

带教效果显著。实习生满意度调查表显示,观察组学生满意度明显高于对照组。

3.4 护理人才的培养 “以学生为中心”使得教师和学生的关系更为融洽,为护理人才的培养提供了必要的前提条件。完善的教学评价体系,能及时发现师生存在的问题,让师生充分认识自我,充分调动双方的主观能动性,达到以评促学,以评促改,以评促进,教学相长^[9]。不断完善师资队伍建设和素质的提升,提高教学质量,实现教学双赢。确保了为社会培养出一批优秀的复合型护理人才,填补了人力资源的缺失。

3.5 请假率降低 传统的带教方式往往会促使学生以各种理由请假或旷工,而新型的带教模式下的请假制度,迎合了护生请假的需求,但又保证了实习的时间。利用休息时间补假,又从某种程度上遏制了请假,保证了带教工作的扎实推进。

随着社会对护理人员的高标准的需求,使得护理带教工作也面临巨大的挑战。传统“填鸭式”的带教模式下,学生容易对学习产生厌倦和叛逆的心理,进而在实习的中后期就会以各种理由请假,严重影响了实习工作的开展。将“以学生为中心”的教育理念运用到临床护理教学管理工作中,转变教师和学生的理念,能充分调动学生学习的积极性,提高临床护理教学效果。

参考文献:

[1] 韩立福.当代国际教育教学模式导读[M].北京:首都师·医学教育·

范大学出版社,2006:86.

- [2] 周霞.人本主义理论在护理教育中应用[J].按摩与康复医学,2011,2(17):207.
- [3] 郑文杰.请假制度管理在临床护理带教中的应用效果分析[J].中国实用护理杂志,2010,26(1):75.
- [4] Bermúdez-García A, Mary-Arcinieqa C. Team based-learning(TBL) as a primary strategy for the development of generic competences in medical students; the peruvian case [J]. Med Teach, 2011, 33(10): 862-867.
- [5] 颜家珍,王智彪.树立以学生为中心的理念、改革教育方式与教学方法[J].中华医学教育探索杂志,2011,10(1): 75-77.
- [6] 李银鲜,阎海花.柔性管理在临床护实习带教中的应用[J].护理研究,2010,24(12B):3286.
- [7] 朱茂芳.三级教学医院护理实习生分层次带教方法及效果研究[J].护理实践与研究,2013,10(2):110-112.
- [8] 傅圆圆.以学生为中心的见习模式对护生批判性思维能力的影 响[J].健康研究,2012,29(3)476-479.
- [9] 曾美文,郑秀先.评教评学模式在临床带教促进教学相长中的作用[J].中华护理教育,2011,8(4):165.

(收稿日期:2013-12-31 修回日期:2014-02-28)

医师资格实践技能考试中医类考生答题出错分析与医学教育反思

苏绪林,陈 琮[△]

(重庆三峡医药高等专科学校教务处,重庆万州 404020)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.17.056

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)17-2249-03

医师资格考试是行业准入性考试,医学毕业生在完成1年的临床实践后方能参加,其权威性强,能较好地测试考生的水平。医师资格考试分为两级四类,即医师和助理医师两级;每级分为临床、中医(包括中医、民族医、中西医结合)、口腔、公共卫生四类。考试步骤为先参加实践技能考试,成绩合格后方可参加医学综合笔试。

实践技能考试由国家统一命题,由经过规范化培训考官在当地考点的组织下进行分站式实操考试。考生的考试成绩,既反映了考生的水平^[1],也反映了医学教育的水平,还反映了继续医学教育及临床工作对考生技能和学识水平的影响。医师资格考试是医学教育质量的检测标准之一,对医学教育具有导向作用^[2],在深化医学教育改革时,应与医师资格考试相结合^[3]。尤其是成绩不合格考生在考试中反映出来的问题,应引起医学教育工作者的反思。

1 资料与方法

1.1 一般资料 某年万州考点考生成绩数据库。中医类实际有1 054名考生参考,其中228名考生成绩不合格(<60分),不合格率为21.6%。成绩不合格考生类别结构为:有规定学历中医执业医师(代码为140,以下均用代码^[1])10人,占4.4%;有规定学历中医执业助理医师(240)64人,占28.1%;

中西医结合执业医师(150)1人,占0.4%;中西医结合执业助理医师(250)124人,占54.4%;师承和确有专长中医执业医师(340)7人,占3.1%;师承和确有专长中医执业助理医师(440)22人,占9.6%。

1.2 方法 一是从考生的学历层次结构、毕业院校和工作单位等方面,分析成绩不合格考生的分布情况,比较不同来源考生所掌握的实践技能差异;二是对实践技能考试的3类14个项目答题情况进行统计,分析考生所掌握的实践技能存在的突出问题,为医学教育提供有益借鉴。

1.3 统计学处理 在ACCESS数据库中按统计要求进行分类筛选,需统计数据采用SPSS16.0软件包处理,进行相关分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 考生的工作单位、学历层次、毕业学校不同,成绩不合格率有显著性差异。来自乡村和个体诊所的考生不合格率较高,其中个体诊所的考生不合格率最高,达27.4%(见表1);学历层次较低的考生不合格率较高,其中无规定学历的考生(340和440)不合格率最高,为37%(见表2);跟师学徒、中专学校与高校的毕业生合格率有显著性差异,其中跟师学徒者不合格率最高,达35.8%,见表3。

表 1 按工作单位比较成绩不合格率

工作单位	合格人数	不合格人数	总人数	不合格率(%)
县级以上医院	134	19	153	12.4
乡镇卫生院	491	135	626	21.6
村级卫生室、所	116	42	158	26.6
个体诊所	85	32	117	27.4

表 2 按学历层次比较成绩不合格率

学历层次	合格人数	不合格人数	总人数	不合格率(%)
本科	8	1	9	11.1
大专	87	7	94	7.4
中专	680	190	870	21.8
无规定学历	51	30	81	37.0

表 3 按毕业学校比较成绩不合格率

毕业学校	合格人数	不合格人数	总人数	不合格率(%)
样本中医药高校	53	6	59	10.2
样本中医药中专校	569	149	718	20.8
样本中专卫生校一	82	22	104	21.2
样本中专卫生校二	23	9	32	28.1
跟师学徒	52	29	81	35.8
其他	47	13	60	21.7

样本院校系考生比较集中的四所院校。

表 4 228 名成绩不合格考生各项成绩的不合格率(%)

考试项	140 和 240	150 和 250	340 和 440
1.1 主诉	54.1	66.1	82.8
1.2 现病史	17.6	18.5	48.3
1.3 既往史等	0	1.6	0
1.4 体格检查	8.1	18.5	6.9
1.5 辨病辨证依据	39.2	52.4	55.2
1.6 西医诊断依据	29.7	67.7	13.8
1.7 入院诊断	33.8	53.2	34.5
1.8 治法	21.6	33.1	27.6
1.9 选方用药	39.2	47.6	31.0
1.10 病历书写	36.5	57.3	82.8
2.1 中医基本操作	33.8	37.1	37.9
2.2 体格检查操作	48.6	62.1	69.0
3.1 临床答辩	59.5	57.3	75.9
3.2 病史采集	67.6	66.9	55.2

不合格率计算方法为:某类某项成绩不合格人数÷该类考生不合格总人数×100%。某项成绩不合格指该生该项成绩不及评分标准的60%。1类为第一站考项,2类为第二站考项,3类为第三站考项。

2.2 成绩不合格考生实践技能水平较差。从 228 名成绩不合格考生的各项成绩来看,考生实践技能水平较差,问题比较突

出。答题最突出的问题是归纳主诉、辨病辨证依据、基本技能操作、体格检查、临床答辩和病史采集等问题。140 和 240 两类考生,50%以上的病史采集,归纳主诉不合格;150 和 250 两类考生,60%以上的西医诊断依据、归纳主诉、病史采集均不合格;340 和 440 两类考生,70%左右的归纳主诉、体格检查、临床答辩不合格。详见表 4、5。

表 5 成绩不合格考生各站分布比例(%)

考站	140 和 240	150 和 250	340 和 440
第一站	20.3	30.6	17.2
第二站	47.3	52.4	55.2
第三站	63.5	76.6	75.9

计算方法为:某类某站成绩不合格人数÷该类考生不合格总人数×100%。某站成绩不合格指该生该站总成绩不及评分标准的60%。

3 讨论

3.1 存在的问题 (1)基础知识薄弱,基本技能较差。在写病历时,归纳主诉的能力普遍较差,不合格率占 50%以上,所归纳的主诉要点不全、重点不突出、不能导出第一诊断,更有甚者原样照抄病历资料上的症状和体征。考生缺乏对疾病的整体认识,辨病辨证的能力差,不合格率达 40%以上;在临床答辩时,有 60%左右的考生不能正确回答关于一些常见病证的问题;有近 60%的考生病史采集的能力较差,不能围绕主诉通过问诊收集病情资料。考生对中医、西医的常规诊疗技能未完全掌握,这体现在 30%以上的考生基本技能操作不合格。常见的问题是舌诊、脉诊、针刺、灸法、推拿手法等中医技能不能正确操作,有的考生甚至不知道脉诊的三关,不会用毫针。有 50%的考生体格检查不合格,未掌握听诊、叩诊、触诊、无菌术等西医基本技能,考试时反映出部分考生不会叩诊等操作,更有甚者不知道判断生命体征的方法。本考点出现的问题,反映出许多共性问题,在全国各地考点或多或少都存在^[4-6]。(2)缺少再学习的环境,继续教育和规范化培训力度不够。由于大部份考生在基层医疗卫生单位工作,有的还是个体诊所,所以考生继续学习的机会较少,缺乏相互间的交流学习,更缺乏像条件好的医院那样的规范化分级管理和查房制度,这极不利于诊疗技术的巩固和提高。正如有的考生所言,“平时根本没这样做”、“原来会操作,现在已经忘了”。这说明,部分考生平时工作时没有规范化诊疗,给患者看病时,只是头痛医头,脚痛医脚,时间久了,就疏于对疾病的系统诊疗,所以就有 50%以上考生体格检查不合格,有近 60%考生病史采集不合格。表 1 就显示了来自条件越差的医疗单位,不合格率越高,如来自个体诊所的考生,不合格率达 27.4%。造成上述问题的原因,除了考生自身原因以外,还存在着继续医学教育的力度不够,对其管理不严等问题。因为在这些基层医疗卫生单位,除自学外,学习的机会少,约束力差,特别是跟师学徒者,更需要进行系统学习。

3.2 几点建议 (1)校院合作把好医学教育质量关,扎实医学学生的基本功。考生的实践技能水平较差,除了考生遗忘等因素外,更多的原因是学校学习没有学到规范而扎实的实践技能,在医院实习、工作时规范化培训不到位。考生的成绩与在校期间的专业成绩呈现出正相关^[7-8],所以医学院校一方面要重视“三基”并强调理论与实践的密切结合、重视医学知识的综

合应用、重视临床实践能力,另一方面又要避免陷入“应试教育”^[9]。医学院校应按照临床医学工作的基本能力要求,纳入医师准入标准,加大教学改革力度,细化实践技能项目,规范操作技术,强化技能考核。如莫春梅等^[10]结合执业医师改革探索《中医内科学》改革,聂景蓉等^[11]探索《诊断学》改革,以及文献^[11-13]探索《针灸学》改革等值得借鉴。医院在学生实习阶段,应结合临床进一步规范和强化学生的实践能力,注意培养学生的整体观念和辩证论治的能力,强化全面系统规范诊疗的意识,尽量避免以点代面,减少漏诊误诊。同时,对刚参加工作的医学毕业生应实施规范化培训。(2)卫生行政部门要健全继续医学教育机制,促进基层医生诊疗水平的提高。要健全继续医学教育机制,加强对农村社区医生的继续教育力度,为基层医疗工作者创造学习提高的机会,如举办培训班和学术交流会等。对跟师学徒者,有必要专门为他们举办学习班,加强“三基”培训,并鼓励其参加学历达标学习,使他们在继承专长的同时,也能规范处理常见病证^[14]。同时,有关部门也要加大对基层医疗机构的监督管理力度,对医务工作者定期进行技术考核或考评,对不符合要求的进行停业整顿,以促进医务人员技术水平的提高。(3)考生要重视医师资格考试,认真复习全面提高技能水平。医师资格考试的主要目的是检测考生的真实水平,促进医师诊疗技术的提高。考试的要求是入门水平、基本要求,但要全面考核。考生要将考试和学习有机地结合起来,要明白学习才是目的,考试只是检测学习效果的一种手段。在复习时,要全面系统,查漏补缺,将自己的知识进行系统化,进一步规范各项诊疗技能,努力提高防病治病的能力。当然,考生也要对考试的内容、方式有所了解,这样才能有的放矢,有针对性地学习提高,并减少失误。考生也可以参加相应的培训班,在有经验的老师系统讲解下进行学习。相信考生通过努力,定能顺利通过考试,早日担负起“健康所系,性命相托”的重任。

参考文献:

[1] 孙鹏,郭永松.对国家医师资格考试通过者与未通过者的

比较研究[J].中国高等医学教育,2010,10(2):4-5.

- [2] 王江红,冯攀.论医师资格考试制度发展趋势对医学教育的导向作用[J].中国卫生法制,2009,17(3):20-23.
- [3] 袁晖,雷军.医学教育改革应适应国家执业资格要求——基于四川省卫生人才建设规划和高等医学教育现状的研究[J].中国卫生事业管理,2012,29(7):529-531.
- [4] 刘子兰,师会军.医师资格考试情况分析[J].中国病案,2012,13(4):35-36.
- [5] 郭永松,孙鹏.对国家医师资格考试情况的抽样调查与分析[J].中国高等医学教育,2010,10(2):1-3+5.
- [6] 周家俊,司徒夏昊,周圆,等.2009年上海地区具有规定学历中医医师资格实践技能考试试卷及成绩分析[J].中西医结合学报,2011,9(7):804-807.
- [7] 林鸿程,陈俊虎,梁馨云,等.临床执业医师资格考试专业成绩与在校成绩相关分析[J].重庆医学,2013,42(17):2044-2046.
- [8] 石云霞,毛广运,余清,等.临床医师资格考试成绩比较分析[J].中国高等医学教育,2011,11(1):34-35+51.
- [9] 戴伯军.医学院校应对执业医师资格考试策略分析[J].解放军医院管理杂志,2010,17(4):392-393.
- [10] 莫春梅,史伟,荣震,等.《中医内科学》毕业考核方案的探索与实践[J].湖南中医杂志,2013,26(5):101-102.
- [11] 聂景蓉,文诗琪,杨丽洁,等.结合执业医师资格考试探索诊断学教学改革[J].卫生职业教育,2011,29(13):49-50.
- [12] 邹燕齐,黄泳.基于中医、中西医执业医师资格考试优化针灸学教学内容[J].卫生职业教育,2013,31(6):60-62.
- [13] 苏绪林,谭工,王家陟,等.高职高专针灸推拿实践教学模式的创新与实践[J].中医教育,2010,29(4):70-72.
- [14] 刘剑锋,宋歌.民间中医药从业人员行医资格政策探讨[J].中国中医药信息杂志,2012,19(9):3-5.

(收稿日期:2013-12-08 修回日期:2014-02-22)

(上接第 2233 页)

- [J]. Medical Oncology,2013,30(2):1-11.
- [27] Arnesen T, Gromyko D, Horvli O, et al. Expression of N acetyltransferase human and human Arrest defective 1 proteins in thyroid neoplasms[J]. Thyroid,2005,15(10):1131-1136.
- [28] Ren T, Jiang B, Jin G, et al. Generation of novel monoclonal antibodies and their application for detecting ARD1 expression in colorectal cancer[J]. Cancer letters,2008,264(1):83-92.
- [29] Arnesen T, Kong X, Evjenth R, et al. Interaction between HIF-1 α (ODD) and hARD1 does not induce acetylation and destabilization of HIF-1 α [J]. FEBS Lett,2005,579(28):6428-6432.
- [30] 白松,邵佳发,王维琦,等. hARD1 在人大肠腺癌中的表达及与肿瘤分化的相关性[J]. 世界华人消化杂志,2011,19(15):1585-1590.

- [31] Midorikawa Y, Tsutsumi S, Taniguchi H, et al. Identification of genes associated with dedifferentiation of hepatocellular carcinoma with expression profiling analysis[J]. Jpn J Cancer Res,2002,93(6):636-643.
- [32] Wang Z, Wang Z, Guo J, et al. Inactivation of androgen-induced regulator ARD1 inhibits androgen receptor acetylation and prostate tumorigenesis[J]. Proc Natl Acad Sci U S A,2012,109(8):3053-3058.
- [33] Foyn H, Jones JE, Lewallen D, et al. Design, Synthesis, and Kinetic Characterization of Protein N-Terminal Acetyltransferase Inhibitors[J]. ACS Chem Biol,2013,8(6):1121-1127.
- [34] Arnesen T, Thompson PR, Varhaug JE, et al. The protein acetyltransferase ARD1: a novel cancer drug target [J]. Curr Cancer Drug Targets,2008,8(7):545-553.

(收稿日期:2013-11-16 修回日期:2014-01-02)