

· 乡村医学教育 ·

文章编号: 1001-7130(2002)01-0043-02

## 关于北京地区培养农村医生的问卷调查报告

于书彦<sup>1</sup>, 宋延月<sup>1</sup>, 刘学忠<sup>1</sup>, 张允庆<sup>1</sup>, 贾明艳<sup>2</sup>

(1. 首都医科大学 教育改革与发展研究所, 北京 100054; 2. 北京市卫生局, 北京 100053)

**摘要:** 为了解决为北京市远郊区县培养合格的、用得上、留得住的农村医生问题, 我们于 2001 年 3 月在北京市 10 个远郊区县进行了问卷调查。调查结论是: 1. 北京市远郊区县医生数量并不短缺, 主要是多数医生达不到合格培训要求。2. 为此, 需要建立独立培养农村医生的医学教育机构, 如培训中心, 单独专业系等, 也可在临床医学专业系中设立培养本科农村医生专业班。3. 课程模式要具有农村医学教育的特色。4. 制定相应的留住农村医学人才的政策。

**关键词:** 北京地区; 培养; 农村医生; 调查报告

中图分类号: R-4 文献标识码: B

为了解决为北京市远郊区县培养合格的、用得上、留得住的农村医生问题, 我们于 2001 年 3 月在北京市 10 个远郊区县进行了调查。调查情况如下。

### 1 调查对象、方法和内容

本项调查对象主要是区县医院副主任医师以上人员, 少数人是主治医师和占一定比例的业务管理人员。调查内容分为四个方面(14 项调查指标, 详见附件): 1. 农村医生的需求与去向; 2. 农村医生的学历层次; 3. 农村医学教育的基本模式(学制、课程模式、办学体制); 4. 本科毕业医生留不住的原因。

**调查方法:** 问卷调查法。向 10 个远郊区县医院发出问卷调查表 301 份, 回收 301 份, 回收率为 100%。无效应答条数为 46 条, 占总应答条数的 1.09%, 有效应答率为 98.91%。用 Epi 软件进行了统计学处理。

本工作使用因子分析法对调查问卷的效度信度进行了分析。分析结果证实, 本调查问卷具有很好的结构效度, 两大模块的总贡献率为 65%。使用克隆巴赫系数  $\alpha$ , Theta 系数, Omega 系数, 和两组顺向问题平行信度的指标评价问卷的信度都是比较可靠的(克隆巴赫系数  $\alpha$  为 0.8993)。

### 2 调查结果

14 项调查指标结果归纳如下:

关于农村医生的数量问题, 赞成短缺者占 58.96%, 赞成过剩者占 25%。

关于目前农村医生质量问题, 赞成质量较低者占 89%。

表 1 北京地区农村医生培养问卷调查表“各模块和总表”信度比较

模块	问题数	$\alpha$ 值	$\theta$ 值	$\Omega$ 值	平行信度值
医生需求与去向	7	.7346	.5765	.8360	—
农村学历层次	7	.7342	.7129	.8432	—
农村医学教育基本模式	11	.8132	.7794	.8666	—
本科毕业生去留原因	10	.8032	.7535	.9013	—
总表	35	.8993	.8813	.9565	.823

表 2 使用因子分析法得到的结构效度和问卷调查问题 1~14 前 10 个成分的贡献率

成分 1~10	贡献率%
成分 1	19.9
成分 2	9.9
成分 3	5.2
成分 4	5.1
成分 5	4.7
成分 6	4.6
成分 7	4.4
成分 8	4.3
成分 9	4.2
成分 10	3.3
合计	65.5

在农村三级医疗机构中, 赞成首先应为区县医院培养合格医生者占 80%, 赞成首先为乡镇卫生院和村医疗点培养合格医生者为 10% 以下。

在培养农村医生学历层次上, 赞成区县医院需要的医生主要是本科毕量生的占 87%, 硕士生和大专生分别占 7% 和

收稿日期: 2001-11-12

基金项目: 国家教育部立项, 北京市教委立项课题。

作者简介: 于书彦(1935-), 男, 首都医科大学教育与发展研究所研究员。

4%。赞成乡镇卫生院医生主要是大专生的占 80%，村医疗点主要是大专生的占 77%。

在办学体制上，赞成合在临床医学系中办班的占 72%，赞成单独建农村医学系的占 19%。

在学制方面，赞成培养区县医院医生为 5 年制的占 89%，7 年制与 3 年制的分别为 7% 和 2%。培养乡镇卫生院的医生为 3 年制的占 78%。

在课程模式方面，赞成最好采用综合课程模式的占 76%，赞成采用以问题或疾病为中心的课程模式占 40%，以学科为中心的占 21%，以器官系统为基础的占 9%。

赞成农村医生的继续教育应当制度化、规范化占 89%。

本科毕业生不愿留在农村工作的主要原因是：业务提高慢占 74%；福利待遇低占 67%；工作条件差和留在农村因无后门各占 59%；生活条件差占 48%；无发展前途占 45%；因家在农村占 43%；子女上学难占 40%；愿意留在农村做贡献者占 32%；因业务上怕竞争者占 10%。

### 3 讨论

#### 3.1 关于农村医生的数量与质量问题

本次调查表明，赞成农村医生短缺者占 58%，这个数字是否能说明农村医生是短缺的，这关系到衡量医生数量多与少的标准问题。从国内外的医生数量统计指标上可以看出：近一二十年来，关于医生的数量统计，国际上通用的统计指标是人口与医生的比例，或是每千人口中医生所占的比例。据 1999 年北京市卫生局统计资料，全市每千人口医生为 4.79，其中城市为 5.25，县为 3.02。10 个远郊区县每千人口医生是 4.74~2.30 之间，平均 3.09。从当今世界范围来看，超过每千人口医生为 4 的发达国家极少，一般是 3 左右。可见，北京远郊区县医生与人口的比例数字不低，甚至超过了发达国家，如美国近年每千人口医生为 2.52，自认为是医生过剩的国家。而且也采取了一些控制医生数量发展的措施。由此可见，北京市远郊区县的医生数量并不短缺。主要问题是历史形成的医生群体质量不高，多数医生达不到合格培训的要求。

关于农村医生质量问题。本次调查赞成医生质量较低者占 89%。此点基本上符合农村的现实情况。2000 年底，据密云县医院统计，在医疗技术人员中，本科毕业生只占 19.57%。因此，就北京市远郊区县的医生数量与质量问题而言，当前，主要是解决提高医生的质量问题，尤其是首先解决提高区县级医院医生的素质质量问题。

#### 3.2 首先为哪一级农村医疗机构培养医生

在农村三级医疗机构中，区县医院等卫生机构是区县范围内的医疗卫生保健中心。一般的防病治病问题解决于该中心。因此，首先为区县级医院培养合格的医生是理所当然的。调查表明赞同此项内容者占 80%。

#### 3.3 关于培养农村医生的学历层次问题

当前，农村区县医院需要的医生学历层次主要是本科生，亦即合格培训医生，本项调查赞成者为 87%，还有 7% 的填报者赞成需求硕士毕业生。在顺访中我们也听到较发达地区的区县医院计划招收少量的医学硕士毕业生。这种想法颇具胆识。但是，接收后能否留住三五年或以上，或者能否形成一种

来去循环的用人机制，都有待于管理政策和时间的检验。

#### 3.4 关于办学体制和医生群体的专业分类培养问题

调查表明，赞成培养农村医生合在临床医学系中办班的占 72%。至于单独设班或分散到其他学生班，这关系到培养目标、规格和教学内容，关系到是否有利于提高教学质量，是否能培养出适合农村需要的高质量的农村医生等问题。我们倾向于单设班。

关于医生群体专业分类问题，目前世界上医生基本分为两大类：即专科医生和全科医生。专科医生大都是在城市中的二三级医院服务，全科医生是在社区基层服务。而农村的区县级医院大体上相当于城市中的二级医院，自然接收的也是按专科医生培养要求的医学毕业生。但是，由于城乡差别，工作环境的差别，疾病谱的差别等，因此，在培养农村医生的过程中，也应体现农村的医生特点。在课程体系中应体现课程的特色。国外一些培养农村本科医生的医学院校，一般是单独成立系或办农村医生专业班。如美国的伊利诺斯大学的农村医学教育项目，日本在农村地区开办的自治医科大学，都是从农村地区招生，回农村服务的定向医学生，都有特定的教学计划与经费以及毕业后的教育等，效果较好，很有参考价值。

#### 3.5 学制问题

我国医学专业一般是 5 年制，新中国建立后大体上延续了有 50 余年的历史，少数医学院校曾有过 6 年制的经历。这次调查赞成 5 年制的本科教育占 89%，乡镇卫生院 3 年制的大专教育占 78%。该结果符合我国的高等医学教育的现状。

#### 3.6 关于课程模式问题

课程模式是指一种专业各门课程之间内在组合形成有序的一种课程体系。医学专业自 20 世纪 20 年代以来，形成的以学科为中心的课程体系，至今在世界上仍占据主导地位。直到 50 年代在美国出现以器官系统为基础的多学科综合课程模式，和 60 年代在麦克玛斯特大学医学院开创的以问题或疾病为中心的课程模式，这才打破了以学科为中心的一统天下的局面。从而，在世界上出现了这三种医学教育课程模式的格局。以学科为中心的课程模式称之为传统的课程模式，它的缺点是基础与临床相互脱节，学科之间缺乏紧密联系，课程内容重复，学时过多，学生负担重等等。因而，各式各样的医学教育课程模式改革相继出现。目前，所称的综合课程模式改革，基本上就是上述三种课程模式之间的合理组合，如学科中心与问题中心组合，或器官基础与学科中心组合；课程模块之间或模块自身的整合，以及基础课与临床课的交叉与回归等等。但是，改革中的一个重要问题就是学科的存在、重组与消亡的问题，这是课程改革的关键，也是难点，并带有质的变革。多数院校在这个问题上都持慎重态度，倾向于从微调入手，逐步加大改革力度。

近年我校的教学改革模式是：基础医学课程基本上是以学科为中心；部分临床医学课程打破了学科界限，以疾病或问题为中心（如相关学科联合授课）；加强了基础与临床教学内容衔接与交叉，加强了外语、计算机、科研能力及临床技能培养。实施二年后，减少了一些教学内容重复，提高了教学效果，取得了初步教改成效。在本次调查中赞成采用综合课程模式的占 76%，赞成以问题或疾病为中心的占 （下转第 2 页）

教育和能力培养。鼓励并支持有条件的高校,在符合人才培养规律的前提下,按照《普通高等学校本科专业目录》中的二级专业类设置相关专业或按二级专业类组织招生。在考虑到就业需要的情况下,高校可以在宽口径专业内灵活设置专业方向,并允许毕业生按专业方向就业。

六、重视人文社会学科专业的建设和发展。高等学校要进一步提高对人文社会科学在推动国家发展和社会进步中所处地位及重要作用的认识,优化人文社会科学专业人才培养结构,在稳定人文社科基础学科专业并不断提高其人才培养质量的同时,积极开办应用文科专业和新兴人文社科专业。进一步加强人文教育与科技教育的结合,在其结合点上形成新的学科专业方向。

七、要求高等学校加强传统学科专业的改革和改造。传统学科专业的改革、改造是高校学科专业建设的重点和难点。在发挥传统学科专业师资力量强、办学经验丰富、教学资源充裕等优势的同时,要不断更新其教学内容、改革课程体系。鼓励高校加大用信息科学等现代科学技术提升、改造传统学科专业的力度,实现传统学科专业新的发展。

八、积极推进西部高校学科专业发展,完善西部地区高等教育学科专业结构体系。国家在政策上继续高等学校学科专业结构调整的规划、指导和支持。

九、采取切实有效措施,保证国家艰苦行业、国防军工以及部分基础学科专业发展所需人才的培养。国家继续支持建立一批上述专业人才培养基地。有关部门、地方和高等学校应增强全局意识,对具有雄厚实力和办学特色的上述专业,要保证投入,加强建设,提高质量,不断满足国家建设和社会发展对该类人才的实际需要。

十、加大改革力度,加快改革步伐,建立我国学科专业设置和管理主动适应社会发展需要的运行机制。国家在建立和完善本科专业评估、提供招生就业信息服务和宏观调控制度的基础上,进一步扩大高校学科专业设置自主权。目前,对已通过普通高等学校本科教学工作优秀评价的高校和国家重点建设高校,将给予更多的本科专业设置自主权。各级地方教育行政部门要把本地区高校人才培养纳入地区整体经济社会发展计划的大系统中,做好人才预测和统筹规划。在本科专业的设置和管理上,要严格标准、规范程序、加强监督和检查。各高等学校应在国家和地方政府的指导下,从本校的性质、办学定位、服务面向和实际办学条件出发,深入调研、科学论证、合理规划,切实做好学科专业建设和调整工作。同时,在学科专业发展上,要努力探索,形成自主、自检、自律的良性运行机制。

(上接第44页)

40%。可见在基层工作的医生们对传统的教学模式持有很强烈的变革要求。

### 3.7 本科毕业医生不愿留在农村工作的原因分析

从问卷调查的应答率上看,本科毕业医生不愿留在农村的主要原因是业务提高慢,其次是福利待遇低和工作条件差。如果这三个问题得以解决,其它困难基本上都能解决。这些问题长期以来没有得到解决,除了主要原因是由于农村社会经济实力不够发达之外,在具体“留人政策”与面也起很大作用。政府有关部门和医院如何在人、财、物等工作条件与生活条件制定合理的有效的规定,尤其是用人与留住人才的政策,是至关重要的。如果能制定出农村医学人才良性循环的机制,可使农村医疗卫生事业得到较快的发展。

## 4 结论

### 4.1 关于提高农村医生群体质量问题

目前北京市远郊区县医生数量并不短缺,但是,亟需解决的是提高农村医生群体的质量问题。为此,第一,建立合格医生培训制度,进行达标培训,达不到合格医生要求的不准进入区县医疗机构。第二,由北京地区高等医学院校为北京市农村地区培养用得上、留得住的、素质高的农村本科及其以上高等医学专业人才,以逐步代替由于历史原因形成的培训不合格的医生。第三,加强农村地区现代化医疗卫生通讯网络建设,为交

通不便的偏远地区提供医疗咨询服务。

### 4.2 关于培养农村医生专业的医学教育机构设置问题

建立独立的培养农村本科医生的医学教育机构,是促进农村医生队伍建设的理想措施,如培训中心,专业系等。但是,由于组建新的教学机构,比较复杂,缺乏经验,甚至费用高等原因,也可首先在临床医学系中办一个农村医生本科专业班,定向招生,定向分配,从农村招生,或招收志愿去农村服务的城区高中毕业生。政府给予一定的优惠政策,入学时签定相关内容合同。实行培养农村本科医生教学计划。

### 4.3 课程模式

培养农村本科医生班,可采用以学科为中心和以疾病或问题为中心的综合课程模式,增加农村医学教育内容。临床教学基地以医学院校的附属医院为基础与农村区县医院相结合的方式,建立有农村特色的农村高等医学教育课程体系。

### 4.4 关于制定在农村工作的医生政策问题

政策内容基本上围绕三个问题制定:(1)关于农村县医院医生业务提高与进修的规定;(2)生活福利待遇规定;(3)切实可行的“留人政策”等。

## 参考文献

[1] 北京市卫生局《北京卫生年鉴》编辑委员会主编.北京科学技术出版社,2000.