

中美临床医学教育的比较研究及启示

赵晓迪, 卢媛媛

第四军医大学西京消化病医院, 陕西 西安 710032

摘要: 提升医学教育水平, 培养高质量医学人才, 是我国在改革不断深化新时期下的重要课题。研究比较中美医学院校建制、医学教育体系构成、医学生培养环节以及医学人文品质等方面的差异, 提出对我国医学教育的改进措施, 对于我国医学人才的培养和医疗的整体水平提升有积极意义。

关键词: 医学教育; 医学院校; 中美比较; 诊断; 治疗

中图分类号: G 53/57 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2017)05-0704-03

随着我国改革的不断深化和经济的持续发展, 大众对医疗服务的要求和期望不断提高, 社会对医学教育的探讨也倍受重视和关注。借鉴西方发达国家和地区的医学教育经验, 培养具备高质量、高素质的医学生, 有利于我国医疗质量的整体提升和创新型国家的建设。美国高等医学教育是西方医学教育的代表, 近两年, 笔者通过走访留学生、查阅文献, 并先后赴美国哈佛医学院、范德堡大学医学中心等医学院校进行交流访学, 对美国的医学教育体系有了深入认识。本文通过比较研究中美两国高等医学教育在建制、教育体系构成、医学生培养环节以及医学人文品质等方面的差异, 以期对我国的医学教育有所借鉴和启示。

1 中美医学教育的比较与分析

1.1 中美医学院校的体制存在差别 中美医学院校在建设、筹资和管理等方面存在较大差异。据不完全统计, 美国现有医学院 127 所, 其中州立 76 所, 私立 51 所, 而我国医学院校均由政府建设。美国医学院校经费来源主要包括有偿服务、研究经费、政府拨款和校友捐赠等, 筹资能力较强, 而政府拨款则是我国医学院校较为主要且单一的经费来源。美国医学院校的质量评估主要由非政府的第三方组织高等医学教育联络委员会进行, 联邦和州政府通过教育拨款和科研资助等形式对各医学院校略加影响, 我国医学院校由政府统一领导, 全国实行基本一致的学制和课程^[1]。从上述方面可以看出, 中美医学院校在办学性质和宗旨上存在本质差异。美国医学院校实行“精英教育”, 旨在提高医学高等教育水平和质量, 院校具有很大的自主权, 可以自主调整办学方向, 充分

发挥各自的优势, 因此具有鲜明的特色和较强的灵活性。我国医学院校推行“大众化”教育, 旨在在较短周期内培养能满足于广大人民群众需求的医药卫生工作者, 但受制于院校隶属关系的差别, 或由于区域间的政策差异造成的资源分配不均衡, 较容易导致不同医学院校间办学质量和学术水平出现差异。值得指出的是, 这一差异从根本上是由中美两国社会发展阶段和经济发展水平所决定的, 都在特定的历史时期内适应了本国国情。

1.2 中美医学教育体系存在差别 美国高等医学教育体系较为完整性, 通常由“院校医学教育”、“毕业后医学教育”和“继续医学教育”三部分组成。其医学教育起点较高, 报考考生须完成 4 年大学本科学历且修过医学预科教育课程, 通过医学院入学考试后才能就读。美国医学院校教学大纲为 4 年制, 成绩合格者授予医学博士 (medical doctor, M. D.) 学位。M. D. 的学习课程与医师执照考试挂勾, 学生在前 2 年学习医学基础课, 结束后要参加执照考试的第一部分, 后 2 年进入教学医院, 临床课程、见习和实习结合在一起, 结束后参加执照考试的第二部分, 合格后才具有申请住院医师的资格。M. D. 毕业后须经过年限不等的培训 (包括住院医师培训和专科医师培训等), 完成执照考试的第三部分后方可获得行医执照。美国对继续教育的重视程度较高, 法律规定医生须接受知识更新教育和考核, 合格后才能获准更新执照^[2]。相比之下, 历史原因造成我国高等医学教育体系建设相对滞后, “院校医学教育”的学制和培养模式较为复杂, 主要有五年制临床本科、八年制本硕博一贯制、三年制临床型或科研型硕士、三年科研型博士等。“毕业后医学教育”和“继续医学教育”较为薄弱松散, 我国的医学本科生毕业后工作 1 年以上即可参加执业医师资格考试, 医学硕士、博士在读期间只要有

单位挂靠,也可以申请考试,通过后即可在医疗机构从事医疗工作。

医学教育体系所导致医学生专业素质的差别较为明显。美国医学院校的培养模式要求所有具备行医执照的医生都有在大型教学医院的从业经历,保证了医生都具备较为扎实的临床功底和较为一致的专业水准。对基础科研感兴趣的医学生在校期间还可申请攻读生物医学哲学博士学位(philosophiae doctor, Ph. D.), 毕业获得 M. D. 和 Ph. D. 的双学位。双学位博士除了临床知识学习和实习以外,还需要在实验室接受长时间的基础科研训练,发表一定质量的科研论文后才能获得学位^[3]。相比而言,我国医学院校培养的本科毕业生现阶段通常难以满足社会实际需求,且不同院校培养的毕业生水平差别较大。在研究生层面,由于我国医学硕士研究生分为学术型和专业型,学术型研究生阶段进行科研的同时,往往不能兼顾临床技能的训练,毕业后存在到了临床“不会看病”的问题,而专业型研究生虽然临床技能娴熟,但由于缺乏基本的科研培训,创新能力难以提升。

1.3 中美医学教育实施的各环节存在差异 首先,中美医学院校的生源存在差异。如前文所述,美国医学院校学生的入学条件严苛,只有成绩拔尖、素质全面的本科毕业生才能通过,相当于研究生教育。从医学生的角度来讲,他们在学医前就接受了高等教育知识体系的训练,并选修了医学相关课程,保证了在进入医学院后对生命科学的认识和理解更加深刻。可以说,在美国上医学院绝非一时冲动的想法,而是经过深思熟虑的决定,学生的稳定性和成熟度也更好。相比而言,我国的医学院校直接招收高中毕业生,由于每年招生数量较多,竞争不太激烈。尤其在近年,医学院校报考人数还有逐年下滑的趋势。对于我国的医学生来说,多数人在填报高考志愿时对于未来职业的认识度和责任感并无感性认识,以致在今后求学时遇到困难和挫折容易失去耐心和热情。

其次,中美医学院校的教学资源和手段存在差别。在课程设置上,美国医学教育将基础课程进行学科间交叉整合并集中安排授课,不仅能减轻学生负担,更能促使学生从多个角度客观、整体地学习和思考,知识体系搭建得更为牢固。美国医学教育还注重基础与临床学科间的联系,在基础学科教学中密切联系临床,在临床见习、实习中继续强化基础学科知识。临床实习时,科目设置除“内、外、妇、儿”等常规科目外,还设置了急诊医学、老年医学和家庭社会医学等科目,体现了现代医学模式的转变^[4]。在我国医学教育体系中,基本框架仍然遵循着基础、临床、实习的

“三部曲”,三个阶段过分明确和独立,加之学科界限明显,把完整的人体和生命现象人为地割裂,医学生在学习过程感觉较为枯燥,也难以对医学体系形成综合、整体的认识。

再者,中美医学院校的教学目标设定存在差异。美国医学高等教育一方面强调培养在高校或医院中兼具基础性与临床性的专门医学人才,另一方面强调培养科研机构的研究者和传播知识的医教人员,目标设定较为清晰,能够充分满足社会的需求^[5]。我国医学生培养的目标较为模糊,按教学目标要求,本科毕业的医学生应该具备较为基本的临床技能,但实际情况却无法满医院需求,促使毕业生纷纷考研。而我国医学研究生的学业培养本科化,课程设置专业化,过于强调专业性的学习训练,导致研究生知识结构单一,综合能力不足。部分医院的专业培养并未能融入临床实践,甚至有些学生仅会做课题写文章而与临床脱节较严重,导致临床能力较差。

此外,中美医学院校的教学手段和方法存在差异。美国医学院较早开展标准化病人和计算机模拟系统等现代化的教学手段。在我国医学院校,受制于发展水平和经费投入等客观条件限制,教学手段相对落后。美国医学院校中已普及“以问题为中心的学习方法(PBL)”和“以社区为基础的学习方法(CBL)”等教育方法。这些教学方法能发挥学生的主观能动性,增强学生解决问题的能力,对学生的批判性和创造性思维的训练也有所裨益^[6]。我国的医学院校现阶段仍然维持传统学科型的教学模式,注重课堂理论知识灌输和基础知识的掌握,使得我国培养的医学生多是会考试的学生,忽略了培养学生的创新思维和创新能力。

最后,中美医学院校在学业考核方面存在差异。美国每个医学院都自主建立了考核体系,除了对读写综合能力、与病人交流能力和标准化病人的评估,还需要评估学生对医学道德、医疗法规以及循证医学等相关内容的掌握情况。此外,还要评估学生对待病人的耐心程度和紧急状态下对病人处置等能力^[7]。我国医学院校对医学生的考评通常是考多评少,以学生对基本知识、基本理论和基本技能的掌握程度考核为主,考核方法也较单一。此外,对医疗法规、医德人文等方面则较少考评,使得医学生在走上工作岗位后不得不对这部分内容重新补课。

1.4 中美社会医学人文品质的差异 中美两国教育体系的差异,以及两国文化经济等国情方面的不同,直接反映在两国医学生在能力、个性、气质等方面。美国医学生交流能力强,无论是同患者交流和与同事

交往,都能够从容应对、侃侃而谈。讨论问题时,美国医学生常能提出不同见解,能够有理有据的进行辩论。在课题研究进展汇报时,即便是进展不多或者不顺利,往往也能娓娓道来。我国的医学生大多生涩腼腆,交流和沟通能力有所欠缺,和病人接触时难以在短时间内建立专业性和信任感。在学术场合,我国医学生提问和发言也不够积极,反映出学生在校时这方面能力较少接受训练。美国医学生的科研兴趣和创新意识强烈。在美国院校的实验室,假期经常可以见到高中生来见习实验技术并参与学术活动。由于学生较早接触科研活动,创新的理念也较为超前,使得他们与我国的同龄学生相比思维更活跃,求知欲和创新欲也更强。我国医学生通常接触科研较晚,往往在研究生阶段才接受系统的科研训练。不少医学生把临床和科研对立起来,对科研活动疲于应付,实用主义明显,创新的动力和后劲都明显不足。美国医学生职业远景明晰,加之激烈的竞争环境以及入职后享有的丰厚薪酬和崇高的社会地位都使得医学生精益求精、发奋学习,而我国的医学生临近毕业时往往境况较为窘迫,为寻找工作或升学等大费周折,养家糊口颇有压力,难以把所有精力投入到学习业务中去。

2 美国医学教育的启示

他山之石,可以攻玉。通过对中美医学教育的比较,不难发现中美历史、经济和文化等方面的差异决定了两国医学高等教育发展的差距与差异。美国的医学教育体系和模式中不乏值得我们学习与借鉴的方面。

2.1 改革医学院校体制,完善医学教育结构 在当前市场经济和改革深化的机遇下,我国的医学教育改革模式应当体现出向“政府宏观管理,优化资源配置,鼓励自主办学”的新体制模式转变,从宏观上推动医学院校质量提升,突显自身的特色与优势。在医学教育体系结构不均衡、不完善,一使得医学院校在有限的时间内负担了过重的教育任务,因此必须进一步优化高等医学教育体制,在加强和规范医学院校教育;二是在缺乏完善的毕业后教育和继续教育的情况下,使得医务人员过早地专业化、专科化,因此必须着力加强和完善毕业后教育和继续教育的制度建设。

2.2 明确医学教育目标,优化医学生培养模式 医学教育是终身教育,我国现行的医学教育实际上是短时期内的高度专业化教育,虽在较短时期内缓解了医

疗资源短缺的状况,但却影响了对基础教育的投入和对医学生兴趣潜能的培养。因此,我们亟需探索和设定适应我国国情的医学教育目标,适当简化医学生的培养模式,并提高医学生相关待遇。我们可以参照美国的医学生培养模式,明确不同年制、不同学制医学生未来的职业发展方向,让医学生能根据自身兴趣进行职业规划,选择不同的职业道路。

2.3 改革教学方法,培养医学生综合能力 在医学教学中,我们应当秉承提升医学生创新能力、适应能力和实践能力的教育理念。应当加强医学生临床思维、创新思维和批判性思维的训练,培养理论知识与临床实践相结合的能力。应当鼓励医学生尽早接触临床,为专业知识的学习提供感性环境。应当及时升级教学硬件,引进标准化病人和计算机模拟系统等方式进行教学、训练和考核。应当坚持“学生为主体、教师为主导”的教育思想,推广新型教学方法,培养医学生的自主学习能力。应当加强职业道德教育及医学人文社会科学课程建设,培养医学生的社会医学能力,促进医学生的全面发展。

3 结 语

与西方发达国家相比,我国医学教育仍有较大的提升空间。可喜的是,近年来全国医学院校都在积极探索医疗人才培养模式改革,并取得了一定的成效。相信在汲取、总结其他国家的先进经验后,我们能够探索出一套具有中国特色、适合中国国情的医学教育体系,为我国医疗卫生事业培养更多的优秀人才。

参考文献

- [1] 凌保东. 中美高等医学教育比较及思考[J]. 中国高等医学教育, 2007(7): 33-35.
- [2] 吴春丽, Richard S. Bae MD. 美国医学教育体系运行简述[J]. 西北医学教育, 2013, 21(4): 676-680.
- [3] 朱洪英. 美国医学教育的特点与分析[J]. 医学信息(上旬刊), 2011, 24(4): 2207-2208.
- [4] 丑赛, 赵峻, 杨萍. 浅谈美国医学教育的临床教学反馈[J]. 基础医学与临床, 2015, 35(10): 1440-1442.
- [5] 周蓝波, 周国平. 美国医学教育的现状与思考[J]. 中华医学教育杂志, 2015, 35(3): 470-473.
- [6] 刘隽, 赵周彦, 舒静. 新一轮技术变革中的美国医学教育[J]. 复旦教育论坛, 2014, 12(6): 107-114.
- [7] 李京红. 美国医学教育中的医患和医际关系[J]. 中国医学人文, 2016, 2(11): 41-42.

收稿日期: 2017-02-22 修回日期: 2017-03-15 编辑: 王国品