

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.03.049

# 我国健康管理师核心胜任力的研究现状及探讨

王郁<sup>1,2</sup>, 阮满真<sup>1△</sup>

(1. 华中科技大学同济医学院附属协和医院门诊部, 武汉 430022;

2. 重庆医科大学附属第一医院门诊部 400016)

中图分类号: R197.1

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2015)03-0418-03

健康管理师作为一个卫生行业特有的新型职业,受到社会的广泛关注。2007 年国家劳动保障部颁发的《健康管理师职业标准》中将“健康管理师”定义为从事个体或群体健康的监测、分析、评估,以及健康咨询、指导和危险因素干预等工作的专业人员<sup>[1]</sup>。培养一支高质量、高层次、规范化的健康管理师职业队伍是我国当前急需解决的研究课题。建立基于胜任力的健康管理师评价标准,将胜任力模型广泛应用于人才选拔、培训考核、绩效管理等人力资源管理的各个环节,将有着广泛而重要的应用价值。本文通过对卫生领域胜任力研究相关文献的回顾分析,对健康管理师核心胜任力的初级架构提出探讨。

## 1 胜任力和核心胜任力的内涵

1973 年,美国著名心理学家 McClelland 首次提出“胜任力”的概念,并建立了“冰山胜任力”模型,掀起了胜任力研究的热潮,被誉为“胜任力研究之父”。他认为,胜任力是一个组织中绩效优异的员工所具备的能够胜任工作岗位要求的知识、技能、自我认知、特质和动机等个体特征的整合。其中,知识和技能是可以看见的,相对较为表层的、外显的个人特征,漂浮在水上;而自我认知、特质、动机则是个性中较为隐蔽、深层和中心的部分,隐藏在水下,这些内隐特征是决定人们行为表现的关键因素<sup>[2]</sup>。在此基础上,Spencer 于 1993 年给出了一个较完整的定义,即胜任力就是“能将某一工作(或组织、文化)中表现优异者与表现平平者区分开来的个人的潜在的深层次特征,它可以是任何能够被可靠测量或计数的,并且能显著区分优秀绩效和普通绩效的个体特征”<sup>[3]</sup>。胜任力大致分为 3 类:核心胜任力、专科胜任力和管理胜任力。其中核心胜任力是针对某个专业内的每一个从业人员,代表了一个专业最核心的特点和要求,在一定程度上体现了专业面貌和专业文化,无论是高层从业人员还是基层从业人员都必须具备这种类型的胜任力<sup>[4]</sup>。健康管理师的核心胜任力属于职业核心能力,它是一种可迁移的能力,使健康管理师能够迅速适应岗位的变化,顺利进行健康管理活动。

## 2 健康管理师核心胜任力的研究背景及现状

2.1 背景 健康管理理念和实践最早出现在美国,在 20 世纪 80 年代从美国兴起,随后英国、德国、法国和日本等发达国家也积极效仿和实施健康管理。美国开展健康管理研究已经有 30 多年的历史,有 7 700 万人在约 650 个健康管理组织中享受医疗服务,超过 9 000 万人成为优先选择提供者组织(preferred provider organizations, PPO)计划的享用者,这意味着每 10 个美国人就有 7 个享有健康管理服务<sup>[5]</sup>。美国以多元化的方式,围绕健康计划、改善及指导的范畴来进行职业的培养及认

证<sup>[6]</sup>。迄今为止,国外还没有将“健康管理师”作为一门职业来进行认证,中国是第一个将健康管理师列为国家职业,并有专门机构认证的国家。据报道,自 2005 年国家设立健康管理师职业以来,截至 2010 年底,国内健康体检与健康管理服务系统已发展到 5 000 家以上,从事健康管理的相关服务人员达到数十万人。但由于健康管理在中国发展的时间不长,学科理论体系与相关技术方法不够完善,具有中国特色的健康管理创新服务系统和运营模式尚未健全,缺乏系统的技术标准和行业规范<sup>[7]</sup>。虽然,2011 年杭州师范大学已成立了国内首家健康管理学院,但目前从事健康管理师职业的人员主要还是来自临床医学和预防医学机构、体检中心和疾病预防控制中心的医师,还有一些临床护士和社区医生,经过一些健康管理培训机构短期培训和考核,获得健康管理师职业资格证书<sup>[8]</sup>。行业内对健康管理师的从业能力尚未形成规范,再加上各种健康管理培训机构良莠不齐,而造成健康管理的从业人员在知识结构、职业素养与个人潜能上存在不同程度的差异。因此,开展健康管理师胜任力本位评价,研究、构建胜任力模型,对于建立职业发展路径是非常实用的。

2.2 研究现状 目前国内外以健康管理师为主体的核心胜任力的研究甚少,但对卫生领域其他职业,如:医生、护士及公共卫生专业人员核心胜任力的研究较为广泛。如美国毕业后医学教育认证委员会和美国医学专科学校经过多年的研究和实践,确定了美国住院医师培训后需要具备的 6 项核心胜任力,包括:医学知识,患者诊治,人际沟通能力,职业素养,基于实践的学习和改进,基于卫生大系统的实践<sup>[9]</sup>。Palsson 等<sup>[10]</sup>提出欧洲内科医生的 6 项核心胜任力:患者护理,医学知识,沟通技巧,敬业精神、伦理和法律问题,组织策划与服务管理技能,教育与研究。学术与公共卫生实践联系委员会在 2010 年提出公共卫生专业人员必须具备分析、评估技能,政策发展、方案规划能力,沟通技巧,文化能力,实践技能,公共卫生科学技能,财务规划和管理技能,领导能力和系统思考能力 8 个方面的核心能力。Leung<sup>[11]</sup>经过 20 年的研究确定了 8 项护士执业的核心胜任力,包括:评估和干预能力、沟通能力、评判性思维能力、人际交往能力、管理能力、领导能力、教学能力和知识综合能力。近年,我国一些学者也开展了初级临床医师胜任力模型与测量框架研究,提出我国初级临床医师胜任特征模型的结构由问题解决能力、专业态度、有效沟通、关爱品质、操作实践、技能和知识应用 6 个维度构成<sup>[12]</sup>。健康管理师是一门新兴的职业,仅我国的《健康管理师国家职业标准》以职业活动为导向、以职业能力为核心,对健康管理师的工作内容、能力要求和知识水平作了明确规定<sup>[1]</sup>。但《健康管理师国家职业标准》中的这些评价

手段均侧重于知识和专业技能的考核,没有明确提出“核心胜任力”的概念,更没有从内隐和外显两个方面来陈述健康管理师的核心胜任力。行业的高速发展迫切需要对健康管理师的核心胜任力提出进一步的研究和探索。

### 3 我国健康管理师核心胜任力的初级架构探讨

本文以 McClelland 的“冰山胜任力模型”为理论基础,结合我国《健康管理师职业标准》中健康管理师的能力要求,回顾国内外文献对医疗卫生行业人员核心胜任力的研究现状<sup>[1,11-15]</sup>,提炼出健康管理师的核心胜任力由以下 6 个维度构成。

**3.1 职业态度** 职业态度是“冰山胜任力模型”中个体的自我形象、价值观、动机,以及社会角色等内隐特征综合作用外化的结果,是在职业教育中逐步形成、在实践中逐步发展的,是健康管理师从业的前提条件和内驱力。健康管理是一门新兴的产业,职业的要求和专业的发展需要健康管理师拥有正确的职业价值观,良好的职业道德和奉献精神,高昂的工作热情,敬业主动、认真负责、善于学习、敢于创新的职业态度。

**3.2 人际交往能力** 健康管理师工作的对象是广泛的人群,其工作性质本身不仅是一种单纯的技术分析,而且包含了诸多与人交流的环节,要求具有良好的的人际关系和沟通能力,以及社区动员组织协调能力,它是健康管理师开展医疗实践活动的基础。健康管理师需要利用良好的书面和语言表达能力,通过社会网络、媒体、博客等多种途径传播健康信息,定期跟踪和回访,提供健康咨询指导;健康管理师需要灵活运用沟通交流的技巧,与服务对象建立良好的人际关系,获得有价值的健康信息,细心解释诊疗结果,清晰描述干预措施,尽可能地让服务对象参与决策过程,并为他们提供合理选择,以达到对个人或群体的健康行为实施干预,促进健康的目的<sup>[10]</sup>;同时,健康管理师需要与团队其他成员及部门协调合作,更好地发挥个人潜能,互补互助,资源共享,以达到最优工作效率。

**3.3 知识综合能力** 健康管理体制是一种综合的服务模式,服务对象包括健康人群、亚健康(亚临床)人群,以及慢性非传染性疾病早期或康复期人群,提供的是一种临床预防服务,是预防医学和临床医学的结合。健康管理师是知识型技能人才,需要具有广阔的知识基础,掌握学科所涉及的系统知识体系是能力结构中不可或缺的组成部分,主要包括健康管理、临床医学、预防医学、常见慢性非传染性疾病、卫生保健、流行病学,以及医学统计学、健康教育、中医养生学等学科知识。同时,还需要了解其他相关学科知识,如心理学、营养与食品卫生、医学伦理学、医学信息学、健康保险和相关法律法规等<sup>[1]</sup>。

**3.4 专业实践能力** 健康管理实践主要是围绕这 3 个基本步骤来开展活动:(1)了解服务对象的健康,开展健康状况检测和收集;(2)评价服务对象的健康,开展健康风险评估和健康评价;(3)改善和促进服务对象的健康,开展健康风险干预和健康促进。周而复始,长期坚持,才能达到健康管理的预期效果<sup>[7]</sup>。具体的操作技能主要体现在:健康调查表的设计,信息的检索、分类、查询和更新,健康档案的建立,信息分析报告的撰写,健康和疾病史采集方案的制订,体检方案和动态健康指标监测方案的制订,重要的或可优先改善的健康危险因素的鉴别,个体或群体健康风险程度的评估、分析、解释,流行病学方法的运用,行为干预及健康管理效果评估等方面<sup>[7,13]</sup>。

**3.5 专业发展能力** 主要表现在自我学习能力、教学能力和科研能力几个方面。健康管理是一门新兴的学科和行业,专业理论的发展,技术和方法的创新,都需要每一位健康管理师主

动获取、领会和理解外界信息,了解有关医疗卫生系统的新动态,积极寻求和把握个人及专业发展的学习机会以提升个人能力,并利用批判性思维能力和知识在工作中不断实践和创新。同时,健康管理师需具备对低年资或下级健康管理师进行实际操作指导和理论技术培训的能力,以保证健康管理师队伍的高质量和可持续发展。

**3.6 管理能力** 管理贯穿在健康管理师工作的每一个环节,包括人力资源管理、财务管理、信息管理和风险管理等。健康管理师需学会应用管理的知识实现对人、财、物的计划、组织、实施和监控,了解医疗卫生的成本-效益分析,进行高效的运作,加强领导团队建设,充分调动个人及集体的积极性,利用有限的资源来达到最大的健康效果。

## 4 结 论

“21 世纪是健康管理的世纪!”健康管理已成为我国经济产业中一大“朝阳产业”,作为新兴健康产业的人力资源中的重要组成部分,健康管理师具有广阔的前景。随着健康管理服务不断发展和完善,健康管理师将成为健康产业的重要支柱,核心胜任力则是他们提供高品质的医疗保健服务的基本保证。本文在总结前人研究的基础上,初步从 6 个维度归纳提炼出健康管理师核心胜任力的初级架构,以期为我国健康管理师人才队伍的职业化和人才的培训、考核及评价提供新的思路和工具,但该能力体系还有待在进一步的研究和论证中得到完善和发展。

## 参考文献:

- [1] 陈君石,黄建始,李明,等. 健康管理师国家职业标准[J]. 中华健康管理学杂志,2007,1(2):74-77.
- [2] McClelland DC. Testing for competency rather than for intelligence[J]. American Psychologist,1973,28(1):1-14.
- [3] Spencer ML, Spencer SM. Competence at work: models for superior performance [M]. New York: John Wiley Sons,1993:222-226.
- [4] Foss GF, Janken JK, Langford DR, et al. Using professional specialty competencies to guide course development [J]. J Nurs Educ,2004,43(8):368-375.
- [5] 来德淳. 后奥运时代健康管理师的需求与就业前景分析 [J]. 科技信息,2010(3):578,581.
- [6] 李明. 健康管理师的现状与展望[J]. 中华健康管理学杂志,2009,3(2):118-120.
- [7] 王陇德,白书忠,陈君石,等. 健康管理师[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:6-20.
- [8] 戴云云,何国平. 健康管理在中国的发展现状趋势及挑战 [J]. 中国预防医学杂志,2011,12(5):452-454.
- [9] 孙宁霞,金志军,徐晨,等. 胜任力模型在住院医师规范化培养中的应用[J]. 中国高等医学教育,2012(6):50-51.
- [10] Palsson R, Kellett J, Lindgren S, et al. Core competencies of the European internist: a discussion paper[J]. Eur J Intern Med,2007,18(2):104-108.
- [11] Leung WC. Competency based medical training: review [J]. Br Med J,2002,28(9):325-366.
- [12] 金盛华,张鸣. 初级临床医师专业胜任力模型与测量框架研究[D]. 北京:中国社会心理学会 2008 年全国学术大会论文摘要集,2008.
- [13] 王培玉. 健康管理的主要专业技能[J]. 中华健康管理学

杂志,2009,3(1):48-50.

[14] Jonckheer P, De Brouwer C. Education in environmental health of health care professionals; what needs to be done? [J]. Environ Int, 2009, 35(4): 694-699.

[15] Sharma J, Sanjay Z, Abhay G. Designing the framework

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.03.050

for competency-based master of public health programs in India[J]. Public Health Manag Pract, 2013, 19(1): 30-39.

(收稿日期:2014-09-15 修回日期:2014-11-22)

## 以伦理视角对精神障碍患者权益保障的探讨

王 宇, 伍林生<sup>△</sup>

(重庆医科大学思想政治教育学院 400016)

中图分类号:R-1

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2015)03-0420-02

近年来,精神疾病逐渐被社会大众所了解。随着视精神疾病为异类的传统观念的改变,精神疾病和对精神障碍患者合法权益的维护,以及由此产生的价值冲突成为国家社会所关注的焦点问题之一。精神障碍患者作为精神卫生事业发展的重点保护人群<sup>[1]</sup>,酝酿了 27 年的《精神卫生法》,不仅是对精神障碍患者自身权益的维护,也试图为价值冲突寻求平衡点,是我国精神卫生事业的一大进步。

### 1 精神障碍患者权益保障的伦理正当性

**1.1 精神障碍患者权利保障的法律规定** 我国民法第 13 条规定:“不能辨认自己行为的精神障碍患者是无民事行为能力人,由其法定代理人代理民事活动。不能完全辨认自己行为的精神障碍患者是限制民事行为能力人,可以进行与他精神健康状况相适应的民事活动;其他民事活动由其法定代理人代理,或征得法定代理人的同意。”由此看来,自知力问题成为人们界定是否患有精神疾病的重要问题。但对精神障碍患者是否具有判断与认知能力不可一概而论,精神障碍患者并非就是传统观念上的无民事行为能力人,有无行为能力是法律概念,精神障碍是医学概念。医学对精神疾病的定义也极其复杂,法律评价的仅仅是少数重度精神错乱症状,精神障碍患者仅是重度精神错乱患者,不可将自知力欠缺直接定义为法律上规定的无民事行为能力人,无自我意识,从而变相剥夺精神障碍患者权利。对精神障碍患者权益的保障主要包括生命健康权、自主权、隐私权、被监护的权利等。对精神障碍患者权利的维护都是以其生命健康为基础的,是最基本人权的体现。《夏威夷宣言》规定:“不能对病人进行违反其本人意愿的治疗,除非病人因病重不能表达自己的意愿,或对旁人构成严重威胁。在此情况下,可以也应该施以强迫治疗,但必须考虑病人的切身利益。且在一段适当的时间后,再取得其同意,只要可能,就应取得病人或亲属的同意。”同时宣言第 8 条对患者隐私权作了规定:“精神科医生从病人那里获悉的谈话内容,在检查或治疗过程中得到的资料均应予保密,不得公布,要公布得征求病人同意。”《马德里宣言》中:“当病人由于患精神病不能作出适当判断时,精神科医生应当与家属商量,如需要,还应寻求法律咨询以维护病人的人格尊严和法律权利,不应实施任何违背病人意愿的治疗,除非不采取这种治疗会威胁到病人或周围人的生命,治疗必须始终符合病人的最佳利益。”<sup>[2]</sup>我国精神卫生法第 27 条和 30 条明确规定了患者自愿入院诊疗的原则,体现了对精神障碍患者生命健康的维护与自主决定权利的尊重,同时也规定了精神障碍患者在无法正确作出决定时,基于对其合法权

益的维护,监护人代为行使其权利的规定。

**1.2 维护精神障碍患者权益体现的伦理原则** (1)人道主义原则。人道即爱护人的生命、关怀人的幸福、尊重人的人格权利的道德。社会以人为中心,法律也应体现人道,以人为本,这是法律得以认同与实施的基础,是立法与司法解释的指导原则。精神障碍患者在一定程度上比普通疾病患者缺乏自我保护的能力,精神疾病异类的观念使得精神障碍患者人格得不到尊重,固有权利很难得到落实,更应得到人道的保护。人道主义中涵盖了维护患者利益,尊重自主、公正原则等内容。《卢克索宣言》规定:“给精神病人实施的治疗应该是给病人而不是家庭、社区、专业人员或国家带来最大利益。”从公正层面看,就是要在立法上使精神障碍患者享有与其他公民相同的权利,避免不公正的待遇;(2)国家义务原则。维护精神障碍患者权益是对国家和政府的要求,是人权自身的体现。保护人的尊严与基本权利,改善弱势群体生存条件成为国家政府职责所在,国家这些职责与包括精神障碍患者在内的所有公民的权利义务相对,国家在维护精神障碍患者权益方面扮演重要角色;(3)社会参与原则。对精神障碍患者权益的维护,不单单是患者自身与其监护人、医生的责任,更多的是需要国家的相关投入与社会的参与。在社会力量的参与下,改善以医生为主导的医疗模式,坚持多方位、多层次地实现对精神障碍患者的预防和治疗。并加快完善相关卫生的立法,有效维护精神障碍患者就医现状,为精神障碍患者权益保障创造良好的环境;(4)平衡原则。在价值多元的现代社会,彻底解决价值冲突似乎并不现实,促进价值的平衡远优越于维护单一价值。这种平衡表现为个体利益与社会公共利益价值冲突的平衡,道德与现实利益冲突的平衡,主体权利与相对义务的冲突平衡。保护弱者是伦理道德的要求,也是良法应有之意,对精神障碍患者权益的维护是权利义务平衡的体现,也是对个体和群体利益的保护。精神障碍患者不应“非人化”而被当作异类群体受到社会的排斥与歧视,他们是权利体系的一部分,应当受到国家对其生命、人格尊严的保护,这是人权思想及人的主体地位的体现。精神障碍患者的权利是固有的,不应因其理智的缺失而受到限制甚至剥夺。公平正义作为一个社会普遍奉行的道德观念,是社会文化和传统的一部分,影响着法律制度的运行。公平正义的理念要求改变精神障碍患者不被尊重和不被公平对待的地位,在面对价值冲突时,不能以牺牲精神疾病患者权益来成全另一方法益。

### 2 我国精神障碍患者权益保障的相关制度及存在的问题

**2.1 司法精神病鉴定** 根据我国制定的《精神疾病司法鉴定