

强“理论魅力”，如何用主流生命道德观切实引领医学生的思想，其一是具有科学合理性、现实性，不能过分理想化；其二是灌输式教育不仅仅作理论的设定，不靠强迫式教育，而要把教育内容转化为切实可行的操作原则，理论与实践统一成为医学生的实际行动指南。

3.2 灌输式教育中实行“分层带动” 医学生生命道德产生源于他们所接触的社会医疗现实，当代医疗实践在经济体制改革的背景下，出现很多弊端，功利性、工具性的生命价值取向在中国呈现不断扩张的发展态势，渗透到医院、政府、教育等部门，如果让其自由发展，缺乏主流生命意识形态的灌输引导，医学生生命道德思想和行为以及整个社会的医疗秩序都有可能陷入混乱的局面。但是，另一方面，在多元、开放的社会环境下，医学生生命道德发展是有层次性差异的，不同的生命个体在具体的生命价值目标、实现方式和生理、心理需求等方面都是各异其趣的，即使同一个个体在生命道德发展的不同阶段、在不同的年级也可能存在层次分明的生命道德观。医学生生命道德观的这种层次性来自于他们生活的具体环境的差异，是社会日趋多元化、开放化发展的结果，同时也有他们自身生命道德实践水平和理论修养方面的原因，这都要求教育工作者在生命道德灌输式教育中注意层次性、教育手段的多样性和教育内容的差异性、丰富性等实施规律。

3.3 生命道德教育灌输原则与方法统一 随着社会的进步和时代的变迁，很多生命观念都发生着变化，这些变化固然是由外在环境引起的，但是医学生在这一变化中也会根据自身的需要对其进行选择和取舍，医学生会通过自己的认知结构和独特的情感体验去对教育内容、方法等进行评价。所以说，教育者尤其需要去研究当代医学生的特点，研究他们的认知、情感和审美要求，在此基础上注重采用理论灌输的新方法，改变形式主义的东西，探索符合客观实际和现时代生命精神的教育内容，扭转目前灌输式教育不易被接受的被动局面，增强教育效果。灌输是当代医学生生命道德教育的应有之义，任何一个国家、社会传播主流生命道德观念都离不开灌输。但是，如果仅仅把灌输看作是在生命道德教育过程中需要遵循的原则，那么会影响其应有功能的发挥，导致很多教育者机械地执行教育任

务，不注重方法的科学性，不顾教育效果等。如果仅仅把灌输看作是生命道德教育的一种方法，那么也会窄化其实际的覆盖面，很多教育者就会觉得灌输可有可无，甚至因为当前灌输在生命道德教育过程中出现这样、那样的问题而曲解和否定灌输论等。因此，在生命道德教育中需要把灌输原则和方法有效结合起来理解，一方面可以按照国家既定的生命观教育方针、政策执行；另一方面为完成生命道德观念的教育任务，及时调整和完善灌输方法，争取最佳的教育效果。

参考文献

- [1] 陈万柏,张耀灿. 思想政治教育学原理[M]. 武汉:华中师范大学出版社,2009:38-42.
- [2] 黄明理,赵政委,戴锐. 论马克思主义的魅力与其大众化的内在逻辑[J]. 河海大学学报:哲学社会科学版,2009,11(3):41-44,54.
- [3] 张荣国,仇小敏. 构建社会主义和谐社会与价值观冲突的控制[J]. 求实,2009,12(12):30-32.
- [4] 李蜀人. 论康德道德的形而上学的建立[J]. 西南民族大学学报:人文社科版,2004,25(4):269-277.
- [5] 保罗·弗莱雷著,顾建新译. 被压迫者教育学[M]. 上海:华东师范大学出版社,2001:25-28.
- [6] 王一方. 敬畏生命——生命、医学与人文关怀的对话[M]. 南京:江苏人民出版社,2000:143-146.
- [7] 斯特赖克·索尔蒂斯著,洪成文译. 教育伦理[M]. 北京:教育科学出版社,2009:54-56.
- [8] 刘淑娜. 和谐社会的人性基础[J]. 东北师大学报:哲学社会科学版,2006,6(6):59-62.
- [9] 迈克尔·阿普尔,黄敬忠译. 意识形态课程[M]. 上海:华东师范大学出版社,2001:95-98.
- [10] 郭本禹. 道德认知与道德教育——科尔伯格的理论与实践[M]. 福州:福建教育出版社,2005:126-127.

(收稿日期:2015-05-08 修回日期:2015-07-09)

• 医学教育 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.34.047

新型考核评价体系在急诊医学教学中的构建与实践*

张 玮,杨德兴,钱传云[△]

(昆明医科大学第一附属医院急救医学部重症医学中心,昆明 650032)

[中图分类号] G642.0

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)34-4875-03

急救医学虽然只是医学的一个分科,但内涵极其丰富的内容,涉及生活意外急救、野外急救、灾难急救、战场急救等领域。急救医学是研究为挽救人们的肢体、器官、脏器功能甚至生命的紧急救援措施发展的学科^[1]。从业人员必须具有高度的责任感,丰富的医学知识及技能,理论与实践融会贯通的能力,综合分析、运用其他医学分科知识的能力^[2]。根据布鲁姆的观点,教学评价大致可分为诊断性评价、形成性评价和总结性评价3种^[3]。长期以来,医学教育尚未形成一套科学客观地反映

学生实际水平,符合医学教育客观规律的考核评价体系^[4]。在应试教育思维模式影响下,仍是“一考定成败”的总结性评价模式,在一定程度上弱化了考试功能的正常发挥,干扰了教育目标的实现,束缚了学生及教师在教学过程中的主观能动性,阻碍了高素质医学人才的培养^[5]。因此,本文以培养高素质的急救医学学生为目的,通过急救医学的新型考核评价体系的构建与实践,探索新形势下急诊医学新型考核评价模式并以此推动医学教研、教改的进程,促进教学模式、教学方法的创新,提高

* 基金项目:昆明医科大学教研教改重点资助项目(2012JY08)。
△ 通讯作者,Tel:13888719719;E-mail:zhangwei7222@126.com。

作者简介:张玮(1975—),副主任医师,博士,主要从事临床颅脑外伤研

人才培养质量显得非常有意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机从 2010 年开始就读于昆明医科大学(现本科四年级学生)14 个临床医学专业大班中选择 2 个班,再把 2 个班随机分成试验组和对照组,把试验组学生上学年期末排名前 7 名和后 6 名去掉,对照组学生也去掉上学年排名前 8 名和后 7 名,试验组和对照组人数均为 50 名。保证每组学生参加试验率在 95% 以上。

1.2 研究过程 为科学、客观、公正、全程评价学生的学业成绩,本研究将急救专业课程分为 A、B 两大类,A 类(对照组)为以理论授课为主的课程,B 类(试验组)为以实践为主的课程。两类课程均实行综合考核、量化计分、全程评价、期末汇总的方针,作为考核评价原则。A 类课程(对照组):考核评价体系包含平时课堂考勤、课堂提问、作业完成情况、小论文、临时测验、期中考试、期末考试等部分组成。重点考核评价学生对理论知识的认知、记忆、理解、积累和运用的能力。B 类课程(试验组):考核评价体系包含平时考勤,临床见习和实习中的提问、讨论、答辩、互评和临床实践能力,包括临床体检、病历书写、对疾病的认知、诊断及处理等能力。重点考评操作的规范程度,对疾病诊治的正确度和临床思维的能力。

随机从昆明医科大学和 4 所附属医院(昆明医科大学第一附属医院、昆明医科大学第二附属医院、昆明医科大学第三附属医院、昆明医科大学第四附属医院)选出 50 名教师一对一每个学生进行综合成绩评价并采用 100 分制进行打分(高分组大于或等于 90 分,中分组 89~70 分,低分组小于或等于 69 分)。50 名教师对试验组和对照组的学生考核成绩分成高、符合、低 3 个等级进行认同度评价,见表 1、2。

表 1 A 类课程考核评分表(分)

考核分类	分值
出勤	3
临时测验	12
开卷测验	10
期中考	25
期末考	50

表 2 B 类课程考核评分表(分)

考核分类	考核内容	分值
出勤		3
临床操作	临床操作规范	10
	病历书写规范	10
医技科室检查结果判断	运用正确	10
临床诊断治疗	诊断准确	22
	治疗原则正确	20
临床思维	综合上述内容能力	25

1.3 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件对数据进行分析处理,基本描述分析采用率及相关图表表示,假设检验采用对应分析、 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 A 类考核成绩和 B 类考核成绩比较 采用行×列表 χ^2 检验,试验组考核成绩和对照组考核成绩比较,差异有统计学

意义($P = 0.007$),试验组学生的期末成绩优于对照组学生的期末成绩,见表 3。

表 3 A 类考核成绩和 B 类考核成绩比较[n(%)]

组别	n	高分	中分	低分	χ^2	P
试验组	50	18(36)	28(56)	4(8)	9.793	0.007
对照组	50	10(20)	24(48)	16(32)		

2.2 A 类考核成绩和 B 类考核成绩与综合考核成绩比较 采用对应分析:A 类课程考核成绩和综合考核成绩, $\chi^2 = 10.749, P = 0.030$,可以认为 A 类课程考核成绩和综合考核成绩相关性好。行和列点对称的标准化图:A 类课程考核成绩高分段、中分段、低分段距离较远,三者关系不密切,综合考核成绩高分组、中分组、低分组距离较远,三者关系不密切,高分组和高分段、中分组和中分段、低分组和低分段距离较近,可以认为它们关系密切(表 4、图 1)。采用对应分析:B 类课程考核成绩和综合考核成绩, $\chi^2 = 5.611, P = 0.230$,可以认为 B 类课程考核成绩和综合考核成绩相关性差异。行和列点对称的标准化图:B 类课程考核成绩高分段、中分段、低分段距离较远,三者关系不密切,综合考核成绩高分组、中分组、低分组距离较远,三者关系不密切,高分组和高分段、中分组和中分段、低分组和低分段距离较远,可以认为它们关系不密切(表 4、图 2)。

表 4 A 类和 B 类考核成绩与综合考核成绩比较[n(%)]

组别	A 类考核成绩			B 类考核成绩		
	高分段	中分段	低分段	高分段	中分段	低分段
高分组	12(66.7)	6(33.3)	0(0)	11(61.1)	7(38.9)	0(0)
中分组	10(58.3)	11(29.2)	3(12.5)	12(50.0)	8(33.3)	4(16.7)
低分组	1(12.5)	4(50.0)	3(37.5)	2(25.0)	4(50.0)	2(25.0)

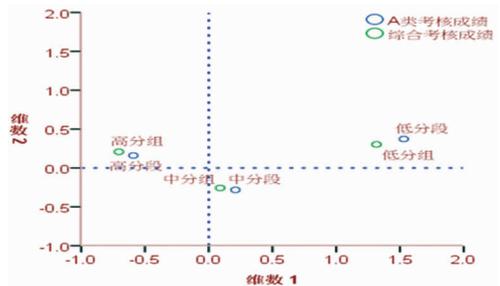


图 1 A 类考核成绩和综合考核成绩对应分析图

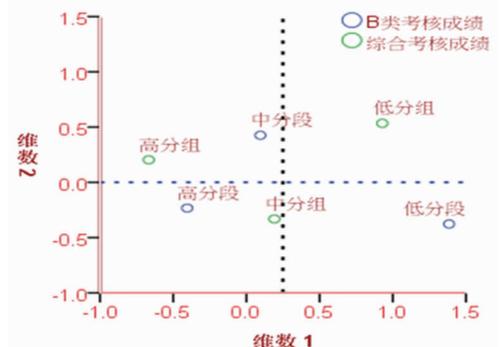


图 2 B 类考核成绩和综合考核成绩对应分析图

2.3 教师对试验组和对照组学生的考核评价分值认同度 采用行×列表 χ^2 检验:教师对试验组和对照组考核评价分值认

同度,差异有统计学意义($P=0.014$),可以认为教师对试验组学生考核评价分值认同度高于对照组,见表 5。

表 5 教师对试验组和对照组学生的考核评价分值认同度

组别	<i>n</i>	高	相符	低	χ^2	<i>P</i>
试验组	50	10(20)	34(68)	6(12)	8.470	0.014
对照组	50	5(10)	27(45)	18(36)		

3 结 论

长期以来,各级各类学校的教育一直都是一应应试教育,忽视形成性评价,注重总结性评价,老师为了考而教,学生为了考而学,进而导致学生“上课记笔记,下课看笔记,考试背笔记,考后全忘记”——这种评价体系,考查的是人脑储备知识的能力,而不是人脑运用知识的能力^[6]。尤其是目前高等医学教育考试,过分注重总结性评价在一定程度上弱化了考试功能的正常发挥和教育目标的实现^[7],这不仅影响了高等教育质量,同时也影响了广大学生的学习积极性,阻碍了高素质医学人才的培养,存在诸多弊端——考试目的的模糊、考试内容的片面、考试方式的单调^[8]。

本研究改革原有“一考定成败”的总结性考试模式^[9],构建课程形成性考核评价体系,强调学生的学习过程考核,任课教师在教学过程中根据不同阶段的教学要求,灵活运用提问、讨论、作业、小论文、小测验等多种方式了解学生学习状况,并通过测验获取教学信息,指导教学更好地开展,通过本体系去评价学生的智能水平、创新能力、进取精神和人格品质是否达到教学目标和人才培养目标的要求,实现教学目标,培养出高素质的医学专业本科学生。研究表明,B类课程可以提高学生的成绩,评价能力强,教师认同度高。今后应该把平时考勤、临床见习和实习中的提问、讨论、答辩、互评和临床实践能力,包括临床体检、病历书写、对疾病的认知、诊断及处理等能力作为培养重点,重点考评操作的规范程度,对疾病诊治的正确度和临床思维的能力,把这种新型的考核评价体系运用到本科教学,为教师设计一种合适的教学方案,使教学适应学生的特性和背景。形成性评价在教学过程中的每一个学习单元结束时进行,目的是及时掌握学生的学习状况,帮助他们改正错误、弥补不

• 医学教育 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.34.048

足,从而取得最优的教学效果。总结性评价是在一门课程结束或者某个学习阶段结束时进行,主要目的是评定学生的学业成绩,确定不同学生各自所达到的水准和彼此间的相对地位,并确定总体教学目标的达成状况^[10]。

参考文献

- [1] Marx JA. Rosen emergency medicine: concepts and clinical practice[J]. Mosby, 2005, 7(9): 125-133.
- [2] 唐子人,李春盛. 急诊医学教学方法初探[J]. 中国病案, 2013, 14(11): 65-67.
- [3] 王一铿. 加强急诊医学教学的基本建设——祝全国第一个大学本科急诊医学专业的诞生[J]. 中华急诊医学杂志, 2002, 11(4): 272.
- [4] 卢中秋,邱俏檬,黄唯佳,等. 发展急诊医学学科提高临床急诊教学效果[J]. 中国急救医学, 2007, 27(4): 365-367.
- [5] 熊艳,詹红,李欣,等. TBL 结合典型病例教学法在创伤急救临床技能教学中的应用探索[J]. 中国高等医学教育, 2011, 8(8): 103-104.
- [6] Field JM, Hazinski MF, Michael RS, et al. Part 1: Executive Summary: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care[J]. Circulation, 2010, 122(18 suppl 3): 640-656.
- [7] 田桂红,秦淑娟,吕靖. 急诊医学与急诊模式的探讨与发展[J]. 中国实用医药, 2009, 4(34): 232.
- [8] Cheng XM, Hu CP, Peng B. Thinking of information technology and internal medicine course intergration [J]. Zhongguo Zhong Yao Za Zhi, 2005, 11(23): 322-325.
- [9] 徐腾达,于学忠,徐军,等. 我国急诊医学发展及其专业特点[J]. 中华医院管理杂志, 2007, 23(6): 404-406.
- [10] 段链,陈红,路阳,等. 住院医师规范化培训的影响因素分析[J]. 中华医院管理杂志, 2012, 28(1): 24-26.

(收稿日期:2015-05-15 修回日期:2015-07-04)

以团队为基础的教学方法对护理本科生岗位胜任能力的培养分析*

汪凤兰¹, 张小丽¹, 孙玉倩¹, 邢凤梅^{1△}, 么 婷¹, 宋玉钰¹, 张丽娜²

(1. 河北联合大学护理与康复学院, 河北唐山 063000; 2. 河北科技大学图书馆, 石家庄 050018)

[中图分类号] R47;G642

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)34-4877-03

2010 年 12 月 4 日柳叶刀杂志发表题为《新世纪医学卫生人才培养:在相互依存的世界,为加强卫生系统而改革医学教育》的报告中提出希望全世界医学教育参与者能够以胜任力为导向的方法进行教学设计^[1]。《基础护理学》是护理专业的核心专业基础课程,也是护理学生接触护理专业的第一门课程,

在该课程中有意识地进行岗位胜任能力培养和训练,可以起到职业入门的引导作用,为将来岗位胜任力培养开启一个良好的开端。以团队为基础的教学方法(team-based learning, TBL)由教师引导,通过“应用性练习”、“小组讨论”及“导师提问”等多种方式进行团队教学,强调主观能动性及团队协作,引导学

* 基金项目:河北省教育厅教改基金资助项目(2012GJJG082);河北联合大学教改基金资助项目(Y1225-03);河北联合大学护理与康复学院教改课题基金资助项目(2013HLQ04)。 作者简介:汪凤兰(1982—),讲师,硕士,主要从事护理教育及老年慢病护理研究。 △ 通讯作者, Tel:15133968716; E-mail: shanxing06@yahoo. com. cn。