

学员怕吃苦、怕脏累,只是很被动地跟在教员后面,不愿深入到病房,来到患者身边学习;另有的学员因担心操作不成功会受到教学训斥或因患者抵触情绪不配合,致使学员动手机会减少,甚至对实习失去兴趣。上述因素导致在临床实习教学中,难以规范实现消化系统的临床技能培训。

3 解决消化内科三位一体的整体化临床实习模式问题的对策

3.1 提高带教教员素质、责任心和积极性 临床实习带教教员责任重大,工作好坏直接关系到学员临床实习效果^[9],教员要充分意识到自身所担负的神圣使命,树立起强烈的责任意识,树立爱岗敬业、无私奉献良好形象。为保证临床实习教学质量,消化内科坚持以人为本,不仅对教员给予足够的关心、重视,充分肯定他们的重要作用,还对教员的职称晋升、奖励机会等做了适当倾斜。同时,消化内科采取了如下对策来解决问题:安排教学经验丰富、具有良好医德医风、工作态度严谨的教员带教;高度重视教学人才队伍建设,定期对带教教员进行集中培训,如集体备课、试讲,操作技能培训,尤其是开展了“青年教员操作技能岗位练兵”和“精品实习示范课”等教学活动,并落实好传、帮、带等工作,从而提高教员自身综合素质,使其具备坚实的理论知识与规范的临床操作技能;还组织带教教员学习教学改革和研究的相关文件,使教员充分理解临床实习教学的目的意义、内容和要求。科室还组建了教学督导专家小组,定期督导、考核教员带教能力,把教员的医德医风、临床教学、科研素质等方面作为考核的重要指标。上述措施有效地提高了消化内科临床实习的教学水平,保证教学效果。

3.2 加强医患沟通,采用形式多样的床边教学,规范临床技能训练 在消化内科的临床实习中,开展了医患沟通方面的讲座,对学员加强了医患交流和沟通的技能培训。在培养学员临床思维的同时,让学员早期接触患者,针对患者不同病情开展多形式、多层面的沟通,注重强化学员语言艺术的亲切性、知识性和通俗易懂性。另外,在实习前预先选好患者,提前与患者就实习事宜进行良好沟通,减少医患矛盾医疗纠纷的发生。在三位一体的整体化临床实习模式中,床边教学扮演极其重要的角色,将直接影响整体化临床实习教学质量。为此,消化内科采取了“专职脱产带教”措施,即教员全脱产,主要从事临床实习教学工作,并根据科室运行情况进行宏观掌控。在消化内科每周都有针对学员的 4~6 h 的专题讲座,还采用边讲边示范、多媒体教学、典型病例分析及讨论、内镜图像、影像学及病理资料等多种形式的教学。当遇有罕见或疑难重症病例时,组织学员查找大量的文献资料,引导学员有理有据的分析患者病情,并通过学生代表发言和集体讨论,并让学员充分熟悉并掌握诊断思维和治疗方案等各个环节的原则和规律,从而培养学员良好的临床思维的能力。

3.3 引导学员合理安排时间,加强系统性临床技能培训 消化内科和教学主管部门建立了有效的协作管理机制,并及时处理学员学习和生活中出现的困难,引导学员合理安排时间,使

• 医学教育 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.20.047

他们意识到因考研和择业,荒废实习的态度是不可取的。在实习期间,严格督促学员遵守实习纪律和制度,对于参加考研或找工作的这部分学员,亦要做好对消化内科典型病例的病史采集、体格检查、病例汇报、书写病历,跟随上级医师查房、观摩穿刺操作技术,并积极参加科室死亡和疑难病例讨论,让学员掌握对常见消化系统疾病的诊疗的基本方法和要求。消化内科技能培训内容专业性很强且操作多,要求学员主动参与这些操作。操作前要求学员熟悉患者病情,明白穿刺必要性,并关注操作的适应证、禁忌证,并做好急救处理准备;操作时亲自观察和指导学员,操作后及时认真点评和总结;当经验积累到一定程度时,学员可在在教员的指导和监督下独立进行操作,争取使每一位消化科学习的学员都可获得培训机会,极大地促进了学员临床技能的提高,弥补了课堂授课和床边教学的不足。

总之,在消化内科实施三位一体的整体化临床实习模式的实践证明,该模式在理论联系实际,丰富学员临床知识,强化临床思维,提高临床技能方面优势明显,但还面临一些困难与挑战,随着整体化临床教学的不断推进,相信可摸索出一套科学严谨、行之有效消化内科临床实习教学新模式。

参考文献

- [1] Huang L, Cai Q, Cheng L, et al. Analysis of curricular reform practices at chinese medical schools[J]. Teach Learn Med, 2014, 26(4): 412-419.
- [2] Zhang X, Xiong Y, Ye J, et al. Analysis of government investment in primary healthcare institutions to promote equity during the three-year health reform program in China [J]. BMC Health Serv Res, 2013(13): 114.
- [3] 么立萍, 刘飞, 孙力, 等. 消化内科临床教学的几点体会 [J]. 西北医学教育, 2010, 18(3): 592-595.
- [4] 张品俊, 陈霖柏, 宋小英. 实习医院教学师资队伍建设的探讨 [J]. 教育教学论坛, 2012(37): 86-87.
- [5] Jian W, Qi Z, Xin D. Preliminary research in the application of integrated learning and teacher-centredness in undergraduate education in China [J]. Med Teach, 2011(33): e178-185.
- [6] 陈秋汀. 浅析患者知情同意权 [J]. 法制与社会, 2010(30): 270-271.
- [7] 孙昌兴, 王倩. 当前媒体视角下如何看待医务人员的过错——围绕媒体中医患纠纷的案例展 [J]. 中国传媒科技, 2012(10): 229-230.
- [8] 朱炎杰, 王晓静. 关于考研、就业与医学生临床实习矛盾的几点思考 [J]. 承德医学院学报, 2010(3): 342-343.
- [9] Roberts D, Morris G, Crees A, et al. Top tips for a teaching fellowship [J]. Clin Teach, 2014(11): 520-523.

(收稿日期: 2014-12-18 修回日期: 2015-02-26)

“校院结合、无缝管理”提高护理人才培养质量实践与研究

张艳丽¹, 晏龙强², 冯海鹰²

(1. 贵州省铜仁市人民医院护理部 554300; 2. 铜仁职业技术学院, 贵州铜仁 554300)

[中图分类号] R473.2

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)20-2863-02

根据卫生部关于印发《中国护理事业发展规划纲要

(2011~2015年)》的通知中提到:“十二五”期间将进一步加快

护理教育的改革与发展,密切医疗卫生机构与护理教育机构的联系与合作,适应护理专业实践发展的需要。完善护理教育方式,坚持以岗位需求为导向,促进理论与实践相结合,大力培养临床实用型人才,注重护理实践能力的提高;突出护理专业特点,在课程设置中加大心理学、人文和社会科学知识的比重,增强人文关怀意识;科学确定护理教育的规模,尝试订单式培养模式,推进学校教学与医疗卫生机构之间的有效衔接。本研究在回顾铜仁职业技术学院与铜仁市人民医院推进教学与医院的有效衔接,实施了“校院结合,无缝管理”模式培养护理专业人才,旨在探讨提高护理人才培养质量的模式及方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010~2014 年铜仁职业技术学院与铜仁市人民医院,于每年 9 月护理专业新生入学后,按照新生进校的学号随机编排实验班 60 人和对照班 60 人。两组学生都是在新生入学前根据学号进行随机分组,在性别、年龄、高中阶段学习成绩和综合素质等方面比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 实验班采用“校院结合,无缝管理”模式培养:(1)学生人才培养方案由学校护理专业教研室和医院护理部合作制订,必须保证学生 1/2 时间在学校进行专业基础课程学习,1/2 时间在医院进行专业相关课程学习或见习;(2)管理由学校 and 医院共同承担,采取 A(学校老师)、B(医院护理部人员)班主任管理制度,A 班主任主要负责学生在校期间学习管理,B 班主任主要负责学生在医院学习或见习期间管理;(3)教学计划由学校 and 医院共同制订,专业基础课程由学校老师负责教学,专业相关课程由医院负责;(4)由学校与医院共建考核评价体系,加大对教学全过程的监控力度,确保人才培养目标的顺利实现。对照班按照“工学结合,学以致用”常规管理进行教学。(1)学生人才培养方案由学校护理专业教研室和医院护理部合作制定,必须保证学生 1/3 课程在医院进行;(2)管理全部由学校负责;(3)专业基础课程由学校老师负责教学,专业课程由学校老师和医院人员共同承担;(4)考核评价体系由学校考核与医院考核相结合。

1.3 统计学处理 采用 SPSS16.0 统计软件进行分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,相关性分析采用秩和检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

在校期间表现优良率实验班为 86.67%,对照班为 86.00%,二者差异无统计学意义($P>0.05$);学习成绩优良率实验班为 97.50%,对照班为 91.30%,二者差异无统计学意义($P>0.05$);护士资格考试通过率实验班为 100.00%,对照班为 82.30%,二者差异有统计学意义($P<0.05$);用人单位评价满意率实验班为 100.00%,对照班为 91.67%,二者差异有统计学意义($P<0.05$);毕业生初次就业率实验班为 100.00%,对照班为 83.30%,二者差异有统计学意义($P<0.05$);就业满意率实验班为 95.20%,对照班为 78.30%,二者差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

“校院结合,无缝管理”模式培养护理人才,不仅能够使学生在学习过程中较早融入医院环境,真实接触临床,其学习动机被激发,主动学习性增强^[1],而且学校和医院互惠互利,使学校和医院的办学水平、社会知名度及质量均得到提升^[2]。因此,院校合作是培养护理人才的必由之路^[3]。

3.1 校院联合培养护理人才的现状 目前,对于校院联合培养护理人才的报道很多,但是采取的办法各有不同,如吴正吉

等^[2]采取第 1 学年护生在学校完成公共课和专业基础课的学习,第 2 学年和第 3 学年在合作医院完成护理专业课的学习、临床见习和毕业实习。周曼颖等^[4]应用校院护理教师联合组织教学查房新模式,对护理大专生进行了 4 个专题的教学查房,通过确定专题、制订计划、查房实施和质量评价等步骤组织实施。校院联合进行护士核心能力培养的研究与实践,大力促进了护理教育改革,使培养的护理人才在今后的护理职业生涯中,显现出高素质、强能力的核心竞争力^[5]。校院联合培养既发展了学校双师型队伍,又提高了医院护理人员的专业理论水平和教学能力^[6],校院联合开展的专科护理教育培养的学生专项技能强,就业率高,就业单位评价好^[7]。本研究采取“校院结合,无缝管理”模式进行护理专业人才培养与“工学结合,学以致用”常规模式的区别在于:(1)培养模式不一样;(2)培养方式不一样;(3)培养过程不一样;(4)评价方式不一样;(5)培养效果不一样。

3.2 “校院结合、无缝管理”的经验及做法

3.2.1 搭平台,校院信息互通 (1)搭建学校与医院沟通交流平台。通过聘请医院护理部主任担任学校学校护理专业教研室副主任,搭建学校与医院沟通交流平台,校院共商、共建人才培养方案、专业设置方案、课程改革方案、实训室建设方案和实训基地建设方案等。(2)搭建带教老师与学生沟通交流平台。学生在医院学习期间,医院每个月召开带教老师和学生座谈会,听取带教老师和学生的意见,发现问题及时改进。

3.2.2 重对接,校院深度合作 学校和医院以 5 个对接(即专业设置与护理事业发展深度对接、课程内容与职业标准深度对接、教学过程与护理实践过程深度对接、学历证书与职业护士资格证书深度对接、职业教育与终身学习深度对接)为基础,开展深度合作培养护理人才。

3.2.3 抓重点,校院互兼互任 学校制订教师联系医院制度,选派中青年医师到医院进修临床实践,切实提高教师实践操作和解决实际问题的能力,增强了实践经验。医院推行带教资格聘任制。医院对临床带教老师的带教资格实行聘任制,其聘任过程采取本人申请、医院评定、竞争上岗等方式产生,并将带教资格与晋升、考核、评先评优、外出深造等挂钩。医院选派职称较高和能力较强的人员到学校兼课,参与教学管理和组织实施等工作,实现理论教学与生产实践的结合。

3.2.4 抓质量,建立双向考核评价体系 由学校与医院共建考核评价体系,加大对教学全过程的监控力度,确保人才培养目标的顺利实现。尤其是在学生实习结束时,进行带教老师和实习生的双向评价,评选优秀带教老师和优秀实习生。双向考核评价机制,既调动了老师带教的积极性,又培养了学生的责任意识。

3.3 “校院结合、无缝管理”的成效

3.3.1 注重职业资格与教学内容衔接,人才培养质量明显提升 按照国家教育部、卫生与计划生育委员会关于提高护理专业人才培养相关文件精神,本研究探索了学校和医院密切联系与合作,创新性提出了“校院结合、无缝管理”培养护理人才模式,突出护理专业职业特点,在课程设置中加大心理学、人文和社会科学知识的比重,尤其注重职业资格与教学内容衔接,结果是在 2010~2014 年通过该模式培养学生护士资格考试通过率为 100.00%,与对照组 82.30% 进行比较,差异有统计学意义($P<0.05$),说明试验组人才培养质量高于对照组,人才培养质量明显提升。

3.3.2 注重岗位能力与实践技能衔接,毕业生社会影响力提高 校院结合注重岗位能力与实践技能衔接,毕业生社会影响

力提高。通过毕业生跟踪调查及时了解其就业状况,调查显示,实验组用人单位对护理专业毕业生敬业精神、团队意识、岗位能力充分肯定,各项调查指标综合满意度达 100.00%,大部分毕业生成为为医院护理骨干,在私立医院就业的毕业生部分走上了护士长工作岗位,毕业生普遍对自己的岗位发展能力充满信心。

3.3.3 注重过程培养与结果衔接,确保人才培养与用人单位零距离 (1)校院共建质量监控体系,确保人才培养质量为保证各专业人才培养方案的顺利实施,不断提高人才培养质量,学校与各实习基地共同建立和完善了教学质量监控体系。加大对教学全过程的监控力度,确保人才培养目标的顺利实现^[8]。(2)注重对学生社会适应能力和人际交往能力的培养。学生在医院环境中与老师、患者及整个社会的接触,无疑使他们在实实在在的社会环境中学到了在学校学不到的知识。社会的复杂,人与人的关系,为人处世的游戏规则,自己在社会的地位、理想与现实的落差等都会使学生在 1 年的教学见习中得到锻炼与磨合,使自己的人生观、世界观、价值观得到重新定位^[9]。

3.3.4 注重学校教职工和医院员工双促进,实现学校和医院校院优质资源多方共享 校院联合,既可充分发挥相对稳定的专职教师的骨干作用,既可充分发挥相对稳定的专职教师的骨干作用,又能够发挥临床一线护理岗位综合护理技能的特长,达到学校教职工和医院员工双促进。还能双方充分发挥优质资源的利用率,促进校院之间的互惠互利,实现经济效益和社会效益的最大化^[10]。

综上所述,通过几年的实践,“校院结合、无缝管理”培养护理人才模式有利于学校改善专业实训条件、完善专业运行机

制、优化专业课程体系设置、提高专业教师水平、增强专业技术服务能力、改善专业人才培养政策环境,有利于专业人才培养力,有利于精品学生呈现。

参考文献

- [1] 何学明,武茹. 院校合作构建“221”护理人才培养模式[J]. 江苏卫生事业管理,2011,22(2):111-112.
- [2] 吴正吉,张瀚成,王炎峰,等. 校院联合培养专科护理人才的应用研究[J]. 重庆医药,2014,43(14):1814-1815.
- [3] 周凤生,李志强. 校院合作培养护理人才模式的探索与创新[J]. 科教文汇,2008(7):30.
- [4] 周曼颖,王红,林勇. 校院联合组织护理教学查房新模式的研究[J]. 医学研究生学报,2007,20(6):638-639.
- [5] 罗琼,周碧琴,李黎明,等. 校院联合培养护士核心能力的探索[J]. 中华护理教育,2009,6(10):448-449.
- [6] 章雅青,陈颖,王馥明,等. 上海现代护理职业教育集团的探索与实践[J]. 护理学报,2010,17(1):22-25.
- [7] 蒋乐龙,易礼兰,谢日华,等. 校院联合创办专科护理教育模式的效果评价[J]. 护理研究,2009,23(5):1201-1203.
- [8] 王庆. 校院合作是培养高技能医学人才的有效途径[J]. 继续医学教育,2007,21(34):16-19.
- [9] 舒希贵,冯文跃,王汇玲,等. 实施“校、院联合”办出教学见习特色[J]. 卫生职业教育,2001,19(4):12-15.
- [10] 李伟. 校院联合共建共管共享高职护理人才培养模式的构建[J]. 护理研究,2011,25(7):1771-1772.

(收稿日期:2015-01-18 修回日期:2015-03-26)

(上接第 2861 页)

费越少、结余越多、医院效益越好,以形成良性循环。

2009 年中国启动新一轮医药卫生体制改革已有 5 年,随着医改的不断深入和各项改革措施的制订,中国已经构建起世界上最大的医疗保障网,老百姓“看病难”和“看病贵”的问题正逐步缓解。本文总结了重庆市新医改实施过程中遇到的实际问题,今后应在以下方面开展工作:(1)针对“看病难,看病贵”的原因进行深入剖析,明确其逻辑关系、影响程度及范围;(2)研究针对“看病难,看病贵”的根源与影响因素的政策原则、实施策略以及具体的措施;(3)加强针对以政府为主导的国家协调及调控机制。

参考文献

- [1] 王绪东. 政府在解决看病贵问题中应承担的责任[J]. 中华医院管理杂志,2006,22(1):20-22.
- [2] Rossnagel K, Nolte CH, Muller-Nordhorn J, et al. Medical resource use and costs of health care after acute stroke in Germany[J]. Eur J Neurol,2005,12(11):862-868.
- [3] 春潮. 卫生部长陈竺辩证看待“看病难看病贵”[J]. 现代养生,2011(6):8-9.
- [4] 甘健. 医疗资源分布不均衡导致看病难[N]. 重庆晚报,2007-03-16.
- [5] 陈竺. 看病难在哪里、贵在何处[J]. 中国卫生政策研究,2011,4(3):27.
- [6] 夏挺松,卢祖洵,彭绩. 我国“看病难、看病贵”问题的成因

及对策分析[J]. 中国社会医学杂志,2011,28(3):155.

- [7] 王呖. 海外华人感叹看病难[N]. 人民日报海外版,2010-08-17.
- [8] 梅达成,先德强. 解决看病难看病贵的制度性对策探讨[J]. 中国卫生事业管理,2010,27(1):6-7.
- [9] 宋曙光,杨言兴. 新医改背景下“看病难、看病贵”破解与政府、市场、社会角色之定位[J]. 卫生软科学,2012,26(4):341-343.
- [10] 潘登,陈烈平,陈巧钗,等. 新医改背景下看病难与看病贵问题实证分析[J]. 中国全科医学,2014,17(1):67-70.
- [11] 项宇飞. 看病难看病贵成因及治理探讨——基于社区医疗角度分析[J]. 现代商贸工业,2010,22(21):102-103.
- [12] 王天鹅. 上海近 7 成市民不赞成医联体解决医联体内利益分配是关键[J]. 中国社区医师,2011,27(27):23.
- [13] 邱慧娟. 上海市徐汇区居民卫生服务需要、需求和利用研究[D]. 上海:复旦大学,2012.
- [14] 彭迎春,王晓燕,彭炜,等. 新医改背景下的农村基层医疗机构功能定位探讨[J]. 中国医学伦理学,2012,25(1):57-59.
- [15] 金今花,胡凌娟,张金,等. 医药卫生政策失灵:新医改难以破解“看病难、看病贵”的深层原因[J]. 中国卫生事业管理,2013,30(1):4-5.

(收稿日期:2015-02-15 修回日期:2015-03-20)