

重应用,增强素质,培养能力”的教育原则,对教学内容进行优化、重组。

3.2.4 加强实践性教学环节,强调理论与实践并重^[8] 通过医院见习,将理论与实践相结合,以巩固和加深理论知识。通过社会实践,使学生尽早接触服务对象,培养学生人文关怀的理念,提高学生独立发现问题、解决问题的能力。

参考文献:

- [1] 井坤娟,谢秀君,张瑞珍,等. 高职护生临床综合能力评价工具研究[J]. 护理研究,2011,25(6):1689-1691.
- [2] 井坤娟,刘春蕾. 高职护生临床综合能力的构建及其构成分析[J]. 医学研究与教育,2009,26(3):101-104.
- [3] 陶月仙. 护生临床实习出科综合能力测评情况分析[J]. 护理学杂志,2001,16(2):41-42.

· 医学教育 ·

- [4] 黄革. 谈临床护理教学中护生综合能力的培养[J]. 广西医学,2007,29(6):166-167.
- [5] 井坤娟,王彦,董沛,等. 护理学基础精品课程建设的实践[J]. 医学研究与教育,2009,26(4):106-107.
- [6] 薛梅. 启发式教学在提高护生综合能力中的应用[J]. 护理研究,2008,22(36):86-88.
- [7] 郭兰青,孙娟,孟燕. 应用 PBL 实践教学模式培养护生综合能力[J]. 护理研究,2009,23(34):82-83.
- [8] 井坤娟,王彦,杜少英. 基础护理学精品课程建设中教学设计的实践与思考[J]. 医学研究与教育,2010,27(6):94-96.

(收稿日期:2011-12-09 修回日期:2012-01-22)

“政、校、院”合作共育农村医学人才运行机制建设的探索

肖智勇

(重庆三峡医药高等专科学校,万州 404120)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.14.046

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2012)14-1447-02

“政、校、院”合作育人,即政府、学校、医院在政府统筹、协调下,组建“政、校、院”合作育人组织、调动三方共育人才积极性,建立起多种因素相互联系、相互作用的有机系统,保证该系统顺畅高效运行,形成有效的人才培养机制。随着医学教育的深入改革,“政、校、院”合作机制建设已成为高等医学院校研究的重点课题。如何构建“政、校、院”合作办学的有效机制,对实现农村医学人才培养目标,造就一大批“下得去、用得上、留得住”的高素质医学人才,满足广大农村医疗卫生需求,推进社会主义新农村建设具有重大意义。现将重庆市示范院校建设单位重庆三峡医药高等专科学校的“政、校、院”合作共育农村医学人才运行机制建设报道如下。

1 “政、校、院”合作运行机制的内涵

“政、校、院”合作是医学专科教育对校企合作办学的推进和深入,是政府、学校和医院的全面合作,是高等医学专科学校标志性内涵的体现。目前,在这种模式下,政府起统筹协调作用,学校是主动方,医院是应动方,教师、医师、学生是主体。因此,学校要积极争取政府的政策支持,网络有条件的医院与政府有关部门共同组成专门的合作育人组织机构,制定共育人才总体发展目标,明确工作任务与职责分工,制定有关制度,形成人才培养“职业化”、专业教学“岗位化”、质量评价“多方化”、学生就业“定向化”的合理运行机制^[1]。

2 “政、校、院”合作运行机制的特性

2.1 一致性 是指医学教育合作办学层次与区域经济社会发展需求协调一致^[2]。医学教育合作办学涵盖中职教育、专科教育、本科教育、研究生教育,纵观中国合作办学历程,无不体现了人才培养的层次具有鲜明的区域特色。在相对欠发达、缺医少药的三峡库区广大农村,“政、校、院”合作实施医学专科教育,培养合格的农村医学人才,是促进区域经济社会协调发展、

满足区域医疗卫生事业服务需求的有效途径。

2.2 整体性 是指有关各方为实现合作目标而建立的组织制度的有机整体。它包括政府、学校、医院、教师、医师、学生相互联系的要素,其中,政府为主导方,学校为主动方,医院为应动方,教师、医师、学生是主体方^[3]。主导方要出台激励各方积极主动参与的有关政策;主动方要策划、设计、操作合作方案;应动方要以对农村卫生事业发展高度负责的精神,积极支持、参与;主体方中的学生是主动的成长者和发展者,应通过实训、实习、社会实践等,提升自己的职业素养、专业技能和可持续发展能力。学校与系部、医院之间形成一种新的整体与局部的关系,围绕总目标运行,实现目标最大化,并在发展中不断优化整体。

2.3 保障性 是指政府的统筹协调是人才培养工作的保障。“政、校、院”合作是参与各方在各自不同利益基础上寻求共同发展的一种组织形式,其中,学校和医院基于不同的工作任务和利益目标,在合作过程中出现的问题仅靠其自身或其主管部门是难以协调解决的^[4]。这就必须依靠政府统筹协调,避免教育发展中的重复、浪费与冲突,通过政府宏观调控、政策引导、组织协调,促进合作办学的良性运转^[5]。因此,政府是实现合作办学可持续发展的保障。

3 “政、校、院”合作运行机制的机构与职责

3.1 主要机构 本着“自愿参与、权责相应、互利互惠”的原则,在政府主导下、行业指导下,成立由政府有关部门(如教育委员会、卫生局、人事局等)、各级医院和学校参与的“农村医学教育理事会”,理事会内设秘书处、专业建设委员会、人才培养质量监控与评价委员会,在理事医院设工作站等,形成“政、校、院”共育人才的决策和管理运行体系,见图 1、2。

3.2 主要职责 “政、校、院”合作各方及运行机制主要机构职责见表 1。

表 1 “政、校、院”合作各方及运行机制主要机构职责

单位或机构	主要职责
教育委员会	统筹教育资源发展,规划培养专业人才计划,制定人才定向培养政策,指导人才培养工作等;
卫生局	统筹协调各级医院资源进行专业人才培养,统筹各级学校规范化培训专业技术人员项目,指导人才培养工作,改革农村医学人才有关人事制度等;
人事局	改革农村医学人才人事制度,制定人才定向培养政策等;
学校	网络各级医院合作培养人才、教学改革与科学研究、共同服务社会;
医院	与学校合作培养人才、服务社会,培训专职教师临床能力等;
理事会	负责确定政校院合作方式,审议学校办学方向、办学规模、专业建设、质量评价等重大事项等;
秘书处	负责理事会和秘书处的日常工作;
专业建设委员会	负责调研人才需求,制定专业建设、人才质量标准,指导人才培养工作等;
人才培养质量监控与评价委员会	负责制定人才培养质量监控与评价标准,组织实施监控与评价,反馈信息等;
医院工作站	负责落实理事会安排的各项工作和日常管理工作,协调医院与学校的关系等。

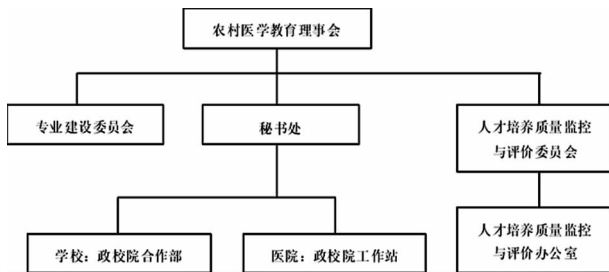


图 1 理事会组织机构图

4 “政、校、院”合作运行机制的建设

4.1 建立人才需求预测机制^[6] 由理事会组织理事单位开展人才需求调研,建立人才需求调研和人才预测长效机制。每年定期开展区域农村对医学人才在需求数量、层次、结构、能力等方面的调研,全方位了解市场需求情况,为人才培养提供依据,使人才培养工作与区域经济社会建设和农村医疗卫生事业发展相适应。

4.2 建立人才共育机制 根据调研和论证,明确专业人才定位、制定人才培养标准,根据岗位所需知识、技能、素质,融入执业准入标准,制定与执业岗位能力需求相适应的课程体系,形成专业人才培养方案;成立由一线专家及学校骨干教师组成的教学团队,针对岗位能力需求,融入职业素质教育,开发与建设课程,更新教学内容,改革教学方法与教学手段,共同承担人才培养工作。

4.3 建立师资队伍共建机制 建立规范的“双师”素质师资培训制度,安排专职教师定期到临床锻炼,聘请临床医师参加专业教学,教师、医师合作参加学术科研工作和科技服务活动,提高专职教师临床能力、临床医师教学能力和科研能力,形成有利于“双师”素质教师成长的机制。

4.4 建立实训、实习基地共建机制 按照开放性、共享性原则,在学校打造注重医院文化、渗透职业情感的岗位化实训基地,在医院打造符合教学规范的实训、实习基地;健全由县、乡、村三级医疗卫生机构组成的实习基地,加强基地内涵建设,强化执业技能、培养职业情感、完善育人功能,满足学生实践教学需求。

4.5 建立毕业生就业共促机制 针对农村医疗卫生服务对医

学人才的需求,开展“政、校、院”合作定向、订单培养人才。由理事会牵头,学校与合作区县签订定向、订单人才就业协议,保质量为农村基层输送医学人才,实现人才的“对口”培养^[7]。

4.6 建立资源共享共同服务社会机制^[8] 在“资源共享、优势互补、互利互惠、合作共赢”的原则下,充分利用理事单位的资源优势,加大社会服务力度,开展业务指导、咨询,开展住院医师和全科医师规范化培训、乡镇卫生院技术骨干培训、执业医师考前培训等对在岗人员的专项培训等。

4.7 建立人才培养质量监控与评价机制^[9] 建立一支由各理事单位、学生、家长等共同参与的质量监控与评价队伍,在“人才培养质量监控与评价委员会”的组织下,对专业建设、教学过程、学生就业等工作实施监控与评价,建立良好的信息反馈和修正机制,不断优化合作运行机制。

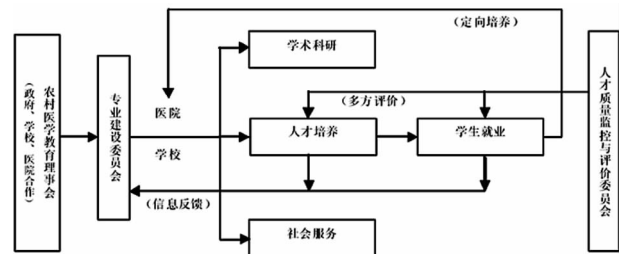


图 2 “政、校、院”合作运行机制模式图

5 政校院合作运行机制建设的实践

近 5 年来,学校按照已制定的运行机制,在市教委的统筹支持下,招生人数逐年增加,5 年共招收农村医学生 1 874 人,已毕业 494 人,农村基层平均就业率在 77% 以上;学校与合作医院定期开展农村医学人才调研,共同分析职业岗位能力,改革人才培养模式、优化课程体系,已基本形成“全科理念、通科培养、三段三早”的新型农村医学人才培养模式;在市卫生局支持协调下,5 个二级甲等以上县级医院挂牌成为学校非直属附属医院,构建了由 1 个校内实训中心、1 个直属附属医院、5 个非直属附属医院、6 个教学医院和 10 个乡镇卫生院组成的实践教学基地,提升了学生实训、实习条件,提高了专职教师“双师”素质,壮大了医院专业骨干兼职教师队伍;学校与市区卫生局紧密合作,“订单培训”在职医疗卫生人员,(下转第 1456 页)

敏史。

体格检查:体温 37.3℃,精神、睡眠、饮食及二便正常,一般情况良好,系统检查未见异常。皮肤科检查:躯干、四肢广泛分布大片红斑,上有簇集粟粒大小脓疱。颈下部、腋部、乳房下等皱褶部位脓疱较多(封4图1)。眼、口腔、外阴无皮损。实验室及辅助检查:肝肾功能、电解质正常,球蛋白 38 g/L。血常规:WBC:17.4×10⁹/L,N:78.1%,L:13.9%,RBC:4.57~10×10¹²/L,PLT:267×10⁹/L。尿常规:白细胞(-),蛋白(+),酮体(+),隐血(+),红细胞(-)。皮肤分泌物培养:细菌(-),真菌(-),胸片及心电图正常。皮肤组织病理检查:表皮角化过度,角层下脓疱形成,真皮内小血管扩张,单核及中性粒细胞浸润(封4图2)。直接免疫荧光检查:阴性。诊断结果:角层下脓疱性皮肤病。治疗方法:维生素 C 3.0 静脉滴注,每日 1 次;氨苯砜 50 mg 每日 3 次。7 d 后全身大部分脓疱消退,患者自动出院。嘱出院后继续口服氨苯砜 50 mg,每日 3 次,病情稳定后减量维持。

2 讨论

角层下脓疱性皮肤病^[1]是一种慢性良性复发性脓疱性皮肤病,一般不影响健康,病因尚不清楚。特征是好发于 40~50 岁的中年妇女。主要侵犯腋下、腹股沟、乳房下、躯干和四肢近侧屈面,很少侵犯口腔黏膜,一般不侵犯面部。脓疱常呈豌豆大小,疱壁松弛,或先为水疱,很快变为脓疱。数日后脓疱吸收或破裂,留下薄痂或叶状鳞屑。发作与缓解交替,间隔数日或数周不等。一般没有自觉症状,可有轻度瘙痒,无发热等全身症状。脓液细菌培养多为阴性。该病的组织病理特征为脓疱或水疱位于表皮角层下,疱内有较多中性粒细胞,疱下表皮有海绵形成,真皮上部血管周围可有炎性细胞浸润,主要是中性粒细胞和一些嗜酸性粒细胞。直接免疫荧光检查阴性。

该病需与脓疱型银屑病、疱疹样脓疱病、IgA 天疱疮、急性泛发性发疹性脓疱病等病鉴别。脓疱型银屑病为无菌性脓疱^[2],伴有明显的全身症状,病情重,常出现红皮病和关节、指(趾)甲损害,一般有寻常性银屑病病史,常因处理不当而发生全身泛发性脓疱。疱疹样脓疱病^[3]在孕妇多见,好发于皮肤皱褶处,皮损为群集性环形排列的小脓疱,周围不断出现新脓疱,血钙常偏低,再次妊娠时诱发。IgA 天疱疮初起为水疱,逐渐

变大,疱液变为脓性,皮疹常排列成环状,组织病理改变为角质层下单房性脓疱,直接免疫荧光检查 IgA 沉积在表皮细胞间^[4]。急性泛发性发疹性脓疱病表现为突然发生的、在水肿性红斑上出现密集非毛囊性小脓疱,90%的患者发病与药物过敏有关,脓疱常在 2 周内消退,病理检查呈白细胞碎裂性血管炎^[2]。

该病的最有效治疗药物是氨苯砜^[1],多数患者用 100~150 mg/d 治疗能控制,以后用小剂量维持。也可以应用磺胺吡啶或长效磺胺,如果配合使用氨苯砜,可减少氨苯砜的剂量。部分病例局部应用糖皮质激素或口服泼尼松 40 mg/d 有效。有研究报道,应用阿维 A 有效,但异维 A 酸无效。秋水仙碱和局部应用他卡西醇也有效。张春玲等^[5]报道,患者用氨苯砜后导致白细胞下降,故换用其他药物。张春香等^[6]报道,患者用氨苯砜 15 d 后无效,后换用光疗皮疹消退。

因此,选择光疗或者阿维 A 似乎更安全,若选用氨苯砜则应该定期监测药物不良反应。本例患者临床症状和体征典型,病理支持诊断,应用氨苯砜有效,特此报道。

参考文献:

- [1] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2010.
- [2] 张洁尘,陈浩,侯伟,等. 角层下脓疱性皮肤病[J]. 临床皮肤科杂志,2009,38(7):455-456.
- [3] 张国毅,彭学标,孙建方,等. 阿维 A 治愈角层下脓疱病 1 例[J]. 中华皮肤科杂志,1995,28(4):59-60.
- [4] 王家璧,刘跃华. 角层下脓疱性皮肤病[J]. 临床皮肤科杂志,2003,32(12):755-756.
- [5] 张春玲,贾青,冯和平. 异维 A 酸治疗角层下脓疱病 1 例[J]. 中国皮肤性病学杂志,1999,13(6):13-15.
- [6] 张春香,李颂,窦侠,等. PUVA 和 UVB 治疗 1 例角层下脓疱病随访 17 年[J]. 中华皮肤科杂志,2004,37(12):738-739.

(收稿日期:2011-12-09 修回日期:2012-01-22)

(上接第 1448 页)

先后实施了“乡镇卫生院院长培训”、“基层卫生技术人员培训”、“社区全科医师培训”、“执业医师考前培训”等 10 余个培训项目,完成重庆市两翼地区在职医疗卫生人员 7 899 人次的培训工作,有力地开展了社会服务。学校正沿着“政、校、院”合作办学的中长期规划,不断深入完善运行机制建设。

参考文献:

- [1] 刘文江,杨理连. 高职院校深层次校企合作的内涵理解及其途径分析[J]. 职教论坛,2009(22):21-23.
- [2] 谭工. 政府统筹协调下的“校院合作”卫生人才培养模式探讨[J]. 重庆医学,2011,40(21):2112-2113.
- [3] 黄亚妮. 高职教育校企合作模式的国际比较[J]. 高教探索,2004(4):70-72.

- [4] 杨元娟,艾继周,王丽娟. 推动人才模式改革 开创药学专业办学特色[J]. 重庆医学,2010,39(15):2079-2080.
- [5] 姜在东. 从教育社会职能理论谈高校与地方政府共建[J]. 江西理工大学学报,2008,29(2):63-66.
- [6] 龚红果,张琳. 高校毕业生就业预警机制的构建与思考[J]. 理工高教研究,2003,22(5):57-58.
- [7] 王亚妮,唐湘桃,谭慧铭. “三元结构”订单人才培养模式的实践与探索[J]. 职业技术教育,2009(14):62-63.
- [8] 万荣泽,何春玫. 构建农业信息化人才培养基地,服务社会主义新农村建设[J]. 广西农学报,2009,24(1):68-70.
- [9] 李宏. 高职机电人才培养质量监控与评价的探索与实践[J]. 职业技术教育,2007(14):71-72.

(收稿日期:2011-12-28 修回日期:2012-02-05)