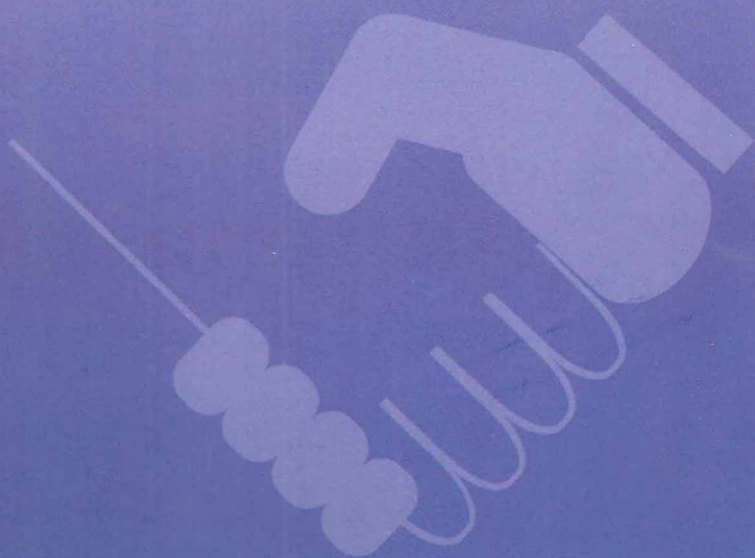


Introduction
to Clinical Medicine

临床医学导论

主编◎万学红



四川大学出版社

Introduction

BY CHRISTOPHER M. MANNING

临床医学导论

第1版 2013年11月

第1版 2013年11月

Introduction
to Clinical Medicine

临床医学导论

主 编 万学红

副主编 姚 巡 卿 平

编 者 (按姓氏笔画排序)

万学红	马渝根	王 晶	韦 潇	邓绍林
卢一平	卢仲毅	冉素娟	邝 璞	邢爱耘
刘秀颖	刘新亮	杜 亮	李立秋	李幼平
李晓玲	李 萍	李 静	杨 凡	杨天桂
杨彦春	步 宏	何 庆	宋儒亮	张龙祿
张鸣明	张 岚	张 波	陈耀龙	屈 云
胡泽卿	姜 洁	姚 巡	秦达念	秦 莉
原志芳	卿 平	黄 进	梁茂植	董碧蓉
敬媛媛	蒋 毅	曾 果	雷海潮	



四川大学出版社

责任编辑:朱辅华
特约编辑:张宇 孙璐薇
责任校对:孙璐薇 张宇
封面设计:墨创文化
责任印制:李平

图书在版编目(CIP)数据

临床医学导论 / 万学红主编. —成都: 四川大学出版社, 2011. 8
ISBN 978-7-5614-5443-5

I. ①临… II. ①万… III. ①临床医学—医学院校—教材 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 174354 号

书名 临床医学导论

主 编 万学红
出 版 四川大学出版社
地 址 成都市一环路南一段 24 号 (610065)
发 行 四川大学出版社
书 号 ISBN 978-7-5614-5443-5
印 刷 郫县犀浦印刷厂
成品尺寸 185 mm×260 mm
印 张 23.75
字 数 576 千字
版 次 2011 年 10 月第 1 版
印 次 2011 年 10 月第 1 次印刷
印 数 0 001~2 000 册
定 价 47.00 元

◆读者邮购本书,请与本社发行科联系。电话:85408408/85401670/85408023 邮政编码:610065

◆本社图书如有印装质量问题,请寄回出版社调换。

◆网址:www.scupress.com.cn

版权所有◆侵权必究

前

言

医学不断发展，学科越分越细，完全以学科为基础的课程体系必然会使课程越开越多。如何让医学生在有限的在校教育期间，课程更加全面又更加有效呢？北美医学院校在20世纪60年代就开始了整合课程的探索，如开设临床医学导论、医师/患者等课程，整合多个学科内容在一门课程之中。四川大学华西临床医学院经过3年准备，于1998年在全国率先开设这一新型整合课程——临床医学导论，使用的讲义不断更新完善。受国内一些院校师生的鼓励，我们在讲义基础上编写了本教材。

本教材的教学目标是：医学生职业素质教育；早期接触临床以激发学习热情，逐步认识医师角色和医患关系；在了解临床医学概貌的基础上，拓宽知识面，不遗漏现行课程体系下未涵盖而医学生又必须了解的内容。

本教材紧紧围绕其教学目标定位，尽量不重复现行课程体系下的内容，特别是临床课程将要详细学习的各种疾病的内容。对有关临床学科的介绍仅仅是一种“导论”，让医学生在基础学习阶段就对将来的临床学习有所了解，正确认识基础与临床的关系。本教材参照医学教育的国际标准和一些发达国家的医学教育有关资料，针对我国目前课程内容和教学上的薄弱环节进行编写。希望通过对本教材的学习，让医学生加强职业素质、态度、价值、行为和伦理教育，加强对“人”、“健康”的认识，加强交流与沟通能力，加强对社会和公众健康的关注，进行正确的自我评价

和对照医师能力的要求进行自我反思与能力培养规划。

目标读者包括：①临床医学五、七、八年制的学生，在医学前或临床前课程阶段；②其他专业，如医学技术、医学检验、卫生管理、护理、康复、公共卫生、口腔、药学、基础医学等专业的学生；③非医学专业的学生，如公共管理、人文学科各专业的本科学学生；④其他，有兴趣和必要了解医学概貌的各类学生和受训人员。

本教材是一本新型教材，在编写体例、内容设计等方面没有先例可参考。开设此课程的学校的课时数从18学时到100多学时不等，故深度和字数难以把握，而涉及学科和作者较多，只能尽量简明扼要，发挥“导论”作用。对某一学科或题目有兴趣的读者应该自己去深入查找有关资料，进一步探究式学习。

希望本教材以新颖务实的内容，激发学生的好奇心，培养其对医学学科浩瀚知识的浓厚兴趣，成为“学生喜欢读”、“能激发学生进一步学习热情”的教材。

本书的出版得到美国中华医学基金会（China Medical Board, CMB）资助，谨此致谢。

主编 万学红

2011年7月26日

目 录

第一章 我们究竟要培养什么样的医生?	(1)
第二章 职业价值观、态度、行为和伦理	(9)
第一节 医生的职业价值观	(9)
第二节 生命与伦理	(16)
第三节 常见问题的伦理学要求	(25)
第四节 医学伦理学——前沿与争论	(32)
第三章 公共健康和中外卫生体系	(37)
第一节 健康的社会决定因素	(37)
第二节 全球卫生状况和卫生体制	(44)
第三节 中国卫生系统概况	(50)
第四节 社区卫生服务概述	(57)
第五节 医院与医院管理	(64)
第六节 医疗质量管理	(73)
第四章 医疗语言	(83)
第一节 医疗语言学概说	(83)
第二节 医疗言语的道德评价与用语原则	(86)
第三节 医疗口语	(89)
第四节 医疗体态语	(92)
第五节 医疗书面语	(96)
第六节 医患交流言语艺术	(100)
第七节 医务人员的语言修养	(107)
第五章 沟通技能与医患关系	(111)
第一节 人际交流和沟通技能	(111)
第二节 医疗活动中的团队合作	(118)
第三节 医患关系与医患沟通	(123)
第四节 医患纠纷的防范与处理	(128)
第五节 患者安全	(133)
第六节 临床医学与法律	(140)
第六章 批判性思维与研究	(153)
第一节 发现问题是科学研究的起点	(153)
第二节 循证医学与批判性思维	(157)

第三节	如何阅读和评价医学文献	(162)
第四节	如何撰写临床科研论文	(171)
第七章	基本临床技能	(180)
第一节	基本临床技能的范畴	(180)
第二节	病史采集和体格检查概述	(184)
第三节	基本临床诊断思维	(195)
第八章	行为与医学	(207)
第一节	行为与健康	(207)
第二节	人格与行为	(211)
第三节	躯体化、抑郁情绪和躯体形式症状之间的通路	(215)
第四节	进食障碍	(218)
第五节	自杀行为	(222)
第六节	睡眠问题	(229)
第七节	成瘾行为	(235)
第九章	临床医学概论	(242)
第一节	基础医学与临床医学	(242)
第二节	内科学概论	(246)
第三节	外科学概论	(253)
第四节	妇产科学概论	(270)
第五节	儿科学概论	(279)
第六节	急诊医学概论	(283)
第七节	临床药学概论	(291)
第八节	护理学概论	(301)
第九节	临床实验室检验概论	(311)
第十节	输血医学概论	(319)
第十一节	运动医学概论	(323)
第十二节	临床营养概论	(333)
第十三节	老年医学概论	(342)
第十四节	康复医学概论	(351)
第十五节	全科医学概论	(359)
参考文献		(367)

第一章 我们究竟要培养什么样的医生？

学习目标

1. 了解国内外医学教育组织提出的医学生/医生（医师）能力要求。
2. 熟悉《全球医学教育最基本要求》。

2011年，俄罗斯宇航员帕达尔卡做客四川大学，为学生讲述“地球人如何在太空生活”。他一开场就表情严肃地向同学们提问：“猜猜看，挑选宇航员时，什么样的人最先被淘汰？”学生纷纷猜测，是身体素质不好？专业技术、科研水平不过关？但帕达尔卡给出的答案令学生们大吃一惊，“你们都没猜对。没有幽默感的人，最要命。”看似玩笑的答案，其实有其必然性。长期处在密闭狭小的座舱中，与地面有限的联系、失重所造成的不适感，以及对亲人的思念等可能使宇航员出现一系列心理问题，如忧虑、厌倦、抑郁等。这些心理反应如不克服，即使宇航员本身专业知识和技术再熟，也可能会影响工作，造成重大损失。

宇航员事关尖端科技、国家利益，而医生职业性命攸关，同样责任重大。同样的问题，如果放到医学中来，“挑选医生时，什么样的人最先被淘汰？”我们的答案又是什么？

在过去，医学教育现实给出的答案很简单：考试不及格的人最先被淘汰。长期以来，完成医学课程和临床实习，通过考核，就可以成为医生开始行医。其典型特点是教师教什么，学生就学什么，考试也就考什么，而且这些课程设置和内容常常多年不变。很多医学生成了背书机器，甚至有人说，每个医学生大学期间最大的收获就是练就在短时间内看完书并背下来的能力。这样培养出来的医学毕业生有明显缺陷，他们的专业能力常常不能满足患者的需求，他们缺乏团队合作训练，与其他医护人员合作不佳，他们常常狭隘地专注于技术，头痛医头，就病论病，缺乏与患者的互动，缺乏全面的思维，不能提供全面而持续的医疗服务。曾任美国加州戴维斯医疗中心首席执行官及其医学院院长的杰拉尔德·拉扎勒斯（Gerald S. Lazarus）在他的文章《一个美国专家眼中的中国医学教育》中击中了中国医学教育的要害，其中4条如下：①多数医学教育着眼于提高医学生记忆事实的能力而不重视受教育者应用循证医学解决问题的能力；②低估了社会心理、经济、家庭环境及职业方面的因素在医疗中的作用；③医生职业精神的含义以及医患关系中医生的义务方面的教育甚少；④缺乏懂得医疗服务科学的医学专家。医疗服务科学包括医疗质量的评定、服务质量的评定、成本效益比以及患者的转归如生存质量、功能状态、重返工作的情况、无痛状态及健康的感受等。尽管生物-心理-社会医学模式一提再提，医学教育改革一改再改，但时至今日，中国的医学教育在很大程度上仍然没有从提升总体医疗健康服务水平和公共卫生服务的需求出发。

创新工场董事长李开复先生在他的微博中说：“很多工程师和产品经理不了解：顾客

要买的其实不是某个产品，而是他们需要运用一个产品来完成某件任务或解决某个问题。有句著名的话：顾客不是要买钻头，顾客要买的是洞。”显然，以前我们的医学教育恰恰专注于生产钻头——着重培养医学生的医学知识和临床技能，而忽视了“洞”——患者/社会真正的卫生需求。患者和社会的卫生需求是什么？除了必需的医学知识和临床技能，还需要哪些素质才能满足这些需求？

从患者的角度讲，讴歌所著的《医事》开篇第一章“你希望遇到一位什么样的医生”中引用了一位患者的话：“我希望遇到一个能够真正关心我，愿意了解我的医生；我希望遇到一个不会在乎我是谁，不管我有没有钱的医生；我希望遇到一个知道如何才是真正的沟通，不会连看都不看我的医生；我希望遇到一个真正懂得爱，能从我微小的一举一动中洞察我的心的医生。”发表在2004年中国协和医科大学校报上的一篇文章《汝果欲学医功夫在医外——与美国医学生交流有感》提到，“当被问及在哈佛什么被认为是一个医生最重要的素质时，Taylor 的回答出乎了我的预料：理解先行。他说，在哈佛医学院，无论你的医术有多高，不懂得理解患者的医生是不合格的。设身处地地为患者着想，根据他的背景、经历、好恶，结合他所有的信息提出合理的诊治方法，这才是一个真正的好医生。对他个人来说，他觉得做一个医生能获得的最高评价莫过于你的患者对你说，你是真正理解我的医生。”这些需求其实正是“生物-心理-社会”这一人人皆知但在医疗服务中体现不足的医学模式对医生素质的要求。它要求医生不仅要接受医学科学方面的培训，还要有较高的人文社会科学方面的修养，能从生物、心理和社会因素的途径去对待患者。

从社会卫生需求讲，人口和流行病学形势不断出现新的问题，新的传染病 [如严重急性呼吸综合征（非典）、禽流感、甲型 H1N1 流感等]、环境（如日本核泄露）风险和行为（如吸毒、性乱等）风险威胁着所有人的健康安全。卫生体系变得越来越复杂，成本越来越高，高科技手段应用越来越多，对卫生工作者的要求也越来越高。

明确社会的需求，明确我们要解决什么样的健康问题，才能明确我们要培养什么样的医生——即医生需要具备哪些核心能力才能解决健康问题，满足社会需求。明确了培养目标，我们的医学教育才能有的放矢，针对这些核心能力重新设计课程、教学和考核方法；明确了学习的目标，我们的学生才不至于在大学学习中迷茫。

本章将介绍国内外医学教育组织及医师资格准入机构对医学人才核心能力要求的界定，以及一些医学教育理论对医学人才的培养要求。这些资料在一定程度上能集中体现当今社会对医学人才的基本期望和综合要求。

一、国内外医学教育组织提出的医学生/医生能力要求

能力是在日常医疗服务中熟练精准地运用交流沟通技能、学术知识、技术手段、临床思维、情感表达、价值取向和个人体会，以求所服务的个人和群体受益。

——Ronald M. Epstein, JAMA. 2002

1994年，世界卫生组织（World Health Organization, WHO）和美国外国医学院校毕业生教育委员会（Educational Commission for Foreign Medical Graduates, ECFMG）联合会议认为：除了专业知识和临床技能这两项核心能力外，医学生尚需具备交流沟通、

团队协作、批判性思维、伦理常识、自主学习等特定能力，以适应社会对医疗过程和医疗结果全面关注的客观需求。本次会议还系统总结并提出了“以能力为导向”的医学生培养新模式。

1998年，联合国教科文组织（United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization, UNESCO）在巴黎召开世界高等教育会议，183个国家派出代表团参会。会议发布了《21世纪的高等教育：展望和行动世界宣言（World Declaration on Higher Education in the Twenty-First Century: Vision and Action）》，其中指出：“为了达到这些目标，需要重新设置课程，使用新的或适当的手段，不局限于知识认知的教学。应接受、促进新的教育教学方法的应用，帮助学生获得技术、才能和交流能力、创造性和批判分析、独立思考和在多元文化情境下的团队工作能力。”

之后，国际医学教育组织（Institute for International Medical Education, IIME；发布了GMER）、美国医学院协会（American Association of Medical Colleges, AAMC）、美国毕业后医学教育委员会（Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME）、加拿大皇家内科与外科医师学会（Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, RCPSC；发布了CanMEDS）、英国医学总会（General Medical Council, GMC）等权威的医学教育和毕业后医学教育组织相继对医学生/医生的能力要求作出了描述。详见表1-1。

表1-1 一些医学教育组织对医学生/医生的能力要求

IIME	AAMC	ACGME	CanMEDS	GMC
<ul style="list-style-type: none"> ● 职业价值、态度、行为和伦理 ● 医学科学基础 ● 交流与沟通技能 ● 临床技能 ● 群体健康和卫生系统 ● 信息管理 ● 批判性思维和研究 	<ul style="list-style-type: none"> ● 临床学家 ● 研究者和教育者 ● 终身学习 ● 交流能力 ● 职业精神 ● 管理者 	<ul style="list-style-type: none"> ● 诊治能力 ● 医学知识 ● 以实践为基础的学习与提高 ● 人际沟通技能 ● 职业精神 ● 以系统为基础的实践 	<ul style="list-style-type: none"> ● 临床决策者 ● 医学专家 ● 学者 ● 交流沟通专家 ● 职业精神 ● 管理者 ● 合作者 	<ul style="list-style-type: none"> ● 职业行为 ● 医疗服务 ● 终身学习 ● 团队协作

IIME于2002年发表的“全球医学教育最基本要求（Global Minimum Essential Requirements, GMER）”，将医学毕业生的核心能力定义为七大领域，即职业价值观、态度、行为和伦理，医学科学基础，交流与沟通技能，临床技能，群体健康和卫生系统，信息管理，批判性思维和研究。本教材正是以这七大能力领域为编写主线贯穿全书。

GMER的七大领域下设60条具体标准：

(1) 医学职业态度、行为和伦理，并将之列为整个“标准体系之首”，该领域共设11条具体标准。包括：对医生职业的基本道德规范、伦理原则和法律责任的认知，正确职业价值观的树立，尊重患者和同事，对患者和同事负责，认识自己的不足等。关于职业价值观、生命与伦理的具体内容，请阅读本书第二章。

(2) 医学科学基础，有10条标准，包括人体结构和机能，行为、健康和疾病的影响因素，急慢性疾病病因学，流行病学，卫生经济学和健康干预等。但现行基础医学教学最

大的问题是，学生不知道学习基础知识有什么用，结合临床应用来学习基础知识应该是目前我国医学基础教育阶段的教学改革方向之一。另外，本书第八章针对以往医学教育中较少涉及的“行为与健康”，进行了适当的补充。

(3) 交流与沟通技能，设 9 条标准，包括与患者及其家属、同事及其他医护人员的有效交流，良好的口头和书面表达能力等。人们对健康的需求是不断提升的，甚至可以说是无限的，而医学研究的范围、医学的责任、医生的能力、医疗资源等都是有限的。只有通过有效的交流与沟通，让患者理解到医学的有限性和医疗本身具有的不确定性特征，才能使患者认识到，医生与患者的合作与互动是战胜疾病关键的第一步。医生要解决的不单是修理身体的一个部件，而是患者整体，那就必须调动患者的积极性。医患如何沟通？医护人员之间如何交流？如何处理医疗纠纷？本书第四章和第五章，希望对学生有所帮助。

(4) 临床技能，设 10 条标准，强调循证、及时、有效地诊断和处理患者，包括病历书写，体格检查，诊断、处理急症、急救，健康评估，合理利用诊疗资源等。本书第七章简要介绍了基本的临床技能和临床思维。

(5) 人群和公共卫生观及相应的能力，设 9 条标准，包括了解影响人群健康与疾病的生活方式、遗传、环境、社会经济、心理、文化等因素，全球卫生问题，卫生保健系统组织的原则、运转、管理、成本/效益分析等。本书第三章将介绍中外卫生体系和公共健康。

(6) 信息管理能力，设 5 条标准，包括能收集、检索、使用医学数据库/临床数据库来辅助诊断、治疗和预防疾病。疾病谱的改变，科学研究的迅猛发展导致新医疗技术的层出不穷，对医生知识的更新提出了迫切的要求。所幸发达的信息通信技术，尤其是搜索引擎/数据库、论坛、微博、远程音频和视频等的诞生，革命性地改变了知识和信息的获取、汇集、传播和管理。循证医学数据库、计算机辅助诊断和决策系统、计算机模拟训练系统、医院信息管理系统等的诞生，为医务工作者提供了大量便捷。医学毕业生必须跟上新技术的发展，了解信息技术的优势和缺点，才能更有效地进行临床诊治决策、患者管理和知识更新。目前国内已有医学院校开设相关课程，如四川大学华西临床医学院开设的《临床医学信息学》。

(7) 批判性思维与研究，设 6 条标准，包括能进行科学思维，敢于质疑，有旺盛的求知欲，能严格判断资料和信息的真实性和可靠性。爱因斯坦曾说：提出一个问题往往比解决一个问题更重要。因为解决问题也许仅需要一个数学上或实验上的技能而已，而提出新的问题，却需要有创造性的想象力，而且标志着科学的真正进步。本书第六章从发现问题与科学研究、循证医学与批判性思维、阅读和评价医学文献及撰写科研论文四个方面，介绍批判性思维与研究，希望能补充以往医学教育中较少涉及的批判性思维与研究的内容。

2008 年 9 月，教育部和卫生部以 WHO、世界医学教育联合会（World Federation for Medical Education, WFME）、IIME 等制定的标准作为参考，制定了我国《本科医学教育标准——临床医学专业（试行）》，明确提出了本科临床医学专业毕业生应达到的基本要求，包括思想道德与专业素质目标、知识目标和技能目标。在该文件中，体现出了对现代医生综合素质的高要求。

不仅如此，各国的执业医师考试机构纷纷将职业素养、法律和伦理、心理社会因素、交流与沟通能力、团队合作、患者健康教育、公共卫生知识和能力、管理、医学经济学、批判性思维等列入医师资格准入考试内容，并占据了相当的比例。在美国医师执照考试

(United States Medical Licensing Examination, USMLE) 第2步的临床技能考试中,甚至将交流与沟通能力作为必须独立通过的三种能力之一。一旦交流与沟通能力不合格,即使其他成绩再好,也不能通过该步考试。这种以能力为基础的教学和考核,逐渐成为全球医学教育发展和医师准入的趋势。以后我国的医师资格考试,可能将试题划分为几大核心能力,每部分单独评分并通过,才能最终通过考试,不再像以往一样考得好的部分可以弥补考得差的部分。这就要求医学生必须全面发展自己的各项能力。

二、布卢姆教育目标分类学要求对医学生进行全面培养

人,只有通过教育才能成长为社会意义的人,而教育到底包括了哪些内容呢?分类是一切科学研究和发展的基础。教育目标又如何分类呢?古往今来,无数哲学家、心理学家和教育学家一直在探索教育目标的分类,产生过许多的观点和理论流派。近几十年来对全世界教育界影响最广泛的是1948年在波士顿召开的美国心理学大会上,以布卢姆(Bloom)教授为首的委员会,经过反复研究提出的《教育目标分类学》,即把教育目标分为:认知领域、情感领域和精神运动领域。每个领域又由低到高分若干层次,如认知领域由简单到复杂分为知识、理解、应用、分析、综合和评价六个层次,而精神运动领域由简单到复杂分为模仿、操作、精确性、多种操作的协调和操作的自然化五个层次,每一层次都含有比它前一个层次更复杂、更抽象的行为。这一分类抛开了具体的教学内容,对各种教育都具有指导意义。该书再版数十次,译成数十种文字,传播到世界各国,产生了很大的影响。教育目标分类在我们学校教育的设计、组织和管理上至少有以下几方面的意义:

(1) 学校设计其教育目标和组织教学都要兼顾三个领域,不能偏废任何一个。我国数千年传统的教育观一直非常重视知识的传授;近代知识分子拥有大量知识而科学精神和科学思维则相对不足;英语教学的重点是传授关于英语的知识,学生掌握了丰富的英语知识但应用英语的能力不够。“知识就是力量”是有条件的,知识转变为能力才是力量。而这一转变必须要有科学思维为核心的智力和严格的实践训练,只重视知识是不够的。

(2) 就教学方法而言,以课程和教学大纲要求的形式去实现的主要是认知领域和精神运动领域,而情感领域的教育受到更多更复杂因素的影响。美国哈佛医学院自20世纪80年代以来实施的医学教育新途径,其八项原则的第一条就是“态度、技能和知识并重。”我国教育界近年非常强调的素质教育就是重视三个领域尤其是情感领域的教育。

(3) 根据教育目标分类学理论,学生在任何一个领域的培养都要依照一定的层次来安排,按照一定的方向深入和提高。小学、中学如此,大学教育也概莫能外。首先要了解一些基本知识,加以理解、应用,再逐渐上升到更高层次的分析、结合和评价。如医学生临床技能的训练,从模仿、操作、精确性,到多种操作的协调,到最高层次即操作的自然化,都要循序渐进。

(4) 对学生学业成绩的测量和评价必须包括认知领域、情感领域和精神运动三个领域。发达国家如美国各医学院校每年要花费巨大人力物力来面试所有申请入学者,我国中小学在各科考试分数以外还有对学生的评语,越来越多的入学和招工需要面试,其用意就是要努力覆盖这三个领域。当然,就现在的教育测量和评价技术,要达到理想的认知、情感和精神运动三个领域的考核,在理论和实践上都还有很大距离,尤其是情感领域的考核

与评价，绝非简单的试卷可以完成的。一些单位招聘人才时就提出“学历、能力和经历，一个都不能少。”

(5) 进一步说，学业成绩测量不仅要包括三个领域，还要覆盖每个领域的各个层次。如在认知领域的试题设计（通常是笔试，如多选题考试）中，除考核其简单层次的知识回忆试题外，还应有一定比例的高层次的理解应用、分析综合与解决问题的试题。这已明确体现在高起点的我国国家医师资格考试中。学校教育中，注重这一考试理论的指导，让更高层次的试题（即需要更复杂的思维加工过程才能回答的试题）占一定的比例，是克服死记硬背得高分的有效措施之一。

(6) 教育目标要兼顾三个领域，并强烈地影响着教学内容的构成。中小学与大学，理学、工学与医学等在三个领域有不同的教学目标和各个领域不同的教学重点。如高等理科教育在认知领域、中等专科职业教育在精神运动领域等就有不同的重点。数学系、化学系的培养目标并不都是数学家和化学家，而高等医学教育是一种职业化的教育，毕业生的职业定向非常明确，就是从事临床医疗工作，它在教育目标三个领域的教学重点和要求又有所不同。发达国家如美国的医学院校招生条件之一就是申请者必须已经接受了3年或4年的高等教育，即医学教育在教育目标的三个领域都有更高层次的要求。

教育目标分类学是学校教育设计重要的理论基础。在教学实践中，必须结合教育目标分类学理论，研究教学内容、方法和学生的评估，使学生得到全面的培养。

三、“成人教育理论”要求重视医学生责任心和成才动力的培养

美国现代著名教育家 Malcolm Knowles 给我们引入了一个新的术语“成人教育学 (andragogy)”，他认为“成人教育学是帮助成人学习的一门科学和艺术。”成人教育学是研究成人怎样学习，以及他们在学习中的态度和动机的学科。它建立在五个假设上：①成人是独立的和具有自我引导能力的；②成人已经积累了大量的经验，这是他们学习的丰富资源；③成人视学习为他们生活的一部分；④成人更有兴趣于那些实际的、针对问题的学习方法，而不是那些空洞的理论讲解；⑤成人的学习动力更多地来自于内心所需而不是别人外在的要求。

基于此，Konwles 又提出了七个成人教育学原则。虽然一些理论家认为，成人教育学并不是一套完整的成人学习理论。但是，他们还是承认 Knowles 的理论对如何教育那些已经有某种独立能力和自我指导能力的成人学生会起到一定的指导作用。该理论的七个原则可以概括如下：①建立一个有效的学习氛围，让学习者感到安稳、舒适，能够随心所欲地表达自己；②对相关的学习内容和方法，由教与学双方共同建立学习计划；③让学习者明确自身的需求，这将有助于激发他们内在的学习动力；④鼓励学习者制订个人学习的明确目标，让他们更多地控制自己的学习；⑤鼓励学习者识别有效资源和修正自己的学习计划，并运用这些资源来实现自己的目标；⑥对学习者的学习计划要给予最大限度的支持；⑦让学习者对自己的学习进行评估，有利于提高学生的自我评判能力。

如果我们把18岁以上者称为成人，我们的医学生大都属于成人，对他们的教育也应考虑成人教育学理论的这些原则。事实上，从发达国家高等教育尤其是医学教育来看，他们在许多方面比我们更多地把医学生当作成人看，更多地应用了上述成人教育学理论。他们在课程设计中，更多的自学时间，更多的小组讨论，积极采用以问题为基础的教学，有

一整套学生自我评估体系，要求学生在学习的许多方面“自己对自己负责”，至少要不断学习和强化自己对自己负责。这也是成人教育学理论对成人教育的指导原则。成人教育学理论要求我们重新设计医学院校的“学习环境”，这项工作虽然面临巨大困难，但比只是重新设计单门课程更具责任感，具有更重要的意义。

四、医学毕业生胜任特征模型对医学人才能力的要求

胜任力（competencies）是指一个人经过专业训练后胜任特定岗位所必需的所有品质的综合，这些品质能够让其在特定的工作、职位或情境中表现出优异的绩效。胜任力模型（competency model）起源于美国西点军校的人力研究成果。当他们发现在学校学习课程的成绩与其后来的成功并不成比例时，开始了胜任力模型的研究。胜任力模型在其他领域，已经在人力资源研究和应用方面取得了较大成绩，而在医学方面的研究还很少。

在国内，四川大学华西临床医学院首次在高等医学教育领域借鉴胜任特征相关理论和方法，总结已有的经验，分析比较优秀学生 and 一般学生的个体特征，建立了医学毕业生胜任特征模型。提出医学生胜任要素主要有六个方面：①职业发展能力，包括分析能力、学习能力、科学研究能力、技术应用能力、自我发展能力；②人际关系能力，包括团队合作、沟通能力；③个人特质，包括自信心、责任心、事业心、同理心；④医学专业知识与技能，包括核心专业知识、公共卫生知识、临床技能；⑤辅助知识，包括文化基础知识、卫生环境知识；⑥成就导向和行动，包括成就导向、信息收集能力。因此，仅靠传授知识为主的教学方法培养不出优秀的人才，必须以“树人”为核心，培育学生的个人特质和成就动力，培养学生的各种能力如职业发展能力、人际关系能力。

早在1993年，学者Spencer就指出，胜任力的内容，就像一座冰山，有不同的层次。浮出水面的部分，包括知识和技能，是胜任力中比较容易辨别和测量的；而更多的沉在水下的部分，包括动机、特质、态度、能力等，则是难以甄别和评价的。显然，这些在水下的部分，是难以用传统的以知识传授为主要内容的教育教学方法达到的，而这些又是一名医学人才，甚至任何一名医务工作者所必须具备的。

五、“隐蔽课程”要求建立育人氛围

1968年美国教育家杰克逊在《课堂生活（life in classroom）》一书中提出了“隐蔽课程（hidden curriculum）”这一术语。它是指学校教育中，那些教学大纲中未书写出来的“隐蔽的、隐含的或未被完全认可的”、通过非正式教学形式传授给学生的全部信息的准则，由学生无意识、潜移默化地获得。它对学生的价值观、心理发育和对社会的认识等深层次的思想基础产生重要影响，也对“显性”课程的教学产生积极的影响。近年来，国内外一些学者对“隐蔽课程”的研究和实践越来越深入，也反映出学校教育对情感领域的重视。

可以说，“隐蔽课程”的教师就是学校从校长到科员、从教授到助教到后勤部门的每一位员工。如医学院校的教学医院就是一个“隐蔽课程”的“大课堂”，作为医生和教师双重身份的全院职工的一言一行无时无刻不在影响着学生，一言一行都包含有对学生情感领域的教育。医学院校的毕业生受到全国各用人单位的好评，除院校高质量完成各科教学大纲的教学外，与教学医院“关怀服务”良好的医德环境分不开。把医科大学生培养成为

合格的医生，就需要医院全院职工的辛勤培养和每一位员工以身作则的深远影响。

有学者认为，一个世纪以来，医学教育改革取得了许多成果，但这些改革成果就培养医学生使之产生根本的改观而言，还很难说都是成功的。因为这些改革重在具体教学内容和方法，重在为学生提供正式的教育体系和结构。因此，这些学者认为：医学院校在医学教育中的最佳角色应当是提供“学习环境”，不仅提供正式、非正式的课程，还必须提供高质量的“隐蔽课程”。后者，正是需要由学生自己去体验的东西，包括价值观、学习的态度等。

作为医学生，我们应该思考，我们努力的方向是不是正确；方法是不是最有效；我们和同学之间讨论的内容，除了“考试考什么”，是否还可以多一点别的什么？

作为医学院校，我们更应该思考。我们的培养目标是否着眼于社会需求，以能力为导向？我们的课程设置的考核内容是否能完成培养目标？我们的教学手段和理念，是否与教育资源高度共享？是否与信息获取极其快捷的信息社会接轨？我们培养的医生，能否跟上医学知识快速更新的节奏？能否适应现代医疗服务跨学科、团队合作的特点？爱因斯坦在20世纪30年代提出：“知识是死的，而学校却要为活人服务。青年人在离开学校时，是作为一个和谐的人，而不是作为一个专家……过早地把知识专门化，将扼杀包括专业知识在内的一切文化生活所依存的那种精神。”21世纪的医学教育不应停留在对知识的记忆和传递，应更注重培养思维和交流能力、团队中的领导和协作能力以及终身学习能力，使医学毕业生真正成为满足社会需求的医生。

(万学红 姚 巡)

第二章 职业价值观、态度、行为和伦理

学习目标

1. 了解医学伦理学的发展与前沿。
2. 熟悉常见医学问题的伦理学要求。
3. 熟悉医生职业价值观。

第一节 医生的职业价值观

一、职业价值观

职业价值观是指一个社会及其成员对某种职业所持有的基本态度和信念。有人认为自己并没有什么特别的职业价值观，而实际上并非如此。当正常人成长和发展到一定阶段时，每个人都有自己的职业价值观，只不过有的人的职业价值观是系统的，有的是零散的和片面的。不管你是否承认，别人从你日常工作的表现中可以感受到你的职业价值标准和取向，因为你从事某项职业时的思想、言语、行动要受到你的职业价值观的支配。

职业价值观的形成和发展直接影响着一个人对职业的态度和工作方式，以及正确的人生观、价值观的确立，在一定程度上也影响着社会的发展与进步。但一个人的职业价值观并不是固有的，职业价值观一般要经历一个由理想到现实，由模糊到清晰，由摇摆到相对稳定的漫长过程。在这一过程中会受到各种主客观因素的影响。从职业价值观的构成因素上看，个人发展、社会价值、单位发展、人际关系、经济报酬、成就声望、地理环境、家庭环境等因素都在不同程度上影响着人们职业价值观的形成和发展。家庭包括父母的价值取向、教育方式和言行举止均可影响孩子的价值取向，影响他们将来对职业的选择，来自父母生理与心理的遗传因素在一定程度上也会影响孩子职业能力的发展。大学教育是按照专业门类来培养学生适应职业需要的基本素质和能力的过程。大学生入学以后都按照不同的专业来进行学习，其所受的专业教育直接影响和左右着他们将来的职业选择。社会及专业教师对本专业的认同态度或职业声望的看法，对学生的职业价值观都会产生较大的影响。社会中各种职业价值观的形成、变化和发展离不开社会变迁的历史背景。兴趣和爱好应该是每个人获得理想职业的最好向导，它是人们在职业道路上不断进取的最重要和最持久的内在精神动力。当人们对某种职业感兴趣时，就会对该种职业表现出十分肯定的态度，就能在职业活动中调动整个心理活动的积极因素，全身心地投入其中，勤奋工作，为日后事业的成功奠定良好的基础。相反，如果对某种职业不感兴趣，就会对该种职业表现出某种消极甚至是否定的态度，出现心理上的不适应，即使勉强为之，也会感到无所适从，不利于主观能动性的发挥，对工作将会带来不良的影响。因此，个人的兴趣对其职业