

· 卫生管理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2018.35.031

重庆、云南、贵州三省市基层中医师岗位职业能力现状分析和对策研究*

潘 伦¹, 何 坪[△], 邓福忠¹, 易敏春², 肖文冲³

(1. 重庆医药高等专科学校 401331; 2. 楚雄医药高等专科学校 675005; 3. 铜仁职业技术学院 554300)

[中图分类号] R192.3

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2018)35-4553-03

2017 年,党的十九大报告中,习近平总书记明确指出“坚持中西医并重,传承发展中医药事业”,中医药已成为“健康中国”强有力的支撑,对缓解人民群众“看病难、看病贵”等问题具有重大意义^[1-3]。《关于印发基层医疗卫生服务能力提升年活动实施方案的通知》(国卫办基层函〔2017〕238 号)中要求,基本医疗机构需提升中医药服务能力,但西部地区基层医疗机构存在中医医生比例偏低、职称与学历偏低等难题^[4-6],是否足以胜任其工作岗位还有待研究。在西部地区,专科层次中医专业毕业生比本科层次的更容易“下得去”“留得住”,能在短期内有效缓解基层医疗机构中医师人才队伍薄弱的问题,因此,开展专科层次中医学人才培养改革势在必行。为了进一步了解西部地区基层医疗机构中医师职业能力现状,为开展专科层次中医学专业教育提供依据,本课题组在西部地区重庆市、云南省和贵州省进行了抽样调查。

1 对象与方法

1.1 研究对象 采用多阶段抽样方法,于 2017 年 6—8 月,在研究者所在的 3 个西部城市(重庆市、云南省楚雄市、贵州省铜仁市)采用随机数字表法抽取了 1 个区县,每个县按城乡分类随机抽取 2 个社区卫生服务中心和 2 个乡镇卫生院(重庆南岸区弹子石社区卫生服务中心、南坪社区卫生服务中心、广阳镇卫生院、峡口镇卫生院;云南省楚雄市禄丰县金山社区卫生服务中心、金山卫生院、勤丰镇卫生院、罗茨镇卫生院;贵州省铜仁市德江县青龙社区卫生服务中心、玉水社区卫生服务中心、潮砥镇卫生院、沙溪镇卫生院)。共 12 个基层医疗卫生机构的中医(102 人)全部纳入调查,应答 102 人,应答率 100.00%。

1.2 调查方法 采用自制问卷,调查了解西部地区基层中医师岗位职业能力情况。调查问卷包括了调查对象的一般情况(如性别、年龄、在基层工作时间、健康状况、资格证书等)、岗位职业能力适应情况。岗位适应情况调查又包括了工作环境适应能力、人际沟通能力、中医诊疗能力、仪器设备使用操作能力等。由经统一培训的专业调查人员进行预调查,对存在的

问题进行修改,问卷最后由专家审核后统一实施现场调查。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 19.0 统计软件进行数据处理与分析,双人双录,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 一般情况调查结果 共调查中医师 102 人,其中男 60 人(58.82%),女 42 人(41.18%),平均年龄(38.93±11.21)岁。学历为中专 16 人(15.69%),专科 43 人(42.16%),本科 36 人(35.29%),硕士 7 人(6.86%)。从业年限 10 年以下的 53 人(51.96%),10~<20 年的 25 人(24.51%),20~<30 年的 14 人(13.73%),30 年及以上的 10 人(9.80%)。健康状况良好的 90 人(88.24%),有慢性疾病的 11 人(10.78%),有残疾的 1 人(0.98%)。51 人(50.00%)来自社区卫生服务中心,51 人(50.00%)来自乡镇卫生院,内科 12 人(11.76%),外科 2 人(1.96%),妇产科 1 人(0.98%),儿科 1 人(0.98%),中医科 34 人(33.33%),全科 14 人(13.73%),康复科 25 人(24.51%),预防保健科 6 人(5.88%),骨科 7 人(6.86%)。调查还显示,64.71%的人员有执业医师证书,16.67%的人员有执业助理医师证书,2.94%的人员有乡村全科执业助理医师证书,而有 13.73%的人员没有任何执业证书。102 名调查对象中只有 25 人(24.51%)获得了全科医师岗位培训证书。

2.2 基层中医师岗位能力适应情况调查结果 该部分问卷分为 4 个维度:工作环境适应能力、人际沟通能力、中医诊疗能力、仪器设备使用操作能力。

2.2.1 工作环境适应能力 102 名调查对象对单位规章制度、岗位工作流程、专业信息获取比较熟悉,“不太熟悉”及“不熟悉”的比例较低,分别为 7.84%、2.94%、10.78%。对居民健康情况、卫生法规熟悉程度、电脑操作“不太熟悉”和“不熟悉”的比例较高,分别达到 32.35%、29.41%、18.63%,见表 1。

2.2.2 人际沟通能力 调查显示,102 名调查对象与同事谈话氛围和工作氛围都较好,氛围“很好”和“好”

* 基金项目:全国教育科学“十三五”规划 2016 年度教育部重点课题(DJA160273)。 作者简介:潘伦(1981—),副教授,本科,主要从事卫生统计方面的研究。△ 通信作者,E-mail:heping1229@163.com。

表 1 12 个基层医疗机构中医师工作环境熟悉情况[n(%)]

熟悉程度	居民健康状况	单位规章制度	岗位工作流程	卫生法规熟悉程度	专业信息获取	电脑操作
很熟悉	13(12.75)	18(17.65)	41(40.20)	10(9.80)	33(32.35)	18(17.65)
熟悉	56(54.90)	76(74.51)	58(56.86)	62(60.78)	58(56.86)	65(63.73)
不太熟悉	30(29.41)	6(5.88)	3(2.94)	30(29.41)	9(8.82)	17(16.67)
不熟悉	3(2.94)	2(1.96)	0(0.00)	0(0.00)	2(1.96)	2(1.96)
合计	102(100.00)	102(100.00)	102(100.00)	102(100.00)	102(100.00)	102(100.00)

的比例较高,分别为 97.06%、99.04%。不过,调查对象与患者之间关系“不太好”及“不好”的比例较高,总计达到了 39.21%。其中有 13 名调查对象曾发生过医疗纠纷(占总人数的 12.75%),其原因为:技术性 3 名,占 23.08%;责任性 10 名,占 76.92%,见表 2。

表 2 12 个基层医疗机构中医师人际沟通情况[n(%)]

协调情况	与同事谈话氛围	与同事工作氛围	医患关系
很好	28(27.45)	42(41.18)	28(27.45)
好	71(69.61)	58(56.86)	34(33.33)
不太好	3(2.94)	2(1.96)	32(31.37)
不好	0(0.00)	0(0.00)	8(7.84)
合计	102(100.00)	102(100.00)	102(100.00)

2.2.3 中医诊疗能力 102 名调查对象中,中医诊疗技能的掌握程度有 12.74%“不太好”或者“不好”,中医思维能力的掌握程度有 10.78%“不太好”或者“不好”,中西医基本知识的掌握程度有 12.74%“不太好”或者“不好”,见表 3。进一步调查发现,首次问诊患者时,选择寒热、汗出、饮食、胸腹、听力、口渴、旧病、诱因的仅 39 人(38.24%)。

表 3 12 个基层医疗机构中医师中医诊疗能力情况[n(%)]

掌握程度	中医诊疗技术	中医思维能力	中西医基本知识
很好	7(6.86)	7(6.86)	11(10.78)
好	82(80.39)	84(82.35)	78(76.47)
不太好	10(9.80)	10(9.80)	12(11.76)
不好	3(2.94)	1(0.98)	1(0.98)
合计	102(100.00)	102(100.00)	102(100.00)

调查还显示,35 人(27.63%)认为在中西医知识比较欠缺,48 人(47.37%)认为在传统文史哲学知识比较欠缺,31 人(35.53%)认为卫生政策法规知识比较欠缺,51 人(51.32%)认为社会医学和心理知识比较欠缺,75 人(76.32%)认为医学前沿知识比较欠缺。73 人(71.57%)外出进修或培训,平均 193.53 d,最长 1 095 d(3 年),最短 1 d。76 人(74.51%)希望外出进修或培训。64 人(62.75%)向上级医院转诊过患者,向上转诊原因:缺乏设备 48 人次(55.81%)、缺乏诊

疗技术 30 人次(34.89%)、缺乏诊疗人员 8 人次(9.30%)。

2.2.4 设备操作使用能力 102 名调查对象常用诊疗设备使用情况统计,观片灯、心电图机、生化分析仪、康复评定及治疗设备、智能通路治疗仪、颈腰椎牵引设备、中药熏蒸设备、中药雾化吸入能正确使用的人数均不足 50%,见表 4。进一步调查得知,只有 56 人(54.90%)经常使用设备辅助诊疗,46 人(45.10%)偶尔使用或从来不使用。首诊患者测量血压时,67 人(65.69%)选择左臂或右臂,仅 35 人(34.31%)选择双臂;另外被调查者中仅有 45 人(44.12%)以声音消失判断舒张压。

表 4 12 个基层医疗机构中医师设备操作使用能力情况[n(%)]

仪器设备	能	不能
听诊器	90(88.24)	12(11.76)
血压计	98(96.08)	4(3.92)
观片灯	43(42.16)	59(57.84)
体质量身高计	58(58.86)	44(43.14)
心电图机	40(39.22)	62(60.78)
生化分析仪	22(21.57)	80(78.43)
血糖仪	56(54.90)	46(45.10)
康复评定及治疗设备	20(19.61)	82(80.39)
针灸器具	70(68.63)	32(31.37)
火罐	75(73.53)	27(26.47)
电针仪	59(57.84)	43(42.16)
艾灸仪	56(54.90)	46(45.10)
智能通路治疗仪	25(24.51)	77(75.49)
颈腰椎牵引设备	46(45.10)	56(54.90)
中药熏蒸设备	43(42.16)	59(57.84)
TDP	66(64.71)	36(35.29)
中药雾化吸入	34(33.33)	68(66.67)

以上 4 个维度中,将各维度每个条目定量化转化为得分值以后,再把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,分值从高到低分别为:人际沟通能力、工作环境适应能力、中医诊疗能力、设备操作使用能力,见表 5。

表 5 各维度得分统计描述

维度	n	平均得分	标准差	最低分	最高分
工作环境适应能力	102	67.91	12.63	33.33	100.00
人际沟通能力	102	71.71	14.69	44.33	100.00
中医诊疗能力	102	65.05	13.63	11.00	100.00
设备操作使用能力	102	51.62	23.65	0	100.00

3 讨 论

按照《关于印发基层医疗卫生服务能力提升年活动方案的通知》(国卫办基层函〔2017〕238号)中要求,对基层医疗机构中医生提出了较高的职业能力要求,(1)常见病、多发病和慢性病中医规范化诊疗服务能力;(2)中医药公共卫生服务能力;(3)中医“治未病”服务能力,但根据调查结果,西部地区基层医疗机构中医师难以满足这些要求,存在以下问题:

3.1 基层中医师学历偏低,从业时间较短,无执业资格证书,中医全科医生比例低 基层中医师的学历以专科为主,中专人员比例较大(15.69%)。从业时间10年以下的人员最多(51.96%),从业20年及以上的人员仅23.53%。没有任何证书的人员仍有相当比例(13.73%)。获得全科医生岗位培训证书的基层中医师比例较低,仅24.51%。分析原因:(1)西部特别是农村地区的基层中医人员多来自于中专毕业生或师承人员,导致学历层次偏低,存在无执业资格证书行医现象;(2)基层中医岗位吸引力不足,部分地区对基层医疗机构中医药服务重视不够,加上中医药基础设施、设备较差(向上转诊中有55.81%是由于缺乏设备)等因素,本科及以上学历中医专业毕业生“下不去”“留不住”现象依然严重^[7]; (3)中高年资的基层中医师流失比较严重,容易被大医院、大城市“虹吸”走,导致基层中医师队伍出现了断层^[8]。四是全科医师岗位吸引力不足,待遇及社会地位都较差,对中医全科医生缺乏深入的了解,机构开展中医“治未病”和中医特色养生保健项目较少,导致基层中医师不愿意参加全科医生培训^[9-10]。

3.2 基层中医师设备操作使用能力和诊疗能力较差 只有54.90%的人员经常使用设备辅助诊疗,不足50%的人员能正确使用观片灯、心电图机、生化分析仪、康复评定及治疗设备、智能通路治疗仪、颈腰椎牵引设备、中药熏蒸设备、中药雾化吸入设备,仅34.31%的人员在患者首次测量血压时选择双臂,仅44.12%的人员以声音消失判断舒张压。基层中医师的诊疗能力较差,仅38.24%的人员首次问诊患者选择寒热、汗出、头身、二便、饮食、胸腹、听力、口渴、旧病、诱因,有27.63%的人员认为中西医知识比较欠缺,有34.89%的人员向上转诊是由于缺乏诊疗技术。分析原因:(1)中医高等教育存在弊端,以院校教育为

主,培养模式单一,偏重理论,临床实践技能薄弱,中医药特色优势突出不够,学生接触临床时间晚,特别是专科层次,由于时间短,导致中西医(特别是西医知识)知识不够全面,存在一定硬伤;(2)基层中医师继续教育开展不够,主要体现在培训的机会少(仅71.57%的中医师外出进修或培训)、针对性强的培训少(高达76.32%的人员认为医学前沿知识比较欠缺);(3)基层医疗机构中医药设备设施缺乏,导致基层中医师无法使用相应的设备。

3.3 基层中医师医患关系紧张 高达39.21%的基层中医师认为医患关系紧张,12.75%的人员曾发生过医疗纠纷。分析原因:(1)由于基层中医师诊疗水平不高,导致对自己诊疗技术信心不足;(2)居民对基层医疗机构信任度不够,由于卫生服务的信息不对称性以及易受负面影响,容易产生医患矛盾,引发医患关系紧张^[12-13]。

4 建 议

4.1 增强基层中医师岗位吸引力和全科医师吸引力

尽快出台吸引中医人才,聚集中医人才,留住中医人才的政策,提高基层中医师、全科医师薪酬待遇,增强岗位吸引力。一是突破“托底限峰”政策,把收支结余中不低于40%的部分用于人员奖励,激发基层中医师的活力。二是设定单独的职称评审组,优化职称评审条件。三是建立退出机制,对符合条件的优先调至区县医疗卫生机构工作或进行学历提升等。四是建立基层工作优惠政策,对长期在基层的医务人员在工资、住房等待遇方面、子女升学和参军与参公方面给予特殊政策。

4.2 多途径提高现有基层中医师素质

多途径、多手段提高基层中医师素质。一是开展针对性强的继续教育项目,提高基层中医师知识和技能水平,继续教育项目除了中西医基本技能的培训,还应侧重中医前沿知识、社会医学和心理学、传统文史哲学的培训。二是各级卫生部门应积极鼓励中专及以下学历的基层中医师提升学历,通过成人专科或本科教育,提高学历的同时促进职称的提升,可以全额报销或报销一定比例的学费,并保障学习期间的待遇。三是各级卫生部门应积极组织中医师承或确有专长的基层中医师,通过集中培训和学习,提高其获得助理执业医师或乡村助理全科医师资格证书,规范行医。

4.3 改革中医高等教育人才培养模式

按照《中医药法》要求,积极开展融“院校+师承”于一体的中医现代“师带徒”人才培养,提高中医高等教育质量。一是转变教育理念,专科和本科层次要在短时间内培养出中医的铁杆“粉丝”和合格的中医师,必须走“院校+师承”的现代“师带徒”人才培养的道路,才能综合两种培养模式的优势,弥补相互的(下转第4559页)

在高校工作,制订吸引护理学博士研究生从事临床工作的策略使其在护理科研及临床护理工作方面发挥作用,对促进护理学科发展具有重要意义。单位平台、科研氛围及条件、职业发展空间是其求职时考虑的主要方面,提供良好的科研的平台是招揽的护理学博士研究生人才的关键。此外,在读护理学博士研究生有较明确的职业规划及目标。护理管理者应重视护理学博士研究生的求职需求及职业发展期望,为其提供合适的岗位和发展机会以实现其职业规划目标,在护理专业领域中充分发挥学科带头人和学术骨干的作用。

参考文献

- [1] 何国平,王瑶,周乐山. 护理专业博士研究生培养现状及展望[J]. 护理管理杂志,2012,12(5):319-321.
- [2] 刘秀娜,王仙园,周娟. 临床护理管理者对护理博士任职需求的质性研究[J]. 解放军护理杂志,2011,28(8):22-25.
- [3] 李银雪. 重视高级护理人才发挥其最大潜能[J]. 中国护理管理,2006,6(8):5-6.
- [4] 尤黎明,罗志民,万丽红,等. 中国护理教育资源现状及发展趋势的研究[J]. 中华护理教育,2010,7(4):147-151.
- [5] 吴凉凉,李宝仙. 大学毕业生的职业期望及其影响因素研究[J]. 应用心理学,2001,7(3):18-23.

(上接第 4555 页)

不足。二是应根据基层中医师岗位任务,以基层中医师岗位胜任力为导向,制订人才培养方案,在突出中医药特色优势的同时,也要注重西医课程体系的搭建,并融入康复、预防保健等课程内容。三是建立“早临床、多临床、反复临床”的课程体系,才能尽快让学生把理论转化为实践,让学生“学中做”“做中学”,不断提高临床技能。四是强化学生沟通能力的培养,特别是医患之间沟通技巧的训练。

参考文献

- [1] 卜鸿翔,罗月英. 居民对中医药社区卫生服务的需求调查分析[J]. 江西中医学院学报,2012,24(2):84-85.
- [2] 潘伦,吴海峰,何坪,等. 重庆市中医药人才现状分析[J]. 重庆医学,2012,41(28):2964-2965,2989.
- [3] 张路,唐旭东,杨晓红,等. 论名医成才与中医高等教育[J]. 河南中医,2016,36(11):1873-1875.
- [4] 郑川,李勇,李阳倩. 中医学专业人才培养改革路径思考——基于对基层医疗机构中医人力资源状况的调查[J]. 西南民族大学学报(人文社会科学版),2014(4):208-211.
- [5] 潘伦,熊燕影,何坪,等. 重庆市基层医疗卫生机构中医人力资源现状分析[J]. 重庆医学,2016,45(36):5176-

- [6] BODDY D. 管理学[M]. 韩婷,刘新颖,沈秀琼,等,译. 2版. 北京:经济管理出版社,2011:35.
- [7] RGNRNT I D. Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling;merging or clear boundaries?[J]. J Adv Nurs,1997,26(3):623-630.
- [8] 辛琼林,李玉玲. 质性研究资料分析方法应用的调查[J]. 中国护理管理,2007,7(10):16-18.
- [9] 钱英,王晓蕾,方晓眉,等. 护士心理资本和工作满意度与留职意愿的关系研究[J]. 上海交通大学学报(医学版),2015,35(6):887-891.
- [10] 黄艳秋,赵慧华,李晓蓉,等. 三级综合医院护士分层培训体系研究进展[J]. 中国临床医学,2016,23(3):396-398.
- [11] 刘秀娜,王仙园,周娟. 护理学博士临床使用困境的质性研究[J]. 护理研究,2011,25(13):1143-1145.
- [12] JACKSON D,PETERS K,ANDREW S,et al. “If you haven’t got a PhD,you’re not going to get a job”:the PhD as a hurdle to continuing academic employment in nursing [J]. Nurse Educ Today,2011,31(4):340-344.
- [13] 郭桂芳. 我国护理学研究生教育概述[J]. 中华护理教育,2015,12(7):485-489.
- [14] WILKES L M,MOHAN S. Nurses in the clinical area:relevance of a PhD[J]. Collegian,2008,15(4):135-141.

(收稿日期:2018-06-06 修回日期:2018-08-20)

5178.

- [6] 陈曼莉,杨革生,王慧,等. 中西部基层中医药人员现状调查及政策建议[J]. 中国社会医学杂志,2012,29(1):60-62.
- [7] 韩欣欣,陈林兴. 云南省高校中医药人才的培养与基层中医药人才需求的衔接[J]. 中国医药导报,2015,12(16):93-98.
- [8] 姜威,李宗友,胡艳敏,等. 广西、重庆、陕西三省市基层中医医疗机构及人员现状调查与分析[J]. 中国中医药图书情报杂志,2015,39(1):32-35.
- [9] 王涛. 中医全科医生在基层医疗机构中的重要作用[J]. 中西医结合心血管病杂志,2016,4(15):146.
- [10] 孙涛,丁小燕,周巍. 社区卫生服务中心中医药服务能力的现状调查[J]. 中国全科医学,2016,19(30):3756-3761.
- [11] 孙萍,周建军. 高等中医药教育改革发展路径选择[J]. 重庆医学,2014,43(4):506-508.
- [12] 叶俊,葛建一. 公共医疗卫生体制改革的逻辑与导向[J]. 行政改革,2016,3:54-57.
- [13] 黄奕祥. 社区变迁、信任与城市社区卫生服务的发展[J]. 医学与哲学,2009,30(7):61-63.

(收稿日期:2018-05-28 修回日期:2018-08-12)