

临床助理全科医师培养模式与 CCMC 教学法的探索

李变锋¹ 王江栓² 刘国锋¹ 应鑫涛¹

(1. 漯河医学高等专科学校第二附属医院, 河南 漯河 462000;

2. 漯河医学高等专科学校教务处, 河南 漯河 462000)

【摘要】目的 探索传统的轮科培训模式和以“生物-心理-社会”医学模式及以临床病例为导向 (CCMC) 带教方式在培养助理全科医师过程中的效果。方法 选取在漯河医学高等专科学校第二附属医院全科医学培养基地培训的 56 例临床助理全科医师学员为研究对象, 随机分为对照组和实验组, 每组 28 例。对照组实施传统培养模式与一病一教的带教方式。实验组实施“生物-心理-社会”医学模式与 CCMC 带教方式。教学观察时间为一年。对两组实施理论、实操、社区服务理念等多项考核进行教学评价。结果 实验组学员理论知识掌握、病例分析能力、临床操作技能、全科医疗思维、社区服务理念和管理技巧及应变能力考核成绩均高于对照组, 差异有显著性 ($P < 0.05$); 对教学方法的评价实验组高于对照组, 有显著差异 ($P < 0.05$)。讨论 与传统培养方法相比, “生物-心理-社会”医学模式更适合助理全科医师的培养, CCMC 教学方式也表现出一定的优越性, 为临床助理全科医师培养提供参考。

【关键词】临床助理全科医师; CCMC 教学法; 教学改革

在我国, 五年制医学本科起点的“5+3”全科医学培养模式培养的医学工作者称为全科医师, 三年制医学专科起点的“3+2”全科医学培养模式培养的医学工作者称为助理全科医师。全科医师和助理全科医师是主要服务于社区和家庭, 为服务对象提供持续性医疗照顾, 进行健康教育、疾病预防与健康维持的新型医生^[1, 2]。他们的主要任务除了对常见病、多发病的诊疗, 对社区高危人群健康管理外, 还承担着社区健康人群的保健、卫生防疫及慢性病人的系统管理等工作^[3]。习近平总书记在十九大报告中指出, 要建设我国的全科医师体系, 加强全科医师培养力度和质量。培养大批合格的全科医师以及助理全科医师是深化医疗体制改革, 实现人人享用基本医疗的重要保障。

全科医师作为全科医疗保健的提供者, 群众的健康代理人, 不仅要具有全面的临床基本知识与熟练的技能, 还要具有强烈的人文情感和好的管理能力^[4]。但是我国在全科医师和助理全科医师的培养流程和带教方法方面仍存在诸多问题, 例如: 培养理念还不够先进, 培养体制还不够完善, 培养流程还不够规范。一个合格的助理全科医生应该是以基层医疗, 社区医疗乃至家庭医疗为目的, 而我国大部分临床医院的助理全科医生仍以采取传统的轮科培训基本方法, 以培养专科医生为基本目标。目前国内大部分的全科医师和助理全科医师培养仍是以不断丰富和提升被培养者的临床服务技能为总体目标, 对于真正落实

“生物-心理-社会”的医学培养模式尚有距离^[5]。近年来传染病频发环境愈发严重, 更是对全科医学及全科医师的培养提出了新的要求。全科医师和助理全科医师作为守卫社区和居民健康的第一道防线, 对基层传染性疾病的防疫工作发挥了重要作用。面对基层医疗卫生事业的新要求, 也使得我国目前助理及全科医师数量短缺, 执业素质参差不齐的现象更加显现。

课题组主要研究传统的轮科培训模式和以“生物-心理-社会”医学模式及以临床病例为导向 (Cases-originated Clinical Medical Curriculum, CCMC) 带教方式在培养助理全科医师过程中的效果, 以期探索出适合基层、社区乃至家庭的临床助理医师培养模式, 为全省乃至全国范围内的助理全科医师培养探索处合理、可行的方案和途径。

一、对象

选取 2021 年下半年进入漯河医学高等专科学校第二附属医院全科医学培养基地进行培训的 3 年制临床医学专科起点助理全科医师学员, 数字抽签方式随机抽取 56 名学生组成传统助理全科医师培养团队即为对照组和社区家庭医生式全科医生培养团队即为实验组。每组 28 人, 对照组女生 16 名, 男生 12 名, 平均年龄 (22.54 ± 0.99) 岁; 实验组女生 15 名, 男生 13 名平均年龄 (23.12 ± 0.99) 岁。两组年龄、性别比较无显著性差异 ($P > 0.05$), 两组具有可比性。

二、方法

传统的助理全科医生培养团队采用传统的临床

实习，提高临床服务技能为主的助理全科医师培养模式，并采用传统的一病一教的带教方式。社区家庭医生式全科医生培养团队采用“生物－心理－社会”医学模式为目的的培养理念，并采用 CCMC 的带教方式进行临床带教。教学观察时间为一年。

（一）培养模式

对照组由医院传统助理全科医师培养团队带领，采用“导师”制，在轮转期间，科室“导师”指导其完成收诊患者、医疗查房、病历书写、临床技能操作等各项助理执业医师必备技能学习。集中学习内容主要围绕案例讨论、临床诊疗和全科医学相关知识及技能培训等。

实验组由医院社区家庭医生式全科医师培养团队带领，除了培训各项助理执业医师必备技能外，每周组织一次人文素养专题讨论活动，讨论内容包括医学法律法规的相关内容，医生应具备的优秀品质及职业精神；分享医患沟通的技巧、医学人文精神、文明用语使用等方法。每月组织一次下基层或者进社区义诊实践活动，进行理论宣教，了解基层人民群众的诊疗需求。

（二）带教方式

对照组接受传统教学法，“专科医生”带教“全科医生”。科室“导师”按照教学大纲完成讲课、培训。科室轮转时，采用以带教老师为中心的一病一教带教模式，重视疾病病原探查、病理分析、病生检查、疾病诊疗、预后等方面，重点为对某一疾病的专科治疗上。

实验组接受 CCMC 的带教方式，带教活动分为前、中、后三部分进行，除了对上述带教内容熟悉了解外，更重视影响某一疾病发生、预后和康复后的生

活及家庭因素，重点为对患者的连续性治疗和长期关注和照顾。在带教培训前，老师提前发布全科带教的相关病例，将学习资料、技能操作视频等资源推送给学生，并发布相关问题。带教过程中，要求学员运用临床思维和助理全科医师的工作要求，根据自身知识掌握情况，积极主动对问题发表观点，对病例进行分析，对预后随访进行讨论。带教结束后，学员之间互相打分、点评，取长补短，教师根据学员的表现进行反馈及辅导。

（三）教学评价

教学观察结束后，对两组学员进行理论知识掌握、病例分析能力、临床操作技能、全科医疗思维、社区服务理念和管理技巧及应变能力等方面进行考核。各项考核成绩的满分均为 100 分。

学员填写带教老师满意度调查表，调查对本组老师带教方法的评价，共发出调查表 56 份，有效回收 56 份，有效回收率 100.0%。

（四）统计学方法

所有数据均采用统计学软件 SPSS 25.0 进行分析，以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 来表示计量资料，用 t 检验进行组间比较分析，采用 χ^2 检验进行计量资料组间分析，当 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

三、结果与分析

考核是检验学生学习效果和带教教师带教效果的重要手段，通过出科考核发现，对照组和实验组两组学员理论知识掌握、病例分析能力、临床操作技能成绩、全科医疗思维、社区服务理念和管理技巧及应变能力均有显著性差异 ($P < 0.05$)，详情见表 1。

对教学方法的评价满意度实验组高于对照组，详情见表 2。

表 1 两组学员考核成绩对比（分）

组别	人数	理论知识	病例书写与分析	临床技能操作	全科医疗思维	社区服务理念	管理技巧及应变能力
对照组	28	86.73±5.04	87.42±2.47	91.20±1.70	87.42±2.71	80.90±1.91	76.50±4.59
实验组	28	91.87±4.47	89.67±2.63	96.39±1.49	91.11±3.28	91.70±1.60	84.61±3.21
t值	—	3.67	2.24	9.46	4.14	17.93	5.96
P值	—	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 2 两组学员对教师教学方法满意度结果对比

评价项目	对照组 (n=28) (人)				实验组 (n=28) (人)			
	非常满意	满意	不满意	满意率	非常满意	满意	不满意	满意率
教学内容	10	13	5	82.1%	14	13	1	96.4%
教学方法	6	16	6	78.5%	15	11	2	92.8%
学习效果	7	15	6	78.5%	13	13	2	92.8%

本次研究从培养理念、培养模式和带教方法等方面对同层次临床医学专业助理全科医师的培养效果进行观察、比较,发现传统的以“提高临床服务技能”为目的培养理念的学员语言表达能力和突发情况的应变能力普遍欠缺,不能真正了解全科和专科医生的区别,不明确助理全科医师的工作特点与工作任务。而以“以社区医生和家庭医生式”和以“生物-心理-社会”医学模式为目的培养理念的学员不但沟通技巧灵活,团队协作意识强,而且能够更深刻题解助理全科医师的工作职责,理解职业精神,对基层和社区工作有更深刻的认识,真正实践面向社区、面向基层、面向家庭,提高自身医疗服务水平的同时,将理论与实践相结合,达到学以致用。

传统“一病一教”教学模式,带教活动以教师为中心,教师对学员进行知识的单向灌输,尽管学员对疾病诊疗过程获得一定认知,但学员学习目标不明确,接受知识相对被动,缺少灵活性,制约了学员的创造性与主动性的发挥,工作中创新意识不足,对于常见病、重点疾病的教学效果不理想。CCMC教学方式,带教活动以学员为中心,学员学习目标明确,根据带教老师设置的问题不断思考,不断总结,发挥主观能动性,想象力丰富,创新意识强,临床教学教学效果较好。

四、讨论

全科医学被公认为是最具有人性化的医学学科,注重以患者为中心,理解尊重患者,保护患者权益,将医生的服务视为良药^[6]。“生物-心理-社会”医学模式是全科医学诊疗的基本特征,在对助理全科医师进行培养时尤为重要。助理全科医师不仅要掌握常见疾病的临床诊疗,亦应掌握心理、社会因素对患者疾病产生影响和介入时间与方法,更应从心理、社会层面对患者进行人文关怀^[7,8]。在今日5G互联网背景下和传染性疾病预防的环境下,对基层医疗卫生服务水平和服务模式都有了更高要求,培养高素质高水平助理全科医师,是二级及以上医院的职责与担当,是党和国家坚持人民至上,基层老百姓“病有所医”的具体要求,是满足基层卫生事业发展和居民健康需求,实现“健康中国”的具体体现。

本研究发现,传统的轮科培训更适合专科医师的培养,“生物-心理-社会”医学模式更适合以社区医院和家庭医生为导向的助理全科医师的培养,根据不同层次医学生培养方向的不同,培养流程应有不同的导向和方法。CCMC教学模式比传统教

学方法更符合临床诊疗规律和学员学习特点,带教老师从传教的主导者,转变成学习的协助者,学员在学习中增加了探究与思维训练,同时也提高了团队协作能力和综合分析能力,这些都是助理全科医师在基层工作时非常重要的素质^[9]。文章为后续临床助理全科医师的培养模式提供一定参考。

参考文献:

- [1] 陆萍,翁立立,马俊达等.助理全科医师社区带教模式研究[J],中国卫生资源 2015,18(01):34-36,70.
- [2] 宣扬,贺庆功,马语莲等.全科医生服务农村社区:现实困境及其促进机制研究[J],中国卫生事业管理,2018,35(02):128-131.
- [3] 赵越,刘兰秋.《医师法》背景下乡村全科执业助理医师制度困境与消解[J],中国全科医学,2022,25(16):1929-1934.
- [4] 丁秋云.“3+2”助理全科医师规范化培训中教学管理方法探讨[J],卫生职业教育,2018,36(23):139-140.
- [5] 李姝婷,王卫华,李晨等.“互联网+陪伴式双师教学”助理全科培训新模式的探讨[J],继续医学教育,2022,36(10):85-88.
- [6] 刘会范,丁子钰,王双凤等.“3+2”助理全科医生人才培养模式构建探索[J],中国继续医学教育,2019,11(33):56-59.
- [7] 赵凤龙,康林越,聂鹏等.临床教学基地“3+2”助理全科医师规范化培训学员管理效果的研究[J],继续医学教育,2016,30(8):11-13.
- [8] 肖美霞,施胜铭,吴费凯等.互联网模式下CBL教学联合Mini-CEX在助理全科住院医师规范化培训中的应用效果[J],全科医学临床与教育,2022,20(12):1105-1107,1117.
- [9] 刘菲.“3+2”助理全科医师社区培养模式实践与研究[J],卫生职业教育,5(32):132-133.

基金项目: 河南省卫健委 2021 年度医学教育研究项目 (Wjlx2021187), 漯河医学高等专科学校教育教学改革研究项目 (2021-LYZJGYB008)

作者简介:

李变锋 (1985—), 女, 汉族, 河南漯河人, 漯河医学高等专科学校第二附属医院, 副主任医师, 硕士学位, 专业: 内科学, 研究方向: 全科医学临床研究与全科医师培养。