占比将会越来越低（表1）。

表1 2008年和2013年嘉定区乡村医生队伍情况对比（人）

年份（年）	人数	<45岁	执业医师（助理）	大专以上学历
2008	247	82	155	11
2013	217	140	117	124

新乡医呈现年轻化、高学历的趋势。经过六年的耕耘，前两届培养的65名“科班”乡村医生参加了国家执业助理医师考试，其中45人通过了考试，总体过关率为69.23%，高于全市平均水平。这种新型培养方式为嘉定区基层卫生人才队伍注入了新鲜血液；也成为新乡医后续职业发展的重要环节。

（三）规划乡村医生职业发展前景

按照定向培养的原则，“科班”毕业的乡村医生全部回到各自的社区，扎根于基层一线。新乡医全部纳入事业编制，待遇参照中心职工，实行同工同酬，一改以往乡村医生低保障、低待遇、编外人员的模式，以体现职业的归属感。为了让新乡医更好的适应基层，各社区卫生服务中心纷纷为他们量身定制培训计划，实行“中心+站点”轮转模式，全方位熟悉社区工作模式；通过现场带教、上门随访等方式，提升他们的综合能力。

随着镇村一体化建设的推进，信息化管理的全面开展，社区居民的卫生服务需求越来越高，提高乡村医生的专业技术水平和信息化管理水平是必然趋势。新乡医的加入，缓解了老乡医的工作压力，

在前辈的带领下，新乡医几乎走遍了责任区内的每家每户，基本了解了社区卫生工作的现状和存在的问题，并有了各自的许多新体会。新乡医角色的迅速融入和工作能力的提升得到了老乡医的认可和赞许。在基本医疗业务以及和老百姓打交道等方面，老乡医诚心带好新乡医，在慢病电脑信息化管理上，新乡医用心帮好老乡医，新老乡医互帮互学和谐发展，为做好基层社区卫生服务发挥了积极的作用。

通过对定向培养生开展系统临床医学与全科医学技能教育，既培养了学生热爱、忠诚农村医疗卫生服务事业的思想意识，又使他们掌握了全科医疗的工作方式，具备了对农村常见病、多发病的诊断、鉴别诊断、转诊、预防保健、健康教育等方面技能，以及具有了农村医疗卫生服务组织管理能力，成为农村医疗卫生服务队伍中的骨干人才，在农村基层卫生的大舞台上演好主角，当好社区居民的“健康守门人”。

三、存在问题

（一）生源门槛低

医生常被人们称为“白衣天使”，然而近年来医疗纠纷不断，医患关系日趋紧张，严重损害了医生的执业形象，使得许多家长和学生产生了不愿报考医学院校的想法，导致了目前学生生源层次相对较低，出现了好的招不到，招到的又不一定好的现象。

（二）新老乡医矛盾突出

新乡医队伍虽然呈现年轻化、高学历等良好趋势，但缺乏基层工作经验，缺乏与百姓面对面沟通和服务的实践是新乡医的最大问题。新老乡医交替，工作上可以充分互补，但是老乡医与新乡医之间的观念必将产生矛盾，特别是待遇、编制的不同，同工不同酬，

将影响老乡医工作积极性，不利于相互配合和各项工作的开展。

（三）毕业后的分配政策有待调整

原定的分配政策是原则上毕业后到户籍所在地的社区卫生服务中心工作，但根据六年的招生情况，生源基本上是城区生源，所以毕业生基本上分配到城区，而华亭、徐行、工业区等偏远地区由于生源少，分配到的学生很少，有悖培养的宗旨。

四、建议

（一）提高入门条件，优化生源质量

提高招生的条件和门槛，提高生源的质量，是建立具有良好专业素质的新乡医队伍的必然条件。随着医疗卫生水平的不断发展，如今的乡村（社区）医生早已不是曾经的“赤脚医生”，除了为农村居民提供基本公共卫生服务和基本医疗服务外，还要与家庭医生一起参与到居民健康管理中，这对乡村（社区）医生的要求也越来越高。提高乡村医生的福利待遇，增强职业魅力和吸引力，才能吸引更多高端人才加入到乡村（社区）医生队伍中来^[5]。

（二）健全保障制度，提升带教模式

合理解决新老两代乡村医生之间的差距是完善乡村医生队伍建设的关键所在。一方面，建立健全老乡医收入稳步增长的长效机制，切实保障老一代乡村医生的收入待遇。加强和做实镇村一体化管理，依托社区卫生服务中心加强对老一代乡村医生的日常管理和考核，建立健全与服务绩效、群众满意度等挂钩的收入分配管理机制。提高老一代乡村医生社会保障水平，为推动城郊均衡一体化发展，不断提高他们养老、医疗等保障水平。另一方面，年轻的乡医从学校出来缺乏工作经验、社会实践和人际交往能力，需要建立一个“新

老结对，以老带新”的长效机制，充分发挥老乡医“传、帮、带”的作用，而新乡医要发扬“学，问，练”的精神，使自己尽快适应本职工作。

（三）完善分配制度，合理分配学生

进一步完善毕业后的分配制度，凡是培训毕业进入乡村医生岗位的人员，全部纳入事业编制，享受城保，待遇参照社区卫生服务中心职工，一律实行同工同酬。这一机制创新，真正让“科班”毕业的乡村医生吃了“定心丸”。随着各社区招人用人体制的不断完善，原先的定向分配制度可能已经不适应个别社区。因此，区卫生计生委将深入社区开展调研，掌握各社区实际的乡村（社区）医生缺口情况，按需分配、强弱分配、优势互补、合理用人。

参考文献

- [1] 张艳,袁玲. 对我国乡村医生教育的思考 [J].中国农村卫生事业管理,2005,(12):27-28.
- [2] 戴伟娟,颜世霞. 乡村医生培训模式改革的探讨 [J] 中国农村卫生事业管理,2014(2):126-127.
- [3] 戴伟娟,秦燕霞.关于加强乡村医生医德教育的思考[J]. 中国农村卫生事业管理, 2011, 31(11): 1129-1130.
- [4] 戴伟娟,苏玲燕.村卫生室人才队伍现状调查与分析[J]. 中国农村卫生事业管理,2013,33(4): 372-374.
- [5] 吴岳达,朴玉霞. 关于乡村医生培养面临的问题及实践[J].中国药物经济学,2014,(03):299-300.

嘉定区助理全科医生门诊临床接诊能力的评价与分析

陈 亮¹ 夏秀萍¹ 何 达²

【摘 要】 **目的：**使助理全科医生能够尽快掌握临床基本知识，规范助理全科医生的社区门诊诊疗活动，为今后规范化培养助理全科医生进一步提供依据。**方法：**结合地区特点制定助理全科医生开展社区门诊临床技能和医患交流技能的培训表。以标准化病人（standardized patients，简称“SP”，下同）接诊的方式对助理全科医生开展社区门诊临床接诊能力培训以及医患交流技能培训，由带教老师对临床技能和医患交流技能进行评价，填写相应的评分表；并通过第 1 次 SP 接讨论和其 2 次模拟接讨论对存在的问题组织集中探讨，深入分析其门诊临床接诊能力。培训完成后再次以 SP 接诊方式进行评价，通过对 30 位助理全科医生的评分进行统计分析，评价其临床接诊能力在培训前后的差异。**结果：**通过临床接诊技能的培训，助理全科医生在信息收集、临床思维、健康宣教和门诊病史书写方面能力有不同程度提高，总分从培训前的 (56±7) 分上升到培训后的 (72±5) 分；且信息收集、健康宣教和门诊病史书写三方面的合格率明显提高，总体合格率提高；但临床思维合格率提高不明显。通过医患交流技能的培训，助理全科医生总分及其 5 个方面的评分均高于培训前，合格率也有所提高，但从患者角度理解问题合格率单项指标的提高水平低于其他 4 项合格率的提高水平。参加不同批次培训的助理全科医生之间在接诊技能方面比较无明显差别。**结论：**对助理全科医生进行门诊临床接诊能力培训与评价，可以分析其临床各项技能的掌握情况，较好地促使其提高临床技能和医患交流技能，为今后改进助理全科医生规范化培养提供了新的依据。

【关键词】 临床接诊能力；助理全科医生；门诊

第一作者：陈亮，男，主治医师

通讯作者：夏秀萍，女，上海市嘉定区安亭镇黄渡社区卫生服务中心主任

作者单位：1. 上海市嘉定区安亭镇黄渡社区卫生服务中心，上海 201804

2. 上海市卫生发展研究中心，上海 200040；上海市医学科学技术情报研究所，上海 200031

自 2001 年原卫生部颁布《2001—2010 年全国乡村医生教育规划》以来,全国各地根据农村卫生工作实际,完善乡村医生教育,有力促进了乡村医生队伍建设。但是,目前乡村医生队伍整体素质和服务能力与农村居民健康需求相比还存在较大差距的状况尚未得到根本改变;乡村医生培训内容的针对性、培训方式的适宜性与乡村的医生岗位需求相比还存在较大差距^[1],而临床接诊能力是乡村医生临床诊疗水平的重要体现方式。为了进一步弥补乡村医生培训与岗位实际需求的差距,上海市嘉定区自 2012 年 4 月起正式培养助理全科医生。本研究拟通过对助理全科医生进行标准化病人(SP)接诊方式及医患交流技能方面的培训,促使助理全科医生规范地接诊病人,提高基本技能,并且为完善和推广培训模式提供依据。

一、对象与方法

(一) 研究对象

自 2014 年 1 月至 4 月,上海市嘉定区助理全科医生规范化培养的住院医师 30 人全部纳入研究范围。其中男性 5 名,女性 25 名,平均年龄(23 ± 1)岁,均为大专学历,在培训前均无工作经验。研究对象分为 4 批进行培训,每批 7—8 人。

(二) 研究方法

1、制订临床技能评分表和医患交流技能评价评分表

临床技能评分表的评分内容包括信息收集(病史采集和体格检查)、临床思维(诊断、鉴别诊断和诊疗计划)、健康宣教、门诊病史书写和接诊时间掌握 5 个指标,每个指标 20 分,总分 100 分;医患交流技能评价评分表的核心内容以 Bayer·Fetzer 会议的 Kalamazoo 医患交流技能共识中有关医患交流技能的评价为参考基

础^[2,3]，并结合社区情况进行了适当的修改。评价内容包括建立医患关系、信息收集和反馈、从患者角度理解问题、信息共享和知情同意以及结束接诊 5 个指标，每个指标 20 分，总分 100 分。

2、评价方案

第一次评价包括：助理全科医生第一次 SP 接诊。接诊结束后，SP 现场给予接诊助理全科医生“一对一”的信息反馈，对其在接诊过程中的表现逐一评析，肯定其优点，对于不足给予指导。带教老师针对助理全科医生在接诊中的技能问题进行集中讨论，分析接诊要求，同时采用小组讨论等形式进行培训 1 次，时间 1 小时；2 个月内，利用模拟 SP 接诊，带教老师针对接诊中存在的问题组织小组讨论并进行培训 2 次，每次 1 小时；2 个月后进行第二次评价，评价再次采用 SP 对助理全科医生的接诊技能进行评价，评价方法与第一次评价相同，但所选用的 SP 病例与第 1 次不同。带教老师根据评分表格对每个助理全科医生进行打分。

3、质量控制

对 SP 在接诊中问诊、体检的模拟要点进行培训。对参加接诊评分的带教老师进行临床接诊技能评分培训，以保证评分的一致性。

4、统计方法

使用 SPSS 12.0 统计软件进行数据统计分析，根据数据特点作描述性分析。

二、结果

（一）不同批次助理全科医生培训前后临床接诊能力评价结果

研究显示，4 批助理全科医生培训前后在临床接诊能力的两个方面，彼此之间比较均无明显差别。但培训后，4 批学员在临床技

能和医患交流方面的得分均有较大幅度的增加，其中医患交流技能得分提高明显；并且4批总体的总分通过培训后有明显提高，差别均有统计学意义 ($P<0.05$) (见表1)。

表1 不同批次培训前后临床接诊能力评价^① (单位: 分, $\bar{x} \pm s$)

项目	第1批总分		第2批总分		第3批总分		第4批总分		总体总分	
	培训前	培训后	培训前	培训后	培训前	培训后	培训前	培训后	培训前	培训后
临床技能	55±7	73±6	57±6	72±7	56±5	71±5	57±6	73±6	56±7	72±5 ^a
医患交流技能	46±5	72±5	44±4	71±5	45±6	70±6	46±3	71±6	45±5	71±4 ^a

注: ①与培训前比较, ^a $P<0.05$ 。

(二) 临床技能评价结果

经过临床接诊技能的培训，助理全科医生临床技能评价总分从培训前的 (56 ± 7) 分上升到培训后的 (72 ± 5) 分，差别具有统计学意义 ($P<0.05$)。在临床技能评价的5项评价指标中，在信息收集、临床思维、健康宣教和门诊病史书写4个方面得分均高于培训前，且差别具有统计学意义 ($P<0.05$)；而在接诊时间控制方面，培训前后评价得分无差别。

而从各项指标培训前后的合格率角度看，培训后，助理全科医生在信息收集、临床思维、健康宣教和门诊病史书写4个方面的合格率均大幅高于培训前，且差别具有统计学意义 ($P<0.05$)；临床思维的合格率虽然也高于培训前，但合格率的差异无统计学意义 ($P>0.05$)。培训前后各项指标合格率提高的幅度由高到低依次为门诊病历书写、健康宣教、信息收集、临床思维。(见表2)

(三) 医患交流技能评价结果

经过培训后，助理全科医生在医患交流总分、医患交流5项评

价指标以及合格率均高于培训前,且差别均有统计学意义 ($P<0.05$)。培训前后各项指标合格率提高的幅度由高到低依次为结束就诊、信息共享和知情同意、信息收集和反馈、建立医患关系、从患者角度理解问题。(见表3)

表2 培训前后助理全科医生接诊技能评分比较^①

项目	评分(分, $\bar{x} \pm s$)		合格					
	培训前	培训后	培训前		培训后		提高	
			例	率(%)	例	率(%)	例	率(%)
信息收集	28±6	36±5 ^a	14	46.7	23	76.6 ^a	9	30.0
临床思维	14±3	17±2 ^a	11	36.7	14	46.7	3	10.0
健康宣教	2±1	3±1 ^a	15	50.0	25	83.3 ^a	10	33.3
门诊病史书写	8±2	13±1 ^a	16	53.3	29	96.7 ^a	13	43.3
接诊时间控制	4±0	4±0	30	100	30	100	0	0
总分	56±7	72±5 ^a	13	43.3	23	76.6 ^a	10	33.3

注:①与培训前比较, ^a $P<0.05$ 。

表3 培训前后助理全科医生接诊医患交流技能评分比较^①

项目	评分(分, $\bar{x} \pm s$)		合格					
	培训前	培训后	培训前		培训后		提高	
			例	率(%)	例	率(%)	例	率(%)
建立医患关系	15±4	20±3 ^a	14	46.7	23	83.3 ^a	11	36.7
信息收集和反馈	13±3	22±4 ^a	4	13.3	14	60.0 ^a	14	46.7
从患者角度理解问题	3±2	5±2 ^a	3	10.0	25	33.3 ^a	7	23.3
信息共享和知情同意	11±5	19±4 ^a	7	23.3	29	73.3 ^a	15	50.0
结束接诊	3±1	6±2 ^a	2	6.7	30	66.7 ^a	18	60.0
总分	45±5	71±4 ^a	5	16.7	23	70.0 ^a	16	53.3

注:①与培训前比较, ^a $P<0.05$ 。

三、讨论

门诊接诊是全科医生日常工作的主要形式。有数据显示,一位全科医生在一生的职业生涯中通常需要接诊16—30万人次^[4],由此

可见接诊能力对于临床医生的重要性。接诊能力也是助理全科医生临床能力的培训重点。长期以来,医生培训的临床技能教学采用临床轮转(主治医师负责带教)和临床进展讲座相结合的模式。随着《执业医师法》的颁布和病人自主维权意识的增强,传统的床旁教学和床旁考核受到更多因素的制约,加上病人个体之间的差异,造成对学员临床技能客观评估和有效反馈更加困难,不利于学员临床能力的提高。

有研究表明,培训良好的 SP 有益于培训医学生的临床技能^[5]。本研究对助理全科医生临床接诊能力的研究结果证实,通过门诊临床接诊能力培训,助理全科医生接诊技能总评分和合格率明显高于培训前。其中信息收集、健康宣教和门诊病史书写的评分和合格率较培训前均有显著提高。然而在临床思维方面,培训后助理全科医生评分的提高与培训前比较差异有统计学意义,但合格率的提高未能达到统计学意义,并且临床思维合格率的提高明显低于信息收集、健康宣教和门诊病历书写。该结果提示本次研究在培养助理全科医生的临床思维方面有一定的局限性,可能的原因包括:第一,培训时间较短;第二,临床思维能力的提高往往需要长期临床实践,而短期培训虽然能有所提高,但程度有限。相对而言,门诊病史书写能力的提高最为容易,说明助理全科医生对法律文书的书写比较重视,也比较容易掌握。

有文献报道,一个正确的诊断所需要的信息 60%—80% 来源于接诊时采集的病史资料^[6],而有效的医患沟通则有助于获取更广泛的病史信息^[7]。此外,多数研究证实,经过良好培训的 SP 能够有

效运用人际交流技巧^[8,9]。本研究对助理全科医生医患交流技能的研究结果显示,培训前助理全科医生医患交流技能的总体合格率仅为16.7%,其中结束接诊、从患者角度理解问题、信息收集和反馈以及信息共享和知情同意尤显不足,而建立医患关系相对较好,提示助理全科医生医患交流能力亟待加强。经过培训,助理全科医生医患交流技能获得了较大幅度的提高,总体合格率达到70.0%,合格率提高了53.3%。本次研究结果说明,门诊临床接诊能力培训有助于提高学员的医患沟通能力,同时也证实了医患交流技巧是可以通过培训而提高的。然而本次研究同时发现,从患者角度理解问题合格率的提高明显低于医患交流技能其他4项合格率的提高程度,其主要原因可能是由于助理全科医生刚刚踏上工作岗位,一方面缺乏临床经验,另一方面缺乏换位思考的理念。

此外,本次研究也具有一定的局限性:首先,本研究的医患交流技能评价仅限于一般场景的门诊接诊,尚未涉及一些较为棘手的交流问题,如坏消息的告知、心理问题、家庭暴力问题的交流等,因此评分结果显示医患交流技能提高较快;第二,SP使得教学过程规范化的同时,也使得教学过程程序化,病人被标准化了以后,学生的思路也被程序化了,而临床实际患者的表现往往并不典型,由于合并症、并发症的存在,大多数情况下更为复杂,学生从中掌握实际经验很有限。尽管如此,对助理全科医生进行门诊临床接诊能力培训与评价,仍能分析其临床各项技能的掌握情况,并且能较好地促使其提高临床技能和医患交流技能,这为今后改进助理全科医生规范化培养提供了新的依据。

参考文献

- [1] 国家卫生和计划生育委员会. 《全国乡村医生教育规划(2011-2020年)》解读.中国乡村医药,2014,1:4.
- [2] Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Encounters. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. Acad Med, 2001,76:390-393.
- [3] Rider EA, Hinrichs MM, Lown BA. A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. Med Teach, 2006,28:e127-134.
- [4] Lipkin M. Sisyphus or Pegasus? The physician interviewer in the era of corporatization of care. Ann Intern Med,1996,124: 511-513.
- [5] Davidson R, Duerson M, Rathe R, et al. Using standardized patients as teachers: a concurrent controlled trial. Acad Med,2001,76:840-843.
- [6] Takemura Y, Atsumi R,Tsuda T. Identifying medical interview behaviors that best elicit information from patients in clinical practice. Tohoku J Exp Med,2007,213:121-127.
- [7] Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, et al. Effect of communications training on medical student performance. JAMA, 2003, 290:1157-1165.
- [8] Van Zanten M, Boulet JR, McKinley DW, et al. Assessing the communication and interpersonal skills of graduates of international medical schools as part of the United States Medical Licensing Exam(USMLE)Step 2 Clinical Skills(CS) Exam. Acad Med, 2007, 82(10 Suppl): s56-s68.
- [9] Van Zanten M, Boulet JR, McKinley D. Using standardized patients to assess the interpersonal skills of physicians: six years' experience with a high-stakes certification examination. Health Commun, 2007, 22: 195-205.



研究 传播 交流 影响

Research Dissemination Communication Impact

上海市卫生发展研究中心

Shanghai Health Development Research Center (SHDRC)

中国 上海

Shanghai China