

• 调查报告 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.23.026

农村医生岗位职业能力调查分析*

张冬青, 何坪[△], 邓宇

(重庆医药高等专科学校, 重庆 401331)

摘要:目的 了解中国农村医生岗位工作职业能力现状,为专科层次临床医学教育改革提供科学参考建议。方法 从全国 7 个省(直辖市)分层抽取 86 个农村基层卫生机构,采用自制问卷调查被抽取机构中的 1 245 名农村医生。结果 被调查医生熟悉工作环境,与同事之间协调沟通较好,基本能胜任目前工作岗位;但临床诊疗技术水平和医疗仪器的使用操作能力不强,医患关系不理想。结论 不能正确使用诊疗设备和诊疗技术薄弱严重影响其服务质量,不理想的医患关系影响其服务效果。提示专科层次临床医学专业教育中应加强对学生临床诊疗技术、基本操作技能和医患关系的沟通技巧的培养。

关键词:农村医生;全科医生;职业能力

中图分类号:R192.3

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2014)23-3048-03

Professional ability of rural doctors in our country*

Zhang Dongqing, He Ping[△], Deng Yu

(Chongqing Pharmaceutical College, Chongqing 401331, China)

Abstract: Objective To learn the professional ability of rural doctors in our country, to provide scientific reference for educational reform of junior-college clinical medicine. **Methods** A self-made questionnaire was performed in 1 245 rural doctors from 86 rural grassroots health institutions in 7 provinces (municipalities) of our country. **Results** The rural doctors were familiar with working environment, coordinated and communicated well with colleagues, basic competence at work. But their clinical diagnosis-treatment technology and operational capability of medical equipments were not strong. The doctor-patient relationship was not so good. **Conclusion** Not the proper use of medical equipment and treatment technology of weak seriously affected the quality of service. Not ideal doctor-patient relationship influenced the service effect. It was suggested that college of clinical medical professional education should enhance the cultivation of students' clinical diagnosis technology, basic operational skills and communication skills between doctors and patients.

Key words: rural doctor; general practitioner; vocational ability

改革开放以来,中国的医疗卫生事业取得了较快发展,农村卫生人才在卫生事业改革中发挥了不可替代的作用。但是,目前现有的农村卫生人才队伍,无论是从数量上还是质量上均不能满足日益增加的农民群众的卫生服务需求^[1]。同样,目前的医学教育现状难以适应农村的卫生事业发展需求^[2],因此,研究目前中国农村医生的职业能力是否具备和能否胜任其工作岗位是专科层次的医学教育改革研究的重要内容。为此,作者在全国 7 个省(直辖市)分层抽取 86 个农村基层卫生机构,采用自制问卷调查了 1 245 名农村医师,深入分析了中国农村全科医师岗位职业能力,以此为专科层次医学教育教学改革提供必要依据。

1 调查对象与方法

1.1 抽样 在 7 个省(直辖市)(贵州、河南、湖南、江西、重庆、天津、云南)抽 2 个地区,每 1 个地区按镇、村分层随机抽取 3 个农村基层医疗卫生机构。共抽取 86 个农村基层卫生机构,调查 1 245 名农村医生。各省市调查的卫生机构频次见表 1。

1.2 调查方法 采取自制问卷,调查了解农村医生岗位职业能力情况。调查问卷包括调查对象一般情况(如性别、年龄、健康状况等)、岗位职业能力适应情况调查;其中,岗位适应情况

调查包括对工作环境适应能力调查、人际关系沟通适应能力调查、诊疗技术方面能力调查及仪器设备正确使用方面调查。问卷制定好后,选择专业调查人员进行统一培训;实施预调查,以发现问题、及时修改调查内容;问卷由专家审核后统一实施现场调查。

1.3 统计学处理 调查问卷资料经审核无误后,采用 Epidata3.02 双人双录入计算机,建立数据库,采用 SAS8.2 版本进行数据的统计描述和统计推断。

2 结果

2.1 一般情况调查结果 调查农村医生共 1 245 名,年龄(40.89±11.48)岁,平均工作年限为(19.47±13.95)年;其中,男 835 名,占 67.07%,女 410 名,占 32.93%;学历以中专学历为主,占 65.54%;调查对象中健康状况良好者占 91.72%,调查对象中 758 名来自村卫生室,占 60.88%,487 名来自乡镇卫生院,占 39.12%(表 2)。来自乡镇卫生院的 487 名调查对象中,其科室分布相对比较平衡,但以内科为多,占 26.90%(表 3)。调查对象所取得的资格证书统计情况可看出,现有的基层农村医生队伍中,各类医生资格证书的持有者比较低,尤其是全科医师岗位培训证书持有比例仅为 7.79%,且 7.95%的调

* 基金项目:教育部人文社科规划基金项目:西部地区农村全科医师培养模式与课程体系的研究(12YJA880042);美国中华医学基金会(CBM)资助项目:农村医师工作任务与职业能力;重庆市卫生局重点项目:“3+2”全科医学人才培养模式的整体设计与衔接机制研究(2013-1-048);重庆市高等教育教学改革重大项目:“3+2”全科医学人才培养模式的整体设计与衔接机制研究与实践(131016)。作者简介:张冬青(1983-),讲师,硕士,主要从事医学教育研究。△ 通讯作者, Tel:13808341617; E-mail:heping1229@163.com。

查对象不具有任何医生资格证书(表 4)。

表 1 各省市的调查卫生机构频数分布

省市	n	百分比(%)
贵州	12	13.95
河南	12	13.95
湖南	13	15.12
江西	7	8.14
重庆	12	13.95
天津	18	20.91
云南	12	13.95
合计	86	100.00

注:江西缺 5 个机构,天津增加 6 个机构,湖南增加 1 个机构。

表 2 1 245 名农村医生基本情况

项目	分组	n(%)
性别	男	835(67.07)
	女	410(32.93)
学历	无(师承方式)	44(3.54)
	中专	816(65.54)
	专科	318(25.54)
	本科	67(5.38)
健康状况	良好	1 142(91.72)
	有慢性病	79(6.35)
	有残疾	24(1.93)
来自医疗机构规模	村卫生室	758(60.88)
	乡镇卫生院	487(39.12)

表 3 487 名农村医生科室构成情况

科室	n(%)
内科	131(26.90)
外科	64(13.14)
妇产科	51(10.47)
儿科	11(2.26)
口腔科	8(1.64)
中医科	29(5.95)
全科	78(16.02)
康复科	9(1.85)
预防保健科	59(12.11)
其他	47(9.65)
合计	487(100.00)

注:其他科室 47 例包括检验科 10 例、麻醉科 18 例、影像科 19 例。

2.2 农村医生岗位职业能力适应情况调查结果 本部分问卷分 4 个调查维度,即工作环境适应能力、人际关系沟通协调能力、诊疗技术能力、仪器设备使用操作能力。其中对研究对象工作环境适应能力调查统计情况(表 5),大部分研究对象对工作环境熟悉或者很熟悉。

对研究对象人际关系沟通协调能力调查统计情况可见,大

部分调查对象与同事之间协调沟通较好或者很好,但与患者医患关系却不十分理想,39.63%的被调查对象表示目前处所的医患关系很紧张或者紧张(不好或者不太好),其中 105 名调查对象(8.43%)曾与患者或者患者家属发生过医疗纠纷。其医疗纠纷产生原因为:技术性原因 66 名,占 62.86%,责任性原因 39 名,占 37.14%(表 6)。

表 4 1 245 名农村医生资格证书统计情况

类别	分组	n(%)
乡村医生证书	有	654(52.53)
	无	591(47.47)
执业医师证书	有	197(15.82)
	无	1 048(84.18)
执业助理医师证书	有	303(24.34)
	无	942(75.66)
全科医师岗位培训证书	有	97(7.79)
	无	1 148(92.21)
其他资格证书	有	99(7.95)
	无	1 146(92.05)

表 5 1 245 名农村医生工作环境熟悉情况调查统计[n(%)]

熟悉程度	居民健康状况	单位规章制度	岗位工作流程
很熟悉	423(34.09)	525(42.41)	543(44.04)
熟悉	676(54.47)	680(54.93)	675(54.74)
不太熟悉	128(10.31)	31(2.5)	14(1.14)
不熟悉	14(1.13)	2(0.16)	1(0.08)
合计	1 241(100.00)	1 238(100.00)	1 233(100.00)

注:表中各调查项目存在少量缺失例数。

表 6 1 245 名农村医生人际关系沟通协调能力调查统计[n(%)]

协调情况	与同事谈话氛围	与同事工作氛围	所处医患关系
很好	565(45.6)	594(48.06)	410(34.42)
好	652(52.62)	630(50.97)	309(25.94)
不太好	21(1.69)	11(0.89)	346(29.05)
不好	1(0.08)	1(0.08)	126(10.58)
合计	1 239(100.00)	1 236(100.00)	1 191(100.00)

注:表中各调查项目存在少量缺失例数。

对研究对象诊疗技术方面能力调查显示,1 159 名(93.09%)调查人员能够(或者很能够)胜任工作岗位;980 名(78.71%)农村医生有进修或者培训经验,进修时间最长 2 160 d(约 6 年),最短 1 d,其进修时间平均为 256 d;1 053 名(84.58%)被调查人员希望得到上级医院进修或培训机会;1104 名(88.67%)调查对象曾向上级医院转诊过患者,向上转诊原因:缺乏诊疗设备为 645 名,占 58.42%;缺乏诊疗技术 431 名,占 39.04%(其中最缺乏诊断技术为 250 名,占 58.01%;最缺乏治疗技术为 165 名,占 38.28%;最缺乏康复技术为 16 名,占 3.71%)以及缺乏诊疗人员 28 名,占 2.54%。

对研究对象常用诊疗仪器设备使用方面情况统计,如表 7

所示,除听诊器、血压计、身高体质量计和血糖仪外,农村医生对其他常规仪器设备能正确使用者所占比例很低。并且进一步调查得知,817 名(65.62%)的被调查者经常使用仪器辅助诊断,另外 428 名(34.38%)偶尔或不使用,笔者调查过程中发现不使用的原因与不能正确使用可能存有一定关系。调查首次为患者测量血压时,1 012 名被调查者选择左或右臂,占 81.29%,仅 233 名被调查者选择双臂,占 18.71%;另外被调查者中仅 596 名以声音消失为准判断舒张压,占 47.87%,提示 50%以上的农村医生连最基本的诊断技术尚未能正确掌握。

表 7 1 245 名农村医生对常用诊疗是否正确使用
调查统计表[n(%)]

仪器设备	能	不能
听诊器	1 194(95.90)	51(4.10)
血压计	1 203(96.63)	42(3.37)
检眼镜	56(4.50)	1 189(95.50)
检耳镜	63(5.06)	1 182(94.94)
供氧设备	298(23.94)	947(76.06)
观片灯	157(12.61)	1 088(87.39)
身高体质量计	575(46.18)	670(53.82)
电动吸引器	117(9.40)	1 128(90.60)
简易手术设备	255(20.48)	990(79.52)
视听力监测工具	86(6.91)	1 159(93.09)
妇科常规检查工具	115(9.24)	1 130(90.76)
心电图机	211(16.95)	1 034(83.05)
超声波设备	90(7.23)	1 155(92.77)
生化分析仪	93(7.47)	1 152(92.53)
血糖仪	505(40.56)	740(59.44)
康复评定及治疗设备	66(5.30)	1 179(94.70)

以上 4 个维度中,将各维度每个条目定量化转为得分值以后,然后将同一维度下的各个条目得分值加权平均计算各个维度的得分总值。结果显示,分值从高至低,分别是工作环境适应能力、诊疗技术能力、人际关系沟通协调能力和仪器设备使用操作能力,见表 8。

表 8 4 个维度总分统计描述(分)

维度	平均得分	标准差	最低分	最高分
工作环境适应能力	78.17	16.61	33.33	100.00
人际关系沟通协调能力	68.78	10.22	25.00	100.00
诊疗技术能力	72.91	13.05	12.54	87.50
仪器设备使用操作能力	30.91	13.24	3.51	91.23

3 讨 论

随着中国农村卫生体制和卫生服务模式的改革、医疗保障制度的改进,农村卫生事业的发展在体制和机制层面对医学教育提出了全新的改革要求,特别是专科层次的医学教育,必须以面向基层为办学定位^[3]。

在农村医生岗位职业能力 4 个维度调查结果可看出,大部分研究对象对工作环境熟悉,也能与同事之间做到较好地协调

沟通,但仍有一部分农村医生与患者之间的医患关系却不十分理想甚至紧张,其中 10.71%的人员近 1 年曾与患者或者患者家属发生过医疗纠纷,人际交往、与人沟通能力在学校培养中应引起重视。人文素质的培养可在学校教育教学中增设“医学伦理学、卫生法规学、人际沟通学”等人文课程,充分利用第二课堂和选修课,在专业课程的讲授和实习阶段融入人文社科的思想和思维方式,将人文教育贯穿整个医学教育的始终。

虽然所调查的农村医生总体上能胜任目前的工作岗位,但相当比例研究对象上转过患者,主要原因是缺乏诊疗设备及缺乏诊疗技术(尤其是缺乏诊断技术和治疗技术),设备缺陷及诊疗技术的缺陷限制了农村医生提供医疗服务的质量,特别是他们不能正确使用常规仪器设备;诊疗技术原因也是医疗纠纷和医患关系不良的主要因素,这些都充分说明目前农村医生在临床诊疗技术上存在一定的局限性,这也从大部分调查对象都盼望到上级医院进修或者培训的意愿上得到体现。提高临床诊疗技术是作为医生最关键的要素,学校教育很大程度上决定了医生临床诊疗技术水平。因此,要想在专科层次医学教育中打好临床诊疗技术的基础就不能仅是将本科的知识体系简单地压缩到 3 年的专科教育中来,而是对课程体系进行优化整合,将基础课程和临床课程进行多课程融合,打破学科界限;将临床专业理论与实践教学紧密结合,培养学生的动手能力。制订的人才培养方案要切实适应农村卫生服务的岗位需要,培养适应农村医疗卫生事业发展需要的实用型医学人才^[4]。增设适合农村工作实际的“营养与保健、康复医学、预防医学、中医学、全科医学、农村社区常见疾病防治与管理”等课程;重点加强对农村常见病、多发病、慢性病、传染病和人畜共患病的防治以及院前急救的基本知识和基本技能的培养^[5];了解护理学的基本知识,掌握其基本技能^[6]。在学生实习期间,要将常见病、多发病防治和公共卫生服务设为主要实习内容。这些方面的改进都可以在一定程度上提高农村医生的临床诊疗技术水平。

调查结果中不能正确使用常规仪器设备的医生比例较高,而且相当比例的农村医生连最基本的诊断技术尚未能正确掌握,如测血压、看眼底等。这就要求在学校的理论学习中明确常用仪器设备的适用范围、在临床工作中的作用和仪器检测结果的意义;在实验课和实习期间重视学生动手操作能力的培养,特别是农村医疗工作常用仪器设备的正确使用。

根据以上分析,作者认为,要成为能满足日益增加的农民群众健康需求的农村医生应具备 3 方面的职业能力^[7-9]:(1)个人能力,特别是自我学习、终身学习的能力,以及在工作中不断总结、发现问题、解决问题的能力,从而逐步提高个人素养。(2)社会能力,在农村、社区这样的基层工作中,与同事、患者交往的沟通能力,团队协作能力显得尤为重要。(3)专业能力,基层医疗工作覆盖面较广,要求农村医生较好掌握疾病诊治、预防、保健等各项医疗卫生服务的专业知识,按全科医师标准进行培训,加强其临床诊疗技术和基本技能操作能力的培养。特别是急诊急救处理能力,常见病、多发病和慢性病的诊治能力,基本医疗设备正确使用能力,中医相关知识及操作能力和公共卫生服务能力。以上 3 方面能力的培养对中国专科层次医学教育提出了新的要求。

参考文献:

- [1] 蒋健敏,朱炜,孙政,等.对当前农村卫生队伍建设的分析与思考[J].中国卫生经济,2009,28(2):32-34.
- [2] 曲波.发挥医学教育在培养农村适用型(下转第 3054 页)

严重过敏反应^[7-8]。这可能与大环内酯类的 DDDs 排序靠前有关,其中克拉霉素片在前 2 年均排序第 1 位,而阿奇霉素肠溶片的排序则逐年增加,反映出临床医生对该类药物选择的变化。喹诺酮类与硝基咪唑类总体呈下降趋势,这与严格控制喹诺酮类药物临床应用,在抗菌药品调整中逐渐减少该类药物的数量有关。2009~2011 年重庆地区 34 家医院的调查也显示,喹诺酮类药物的应用呈下降趋势^[9]。硝基咪唑类在临床主要用于各种需氧菌与厌氧菌的混合感染,其在临床选择倾向的降低可能与头孢西丁的 DDDs 增加有关。抗真菌药物的 DDDs 逐年呈增加趋势,与该类药物销售金额反应一致,表明由真菌导致感染的患者人数在逐渐增加。近年来,随着广谱抗生素、免疫抑制剂、糖皮质激素和化疗药物的应用,真菌等条件致病菌导致的感染增加^[10-11]。提示临床需进一步加强合理用药,避免机会性感染。根据《抗菌药物临床应用指导原则》对抗菌药物分级管理的要求,亚胺培南西司他丁、氨曲南均属于特殊使用级抗菌药物。以亚胺培南为代表的碳青霉烯类为抗菌谱最广、抗菌活性最强的 β -内酰胺类抗菌药物,具有对 β -内酰胺酶稳定的特点,其对革兰阴性菌保持很高的敏感性^[12]。2011 年其他 β -内酰胺类药物的销售金额与 DDDs 均出现较大增长,可能与耐药菌增加有关,也反映出本院特殊使用级抗菌药物临床应用出现异常现象。通过及时调整、完善特殊使用级抗菌药物临床应用管理制度,严格用药权限设置以及加强临床用药宣传和培训力度等,该类药物的 DDDs 迅速降低,表明本院特殊使用级抗菌药物的临床应用更加规范和严格。

2012~2013 年哌拉西林他唑巴坦、头孢替安、头孢唑肟和头孢西丁的 DDC 变化不大,其 DDC 与销售金额排名靠前一,各药物的 DDDs 与排名第 1 位的大环内酯类相差较大,说明上述药物的使用频率虽不及大环内酯类,但价格相对较高,在一定程度上增加了患者的医疗负担。2011~2013 年头孢呋辛的 DDC 分别为 15.37、59.41 和 68.06,其逐年增加也表明临床医生倾向于选择价格较高的品种。2010~2013 年头孢他啶、头孢克肟胶囊的 DDC 分别为 73.10、54.13、44.56、102.20 和 36.14、29.70、27.85、67.33,两药的 DDC 均出现了明显的波动,与其销售金额的变化一致,表明与药品价格变化有关。其余抗菌药物的 DDC 呈稳中有降的趋势,说明随着国家医疗改革的实施和药品价格的调整,对缓解患者医疗负担起到了积极作用。

近年来针对临床分离细菌的耐药性监测显示,耐药情况较发达国家严重^[13-14]。因此,通过对本院 2010~2013 年抗菌药物的销售金额、DDD_s 和 DDC 进行统计分析,可使医院充分了

解抗菌药物的使用情况,为医院管理提供数据参考。

参考文献:

- [1] 钟国冬,屠建华. 我院 2006-2009 年抗菌药物应用分析[J]. 中国药房,2010,21(18):1653-1655.
- [2] 陈新谦,金有豫,汤光. 新编药理学[M]. 17 版. 北京:人民卫生出版社,2011:34-134.
- [3] 林梅玉,魏红敏. 2007~2009 年抗菌药物应用分析[J]. 中国医院用药评价与分析,2011,11(3):210-213.
- [4] 张婧,杜慧雪,王金华,等. 2008~2010 年哈尔滨医科大学附属第一医院抗菌药物应用分析[J]. 中国医院用药评价与分析,2011,11(11):984-987.
- [5] 支文煜,张桂芬,魏菊红. 2007~2010 年常熟市第一人民医院抗菌药物分析[J]. 中国医院用药评价与分析,2011,11(11):999-1003.
- [6] 杜德才,周书明,沈爱宗,等. 医院抗菌药物使用强度分析[J]. 中华医院感染杂志,2010,20(6):848-851.
- [7] 郑佩毅,陈彤彤,刘莉. 我院抗菌药物分析[J]. 中国医院用药与评价分析,2008,8(2):110-112.
- [8] 姚晓英,张永信. 大环内酯类抗生素的发展和研究近况[J]. 上海医药,2011,32(7):319-321.
- [9] 姚高琼,杨佳丹,陈庆宪. 重庆地区 34 家医院 2009~2011 年氟喹诺酮类药物利用分析[J]. 中国药房,2013,24(30):2809-2812.
- [10] 郭宏明,毛静怡,孙春茗. 我院 2007~2009 年特殊使用抗菌药物应用分析[J]. 中国药房,2011,22(2):108-111.
- [11] 裴蕾,黄小容. 2011 年遵义医学院附属医院院内感染病原菌分布及耐药性分析[J]. 中国病原微生物杂志,2013(8)5:459-461.
- [12] 张波,张晓兵,龚雅莉,等. 4262 株医院感染病原菌的分布及耐药性分析[J]. 中华医院感染学杂志,2008,18(3):418-421.
- [13] 肖永红,沈萍,魏泽庆,等. Mohnarin2011 年度全国细菌耐药监测[J]. 中华医院感染杂志,2012,22(22):4946-4952.
- [14] 肖永红,沈萍,魏泽庆,等. Mohnarin2010 年度全国细菌耐药监测[J]. 中华医院感染杂志,2011,21(23):4896-4902.

(收稿日期:2014-01-06 修回日期:2014-03-10)

(上接第 3050 页)

- [1] 卫生人才的作用[J]. 中华医院管理杂志,2008,24(11):761-763.
- [3] 蔡红星,吴争鸣,杨汉生. 坚持以服务“三农”为宗旨促进医学教育体制机制创新[J]. 中华医学教育杂志,2012,32(1):34-37.
- [4] 刘学政,高书杰,王小飞. 高等医学院校为农村基层培养卫生人才的思考与对策[J]. 中华医学教育杂志,2011,31(1):40-42.
- [5] 卢东民,张红,沈志坤. “校地共育”农村社区全科医学人才培养模式的构建[J]. 黑龙江高教研究,2011,30(11):125-127.

- [6] 邓卫红,沙碧源,刘星,等. 构建培养实用型医学人才的课程体系[J]. 中华医学教育探索杂志,2011,10(4):392-394.
- [7] 鲍德国,陆远强. 浅谈全科医生基本素养[J]. 全科医学临床与教育,2004,2(3):136-137.
- [8] 谢庆文,吴仁友,施榕. 上海市全科医师岗位培训的回顾和展望[J]. 全科医学教育,2005,8(23):1929-1930.
- [9] 宗文红,王斌,李哲,等. 中法全科医生培训项目对我国全科医生培养的启示[J]. 全科医学教育研究,2011,14(5):1456-1458.

(收稿日期:2014-02-16 修回日期:2014-04-20)