

从以上分析中可以看出自 2012 年 9 月 1 日卫生部出台医患双方签订“拒收红包协议”的规定后,将会给基于这种“不放心”心理的患者吃下一颗定心丸,今后送红包的现象可能将会大大减少。

看病期望方面,患者普遍对医疗服务期望过高,往往难以接受人才两空的结局^[10]。本研究的 Ordinal 回归分析中,OR=0.420 提示看病期望与治疗结果完全符合是患者信任医生较强的保护因素,患者的看病期望与治疗结果越符合,其对医生越信任。这表明住院患者最大的愿望是其健康利益能够得到保障,提示医院管理者应重视对患者的治疗效果,将其健康利益放在首位,并在住院治疗前尽可能与患者在疾病本身及预后方面达成共识。另外,本研究发现社会上形成的良好的医患关系氛围对住院患者住院过程中对医生的信任度会产生积极影响,可见营造和谐的医患关系氛围对医患互信将产生促进作用。

医疗服务满意度方面,本研究发现住院肿瘤患者对医护人员、医疗费用以及医技和效果的满意度所占比例越高,其对医生的信任度也越高。患者对医技和效果的满意度和对护士的满意度更能影响其对医生的信任度。这可能是由于住院肿瘤患者大部分时间接触和沟通的对象为护士,护士的服务态度对患者满意度的影响最大相关。江淑蓉等也认为良好的护患沟通能够增强医患之间的信任,促进疾病早日康复^[11]。提示住院肿瘤患者渴望得到医护人员的关心和帮助以及获得满意的治疗效果的心理特征。王华伟等^[5]的研究发现,患者对医务人员最不满意的方面是医生与患者的交流不够。国外的研究也表明,当肿瘤患者体会到医护人员拥有高超的技术、诚信的品格和良好的沟通能力时,他们会更加信任医生^[12]。可见,医护人员在上岗前接受专业的医患沟通培训、掌握医患沟通的技巧将有助于提升患者对医生的信任度。

综上所述,作者认为今后关于医患信任问题的研究应侧重于医患信任量表的研制、新医改方案出台以来医患信任和医患关系状况的变化情况以及医患信任的形成机制等方面。另外,医方在诊疗活动过程中应把握好患者的心理特点,将人文关怀融入到医疗服务中,不断提高患者就医满意度,为提高患者对医生的信任度、构建和谐医患关系继续努力。

(志谢:本文从调查问卷设计、调查研究、数据整理与统计

分析,再到论文的撰写与修改,系多人合力的结果,特此感谢导师徐慧兰教授、秦露露博士以及梁英同学的指导与帮助!)

参考文献:

- [1] 左国庆,廖于. 医患关系的信任机制探讨[J]. 重庆医学, 2004,33(6):948-949.
- [2] 陈平雁,黄浙明. 病人满意度的调查与评价[J]. 中国医院管理,1999,19(7):403-406.
- [3] Hillen MA, van Zwieten MC, de Haes HC, et al. Disentangling cancer patients' trust in their oncologist: a qualitative study[J]. Psychooncol, 2012, 21(4):392-399.
- [4] 冷明祥. 市场经济条件下医患关系暨医德现状调查分析[J]. 南京医科大学学报:社会科学版, 2002, 1(2): 135-139.
- [5] 王华伟,许慧婷. 天台县部分医院医患关系的调查和分析[J]. 重庆医学, 2006, 35(14):1330-1332.
- [6] 梁益智,王晓燕,鲁杨,等. 医患关系调查中医患信任问题的伦理探究[J]. 中国医学伦理学, 2008, 21(5):37-38.
- [7] 杜治政,赵明杰,孔祥金,等. 中国医师专业精神的病人一般观点——全国 10 城市 4 000 名住院患者问卷调查研究报告之一[J]. 医学与哲学, 2011, 32(3B):2-9.
- [8] 宋言东,蒋秀莲. 医患信任危机与医疗制度[J]. 中国卫生事业管理, 2011(4):268-269.
- [9] 刘俊香,莎仁高娃,李晶,等. 新医改背景下医患信任的主导:道德信任与制度信任[J]. 医学与哲学, 2011, 32(11): 30-32.
- [10] 修燕,王军. 医患关系现状及影响因素探析[J]. 重庆医学, 2013, 42(8):955-956.
- [11] 江淑蓉. 护患沟通是融洽护患关系的桥梁[J]. 重庆医学, 2007, 36(22):2349-2350.
- [12] Hillen MA, de Haes HC, Smets EM. Cancer patients' trust in their physician review[J]. Psychooncol, 2011, 20(3): 227-241.

(收稿日期:2013-11-08 修回日期:2014-01-26)

• 卫生管理 •

重庆市社区健康教育人员工作培训和具体开展情况分析*

陈艳¹,张滨^{1△},石玥¹,吴宗辉²,张巧英²,胡晓琳²,游莉²,程杰²

(1. 重庆医科大学公共卫生与管理学院,重庆 400016;2. 西南大学校医院,重庆 400715)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.17.050

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)17-2237-04

社区健康教育是以社区为健康教育的基本单位,以社区人群为教育对象,以促进社区居民健康为目标的有组织、有计划、有评价的健康教育活动与过程。提高社区健康教育水平是全面建设小康社会、提高百姓健康水平的重要方法,而要提高社

区健康教育水平并保证社区健康教育的质量,提高社区卫生服务机构的健康意识和社区卫生服务人员的服务素质刻不容缓^[1-2]。为了解重庆市健康教育人员的培训和工作情况,本文针对社区健康教育人员和社区居民健康教育展开情况,探讨

* 基金项目:重庆市科委资助项目(cstc2011cx-rkx10012);重庆市北碚区科委资助项目(2010-10)。 作者简介:陈艳(1987-),硕士,主要从事社区卫生与健康教育研究。 △ 通讯作者,E-mail:zhangbin_127@163.com。

促进社区健康教育工作的方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本次研究根据地区与经济发展水平为依据选择了重庆市具有代表性的渝中区、永川区、酉阳县 3 个地区进行调查,共调查社区卫生服务中心(站)的健康教育人员 98 人,收回有效问卷 98 份,有效回收率是 100.00%。其中渝中区收回问卷 5 份,永川区收回 54 份,酉阳县收回 39 份;共调查 16 岁以上社区居民 575 人,收回有效问卷 571 份,有效回收率是 99.30%。

1.2 方法 采用分层随机抽样的方法,社区健康教育人员填写“健康教育人员调查问卷”,内容包括:个人基本情况、工作的基本情况和培训情况等;社区居民填写问卷,内容包括:个人基本情况、健康知识知晓情况和对健康教育工作的意见等。问卷资料用 Epidata3.1 进行数据录入,使用 SPSS19.0 统计软件进行数据分析,通过对定性资料的整理归纳,总结出共性问题。

2 结果

2.1 健康教育人员的个人基本情况 总人数 98 人,通过对连续变量“年龄”进行正态性检验,数据经 P-P 图验证符合近似正态分布,95%CI 为(43.60±17.35)岁,问卷总体代表性好。健康教育人员的“性别”分布相当,其学历、所学专业及职称,见表 1。

表 1 健康教育人员的个人基本情况[n(%),n=98]

项目	构成	项目	构成
性别		临床医学	50(51.02)
男	50(51.02)	公共卫生与预防医学	10(10.20)
女	48(48.98)	护理学	12(12.24)
学历		药学	7(7.14)
硕士及以上	0	其他	17(17.35)
本科	16(16.33)	职称	
专科	40(40.82)	正高级	1(1.02)
高中、初中	41(41.84)	副高级	0
初中及以下	1(1.02)	中级	14(14.28)
所学专业		初级	43(43.88)
全科医生	2(2.04)	无职称	40(40.82)

2.2 健康教育人员的培训情况 80.61%的工作人员参加过健康知识培训,培训频率多为 6~12 个月 1 次,其中知识培训中 68.35%为健康教育基本理论,资格培训中 58.16%为疾病预防知识培训,69.39%的社区健康教育人员希望重点加强的健康教育培训是健康教育方法,见表 2。

2.3 健康教育工作情况

2.3.1 基本情况 本次调查的永川区与酉阳县大部分属于农村地区,调查结果中有 53 名(54.08%)人员工作地在农村,城区街道 27 名(27.55%),城乡结合部 18 名(18.37%)。健康教育工作人员中 69.39%(68/98)为兼职,本职工作为临床医师 24 名(35.29%),全科医师 9 名(13.24%),预防保健医师 16 名(23.53%),全科护士 5 名(7.35%),其他 14 名(20.59%);专职人员仅为 30.61%(30/98)。

2.3.2 工作具体开展情况 健康教育具体开展情况总体较好,各项工作均有开展,值得注意的是 89.80%的健康教育人员认为所在社区主要的公共卫生问题为居民健康意识淡薄,

卫生知识缺乏,见表 3。

表 2 健康教育工作人员培训情况[n(%)]

项目	构成	项目	构成
接受何种资格培训(n=98)		流行病学调查	15(18.99)
全科医生	16(16.33)	传播材料设计与应用	12(15.19)
全科护士	7(7.14)	其他	2(2.53)
疾病预防	57(58.16)	培训频率(n=79)	
院前急救	23(23.46)	<6 个月 1 次	22(27.85)
社区知识	5(5.10)	6~12 个月 1 次	40(50.63)
其他	2(2.04)	>1~2 年 1 次	15(18.99)
未参加	15(15.31)	>2 年 1 次	1(1.27)
是否参加知识培训(n=98)		0 次	1(1.27)
是	79(80.61)	需加强哪方面培训(n=98)	
否	19(19.39)	健康教育基本理论	62(63.27)
接受何种培训(n=79)		传染病预防	41(41.84)
基本理论	54(68.35)	慢性病防治	42(42.86)
传染病预防	43(54.43)	健康评价	58(59.18)
慢性病防治	51(64.56)	交流技巧	61(62.24)
健康评价	26(32.91)	健康教育方法	68(69.39)
交流技巧	25(31.65)	流行病学调查	43(43.88)
教育方法	45(56.96)	传播材料设计与应用	37(37.76)

表 3 健康教育工作的具体开展情况[n(%),n=98]

项目	构成	项目	构成
开展对象人群		开展调查内容	
一般居民	74(75.51)	健康状况	60(61.22)
老人	75(76.53)	卫生需求	30(30.61)
婴幼儿家长	63(64.29)	生活方式	67(68.37)
妇女	42(42.86)	健康教育效果评价	17(17.35)
残疾人	31(31.63)	健康知识知晓率	53(54.08)
困难群体	27(27.55)	其他	2(2.04)
孕妇	51(52.04)	从未做过	12(12.24)
学生	52(53.06)	社区主要公共卫生问题	
其他	7(7.14)	健康意识淡薄、知识缺乏	88(89.80)
常用的方式		环境卫生	58(59.18)
发放健康教育资料	87(88.78)	慢性病	62(63.27)
电话网络咨询	26(26.53)	居民不良生活方式	64(65.31)
黑板报宣传栏	83(84.69)	突发性伤害或灾难	44(44.90)
举办知识讲座	69(70.41)	重大传染病	27(27.55)
社区电视节目	35(35.71)	不清楚	3(3.06)
面对面宣讲	56(57.14)	其他	0
报纸杂志宣传	20(20.41)	认为效果最好的方式	
手机短信	2(2.04)	发放健康教育资料	75(76.53)
其他	1(1.02)	电话或网络	30(30.61)
最常用讲座形式		黑板报、宣传栏	67(68.37)
固定时间	25(25.51)	举办知识讲座	60(61.22)
电话通知	45(45.92)	社区内电视节目	44(44.90)
居委会帮忙	75(76.53)	面对面宣讲	55(56.12)

续表 3 健康教育工作的具体开展情况[n(%),n=98]

项目	构成	项目	构成
张贴通知	62(63.27)	报纸、杂志宣传	28(28.57)
患者帮忙	19(19.39)	手机短信	12(12.24)
课程安排	22(22.45)	开设课程	18(18.37)
其他	2(2.04)	其他	0

2.3.3 工作满意度及工作建议 68.37%的社区健康教育人员对工作保持着积极、乐观的态度;对于工作待遇问题,有44.90%认为很满意或者过得去;影响工作的内外因素中,内因主要为健康教育的专业理论知识不足(83.67%),外因主要为健康教育专业发展滞后,健康教育不规范和方法单一(75.51%)见表4。

表4 对健康教育工作的满意度及意见[n(%),n=98]

项目	构成	项目	构成
从事健康教育工作态度		对其重要性认识不够	44(44.90)
积极、乐观	67(68.37)	固守传统的医学模式	30(30.61)
应付而已	18(18.37)	其他	2(2.04)
无任何希望	7(7.14)	影响工作的外界因素	
其他	6(6.12)	健康教育专业发展滞后	74(75.51)
对目前工作待遇态度		各级领导重视不够	44(44.90)
很满意	8(8.16)	健康教育对象因素	71(72.45)
过得去	36(36.73)	待遇太低	63(64.29)
不满意	40(40.82)	经费投入不足	57(58.16)
不好做评价	14(14.29)	机构和队伍不稳定	61(62.24)
影响工作的自身因素		缺乏足够时间	66(67.35)
专业理论知识不足	82(83.67)	其他	5(5.10)
缺乏良好的技巧	78(79.59)		

表5 社区居民对健康教育工作的意见[n(%),n=571]

项目	构成	项目	构成
获得健康知识主要渠道		他人告诉的	130(22.77)
广播电视	402(70.40)	手机短信	84(14.71)
报刊、杂志	264(46.23)	其他途径	7(1.23)
健康知识讲座	201(35.20)	需要改进的主要问题	
健康教育人员	291(50.96)	宣传不到位	283(49.56)
墙报、专栏	221(38.70)	内容不合适	112(19.61)
健康教育资料	216(37.89)	形式化	226(39.60)
电话或互联网	78(13.66)	其他	34(5.95)

2.4 健康教育工作的效果

2.4.1 社区居民健康知识知晓情况 设定60%为合格率,调查结果显示仅有健康的标准知晓率为71.98%(411/571),健康的生活方式知晓率为11.56%(66/571),饮酒的害处知晓率为38.18%(218/571),吸烟态度知晓率为50.61%(289/571),吸烟害处知晓率为43.78%(250/571),社区居民健康知识知晓情况总体较差。

2.4.2 居民获得健康教育知识的主要渠道及意见 通过对社

区居民对健康教育工作的意见进行统计分析,结果显示通过健康教育人员获得健康知识的比例仅为50.96%,多数居民认为广播电视是主要的渠道,见表5。

3 讨论

3.1 明确健康教育工作职责,提高部门管理效率 本调查中社区居民健康知识知晓率总体较低,与国内其他文献记录情况相符^[3]。本调查结果显示,健康信息本身与个人文化因素是影响健康知识知晓率与行为形成率的因素,与文献^[4-5]一致。其中健康信息本身即泛指社区健康教育工作,健康信息的宣传、普及以及评价等都属于社区健康教育工作范畴,健康教育工作直接关系到所覆盖区域内居民的健康素养水平^[6-7]。健康教育应考虑配置更多的专职人员,本次调查专职人员比例仅30.61%。目前,健康教育工作处于责任划分不清,部门管理效率低下的状态,在人们日益注重健康生活质量的今天,必须建立独立的健康教育部门,专门负责辖区内居民健康教育需求。

3.2 根据健康教育工作人员需求开展培训 通过对健康教育人员培训情况调查,虽然80.61%的人员参加过定期的健康知识培训,其中培训内容主要为健康教育基本理论和疾病预防知识,但是社区健康教育人员长期工作在一线,他们希望重点加强的是健康教育方法培训,所以政府的培训工作应该有侧重点,更好地从健康教育人员需求出发。

3.3 根据居民需求调整健康教育工作方式 本文调查了居民健康基本知识的知晓情况和主要获得渠道,以及居民对健康教育工作的意见,可以通过居民的情况来反映本市社区健康教育工作的效果,结果显示:居民最主要的获得健康基本知识渠道是广播电视(70.40%),49.56%的居民认为社区健康教育活动宣传不到位,39.60%认为形式化。而研究调查社区健康教育人员主要通过发放宣传资料、宣传栏、科普知识讲座等形式进行健康知识宣传,这与居民的需求不能形成有效对接,健康教育工作的具体实施需要作出相应的对策调整。(1)社区健康教育人员要有针对性的开展工作,针对健康知识薄弱人群开展社区健康知识宣传,使其工作有的放矢^[8-9]。针对不良生活习惯高发的人群,可以采取特殊宣传工作,如针对“生活过度紧张”人群开展放松训练。(2)社区健康教育人员应选择可及性较好的渠道去开展工作,宣传工作关键在于普及。如调查所述,居民最主要的获得健康知识的渠道是“广播电视”。

目前健康教育经费有限,地方政府应转变健康观念,以预防为主,积极探索融资渠道,加大社区健康教育资金投入,社区健康教育机构自身也应积极探索融资渠道,吸收社会资金,如可以开展与健康相关的企业之间的合作,选择合适可及性强的健康教育知识宣传渠道,有针对性地开展健康教育工作。

参考文献:

[1] 丁蓓. 国内外城市社区健康教育研究[J]. 辽宁医学院学报:社会科学版,2010,8(4):26-28.
 [2] 陈倩,谢华,彭明辉,等. 上海社区卫生服务人员健康教育的培训效果评价[J]. 中国全科医学,2011,14(4):358-360.
 [3] 张巧英,吴宗辉,陈杰,等. 重庆市北碚区社区居民健康现状调查[J]. 中国全科医学,2012,15(27):3153-3156.
 [4] 郭欣,王克安. 健康素养研究进展[J]. 中国健康教育,2005,21(8):590-593.
 [5] 李建华,刘晓红,蓝勤. 赣州市章贡区居民健康知识需求及获取途径调查[J]. 赣南医学院学报,2011,31(1):78-

80.

- [6] 周桂芬,林冠雄. 奉化市居民健康知识知晓率调查[J]. 浙江预防医学,2011,23(2):76-78.
- [7] 孙浩林,傅华. 健康素养的涵义研究现状[J]. 中国慢性病预防与控制,2011,19(3):323-326.
- [8] 陈倩,谢华,彭明辉,等. 上海社区卫生服务人员健康教育

的培训效果评价[J]. 中国全科医学,2011,14(4):358-360.

- [9] 庞婷,张瑾. 国内城市社区健康教育和健康促进研究[J]. 医学与哲学,2007,28(2A):29-30.

(收稿日期:2013-09-08 修回日期:2014-01-03)

军队医学院校教学评价工作回顾与新一轮思考

黄继东,赵先柱

(第三军医大学,重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.17.051

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)17-2240-02

教学评价即教学工作评价,是对高校教学工作状态和水平进行的综合性质量评估活动,是提高和保障高等教育质量的必要措施。军队医学院校教学评价工作是根据国家和教育主管部门政策法规的要求,在充分研究跟踪和学习借鉴国内外高等教育评价理论与实践的基础上,在军队教育主管部门主导下稳步推进和实施的,其发展过程大致经历了3个阶段:(1)论证试点阶段,时间为1986~2001年。1986年6月,中央军委颁布了《关于军队院校教育改革的决定》,明确提出要逐步建立教育评估制度,要对全军院校开展教学评价研究工作,自此开始了连续10年的跟踪研究和论证;(2)完善成熟阶段,时间为2002~2005年。军队相关教育管理机构在前期试点基础上,进一步修订和完善了各类院校的教学评价指标体系,发布了5种评价方案,形成了比较完善的评价指标体系。2004年11月,总参谋部根据《普通高等学校教育评估暂行规定》正式颁布了《中国人民解放军院校教学工作评价规定》,这是教学评价工作正规化和法制化的重要标志^[2];(3)全面推广阶段,时间为2006年至今。根据军队教育主管部门提出的总体部署,军队院校全面普评阶段在2006年正式启动,并计划于2010年前完成此项工作。全军医学院校在此时期陆续参加了教学评价工作。2007年,第二军医大学作为第一家医学院校参加了教学评价。2011年,全军医学院校教学评价工作结束。

1 军队医学院校教学评价工作的特点

军队医学院校作为高等教育的特殊类型有其自身的特色,因此军队医学院校教学评价工作也表现出鲜明的特点:(1)评价工作严格按照法律法规的要求,力求规范军队医学院校的办学行为。第一轮军队院校教学评价工作的开展着力规范军队医学院校的办学行为,强调军队医学院校要始终贯彻军委总部的指示要求和办学指导方针,认真落实法律法规,在目标选择、标准确立和评价工作的组织实施上都严格以政策法规为依据,具有极强的导向性和规范性。在评价工作的开展实施中,秉承公正公平的原则,严格组织,程序规范、有序,并不断完善标准,真正促使军队医学院校严格按照政策法规,立足本校实际积极开展内部改革和建设,规范人才培养的各个环节,推动教学工作有序、合理运行。(2)以评促建,加大投入力度。首轮评价工作的原则为“以评促建、以评促改、评建结合、重在建设”。以评促建是整个原则的核心和精髓,是对评价工作目的的诠释。为了达到以评促建的目的,第一轮教学评价工作把有关教学工作

顺利开展的软硬件作为评价指标,适度增加其权重,力求促使医学院校自身进行经费筹集、上级主管部门加大经费投入力度,真正实现办学条件改善,提高人才培养的质量。(3)查缺补漏,克服短板。军队建设的实际要求军队医学院校培养不同层次和不同类型的军事医学人才,因此评价标准的制定就以满足各层次和各类型教学需要为基准,而且在评价工作过程中着重考量最短处,引导军队医学院校内部的均衡发展,提升办学层次。(4)注重过程性评价,把教学状态作为重要的权衡指标。教学状态的优劣程度关系到教学质量的好坏。第一轮教学评价工作把工作重点放在了对教学状态的评价之上,关注师资队伍现状、学科建设水平、课程体系、教学管理、学生的学业成绩等。因此,在评价工作中,较少考虑此种状态产生的原因,而是通过发挥其导向作用,力求改变现状,真正实现医学院校教学工作水平的提高。(5)有一个紧贴实际、系统配套、指导性强的评价方案。评价方案是开展评价工作的基础,也是医学院校开展整改建设的依据。我军医学院校教学评价方案的制定充分借鉴了地方医学院校本科评估方案,同时兼顾军队医学院校的办学实际。经过不断的探索和研究,总计制定了针对性强的评价方案。评价方案以军事医学教育特点和规律为基础,而且在评价实践中进行了不断的充实和完善,力求方案更加贴近实际。(6)有一套科学规范、务实高效、严谨细致的组织模式。评价工作的组织模式关乎评价工作的客观公正性。我军在教学评价实践中逐渐摸索出了一套贴合军队医学院校特色的评价模式,以《军队院校教学工作评价规范》为依据,教学评价工作开展得井然有序。为了保证评价客观性和公正性,对评价工作提出了严格的纪律要求并严格落实,确保了评价工作有序开展和结论的客观性。

2 军队医学院校首轮教学评价的成效

军队医学院校教学评价工作取得了丰硕成果,进一步促进了医学院校改革,加快了医学院校建设与发展,给医学院校带来了巨大的变化。

2.1 引导军队医学院校明确办学理念 首轮教学评价对军队院校办学定位、办学思路、办学水平等方面进行了综合评估,进一步推动了院校理清办学理念,转变教育思想,更新改革思路,突出办学传统和优势特色,切实保证人才培养的根本地位和教学工作的中心地位,重视人才培养质量和提高了办学水平。

2.2 促使医学院校重视本科教学质量和改善教学条件 首轮