

服务活动,使其在活动参与中,进一步提高个人的社会责任感。

3.2 医学生目标反应强度的影响因素分析 从性别差异上看,女生在获得奖学金和科学管理自己的时间方面比男生要更强烈,女生比男生更善于管理自己的时间,这与陈昌盛等人的研究结果一致^[11]。由于女生更想获得奖学金,在学习上更愿意付出更多的时间和努力,这也使得女生的学习成绩要好于男生,而目前高校奖学金的评定方面学习成绩占最大比重,故女生获得奖学金的人数也越多。孙云晓等专家在《拯救男孩》一书中总结到,2006~2008年连续2个年度,在全国约5万名国家奖学金获得者中,大学女生人数均为男生的2倍左右。这就要求高校相关部门在今后的工作中,应该进一步激发男生的学习兴趣,帮助其树立清晰的学习目标和规划自己的时间与未来。多发现男生身上的优点,因势利导,鼓励其围绕这些优点加以发扬,使学生能够建立信心,保持优势,最终形成良性循环^[12]。

从政治面貌差异上看,中共党员在担任班干部、加入党组织、考上公务员等3个目标的反应强度要高于非中共党员的学生。这可能与高校对发展党员的要求有关,即一般要求中共党员“又红又专”,不论是在思想上要积极端正,在工作上也要突出。为了达到这些条件和要求,想加入中共党组织的学生必然要在各方面表现得更优秀,比如通过担任学生干部来表现自己。同时,当前许多公务员职位在招考的条件上要求中共党员,这也是为什么中共党员在考公务员的目标上要比其他政治面貌的学生要强烈。

从获得奖学金的经历方面看,有获得过奖学金的医学生通过英语四级或六级、获得奖学金、锻炼综合能力、考上研究生、担任班干部或学生会干部、加入党组织、科学管理时间等9个目标的反应强度要高于未曾获过奖学金的学生。透过这些目标内容可见,其中的大多数目标都是评定奖学金的条件或成为加分的条件。这就提醒高校学生工作者在设定奖学金的评定条件上,应该尽量多元化,权衡轻重,以培养全面、综合型的人才为中心,摒弃以学习成绩论英雄的标准来评定奖学金,避免学生进入学习功利主义的怪圈。

从家庭经济困难情况的差异看,越困难的学生在锻炼综合能力、担任班干部等2个目标中的反应强度越强烈。这说明该部分学生尽管在家庭经济上比较困难,但仍希望能通过各种方式来提高自己在各方面的能力,以赢得更好的未来,并改变当前的现状。这就提示高校相关管理工作应该进一步转变对家庭经济困难学生的资助模式,要积极构建能力本位型的高校贫困生资助工作模式^[13]。在发挥传统的社会经济资助职能的同时,进一步发挥教育资助和能力资助的职能,提供生产性和

• 医学教育 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.28.044

教育性资助,将培养和提高家庭经济困难学生多方面能力和综合素质作为资助的着重点,对其进行有效的知识技能和素质培养,缩短其与普通学生的差距,真正实现资助育人的目的。

参考文献

- [1] 习近平.习近平在十二届全国人大一次会议闭幕会上发表重要讲话[EB/OL].(2013-03-17)[2015-08-05].http://news.xinhuanet.com/2013lh/2013-03/17/c_115052635.htm.
- [2] 岳春,张春和.浅析“中国梦”与大学生思想政治教育的关系[J].学校党建与思想教育:普教版,2014,32(5):91-92.
- [3] Locke EA,Latham GP. Work motivation and satisfaction: light at the end of the tunnel[J]. Psychology Science, 1990,3(1):240-246.
- [4] 徐伟,李朝旭,韩仁生.友谊的结构研究——一项对大学生友谊内隐观的调查研究[J].心理科学,2006,29(5):1096-1100,1080.
- [5] 颜玉炳.临床医学专业本科学生目标设置的相关社会心理因素及目标结构构建的统计学技术研究[D].福州:福建医科大学,2009.
- [6] 颜玉炳,黄子杰.临床医学本科一年级学生目标内容分析[J].医学教育探索,2009,8(2):222-224.
- [7] 王云贵.我国医学生培养目标的实证研究[J].中国高等医学教育,2002,16(1):1-4.
- [8] 颜玉炳,黄子杰,林大熙,等.某医科大学临床医学本科一年级学生目标设置的结构研究[J].中国心理卫生杂志,2009,23(6):436-440.
- [9] 靳媛,李娜.大学生目标设置特点及其对高等教育启示的探析[J].医学与哲学,2007,28(11):60-61.
- [10] 李春山.“中国梦”主旋律下大学生政治素质现状调查与优化探析[J].学校党建与思想教育:普教版,2014,32(6):72-74.
- [11] 陈昌盛,周屏.大学生自主学习、时间管理和一般自我效能感的关系研究[J].徐州师范大学学报:哲学社会科学版,2009,35(3):131-136.
- [12] 卢献锁.透视高校奖学金“阴盛阳衰”现象[J].教育与职业,2012,69(13):88-89.
- [13] 张瑞芝,张香村.建构能力本位型高校贫困生资助工作模式[J].中国青年政治学院学报,2010,29(4):58-62.

(收稿日期:2015-04-13 修回日期:2015-06-16)

基于市场需求为导向的全科医学人才培养模式研究*

刘伟¹,李新^{1△},靳丹虹¹,孙利燕¹,陈福顺²

(1.长春医学高等专科学校,吉林长春 130031;2.吉林省辉南县卫生局,吉林辉南 135100)

[中图分类号] R-4

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)28-4016-04

随着医改的深入发展,群众“看病难,看病贵”问题在基层

医疗机构得以缓解,而建设高素质的全科医学人才队伍是实现

* 基金项目:吉林省卫生厅科研课题计划项目(2012ZC006)。 作者简介:刘伟(1957-),教授,主任医师,主要从事公共卫生传染病防治等的研究。 △ 通讯作者:E-mail:cmclx@163.com。

社区卫生服务目标的重要手段之所在。李新等^[1]报道了长春市社区卫生服务人力资源需求与利用现状。本文旨在卫生服务视角下对医疗卫生服务整体水平进行全面掌握,并对全科医学人才培养模式的建立与发展提出了新的理论设想与付诸实施,使全科医学人才培养模式得以适应医改的发展需要,对基层医疗卫生服务有着推动作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料 长春市城乡基层医疗卫生机构 236 家。其中社区卫生服务中心 101 家(城区 85 家,农村 16 家)。乡镇卫生院 135 家(其中乡卫生院 110 家,中心卫生院 25 家)。

1.2 调查方法 采用整群随机抽样方法,对调查长春市 236 家基层医疗卫生机构资源现状进行问卷调查、电话随访及卫生行政部门统计报表。制订统一调查问卷,共发放调查问卷 236 份,回收 233 份,问卷有效回收率为 98.73%。

1.3 调查内容 在前期调查研究^[1]的基础上设计《长春市基层医疗机构基本情况统计表》,由经过培训的调查员访谈填表调查。内容包括基层医疗卫生机构一般情况(医疗机构名称、服务人口、专业技术人员统计等)、居民医疗卫生服务需求与利用、居民健康指标患病情况统计、就诊意愿、医疗服务满意度及其影响因素等。

2 结果

2.1 基层医疗机构一般情况 长春市基层医疗机构 236 家,

其中社区卫生服务中心 101 家,共有职工 5 374 名,男性占 26.70%,乡镇卫生院占 61.72%,院均 22.77 名。社区卫生服务中心执业医师占 18.72%,注册护士占 15.80%。乡镇卫生院执业医师占 23.58%,注册护士占 12.11%。基层医疗机构医护比 1.0:0.6,见表 1。

2.2 卫生人力资源状况分析 执业医师的年龄均以 35~<45、45~<55 岁组为主,分别占 43.23%和 30.26%。执业医师的职称以中级为主,占 41.07%,高级职称占 17.29%,高、中、初级职称之比为 1.00:2.38:2.40,乡镇卫生院则以初级职称为主(65.85%)。护士年龄分布均以 35~<45、45~<55 岁组为主,分别占 42.97%和 31.83%。护士职称以初级职称为主,两者分别为 62.37%、63.13%,见表 2。

社区卫生服务中心(站)专业人员工作年限构成比以 20~<30 年组主为(33.54%),10~<20 年限组次位。注册护士则均以 10~<20 年限组为主,占 31.84%。乡镇卫生院分别为 10~<20、20~<30 年限组,分别占人员总数的 37.66%和 45.67%,见表 2。

2.3 医疗服务质量与效率 乡镇卫生院医疗服务 3 年平均诊疗人次 223 万人次,病床使用率 38.67 日,全科医师日平均诊疗 6.25 人次,住院床日以 2009、2011 年为最高(0.87 日),诊疗人次 2009 年最高,以后逐年下降,2011 年最低。表明医院患者逐年去上级医院诊治人数有增加趋势,见表 3。

表 1 2012 年长春市基层医疗机构卫生人员数构成比较[n(%)]

机构性质	人数	执业医师	注册护士	药师	技师	其他
社区卫生服务中心	2 442	1 006(18.72)	849(15.80)	211(3.93)	136(2.53)	240(4.47)
乡镇卫生院	2 932	1 267(23.58)	651(12.11)	232(4.32)	148(2.75)	634(11.80)
合计	5 374	2 273(42.30)	1 500(27.92)	443(8.24)	284(5.28)	874(16.26)

表 2 长春市基层医疗机构专业技术人员构成情况比较(%)

人口特征	社区卫生服务中心(站)			乡镇卫生院		
	小计	执业医师	注册护士	小计	执业医师	注册护士
年龄(岁)						
<25	3.22	0.14	6.30	1.93	0.00	2.48
25~<35	14.04	11.10	13.89	14.09	7.73	10.32
35~<45	42.12	43.23	42.97	47.03	48.90	53.78
45~<55	30.38	30.26	31.83	26.85	29.24	29.16
55~<60	8.57	11.82	4.85	7.54	10.89	3.58
60	1.67	3.46	0.16	2.56	3.25	0.69
工作年限(年)						
<5	11.05	8.65	10.66	4.42	1.93	2.34
5~<10	4.49	2.45	5.17	3.79	1.58	2.89
10~<20	26.47	31.84	20.19	38.29	37.66	32.05
20~<30	33.54	30.69	43.94	30.77	31.87	45.67
≥30	24.45	26.37	20.03	22.73	26.95	17.06
职称结构						
高级	8.46	17.29	1.29	1.06	2.28	0.55
中级	33.72	41.07	36.03	23.24	30.90	34.39
初级	57.07	41.50	62.37	71.98	65.85	63.13
未评	0.75	0.14	0.31	3.72	0.97	1.93

表 3 长春市乡镇卫生院医疗服务、病床使用及效率比较

年度	诊疗人次(n)	入院人数(n)	出院人数(n)	病床使用率(%)	平均住院日(日)	医师人均每日负担	
						诊疗人次	住院床日
2009	2 375 482	125 860	125 777	39.91	3.4	6.18	0.87
2010	2 355 760	110 047	110298	36.57	3.8	6.60	0.61
2011	1 959 688	76 974	76992	39.53	4.5	5.98	0.87

3 讨 论

3.1 基层医疗机构全科医学人才现状分析 随着人口迅猛增长,社会经济的发展,疾病谱和死亡谱随之发生变化,使得解决社区居民常见健康问题所需要的医疗卫生服务已提到日程上来,人们对卫生服务的要求越来越高,全科医学与全科医生的作用显示出明显的优势,全科医生正努力践行着医药卫生改革所赋予的历史使命,尝试承担社区居民健康和卫生保健系统的角色。随着卫生体制改革的不断深入,全科医学人才培养正逐渐成为卫生体制改革,开展社区卫生服务、医学教育发展的重要内容之一。但全科医学人才培养远未跟上市场需求的发展步伐,基层医疗单位社区卫生服务人力资源严重不足,按照国际标准,每名全科医生服务 3 000~4 000 人,按照这样的配置比例,长春市至少需要 4 000 名全科医生。而长春市目前从事全科医疗工作的医生仅占标准配置数的 56.8%,大部分未接受全科医学的规范化培训,55.74%的全科医学人员来自街道卫生所、乡镇卫生院,无论在数量上还是质量上,都不能满足社区卫生服务发展的需要,高素质全科医生的缺乏,已经成为社区卫生服务发展的瓶颈。随着覆盖城乡居民的基本医疗保障体系的建立,城乡社区特殊群体的医疗服务为基层医疗机构和社区卫生服务提供了广阔的发展空间,同时也对全科医学人才的培养提出了新的要求。

调查显示,236 家基层医疗机构共有职工 5 374 人,院均 22.77 人,执业医师高、中、初级职称之比为 1.00 : 2.38 : 2.40。社区全科医学人员与配置标准尚有很大差距^[2],年龄偏小,医师人员中,35~<45 岁组人员占比例为 43.23%,医护人员工作年限以 10~<20 年为主,占 31.81%。执业医师职称结构中初级为主,分别为 41.07%、41.50%。职称结构明显偏低。年龄、工作年限及职称对比分析显示,基层医疗机构存在着诸多影响因素^[3-4],而全科医学人才素质高低是制约着社区卫生服务质量与水平提高的重要因素,本调查从医疗服务、病床使用及效率分析,表明基层医疗机构是群众看病就医的主要场所,承担着城乡居民的医疗诊治,直接涉及千家万户的切身利益,但是,长春市全科医学人才队伍结构需要进一步完善与建设,全科医学人才队伍学历结构中本科学历占 16.63%,本科学历明显高于全国水平(6.7%)^[5],但全科医学专科学历教育速度比较缓慢,满足不了基层医疗机构需求与发展的需要。因此,加大全科医学人才数量和素质的培养力度,改革全科医学人才培养模式,是满足居民社区卫生服务的需求与发展的有效途径。

根据调查,长春市基层医疗卫生机构需要面向基层社区,具有综合素质高,能在社区卫生服务机构中开展社区综合卫生服务的全科医学专门人才,高职高专医学院校应面对市场急需全科医学人才的需求,搭建卫生服务平台,大量培养全科医学人才,以满足社会的需要与发展。而现在高校全科医学本科人才大量涌进专科医院、综合医院,造成全科医学人才的匮乏,这就需要专科学校大力培养“留得住”的全科医师,要求高职高专医学院校构建适应社会发展、市场需求的全科医学人才培养模式,来满足人民群众基本医疗卫生服务的需求,高职高专医学

院校应重点为乡镇卫生院及以下医疗机构培养从事全科医学的卫生人才,确定全科医学人才培养目标,即培养具有良好思想道德与职业素质、掌握临床医学、预防医学基本理论,具有创新精神,能适应基层医疗卫生领域全科医疗工作的高素质应用型临床医学人才。但是,全科医学人才培养目前存在着诸多问题,按照国务院 2009 年新的医改方案中提出的要求,高职高专医学院校应调整高等医学教育的结构和规模,提高医学教育质量,加大职业医学教育投入力度,大力发展面向基层的高等卫生职业医学教育,采取定向培养等多种方式为基层医疗机构培养实用的卫生人才,造就大批扎根基层、服务社区的合格全科医学人才。

3.2 全科医学人才培养模式的构建与实施 全科医学人才培养是医疗卫生战略的核心环节,通过深入调查与实践,高职高专医学院校应打破原有人才培养模式,积极改革与创新,构建新医改背景下体现素质教育、行业岗位教育,建立理实一体化的课程体系,注重教学服务社会的“五个”相结合的全科医学人才培养模式,为基层医疗卫生机构培养高质量的全科医学专业人才培养奠定理论基础。

全科医学人才培养模式应该调整专业培养方案,重构课程体系,加强师资和实训基地建设,以“市场需求为导向,以职业岗位为框架”作为人才培养模式的主要依据,既有区域性特点,又有可行性和实用性特点,全面实施“五个”相结合的全科医学人才培养模式:(1)队伍建设与职业定位相结合。全科医学人才培养应在逐步增加社区卫生服务人员数量的同时,注重全科医学专业素质的提高,全科医师承担着社区常见病、多发病的诊疗,全科医学人才培养既要满足现在社区卫生服务的急需,也要考虑今后的提高与发展,因此,全科医生培养模式要与职业定位接轨,采取各种形式学历教育,职业培训、岗位实践培养,使全科医学人才队伍建设与社区卫生服务相衔接,做到职业定向培训,提升教育层次,充实基层医疗机构岗位群。(2)课程设计与行业岗位相结合。完善全科医学专业教学体系建设,以就业为导向,以能力为本位,以岗位需求和职业标准为依据,建立以“岗位导向”的课程结构的课程体系,以行业岗位进行课程设计,增设与岗位相适应的社区健康教育、社区保健与康复等课程,使人才培养更适应社区服务特定对象的教学需要和区域发展对全科医生人才的需求。加重社区预防医学、传染病学与社区疾病与预防课程的比例,使全科医学教育形成职业教育训练连贯化的全科医生模式,积极开展针对全科医学人才的技能提升,设置与社会需求相适应的课程体系,逐步形成具有中国特色的全科医学教育体系^[6]。(3)模式创新与社会服务相结合。课程是专业建设的平台,全科医学人才培养应积极探索和创新全科医学人才培养模式,构建教学为社会服务的课程体系,以课程改革为切入点,课程设置应适应社会服务功能,全面提高全科医学课程教学质量。建立“学一做一用一体化”的教学模式,将行业标准与国际标准纳入教学,同时提升社会服务功能,充分发挥全科医学专业社区卫生服务的引领带头作用,不断增强社会服务功能^[7-8]。(4)理论教育与社会实践教学相结合。全科医学教学应以适应社会实践需要为目的,针对学习

任务提出问题,按照岗位工作任务、工作过程和工作情景组织课程,积极开展情景式教学模式,始终致力于全科医学学生能适应在社区卫生服务领域解决临床问题能力的培养,把基层医疗机构临床实践中常遇到的实际问题引入课堂教学,模拟社区卫生服务提高学生参与全科医学课堂教学的求知欲望和学习兴趣,激发学生探究知识的动力,提高教学效果,实现医学人才培养方式的转变。逐步提高全科医师人才的人际沟通技巧、医患交流的社会实践能力,使教学贴近社会,贴近临床,贴近患者,从而进一步提升全科医师人才培养质量。

社区卫生服务机构是社区疾病诊治的主要场所,全科医学人才培养是当前医改的重要任务之一,探索人才培养模式,拓展全科医学服务领域,有效地促进全科医师能力的提升,教学与培训相辅相成、有机结合,通过培养和实践,逐步形成一支技术应用能力较强的社区卫生服务团队,使全科医学人才培养落到实处,全面促进全科医学人才素质的提高,以满足居民社区卫生服务的需求与发展。

参考文献

[1] 李新,王昌辉,张莉莉,等.长春市社区卫生服务人力资源·医学教育· doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.28.045

需求与利用现状调查分析[J].中国初级卫生保健,2011,25(8):12-14.

[2] 周音,徐强.社区卫生服务需求调查研究[J].实用全科医学,2007,5(2):165-167.

[3] 姚云,侯万里,卢祖洵,等.湖北省社区卫生服务人力资源效率变化及影响因素分析[J].中国医院管理,2010,30(9):46-47.

[4] 梁万年.中国社区卫生服务和全科医学教育的现状与对策[J].中国全科医学,2004,7(11):769-771.

[5] 韦波.为后发展地区培养全科医学人才[N].光明日报,2011-10-03(2).

[6] 陈天辉,李鲁,施卫星,等.全科医生培养模式的现状与思考[J].中国高等医学教育,2002,16(1):28-31.

[7] 俞林伟.地方医学院校服务基层卫生人才培养的实践与思考[J].中国卫生事业管理,2011,27(8):615-617.

[8] 肖纯凌.适应社会需求 加快基层全科医学人才培养[J].中国高等教育,2011,32(10):32-33,41.

(收稿日期:2015-04-20 修回日期:2015-06-25)

临床医学专业学生法律意识教育的现状与途径探究

史 恒

(重庆城市管理职业学院 401331)

[中图分类号] G641

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)28-4019-02

当前社会,医疗卫生事业中出现的法律问题常常引起社会公众的广泛关注。如何强化医学生法律意识、提升医学生法律素养,是医学教育工作者所面临的重要时代课题。现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对重庆医科大学临床专业一系、二系、三系现有各年级学生,采取整体抽样调查方式,抽取 600 人发放问卷,回收有效问卷 554 份,有效回收率为 92.3%。

1.2 方法 问卷抽查法。问卷共两部分,第一部分为客观选择题,共 10 题,旨在了解被调查者法律基础知识水平;第二部分为认知程度调查,共 3 题,分别是“医患关系中医务人员权利及义务了解程度”、“执业过程中涉及法律问题认知情况”和“对医疗纠纷中合法行为了解程度”。根据 1~10 题检测结果将学生分为 A、B 两组,正确率高于 60% 分为 A 组(答对 6 题及以上),该组呈现“医学法律基础知识相对较强”;正确率低于 40% 的分为 B 组(答对 4 题以下),该组呈现“医学法律基础知识相对较弱”。1~10 题内容摘自“执业医师法律法规考试”相关题目,内容涉及“医疗事故处理”、“执业医师行为”、“追究医疗刑事责任机关”、“《母婴保护法》知识”、“献血法立法目的”、“医疗机构临床用血规定”、“甲类传染病疑似病人报告时间”、“违犯《医师法》承担责任”、“《医疗事故处理办法》内容”、“患者权利”和“确立脑死亡意义”。

1.3 统计学处理 采用 SAS9.1 软件进行统计分析,计数资料用率表示,两组间比较采用 kruskal-Wallis 法,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 医学生的法律知识掌握情况 在 554 份调查问卷中,关于医学法律理论检测题目中正确率超过 60% 的可视为“医学法律基础知识相对较强”,共计 205 人(37.0%),该类问卷分为 A 组;正确率低于 60% 的为“医学法律基础知识相对较弱”类,有 349 人(63.0%),该类问卷归为 B 组。

2.2 对医患关系中医务人员权利及义务了解程度 在 554 份收回的调查问卷中,对医患关系中医务人员权利及义务见表 1。kruskal-Wallis 检验, A、B 两组医学生医患关系中医务人员权利及义务差异有统计学意义($\chi^2 = 175.827 1, P < 0.01$)。被调查医学生“医学法律基础知识相对较强”组较“医学法律基础知识相对较弱”组对医患关系中医务人员权利及义务更明确。

表 1 两组医学生关于“医患关系中医务人员相关权利与义务了解”情况[n(%)]

组别	较明确	中度明确	较不明确	不明确
A 组	117(57.07)	78(38.05)	3(1.46)	7(3.41)
B 组	10(2.87)	264(75.64)	39(11.17)	36(10.32)

2.3 对执业过程中涉及法律问题认知情况 医学生对执业过程中所涉及法律问题的认知情况调查结果见表 2。kruskal-Wallis 检验, A、B 两组医学生职业过程中涉及法律问题差异有统计学意义($\chi^2 = 281.486 8, P < 0.01$)。“医学法律基础知识相对较强”组较“医学法律基础知识相对较弱”组的医学生对执业过程中涉及法律问题更清楚。