

乡村医学教育研究

XIANGCUNYIXUE JIAOYUYANJIU

主编 徐宏成 李训国

陕西科学技术出版社

主 编	徐宏成	李训国		
副主编	梅世明	邱德群	翟良田	孟繁田
	尚朝庭	桂立敏	林绍清	
策 划	范士信			
编 委	马新生	万志国	李训国	刘百泉
	宋 刚	冯保华	孟繁田	邱德群
	吴学良	吕富山	齐永善	余金林
	林绍清	尚朝庭	张松望	张中仁
	涂新华	范士信	袁灌圃	段 刚
	陈 通	郭拴勇	郭丙德	郭明照
	郭清法	徐宏成	桂立敏	陶 鹏
	程卫光	梅世明	翟良田	
	潘绪宽	潘爱书		

(以姓氏笔划为序)



前 言

建国 45 年来,特别是十一届三中全会以来,我国乡村医学教育事业有了蓬勃的发展,现有各类乡村医学教育机构 1689 所。乡村医学教育是我国的一项创举,世界卫生组织对我国乡村医学教育和初级卫生保健事业所取得的成就,给予高度的评价。

为了适应我国社会主义初级阶段的路线、方针,乡村医学教育的思想观念必须转变,以改善和提高乡村医学教育机构的办学条件和办学水平,为使乡村医学教育事业沿着系统化、正规化教育的轨道发展。为此,我们组织一批长期从事中等和乡村医学教育的专门人才,对乡村医学教育的历史经验进行了总结,在普通教育和中、高等医学教育理论的基础上,以适应乡村医学教育规律和我国农村卫生现状的社会需求为前提,对创建具有中国特色的乡村医学教育理论进行了大胆的探索和有益的尝试,编写了这本《乡村医学教育研究》。该书的出版对各类乡村医学教育机构的德育、教学、教研、管理工作,具有一定的参考价值和指导意义。

参予编写单位是:

主编单位:信阳地区卫生局、信阳卫生学校医学教育研究室、息县卫生职业中专、罗山卫生函授中专分校、潢川卫生函授中专分校、固始卫生函授中专分校、商城县卫生学校、光山县卫生学校。

参编单位:漯河市卫生职业中专、遂平卫生职业中专、淮阳县卫生职业中专、确山县卫生职业中专、许昌卫生职业中

专、长葛卫生职业中专、西平卫生函授中专分校、灵宝卫生函授中专分校、泌阳卫生函授中专分校、唐河卫生学校、正阳卫生学校、新蔡县卫生学校、淮滨县卫生学校。

参编的 30 余名人员均是长期从事中等医学教育、乡村医学教育的教学、教研、管理的高级讲师、讲师及管理人员。尽管我们对乡村医学教育进行一些探索,但乡村医学教育理论毕竟是新的理论,加上我们的水平有限,错误之处,在所难免,请不吝赐教。

编 者

1993 年 11 月 30 日

目 录

前 言

第一章 乡村医学教育的历史沿革与现状	林绍清等(1)
第一节 乡村医学教育的历史沿革	(1)
第二节 乡村医学教育的现状	(3)
第三节 建设具有中国特色的社会主义乡村医学教育模式.....	(8)
第二章 医学教育目标系统.....	徐宏成等(13)
第一节 医学教育目标的分类理论.....	(13)
第二节 乡村医学教育目标系统.....	(21)
第三章 乡村医学教育的教学过程.....	梅世明等(31)
第一节 教学过程的本质.....	(31)
第二节 教学过程的基本要素及其关系.....	(35)
第三节 教学规律与原则.....	(39)
第四章 乡村医学教育教学方法与手段.....	潘绪宽(61)
第一节 概述.....	(61)
第二节 备课.....	(63)
第三节 课堂教学方法.....	(70)
第四节 实验课教学方法.....	(82)
第五节 复习课教学方法.....	(87)
第六节 见习课与实习课教学方法.....	(93)
第七节 教学方法的改革.....	(98)
第五章 乡村医学教育的教学计划	余金林等(105)
第一节 概述	(105)

第二节 培养目标	(106)
第三节 课程设置	(114)
第六章 乡村医学生思想品德教育	程卫光等(124)
第一节 加强医学生思想品德教育的重要性	(124)
第二节 思想品德教育的内容	(128)
第三节 思想品德教育工作的系统化管理	(131)
第四节 思想品德教育工作的方法和措施	(137)
第七章 乡村医学教育研究的程序与原则	徐宏成等(144)
第一节 乡村医学教育研究的目的和必要性	(144)
第二节 乡村医学教育科研选题的程序	(147)
第三节 选择教研课题的基本原则	(150)
第八章 乡村医学教育研究的实践性方法	徐宏成等(152)
第一节 观察法	(152)
第二节 调查法	(154)
第三节 实验法	(160)
第四节 经验总结法	(166)
第五节 表列法与图示法	(168)
第六节 统计法	(172)
第九章 乡村医学教育论文的写作	徐宏成等(189)
第一节 概述	(189)
第二节 医学论文的特征、写作技巧及技术性细节	(196)
第三节 乡村医学教育研究报告的撰写	(207)
第四节 乡村医学教育调查报告的写作	(213)
第五节 临床医学论文的写作	(217)
第十章 乡村医学教育的师资队伍建设	徐宏成等(223)
第一节 乡村医学教育的生力军	(223)
第二节 县级卫校教师队伍现状	(224)
第三节 加强师资队伍建设的对策与举措	(232)

第十一章 乡村医学教育实习基地的建设	梅世明等(239)
第一节 对实习基地应有的认识	(239)
第二节 建立实习基地的原则、方法和步骤	(241)
第三节 实习基地教学工作的组织与管理	(243)
第四节 实习基地的教学	(246)
第五节 实习基地建设与其它方面的联系	(252)
第十二章 乡村医学教育机构的领导与管理	邱德群(254)
第一节 领导体制	(254)
第二节 行政机构与工作	(261)
第三节 管理的基本方法	(267)
第十三章 乡村医学教育评估体系	段 刚等(284)
第一节 医学教育评估的基本原理	(284)
第二节 乡村医学教育评估的研究对象与基本功能	(287)
第三节 医学教育评估的指标体系	(292)
第四节 医学教育评估的实施	(299)
第十四章 乡村医学教育与市场经济	梅世明等(308)
第一节 社会主义市场经济概述	(308)
第二节 社会主义市场经济对乡村医学教育的影响	(317)
第三节 参与市场竞争 增强办学活力	(321)

第一章 乡村医学教育的历史沿革与现状

第一节 乡村医学教育的历史沿革

开展乡村医学教育是我国的一项创举,这在旧中国乃至世界医学教育史上也是前所未有的。建国 45 年来得到蓬勃的发展,其发展大体分为以下三个阶段:

一、建国初期对农村卫生人员的培训

我国是一个人口众多的农业大国,人口从建国初期的 4 亿到现在的 11 亿,其农业人口 8 亿。早在建国初期中国共产党和人民政府就十分重视农村卫生工作,十分重视对农村卫生人员的培训。根据社会主义建设的发展规划,以及社会主义教育方针和政策,国家制定了在大力发展高等医学教育和中等医学教育的同时,也兼顾初级卫生人员培训。就医学教育的体制来说,大致上是按不同的培养目标,把整个医学教育系统区分为高等、中等及乡村医学教育三个层次。其中初级卫生人员培训包括两部分,“一部分是培养初级专业卫生辅助人员的教育,属于这一类的初级卫生人员有卫生员、防疫员、技术员、药剂员、助理护士等;另一部分是培养从事农村、工矿和城市基层保健的群众卫生工作的,半脱产或不脱产卫生人员的教育,如农村‘赤脚医生’、保健员、卫生员、接生员、妇幼保健员及各群众卫生组织中的

初级卫生人员等。”^①

50~60年代,我国“初级卫生人员的培训一般是在地方卫生部门的领导下,除部分通过卫生学校培养外,大量的的是由各级医疗卫生机构承担,通过边工作边学习或集中培训(举办各种培训班)的方式进行就地培养”^②由此可见,县级卫生学校70年代以前所从事的工作多是初级卫生人员培训,即我国乡村医学教育的初期发展阶段。

农村不脱产卫生人员的培训是我国解放以后在农业合作化运动中开始发展起来的,其目标是培养具有初步医学卫生知识,在完成初训以后,能在上级卫生技术人员的指导下完成农村基层保健任务的初级卫生人员。

二、从60年代的“半医半农”到70年代的“赤脚医生”

从建国初期的农村卫生员、接生员短训班,60年代的“半农半医”训练班,到70年代的县级卫生学校“赤脚医生”学习班的近30年,为我国乡村医生教育体系的形成时期。

赤脚医生的培训制度,是根据毛泽东同志“把卫生工作的重点放到农村去”的指示精神,以及我国社会主义制度下农村的社会经济结构和卫生保健制度而建立起来的医学教育制度。为了改善农村的医疗卫生服务,力图在较短的时期内完成农村保健系统的建设,党和政府十分重视赤脚医生的培训工作,在1964年曾召开了全国半农半医医学教育会议,后来被列为我国农村卫生建设的一项重要内容。

赤脚医生的培训制度是根据农村卫生工作的实际需要,并根据明确的教育目标制定的。培训计划是根据这类人员所担负的任务,并充分考虑当地的卫生设施状况、经济发展水平,以及农村医疗卫生现状的实际需求,各种可利用的资源状况来组织的,其培训过程是根据理论联系实际和分阶段学习(初训和复训)的原则来完成的。初训阶段通常由人民公社卫生院或城市派到农村去的巡回医疗队来承担。

^① 梅人朗·医学教育概论·第1版·哈尔滨:黑龙江科技出版社,1985.

一般通过3个月左右的就地培训,对受训者授与初步的医疗卫生常识,使他们学会测量体温、血压、脉搏的方法,认识常见疾病的症状,能运用50~60种常用药,100种左右的中草药和30~40个针炙穴位来治疗30~40种农村常见病。并具有组织群众开展“改水、改厕”和改善环境卫生为内容的预防疾病的初步能力。而复训通常在赤脚医生学校或县、区医院集中进行,期限从六个月到一年不等,其课程除较系统的医学理论课外,还在医院中进行较全面的医疗实践训练,完成培训后使其在理论上和医疗技术上有较大的提高,具有独立防治农村常见疾病的能力。事实上,由于这一阶段是在一定实践基础上进行的进一步学习,通过复训以后,不少赤脚医生的实践能力均有明显的提高。

三、从70年代的“赤脚医生”培训到90年代乡村医生的正规化教育

1980年前后,改称“赤脚医生”为“乡村医生”,80年代初期至90年代,一些县卫校先后升格为中等卫生职业技术学校,对乡村医生的培训开始走向系统化、正规化教育。县级卫校的学制由60~70年代的一年以下转变为二年或四年,从过去乡村医生培训以初等医学教育为主的指导思想,向以达到中专水平为目标,具有良好医德、较扎实的医学理论知识、较强动手能力的“实用型”乡村医生的转变。目前各类县级卫校大多使用全国统编的中专教材或各省编印的乡村医生教材,参照中专教学大纲和教学计划组织教学,积极探索和实施如何培养农村“实用型”卫生人才。随着改革的深入和社会经济的发展,现有乡村医生教育机构,仍然不能完全适应目前农村卫生工作的需求,还存在一些问题有待于探讨和解决。

第二节 乡村医学教育的现状

一、主要成绩和经验

建国 45 年来,我国的乡村医学(主要指乡村医生)教育发展较快,成绩显著,举世瞩目。我国的乡村卫生培训制度也受到了世界卫生组织和第三世界国家的重视。

表 1.1 1989 年全国乡村医生教育机构构成^①

机 构	个 数	%
县卫校	1 047	61.99
职业技术学校	235	13.91
职工中专	220	13.03
农民卫生学校	12	0.71
函授学校	9	0.53
其它	166	9.83
合计	1 689	100

(一)我国已建立起以县级卫校为主体的、初具规模的乡村医生教育基地网

我国已建立起以县卫校为主体的乡村医生教育基地,培训了大批村级卫生人员,乡村医学教育事业得到蓬勃的发展。据 1990 年 8 月统计,全国共有县卫校 1047 所,卫生职业技术学校 235 所,卫生职工中专 220 所,其它乡村医生教育机构 187 所。1989 年底,全国有乡村医生 753 686 人,卫生员 42 798 人,接生员 444 791 人,“他们承

^① 冯雪英等·从我国乡村医生的现状调查探讨乡村医生教育的发展方向·医学教育,1991:1

担着广大农村的卫生防疫、常见病诊治、妇幼保健、计划生育技术指导、健康教育以及基层卫生统计等各项任务。乡村医生最了解农民的生活卫生习惯,最了解农民的卫生服务需求,最便于为农民提供基本的医疗保健服务,深受广大农民的欢迎和喜爱。他们承担了农村50%~60%的医疗任务,80%~90%的预防保健任务,为我国农村卫生事业发展做出了巨大的贡献。离开了这支队伍,农村卫生工作就难以开展,初级卫生保健任务就无法落实。”^①

表 1.2 乡村医生主要学习地点分布情况^②

学习地点	人 数	%
卫 校	32 631	36.47
函 授	4 817	5.38
卫生院	25 700	28.73
县级医院	9 338	10.44
跟师学徒	10 344	11.56
其 它	6 638	7.42
合计	89 468	100

(二)因地制宜,采取多种形式办学

各省在卫生工作改革中,坚持了多渠道、多层次、多形式的办学方针,充分发挥了县卫校的多功能作用。在培养对象方面,包括在岗乡村卫生进行的初训、复训,部分县、乡级在职初级卫生人员及城乡待业青年的培训;在学制方面,有半年、一年、二年或三年不等,也有

① 顾奇英·在全国首届乡村医生教育研讨会上的讲话·医学教育 1991;1:1。

② 冯雪英等·从我国乡村医生的现状调查探讨乡村医生教育的发展方向·医学教育,1991;1:1

短期的知识更新班;从教育形式方面,有脱产学习,也有半脱产的短期培训班及不脱产的函授班。如表 1.1、1.2 所示:

(三)发展了我国卫生职业技术教育

根据国务院关于发展职业技术教育的有关文件精神,从 80 年代中期起,先后建立数百所卫生职业(工)中专,纳入当地教育系列发展计划。这些学校根据当地卫生事业发展的需要,选择开办了西医士、中医士、妇幼医士、针灸、药剂、护士、检验及推拿按摩等多种专业。

(四)县级卫生学校的管理水平和教学质量逐步得到提高

随着卫生改革的深入,县级卫校的各项管理工作也不断加强,许多学校制订和完善了各项规章制度,开展了教书育人、管理育人、服务育人活动,确立了把德育工作放在县级卫校各项工作的首位的办学思想,从而加强和改善了县级卫校的政治思想工作。党和政府对乡村医学教育十分重视,1991 年国务院批转了(1991)4 号文“卫生部关于改革和加强农村医疗卫生工作请示的通知”,卫生部还制定了“县卫生学校建设标准”。以河南省开展乡村医学教育工作情况为例,河南省卫生厅对乡村医学教育工作高度重视,于 1992 年 7 月 20 日以豫卫教字(1992)05 号文向各市、地、县卫生局下发了“关于印发《河南省县卫生学校评估指标体系》(试行)的通知”。“通知”中指出:“各市、地卫生局接此通知后,要组织各县卫生学校根据评估体系认真进行自评,在学校自评的基础上,由各市、地卫生局组织复评,然后省卫生厅验收,整个评估工作结束后,将由省卫生厅对合格学校和基本合格学校颁发相应的评估证书。”河南省卫生厅对县卫生学校的评估验收工作已于 1993 年 10 月圆满结束。

河南省现有卫生职业中专学校 20 所,县办卫生学校 60 所,卫生函授中专分校 38 所。通过从 1989 年~1991 年的县级卫生学校办学条件评估和 1992 年~1993 年的办学水平评估,尽管目前县级卫生学校仍然不同程度地存在着经费短缺、实验设施简陋、图书不足、教师素质不高等问题,但是通过近年来的评估工作,使各类县级卫校在现有的基础上,办学条件有所改善,办学水平有所提高,尤其是学校

的管理水平、教学质量有了明显的提高,学校的面貌发生显著的变化。

40余年来辛勤耕耘在乡村医学教育战线上的广大教职员工,在条件相当艰苦的情况下,发扬艰苦创业、自力更生的优良传统,勤奋工作,勇于开拓,无私奉献,为乡村医学教育事业的蓬勃发展和我国初级卫生保健事业做出了应有贡献。

二、存在的问题

(一)乡村医生队伍方面

1. 素质差,知识结构不合理 一九九〇年全国各省市抽样调查显示,乡村医生队伍中,累计受过两年以上培训者占 19.62%,一至二年者占 24.61%,半年至一年者占 26.59%,半年以下者占 29.19%。多数乡村医生培训时间不足一年,未能掌握系统的医学知识。且所学知识偏重医疗,而卫生防疫、健康保健知识欠缺。同年七月,国家医学考试中心在十省市对乡村医生抽样考试,考题标准相当于中专水平,68%的乡村医生不及格。正如河南省副省长王向玉所指出的那样:“农村(有些省)不是缺人,而是缺合格的医生,缺合格的卫生人员。”

2. 数量不足,分布不均,队伍不稳 一九八九年底,全国平均每个行政村有乡村医生 1.01 人,与我国“2000 年人人享有卫生保健”规划目标及每个行政村应有乡村医生 1.5 人尚有一定差距。各省之间,省内各地区之间,乡村医生分布差异明显。目前,47%的省市每行政村的乡村医生数低于全国平均水平,四个省市平均每个行政村乡村医生不到 0.5 人,有些行政村甚至无一名乡村医生,全国农村没有卫生医疗点的村占 13.8%。近 10 年来,一部分地区村级卫生人员数呈递减趋势。一些乡村医生弃医改行,削弱了农村卫生技术队伍力量。

此外,我国乡卫生院卫生技术人员学历普遍较低,其比例为:本科生占 0.74%,大专生占 5.08%,中专生占 25.08%,无专业学历的

占 69.095%。

(二)乡村医生教育机构方面

1. 办学条件差,未纳入地方教育系列 乡村医生教育机构缺乏教育经费,教学设备简陋,师资力量薄弱。抽样调查全国 251 所乡村医生教育机构,平均每校教学设备价值 8.78 万元,每校平均有专任教师 12 人。多数乡村医生教育机构未被地方教育部门承认,直接影响到教师的切身利益和教学工作。

2. 未能充分发挥培训乡村医生的作用 近年来,随着多数地区合作医疗解体,有些地方乡村医生脱产学习人数大为减少。乡村医生教育机构转向以培训在职初级卫生人员和城镇待业青年为主,有些甚至改建或撤销。

3. 教学模式陈旧 一是缺乏系统化、正规化教育,二是受传统的普通中等医学教育和生物医学模式的影响,重治疗、忽视预防,重理论、忽视实践,重生物医学科学、忽视其他相关学科。这种培养方式很难满足初级卫生保健工作的需要。

4. 思想工作薄弱有些学校重知识传授,轻思想教育,影响到乡村医生在德育方面的发展

第三节 建设具有中国特色的社会主义乡村医学教育模式

一、指导思想与理论根据

《中国教育改革和发展纲要》指出:“教育改革和发展的根本目的是提高民族素质,多出人才,出好人才。各级各类学校要认真贯彻‘教育必须为社会主义现代化建设服务,必须与生产劳动相结合,培养德、智、体全面发展的建设者和接班人’的方针,努力使教育质量在 90 年代上一个新台阶。各级各类职业技术学校都要主动适应当地建设和社会主义市场经济的需要。把提高劳动者素质,培养初、中级人

才摆到突出的位置。要认真实行‘先培训、后就业’的制度。优先录用经过职业技术教育和培训的学生就业,专业性、技术性较强的岗位,应在获得岗位资格证书后上岗。”

《一九九一——二〇〇〇年全国乡村医生教育规划》(讨论稿)强调:“过去乡村医生培训的指导思想一直以初等医学教育为主,它适应于当时经济和社会发展水平。由此制定的乡村医生培训标准,建立的乡村医生教育机构,培养的乡村医生队伍已不能适应目前农村卫生工作的需求。转变乡村医生教育的指导思想,加强乡村医生教育工作,把乡村医生教育逐步纳入正规化教育轨道,成为今后医学教育改革中的一项重要任务。教学模式陈旧,缺乏系统教育,过去的乡村医生教育以短期培训为主,缺乏系统的医学知识教育。教学模式受传统的普通中等医学教育和生物医学模式的影响,重治疗、忽视预防,重理论、忽视实践,重生物医学科学、忽视其他相关学科。这种培养方式很难满足初级卫生保健工作的要求。按照‘2000年人人享有卫生保健’规划目标的要求以及农村经济改革后广大农民群众对健康保健日益增长的需求,乡村医生应当较全面地掌握预防、医疗、保健以及有关学科的基本知识和技能。因此,必须尽快改变乡村医生教育的现状,使之向中专水平正规化教育发展。”

二、战略目标和主要指标

乡村医生教育是医学教育的组成部分,具有自己的独立体系。根据《规划》要求,它的内容应包括以下四个方面:第一、中专水平的正规化教育;第二、对没有条件接受正规化教育者,实施学习时间一年以上的系统化教育;第三、在贫困、边远地区可实施专项业务达标教育;第四、对达到中专水平的乡村医生进行继续教育。

(一)战略目标

建立并逐步完善我国乡村医生教育体系,为我国农村培养一支素质优良、数量充足的乡村医生队伍。

实施这个目标,大体分为“八五”、“九五”两个阶段进行。“八五”

期间,建立我国的乡村医生教育体系,对乡村医生开始实施系统化、正规化教育,同时继续开展多种形式的乡村医生培训;“九五”期间,逐渐完善乡村医生教育体系,在全国范围内开展乡村医生系统化、正规化教育。

到下世纪初,进一步巩固和发展乡村医生系统化、正规化教育,充分发挥乡村医生在农村卫生工作中的重要作用。

(二)主要指标

(1)1993年前后制定出全国乡村医生教育的指导性教学计划,教学大纲,出版全国乡村医生文字、音像教材。

(2)1995年,全国80%以上的地区开展对乡村医生系统化、正规化教育,初步形成全国乡村医生教育体系。

(3)2000年,平均每行政村乡村医生数达到1.5个(贫困、边远、人口密度小、地理环境复杂地区的标准,根据实际情况制定)。

(4)到2000年,使在岗乡村医生接受系统化、正规化教育的比例,力求达到80%。

(5)对没有条件接受系统化、正规化教育的在岗乡村医生,通过其它培训方式,达到下列单项或多项业务标准。(《标准》附于本章后)

三、对策及措施

《纲要》已明确提出:乡村医生教育是一项艰巨的工作,要实现上述规划目标,必须采取一系列对策和措施。

1.各级政府和卫生行政部门要重视乡村医生教育工作,制定切实可行的乡村医生教育规划,加强对乡村医生教育的宏观指导和管理,从政策、人力、财力等方面积极给予保障。

2.乡村医生教育属地方性事业,要争取乡村医生教育机构得到教育部门的认可,将乡村医生教育纳入当地教育系列。

3.继续进行乡村医生正规化教育的试点研究,及时总结经验,予以推广。