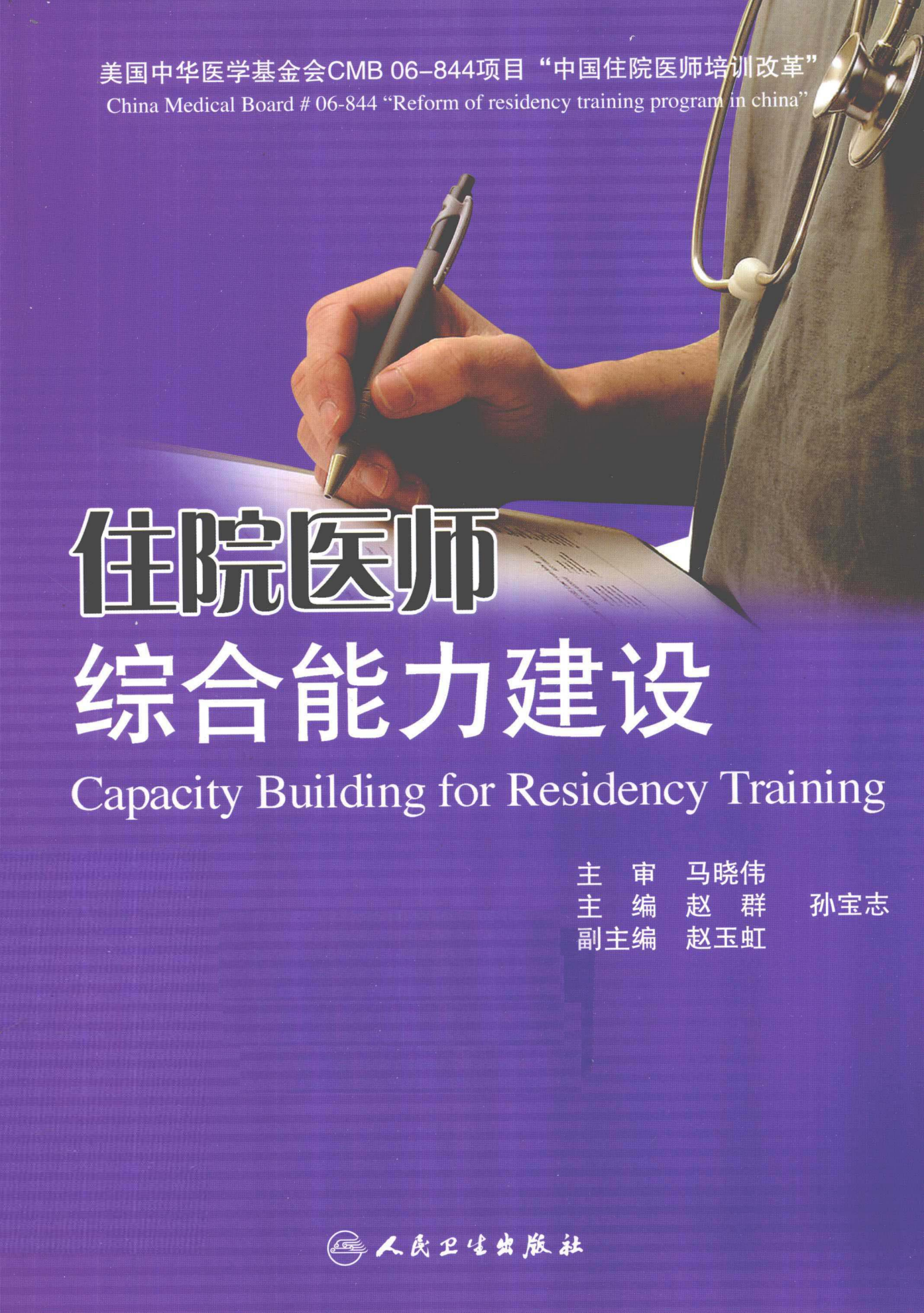


美国中华医学基金会CMB 06-844项目“中国住院医师培训改革”
China Medical Board # 06-844 “Reform of residency training program in china”



住院医师 综合能力建设

Capacity Building for Residency Training

主 审 马晓伟
主 编 赵 群
副主编 赵玉虹

孙宝志

中国疾病预防控制中心 (China Center for Disease Control and Prevention)
中国疾病预防控制中心培训部 (Training Department, China Center for Disease Control and Prevention)

疾控队伍

综合能力建设

Capacity Building for Epidemiology Training

中国疾病预防控制中心
中国疾病预防控制中心培训部
中国疾病预防控制中心

中国疾病预防控制中心

美国中华医学基金会 CMB 06-844 项目“中国住院医师培训改革”
China Medical Board # 06-844 “Reform of residency
training program in China”

住院医师综合能力建设

Capacity Building for Residency Training

主 审 马晓伟

主 编 赵 群 孙宝志

副主编 赵玉虹

编 委

王振方（承德医学院）

宋月雁（滨州医学院）

王亚利（潍坊医学院）

虞海平（南京医科大学）

龙 艺（遵义医学院）

黎 靖（泸州医学院）

卢德成（广西医科大学）

李 莉 薄 红（哈尔滨医科大学）

刘力戈（首都医科大学）

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

住院医师综合能力建设/赵群等主编. —北京:
人民卫生出版社, 2011.3

ISBN 978-7-117-13958-8

I. ①住… II. ①赵… III. ①医师-培训-自学
参考资料 IV. ①R192.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 000499 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医 师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

住院医师综合能力建设

主 编: 赵 群 孙宝志

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京蓝迪彩色印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 17

字 数: 414 千字

版 次: 2011 年 3 月第 1 版 2011 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-13958-8/R · 13959

定 价: 30.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

序 言

2009年3月中共中央国务院公布《关于深化医药卫生体制改革的意见》，医改的指导思想以邓小平理论和“三个代表”重要思想为指导，深入贯彻落实科学发展观，从我国国情出发，借鉴国际有益经验，着眼于实现人人享有基本医疗卫生服务的目标。医改意见第十三条：建立可持续发展的医药卫生科技创新机制和人才保障机制。明确指出“建立住院医师规范化培训制度，强化继续医学教育”。

国家中长期人才发展规划纲要(2010~2020年)的全民健康卫生人才保障工程中提出“开展住院医师规范化培训工作，支持培养5万名住院医师”。2010年我国公立医院改革试点方案：共9大项任务，第8项是建立住院医师规范化培训制度。

世界卫生组织(WHO)和世界医学联合会(WMA)从1998年开始，委托世界医学教育联合会(WFME)主持“医学教育国际标准”项目，先后完成三阶段医学教育的标准，于2003年3月作为全球医学教育大会三套文件公布。2003年1月公布的毕业后医学教育全球标准，由9个领域38个亚领域标准组成，目的是进一步规范全球毕业后医学教育住院医师培训标准，便于国际认证和医师在全球范围交流，为全球健康服务。

全球毕业后医学教育标准提出总体目标：应当使住院医师具备良好职业素质和该学科基本能力以及扩展能力，能不断有效地改善医疗服务质量，处理疾病问题，促进病人健康。培训过程还应当促使他们成为所选医学领域的学者，为终身学习、继续教育和专业发展奠定基础。

全球毕业后医学教育标准同时又提出人文素养与职业素质目标：住院医师培训过程必须在正式认可的本科医学教育的基础上，进一步强化受训者的医生人文素养培养和职业素质教育，具备良好医德医风，构建健康和谐的医患关系。培训过程应当培养医生职业自律性，促使医生能按照病人和群众的最大利益行医。

如何实践医生培养全球标准和国家标准，这是关系到培养高素质医生为人民健康服务，涉及我国民生的大问题。

中国医科大学于2006年7月实施美国中华医学基金会资助项目“中国住院医师培训改革”(CMB 06-844“Reform residency training program in China”)，项目历时5年。这个项目总目标是：借鉴全球标准与国际经验，结合中国国情，改革我国住院医师培训标准、内容、方法和评价体系，全面提高医生的职业综合素质与能力。项目进行了5年，取得丰富的经验与成果。

由中国医科大学赵群教授、孙宝志教授主编，全国十几所医学院校参编的《住院医师综合能力建设》一书，就是中国住院医师培训改革项目的成果之一。本书的宗旨就是以医生培养全球标准和国家标准为基准，强化受训者的医学人文素养培养和职业素质教育，是一本好

的教材。书中从理论与实践结合上阐述了如下重要题目：

1)医学伦理、职业道德与职业素质：这是作医生的准则，好医生的灵魂。

2)医学法律及患者权益：这个题目涉及依法行医，遵循法律原则，保护病人和医生双方的合法权益。

3)循证医学原理与医疗质量改善：循证医学是一门新兴学科，掌握循证医学原理，对保证医疗服务质量至关重要。

4)临床科研设计与应用：一个好医生应当是学术型的医生，懂得科学研究，能从实践中发现课题，攻克难关，为医学的进步贡献力量，这是现代医学的生命之源。

5)人际沟通能力：这是个医患关系大问题，只有保持和谐的关系，才能保持高质量的医疗服务。人们才能满意我们的白衣天使。

6)公共卫生和卫生政策：这个问题也是医生应当掌握的，预防疾病从来就是医生的责任之一。医生的话是有权威性的，易于使人相信。

7)卫生服务系统与医疗卫生服务：每位医生都处于卫生大系统之中，理解卫生系统的结构与功能，协调好系统因素之间的关系非常重要。

8)现代医学目标与高等医学教育改革。

9)临床教学与评价方法：每位医生既是大夫又是老师，经常指导下级医生，教育实习学生，因此了解这两个题目也是必要的。

我衷心希望本书能发挥导向作用，为提高我国住院医师规范化培训质量，提高医生队伍的素质作贡献，为实现人人享有基本医疗卫生服务的目标而奋斗。

中华人民共和国卫生部副部长 **马晓伟**

2010年10月

目 录

第一章 绪论	1
第一节 医生是多角色的职业者	1
第二节 医生应具备综合能力	2
第三节 医学道德和职业精神应当作为医生首要能力	3
一、为什么说医学道德和职业精神是首要能力	4
二、怎样实施科学教育与人文精神高度融合	4
第二章 医学伦理、职业道德与职业素质	7
第一节 医学道德	7
第二节 医学伦理	10
第三节 职业精神	14
一、职业与职业精神	14
二、职业精神的内容	15
三、医师职业精神的自我养成	20
四、小结	21
第三章 医学法律及患者权益	23
第一节 医事法律概述	23
一、医事法律概念	23
二、医事法律的特点	23
三、医事法律的内容	24
第二节 医疗机构管理法律制度概况	25
一、医疗机构管理的立法及相关法律制度	25
二、医院工作制度的法律规定	26
三、母婴保健的法律规定	27
四、违反医疗机构管理的法律责任	27
第三节 执业医师管理的法律制度	28
第四节 突发公共卫生事件相关法律法规应急条例概述	30
一、突发公共卫生事件的概念	30
二、突发公共卫生事件应急条例的概念及立法目的	30
第五节 传染病防治法律制度	32
一、传染病防治法的概念及相关法律制度	32
二、传染病防治的法律涉及医疗机构和医务人员的规定	32

三、违反传染病防治法涉及医疗机构和医务人员的法律责任·····	34
第六节 认识药品背后的“多面性”·····	35
一、药品的定义及分类·····	37
二、药品不良反应·····	37
三、抗生素的基本应用原则·····	37
四、药品不良反应的监测与管理·····	38
五、谨记关于药品的相关管理法律与制度·····	38
第七节 输血感染病毒 究竟谁为“责任”买单?·····	38
一、患者临床用血的适应证及相关流程·····	39
二、国家允许的临床用血及血液制品种类·····	40
三、在临床用血中评价医生个人工作业绩的重要考核内容·····	41
四、临床用血的法律规定和临床实践相关制度·····	41
第八节 放射卫生法律制度·····	41
第九节 可怕的医疗废物去了它该去的地方了吗?·····	43
一、什么是医疗废物? 应如何处理医疗废物呢?·····	44
二、医疗机构医疗废物监管不力该负什么样的法律责任?·····	44
三、临床医生应熟知的关于医疗废物的相关法律法规及单位相关制度 有哪些?·····	45
第十节 白衣天使的世界里宁静被打破了·····	46
一、什么是医疗事故? 医疗事故如何分级?·····	47
二、什么是医疗纠纷? 如何理解纠纷处理过程中的举证责任倒置?·····	47
三、医疗纠纷中医患关系的法律属性是什么?·····	48
第十一节 医患双方互相尊重并维护彼此的权利才是双赢·····	48
一、患者的权利和义务体现在哪些方面?·····	50
二、医师在执业活动中享有的权利和履行的义务·····	51
三、小结·····	53
第四章 循证医学原理与医疗质量改善·····	55
第一节 引言·····	55
一、循证医学的概念·····	55
二、循证医学的必要性·····	56
三、实施循证医学的步骤·····	56
四、循证医学思想对医学教育的启示·····	56
第二节 提出可以回答的临床问题·····	57
第三节 寻找证据·····	59
一、证据的来源·····	59
二、把问题转化为检索策略·····	60
第四节 批评性评价证据及运用证据·····	60
一、各种类型证据的评价内容·····	61
二、批判性评价·····	63

三、可能遇到的问题及解决方案·····	64
第五节 循证能力效果评价和教学经验总结·····	64
一、循证临床实践能力的评价·····	64
二、循证临床实践的效果评价·····	65
三、循证医学教学评价·····	65
第六节 将 EBM 整合到医学教学的课程计划中·····	66
第五章 临床科研设计与应用·····	67
第一节 总论·····	67
一、医学研究方法学定义及主要内容·····	67
二、医学研究的基本原则·····	67
第二节 医学科研设计·····	68
一、医学科研设计的基本知识·····	68
二、假设的形成, 立题、实施、评价与成果推广应用·····	73
第三节 临床医学科研设计的基本程序·····	74
一、选题与立题原则·····	74
二、查找医学文献·····	75
三、临床科研设计·····	76
第四节 常用的实验研究·····	79
一、实验研究的特点和分类·····	79
二、实验设计的基本原则·····	80
三、实验设计的基本要素·····	81
四、常用的临床实验方法·····	81
第五节 医学研究的质量控制·····	86
一、质量控制的组织措施·····	86
二、质量控制的技术措施·····	86
三、医学研究中的偏倚·····	87
第六节 调查问卷设计·····	89
一、调查问卷的设计类型及结构·····	89
二、问卷项目的设计·····	90
三、调查问卷设计的注意事项·····	91
四、问卷调查常见问题及技巧·····	91
第七节 医学科研论文的撰写·····	92
一、概述·····	92
二、医学论文的一般格式·····	94
三、医学文献评述的写作·····	96
四、论文撰写应注意的问题·····	97
五、小结·····	98
第六章 医疗人际沟通能力·····	100
第一节 交流·····	100

一、与病人及其家属有效交流,与不同背景的病人建立和谐的医患关系·····	101
二、在临床实践中的请示和报告·····	107
三、诊疗记录书写要求·····	109
第二节 遵守医学伦理学原则·····	111
一、医学伦理学的一般概述·····	112
二、伦理道德在临床人际沟通中的地位和作用·····	112
三、临床人际沟通的伦理原则·····	113
第三节 团队协作·····	115
一、团队的概念·····	115
二、团队沟通技能·····	116
三、团队合作的其他重要技能·····	117
四、小结·····	118
第七章 公共卫生和卫生政策·····	120
第一节 临床预防与社区卫生·····	120
一、临床预防服务与健康管理的概念·····	120
二、临床预防服务的内容及实施的原则·····	122
第二节 人群健康与社区预防服务·····	124
一、人群健康与社区卫生·····	125
二、社区预防服务·····	127
第三节 慢性非传染性疾病的预防与控制·····	130
一、概述·····	131
二、心脑血管疾病的预防与控制·····	132
三、糖尿病的预防与控制·····	140
四、恶性肿瘤的预防与控制·····	143
第四节 传染病的预防和控制·····	144
一、传染病的预防控制策略·····	144
二、传染病预防控制措施·····	145
第五节 全球卫生保健策略与挑战·····	148
一、人人享有卫生保健的全球战略目标·····	149
二、初级卫生保健·····	150
三、全球卫生面临的挑战与应对策略·····	153
四、小结·····	155
第八章 卫生服务系统与医疗卫生服务·····	156
第一节 卫生服务系统·····	157
一、概述·····	157
二、卫生服务的需求与利用·····	157
三、卫生服务组织体系·····	159
四、卫生服务系统与医疗服务的相互影响·····	163
第二节 医疗卫生服务·····	164

一、医疗卫生服务的概念和特征	164
二、医疗卫生服务理念的转变	165
三、住院医师应承担的社会卫生服务职能及应注意的问题	168
第三节 医疗服务质量	171
一、概述	172
二、医疗服务质量的特性	172
三、全面质量管理	173
四、卫生服务中的风险管理	175
第四节 我国的医疗保障制度	177
一、我国医疗保障制度的历史沿革	177
二、我国现有的医疗保障制度	178
三、医疗保障制度对医疗服务的影响	180
第九章 现代医学目标与高等医学教育改革	183
第一节 医学目标变化对医学教育改革的新要求	183
一、传统的医学目标受到最大的挑战	183
二、现代医学目标的更新	185
第二节 高等医学教育改革要适应新的医学目标	186
一、医学教育改革要适应“诊断-治疗”模式向“预防-医疗-保健-康复”模式的转变	186
二、医学教育改革要适应由“疾病为中心”转为“以病人为中心”的医学新理念	187
三、医学教育改革要适应现代社会疾病谱的变化	187
四、医学教育改革要适应新型医患关系的变化	187
五、医学教育改革必须切实加强职业道德与临床能力的培养	187
第三节 高等医学教育在教学内容的改革走向	188
第十章 临床教学与评价方法	190
第一节 标准化病人与住院医师培训	190
一、使用标准化病人考试的优缺点	190
二、标准化病人需具备的基本素质	190
三、标准化病人工作中的基本原则	191
四、标准化病人培训材料的编写	191
五、标准化病人的培训	191
六、在培训和使用 SP 中的注意事项	192
第二节 PBL 教学法与临床思维培养	196
一、案例说明	197
二、PBL 教学法的优点及存在的问题	199
三、对 PBL 教学法的总结和思考	199
四、小结	201
第三节 住院医师考核与评价	201
第四节 临床轮转的监督与管理	208
一、培训基地所在医院及培训主管部门在日常管理中的作用	208

二、在日常管理中培训基地的作用	210
三、住院医师在培训中的作用	211
四、小结	211
第五节 临床模拟教学	211
一、什么叫模拟教学?	211
二、为什么要进行临床模拟教学?	212
三、模拟教学的特点	212
四、有哪些常用临床模拟教学方法,如何评价?	213
第六节 临床基本能力的培养与评价的基本理论课	216
一、培训内容	216
二、培训组织	216
三、培训方法	218
四、培训考核	219
第七节 病例分析	220
一、病例分析步骤	221
二、诊断原则与诊断思维方法	222
三、诊断思维过程中还需考虑的辩证关系	223
第八节 临床医学综述撰写	227
一、文献综述的特点	228
二、撰写医学综述的作用与目的	228
三、撰写文献综述的步骤和方法	229
四、文献综述的写作格式	231
第九节 住院医师培训导师制、导师组制	233
一、导师制的由来	233
二、导师组制的构建	234
第十节 非本科学历人员轮转方案的制订与实施	235
一、制订轮转方案的背景	235
二、轮转方案	236
三、轮转的管理	237
四、住院医师轮转登记系统	237
附录 毕业后医学教育全球标准	254

第一章

绪论

“谁来救治‘救治者’?”

1999年,在“中美医学伦理学比较”国际研讨会上,来自夏威夷群岛健康质量基金会的医学博士豪沃尔德介绍了美国如何解决红包问题,美国医生在开始接受正规医学教育时,医学伦理教育就始终与专业课同步进行,目的在于解决“谁来救治‘救治者’”问题。

第一节 医生是多角色的职业者

每个人生病时都希望遇见态度和蔼、体贴关怀、医术高明,能够解决问题的好医生。这实质就是对医生的多角色的期望。好医生怎么来的?有人说,古代时期是师傅带徒弟带出来,现代时期是高等医学教育培养出来的,这话有一定道理,但是有一句古话更贴切“师傅领进门,修行在个人”。教育培训是外因,外因通过内因起作用。自我修行需要知识,知识就是力量。知识影响人的认知,内化为认知结构,从而影响人的行为,形成人的各种社会角色。

孔子说“君子不器”,意思是说:君子不像器具那样(只有某一方面的用途)。古代的器皿专用化程度很高,就酒具而言,盛酒的、温酒的、冰酒的、喝酒的都不同。孔子认为君子不应该像器皿一样,只具备一种功能。君子是孔子心目中具有理想人格的人,即君子在个人品性修养时,不可像器物一样只针对某些特别的目的,而必须广泛地涉猎各种知识,培养各种才能;在个人之气度与态度方面,则应不像器物一般,仅有一定的容量,需要以宽广的胸襟来看待万事万物;在待人处世的原则方面,则不应像器物一般定型而一成不变,须因时因地制宜,采取最合宜的行为举止以收取最大最好之成效。这种君子何尝不是人们心目中的好医生的形象?人们常常说医生不是“手术匠”,也是这种涵义。

加拿大皇家医学会从1993年开始研究“社会对医学院毕业生担当医生角色的期望需求”。经过几年的社会调查分析,1999年公布研究的结论:未来的医生应当担当七个角色:医学专家/临床决策者(medical experts/decision maker);交流者(communicator);合作者(collaborator);管理者(manager);健康促进者(health advocator);学者(scholar);职业者(professional);高素质的医生具备这多方面的角色,怎样培养这些角色,是一个重要问题。日本从1998年至2001年,通过全国15所医学院校协作研究,由文部省支持在全国范围调查,反复征求意见,召开42次会议,不断修订。最终公布“新的医学核心课程标准”,其医学专业培养目标是“经过6年连续的医学教育,形成良好的人格与稳定的心理,具备医师的素质和新世纪所要求的医学知识与技术,并能够养成自我培养和终身学习的习惯”。从这个目标出发,详细制订了医学核心课程的标准大纲,大纲分成八个部分:医学预备教育;医师基本素质;医学基础;人体多器官的正常结构与功能、病态、诊断与治疗;全身生理的变化、病态、

诊断与治疗;基本诊疗知识;医学与社会;临床实习。

美国医学院校联合会(AAMC)1996年1月专门设立了“医学院校目标”[medical school objective project (MSOP)]课题。1999年完成第一部分,并发表专题文章“医学教育目标——医学院校的指导大纲”。第一部分报告提出:医学教育总体目标是“培养准备服务于医学基本目的的医生,为达到此目的,医生必须具备各种素质,以承担其个人和团体所担负的社会责任”。医生必须具备的各种素质为四个方面。第一方面:医生必须是利他主义的(physicians must be altruistic),从医学伦理学、职业道德方面对医生提出要求;第二方面:医生必须是知识化的(physicians must be knowledgeable),从医学的基础知识、科学研究和临床医学理论方面提出要求;第三方面:医生必须是能力化的(physicians must be skillful);第四方面:医生必须具备全面责任感(physician must be dutiful),从预防医学、信息科学,医学法律等方面提出要求。

医生的角色好坏直接关系人民的健康,关系到千家万户的幸福,是重大民生问题。因此,2009年中共中央国务院公布“关于深化医药卫生体制改革的意见”,为建立中国特色医药卫生体制,逐步实现人人享有基本医疗卫生服务的目标,提高全民健康水平,深化医药卫生体制改革。意见中提出“建立可持续发展的医药卫生科技创新机制和人才保障机制”,“加强医药卫生人才队伍建设”,“建立住院医师规范化培训制度,强化继续医学教育”。

国家中长期人才发展规划纲要(2010~2020年)中提出全民健康卫生人才保障工程,“开展住院医师规范化培训,支持培养5万名住院医师”。

可见住院医师培养已经纳入国家的人才发展纲要,是国家和人民关心的大事。

第二节 医生应具备综合能力

现代医生培养的过程包括三个阶段,即在校教育—毕业后教育—继续教育(继续职业发展),三个阶段是相互衔接的统一体。住院医师培训归于毕业后医学教育范畴,是指医学生完成学校基本教育阶段,毕业后进入医疗机构接受医学专门学科规范化的职业培养,是医学专业所特有的教育阶段,对培养合格医学专门人才,起着关键的作用。它包括执业医师注册前后通科培训阶段以及亚专科培养阶段。培训达到合格,住院医师分别获得不同阶段相应专门学科医师证书。

住院医师培训制度在我国有近百年的历史,1921年北京协和医学院首次提出并实行严格的“24小时住院医师负责制和总住院医师负责制度”。1962年卫生部首次提出住院医师培养问题,拟定了住院医师培养考核试行办法。1979年卫生部拟定了《高等医学院附属医院住院医师培养考核试行办法》,住院医师的培训考核工作开始展开。1987年,卫生部科教司开始在卫生部部分部属高等学校和一些省、市进行了住院医师规范化培训试点工作。在总结经验的基础上,卫生部于1993年颁发了《临床住院医师规范化培训试行办法》,明确指出:“实施住院医师规范化培训,是培养临床医学人才、提高我国临床医疗工作水平的重要措施之一,同时,也是完善我国毕业后医学教育制度的组成部分”。1995年颁发了《临床住院医师规范化培训大纲》,1998年颁发了《临床住院医师规范化培训合格证书颁发管理办法(试行)》。卫生部于2007年颁布的《卫生部专科医师培训暂行规定》中,进一步细致地界定了住院医师培训阶段的培养目标及要求。

住院医师培训制度在国外已有百余年的发展史,已被世界各国医学界所认可。在一些发达国家住院医师培训制度已经科学化、规范化和法制化。世界卫生组织(WHO)和世界医学联合会(WMA)从1998年开始,委托世界医学教育联合会(WFME)主持“医学教育国际标准”项目,先后完成三阶段医学教育的标准,于2003年3月作为全球医学教育大会全套文件公布。其中本科医学教育全球标准,我国教育部于2008年,已经将其转化为中国医学教育认证标准并以教育部文件公布。由世界医学教育联合会2003年1月公布的毕业后医学教育全球标准,由9个领域38个亚领域标准组成,目的是进一步规范全球毕业后医学教育住院医师培训标准,便于国际认证和医师在全球范围交流,为人类健康服务。这里涉及如何从我国国情出发,借鉴国际有益经验,以使我国住院医师规范化培训制度和全球毕业后医学教育标准接轨的问题。

世界“毕业后医学教育全球标准”提出住院医师培训人才培养总目标:应当使住院医师具备良好职业素质和该学科基本能力以及扩展能力,能不断有效地改善医疗服务质量,处理疾病问题,促进病人健康。培训过程还应当促使他们成为所选医学领域的学者,为终身学习、继续教育和专业发展奠定基础。

世界“毕业后医学教育全球标准”提出人文素养与职业素质目标:住院医师培训过程必须在正式认可的本科医学教育的基础上,进一步强化受训者的医生人文素养培养和职业素质教育,具备良好医德医风,构建健康和谐的医患关系。培训过程应当培养医生职业自律性,促使医生能按照病人和群众的最大利益行医。

世界“毕业后医学教育全球标准”提出住院医师培训结果应达到的专业目标,包括知识、技能、态度和行为,包括如下十项综合能力目标:

- (1)掌握基本的临床诊疗能力,处理疾病问题,促进病人健康。
 - (2)掌握医学知识,包括基础医学、临床医学、医学伦理和医学法律,以及这些知识在医疗实践中的应用。
 - (3)具备良好的人际沟通能力。
 - (4)掌握循证医学原理,对新知识进行评价与利用,不断改善临床工作质量。
 - (5)能逐步发挥指导教师的教学作用以指导下级医生和学生等。
 - (6)具备一定的学术能力,能开展本专业领域的科学研究。
 - (7)具备良好的职业道德与素质。
 - (8)能依照法律维护病人的权益。
 - (9)了解公共卫生和卫生政策观点,包括医疗卫生系统组织,管理,卫生经济成本效益分析,卫生资源分配等理论。
 - (10)了解社会医疗卫生服务系统,执行国家颁布的基于卫生系统的质量标准。
- 以上就是当代高素质的医生应当具备的综合能力目标。

第三节 医学道德和职业精神应当作为医生首要能力

2010年国家中长期教育改革和发展规划纲要指出:坚持德育为先。立德树人,把社会主义核心价值观体系融入国民教育全过程。纵观高等医学教育标准国际化趋势,首要问题是将医科教育与人文教育相融合,实施综合素质教育,才能实现培养高素质医生的目标。

一、为什么说医学道德和职业精神是首要能力

这些年,每每行风评比,白大褂的形象常常今非昔比,不能令人满意。医疗纠纷投诉已成为投诉热点之一,据中国消费者协会的资料统计,消费者对医疗纠纷的投诉 1994 年是 6286 件,到 1997 年攀升到 16 086 件。以上海市为例,医疗纠纷投诉每年以 18.8% 速度递增。医疗纠纷的外部原因很多,例如医疗法律不健全,医疗费用上涨,医学高技术高风险等。内部原因则和我们医生的医德医风、行为规范有密切关系。有的医生对病人缺乏同情心,对生命关爱淡薄,而对经济实惠感兴趣,“收红包”、“药品回扣”等行为,玷污了白衣天使的形象。在医患关系中,患者对医生要求有两个方面,即医术和医德两个方面,在医术方面患者是外行,很难进行科学评价。患者唯一能判断的标准是医生的服务态度和医德医风。有资料统计,由服务态度引发的纠纷占 21.3%,而这些问题和医生道德素质直接相关。

广大医生是医学院校培养出来的,我们不能不对我们的高等医学教育进行反思,到底问题出在哪里? 经过调查研究,我们认为现行高等医学教育中科学教育与人文教育的相对分割是一个严重弊端。从以下几点可以看出:

1. 从教育体制看,我国高等教育长期实施文理分科的专长教育,导致一种片面的教育意识,形成科学教育与人文教育长期对立。在医科教育中,造成人文知识与人文精神的严重缺陷。医科学生片面崇尚科学技术,轻视人文精神;一些学生道德修养偏差,文明认识偏离;有的学生以自我为中心,追求经济价值,偏离人格价值等等,这些都严重背离了高等医学教育的标准和培养目标。

2. 从办学思想看,受市场经济的猛烈冲击,功利主义教育思想越来越严重,重视“做事”教育,忽视“做人”教育。这种工具型、功利型的教学模式只能培养出缺乏人文关怀的“经济人”和功利型的“技术工匠”,磨去学生鲜活的个性和生生不息的创造力,即使学到的一技之长也得不到应有的发挥。

3. 从现代医学课程体系师资队伍和教学资源来看,普遍重视基础医学学科和临床学科建设,忽视人文学科建设,学生必然也对人文学科不重视。

可以说推进医学科学教育与人文教育的融合是医学教育改革的首要问题,是关系到培养什么人的根本标准问题。世界各国近几年修订医学教育标准,都把医生的职业道德放在第一位,充分反映了新时期社会大众对医生这一崇高职业的殷切期望。

二、怎样实施科学教育与人文精神高度融合

1. 转变教育思想,更新教育观念 要实施科学教育与人文教育的融合,首先要转变医学教育思想,更新教育观念。高等医学教育的基本内涵是追求人文精神。在人文精神的指引下,致力于知识保存、整理、选择、传递和创新。注重知识尊严、学术的逻辑、智慧和力量的道德的教化。关怀着人类物质文明和精神文明的同步发展,成为时代文明的创造者。现代社会越是科学技术高度发达,越需要人文文化与之协调发展,正确使用科学技术,合理利用自然资源,保护生态环境,促进人类的可持续发展。因此说,要从教育思想上把过去单纯以培养医生“做事”为主的教育模式,转变为既培养学“做事”,又培养学“做人”的教育模式,树立科学精神与人文精神全面发展的观。

2. 改革现行的医学教育内容 改革现行以生物医学模式为主设置的医学课程结构,增

加人文社科的必修课程,培养学生关爱生命和以病人为中心的思想。有人认为思想政治教育可以代替人文社科教育,这是一种片面的观点,两者有区别的。思想政治教育具有更加鲜明的政治性、改革性、直接性。人文教育则注重介绍和传播古今中外一切优秀文化成果,具有社会性、艺术性、道德性等。而医学本身就是集科学性、艺术性和道德性为一体的学科。

台湾大学医学院教授谢博生谈到这个问题时,说:“文学作品能够扩充医师了解病人的能力,小说、戏剧、诗词、绘画、电影作品对于学生或医师都能产生巨大的冲击力,协助他们发展其直觉性的能力。人文学有助于培养对病人行为特殊的洞察力,文学作品细腻地刻画人性,让人集中于注意力特定环境,让医师体会病人苦境所隐含的意义。伟大的小说能触动哲学的省思,引发智慧的思维,使医学生变得更温和、更容忍,以新的眼光省视人性与世界”。中国医学与哲学专业委员会建议医学人文社科核心课程包括:医学伦理学、社会医学、医学法学、医学史、医学概论、医学哲学等课程。在专业课程教学中应当增加生命伦理学的内容,包括生殖伦理、基因伦理、优生伦理、胚胎干细胞和克隆人伦理、移植伦理、危重救治伦理、健康伦理等内容。

3. 道德与美的精神需要自我体验,不是仅仅依靠书本学习人文知识,还必须走到社会中去体验。包括社会实践,志愿者服务病人,社区义诊、农村卫生服务等活动,既增加知识,又培养人文内涵,加深对生命关爱,提高医学道德修养。通过社会实践,达到“知、情、意、行”相结合,培养人文精神,营造良好的人文精神氛围。

4. 在专业教育中促进科学与人文相融合 重视人文课程是必要的,但是人文精神不仅仅局限于人文课程,医学专业课也应承担责任。专业课教师要博学文史哲艺术内容,抓住大学的“大”字,人文即在其中也。教师在专业课教学中注重让学生反映自身,在自省中提高。要挖掘医学科学的艺术价值,使学生产生美的升华。教师以身作则,以自身行为影响学生,感染学生,成为学生的榜样。总之,科学教育与人文教学的融合,不能只停留在知识层面,要达到理想境界的层面,把学生培养成为全心全意,毫不利己为人民服务的白求恩式的好医生。

综上所述,本书的宗旨就是为加强医生综合能力建设,为医生多角色综合素质自我修行提供综合知识。希望医生能把知识转化为综合能力,为人民健康服务。

(赵 群 孙宝志)

参 考 文 献

1. World Federation for Medical Education. Postgraduate medical education—WFME global standards for quality improvement(2003). <http://www3.sund.ku.dk/>.
2. The Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). Common Program Requirements. http://www.acgme.org/acWebsite/dutyHours/dh_dutyhoursCommonPR07012007.
3. Josephine M Cassie, Judith S Armbruster, M Ian Bowmer, et al. Accreditation of postgraduate medical education in the United States and Canada: a comparison of two systems. Medical Education, 1999, 33 (7): 493.
4. Alan Teo. The current state of medical education in Japan: a system under reform. Medical Education, 2007, 41(3): 302-308.
5. 谢博生. 医学人文教育. 国立台湾大学医学院, 2000.