

毕业后医学教育



工作通讯

2020年 第7期 总第69期

中国医师培训学院

2020年8月30日

目 录

•热点聚焦•

- 齐学进：在第四期心血管病学专科师资培训班上的讲话…………… 2
- 齐学进：在全国儿科毕业后医学教育师资培训班上的讲话…………… 5

•经验交流•

- 在循证医学范式下评价住院医师的自主学习能力…………… 6
- 探讨形成性评价与住院医师自主学习能力的培养…………… 11

•工作动态•

- 2020年全国儿科毕业后医学教育师资培训班成功举办…………… 17
- 2020住院医师规范化培训年度业务水平测试工作会议在北京召开…………… 19
- 第三期儿科麻醉学专科师资线上培训班顺利召开…………… 20

齐学进：在第四期心血管病学专科师资培训班上的讲话（摘要）

尊敬的余秋蓉处长、霍勇主委，各位领导、各位专家、各位老师们：

大家好！很高兴参加第四期心血管病学专科师资培训班。伴随疫情防控阶段性成果持续巩固，中国医师培训学院步入一手抓防控，一手抓培训质量建设新阶段。心血管病学专科经过精心筹备，组织了线上专科师资培训班，是各专业/专科委员会分层分级开展线上培训的优秀代表。我谨代表中国医师培训学院，向培训班表示热烈的祝贺！

大家知道，专科医师规范化培训是在住院医师规范化培训的基础上，进一步培养年轻一代高层次临床医学人才的重要途径。2017年以来，我们先后分两批启动10个专科的试点工作。心血管病学专科作为第一批试点专科，于2017年正式启动。三年来，心血管病学专科委员会在霍勇主委的带领下，做了大量科学细致、高效务实的工作。这其中，包括覆盖全部专科基地的每周远程教学查房和专科基地远程教学督导成为专培质量建设提升方面的科学尝试和创新探索。赢得了各基地和广大带教老师、专培医师的一致好评。在此，我谨对为心血管病学专科试点工作付出辛勤劳动、做出突出贡献的霍勇主任委员、毛节明教授与各位委员，各位专家，一并表示衷心的感谢！

自3年前开展专培试点以来，在国家卫生健康委员会科教司的指导下，在试点专科专委会和广大专家的鼎力支持之下，各项工作有序平稳推进。一是组织管理体系逐步健全。省级卫生健康部门的监督管理职能得到较好发挥，试点专科基地遴选和招收流程得到较好理顺。二是教育培训体系实现有效探索。专培试点在招收、培训、管理和考核四大环节上全要素展开，形成培训制度、培训标准，培训内容、师资建设和信息平台五大板块同推共进，榫卯紧密结合的格局。相关工作主要是：《专科医师规范化培训专科学目录（2019年版）》已在业内发布；招收方面完成了4批次共计4698人的招收；《专科医师规范化培训基地标准（2019年版）》、《专科医师规范化培训内容与标准（2019年版）》总则及10个试点专科基地细则与培训细则成功制订下发；《专科医师规范化培训试点项目管理工作要求（试行）》制订与发布，为培训基地提供管理依据与指导；专培师资培训和管理干部培训及评估督导工作有序展开；专培360度评估及专培管理平台建设顺利推进。三是政策保障体系基本建立。培训对象与专培基地签署培训协议的要

求全面落实；专科医师资质认证工作及相关课题的研究已全面展开。以上工作，对于扎实推进专培工作试点，总结经验，形成可复制可推广可持续的模式，奠定了重要扎实的工作基础。

好的制度，“根”在体系，“魂”在机制，“成败”在人。

推进专培试点向纵深发展，实现设计的初衷，始终要牢牢依靠我们教学意愿强烈，教学能力高超的专培师资。只要我们的专培指导教师时时处处将带教意识放在心尖，将标准规范挂在嘴边，将示范操作融于日常工作中，我坚信，我们的专培试点工作一定能达到预期效果。对此，我们态度明确的强化“三早”与“三不”。具体说，就是早抓、早建、早强化；不躲、不懒、不懈怠。以主动赢得时间，靠严格赢得效果。参加今天培训班的各位，都是心血管病学专科基地的基地主任和带教骨干，通过本次培训，应能达到骨干带教师资应具备的岗位胜任力，实现规范带教和规范管理的要求。这里，我想提五点想法，供大家考虑：

一是要压实专培带教责任。在专科医师学习成长过程中，指导教师既是其职业生涯的第一导师，又是他未来职业发展的第一基石。指导教师的水平和责任心，决定了专培医师职业生涯的起点和质量。他从指导老师身上学得的临床思维方式和操作技法，将伴其终生，并将传授给他的学生。各位带教骨干都是具有副主任医师职称的高级医师，是本岗位上称职的优秀专科医生。成为专培指导教师后，摆在我们面前的是如何成为一名优秀专科医生+合格带教老师。这不是简单名词上的叠加，不是流行的跨界，而是医生这个“德不如佛不可为、才不如仙不可为”的特殊职业，和广大人民群众对健康与生命守护神这份神圣职业的特殊企盼，汇聚成对我们这些医师之师的特殊要求、特殊责任。它迫使我们把“外责任”转化为“内驱动”，主动研究如何从临床工作状态向有章法、合规律、达标准、可推广的临床带教状态转化、提高、升级，由外到内、由名到实地实现由临床好医生向带教好老师的转变。

二是要反复打磨专培带教技能。专培指导老师在带教过程中，要想方设法的将自己的“职业基因”实现正确表达，避免可能发生的不良突变。专科指导教师普遍有较强的医教研综合能力，完全可以研究借鉴国外成功经验，以临床实践为核心，按照临床教学规律，结合心血管病学专科特点，围绕带教中临床思维能力不足这个焦点，进行研究攻关，不断总结不断改进不断提高带教水平。以实现住培3年和专培3年即6年后，能达到独立完成心血管病学专科常见病多发病诊疗和操作。通过研究与实践良性交互，逐步建立起具有心血管病学专培特色的临床带教模式。

三是要严把专培教学效果。出口关，是培训质量的最后一关。如何设计好符合心血管病学专科特点的考核方式，制定好考核标准体系，是目前正在研讨的又一课题。我们在制定考核标准上，要提出明确而不是含糊不清的要求。要坚持取法于上得之于中的理念，不能随意降低标准。考核合格既代表专培全过程的结束，但它同步成为进入心血管病学专科领域的准入条件。环环相扣的培养与使用过程，使考核这一关成为承上启下的关键节点。心血管病学专科委员会已经开始重点研究考核方案设计，也希望各位基地主任和带教骨干多提出意见和建议，为建立专培人才质量评价体系，成功的贡献出心血管病学专科的智慧，心血管病学专科方案。

四是要完善专培体系建设。10月份，在首批试点专科的培训基地范围内，将启动“老人老办法”的专科医师认证工作，对已从事专科临床工作规定年限，但未接受过专培的专科医师进行直接认证或考核认证，探索专培与专科准入相衔接，促进广大专科医师对于专培试点工作的认同。同时，中国医师培训学院培训部专培处计划今年制订《专科医师规范化培训项目师资管理工作要求（试行）》，进一步完善师资遴选、培训、考核和持证上岗的工作要求。对不合格师资进行淘汰。把带教与激励深度挂钩。

五是要充分发挥好线上培训作用。线上培训，将是当前和今后一个时期的主要模式。中国医师培训学院在成立不到半月，即面临抗击新冠疫情的特殊情况。因此，成立后抓的第一件事，就是春节期间组织有关人员紧急加班，在第一时间推出了“全国毕教网络课堂”平台，随即上线了“新冠肺炎防治培训课程”，并多次举办了网络课堂。其中，在5月8日举办了“疫情防控大讲堂”，请董家鸿院长和李兰娟院士等亲自授课，参加培训人数达到38万名人，受到了广大住院医师和带教老师的一致好评。张雁灵名誉会长一再强调：“网上教育培训非常重要，它是未来所有行业都要争取的方向，谁做的好谁就能领先。”做好网上培训，不仅是疫情防控期间的权宜之计，而是带方向性、战略性的判断抉择。下一步，学院工作重点将放在高起点地谋划、设计、组织和推进网上培训上。做好这项工作，要依靠和发挥好学院和专委会两个积极性，分工合作，协力推进。各专委会是各专业的网上内容建设、培训管理、业务推进的第一责任人。毕教委和学院研究决定，要把此项工作开展好坏，作为对各个专委会考评的重点内容，跟踪评价，量化考核，排名公示，并要把网络培训与学院各分院筹建有机融合，动态管理，整体推进。这一工作，心血管病学专科委员会有较好的工作基础，希望能在内容建设、网课管理、质量监管等方面，继续走在前面，为全行业的线上培训探路子，出经验，做样板，做出新形势下的新贡献！

各位专家，各位同道：我们肩负着规培的重担，我们今天工作的成效将影响中国心血管病学专科未来几十年的发展与走向。挑战巨大，任务艰巨，使命光荣。我们坚信，在霍勇主委为首的心血管病学专科委员会的集体领导下，在各基地的共同努力下，一定能够齐心协力，开拓进取，高标准高水准地推进专培试点的各项工作，并为做好内科各专科的专培试点，开拓道路，积累经验，真正起到一个国家级试点专科应该起到的引领和表率作用。

预祝会议成功。

谢谢大家！

（心血管病学专科委员会供稿，中国医师培训学院培训部专培处整理）

齐学进：在全国儿科毕业后医学教育 师资培训班上的讲话(摘要)

在当前疫情防控形势基本平稳的情况下，第一时间开办本次也是今年第一次儿科师资培训班，意义重大，满足了儿科住培一线师资们的紧迫需求。

浙江省住培工作基础好，实力强，敢于开拓，一直走在全国前列。温医二院工作成绩更为突出，除考核成绩在省内名列前茅外，儿科蔡晓红教授和美国林锦教授推出的“分层渐进、螺旋上升、顶岗负责、强化督导”这16字经验，突出了住培作为临床教学所独有的实践品格，按照临床实际能力螺旋上升的客观规律，聚焦住院医师岗位胜任力这一核心要求，在轮转模式带教方式管理路径上实现了系统创新，并以结业考核、年度业务水平测评及岗位胜任力提升的骄人成绩，赢得了业内同道的认可和信服。

随着这16字经验的推广，这个模式，这个经验，已不仅仅属于儿科，属于温医，而是属于全国，和协和6大核心胜任力、北大一院的形成性评价经验一起，成为我们整个住培战线的共同财富，影响和带动住培质量的整体提升。欲筑室者，先治其基。齐院长勉励各位学员，珍惜这次来之不易的学习机会，认真学习，认真思考，深入交流。通过大家共同的努力，把温医二院、把浙江、把全国各个儿科专业基地的住培工作整体向前推进一步，推动我国住培制度的更好建设和质量的更快提升。

齐学进院长指出，住培作为一项医师培训的国家制度，欧美等发达国家都是历经百年探索才趋成熟。我们总体还处于起步阶段。绝不能希冀朝建夕成。在制度建设、实际

工作中存在的不少亟待解决的问题、短板和矛盾，既是新制度建成的阻力和障碍，也是新制度成长的路标与台阶。经过全行业的共同努力，攻坚克难，爬坡过坎，住培制度必将随着这些问题的正视与解决，坚定而稳健地走向成熟。

（中国医师培训学院培训部专培处供稿）

•经验交流•

在循证医学范式下评价住院医师的 自主学习能力

1. 背景与概念

在传统的医学教育观念中，医学院校通过课堂的灌输式教学使学生记忆课本的基础知识，然后在临床工作中学以致用被认为是培养合格医师的有效方式。事实上，如果医师只是运用知识存量来诊治疾病，那么很可能被患者的普通疑问所“击败”。如：某位医师也许能够熟练地复述或运用“深静脉血栓抗凝治疗”方案，但如果实际问题是“脑出血卧床的深静脉血栓患者如何进行抗凝？”这类前景问题（Foreground questions）时，也许课本知识存量就会显得相形见绌。不仅如此，实际每位医师对许多少见疾病的背景知识也常充满疑问（Background questions）。

现实观察中发现，多数临床医师的知识与能力随着工作年限有不同程度的增长，主要原因是人都具有一定的自主学习（Self-Directed Learning, SDL）能力。这种自发的，基于工作实践遇到的问题，有目的地学习或反思（Reflection）以提升经验的能力，是成人学习（Andragogy）的特点。因此，最早对于 SDL 的定义也来自于“成人学习理论（Adult learning theory）”的提出者——美国教育心理学家马尔科姆·努尔斯（Malcolm Knowles）。努尔斯在他的《Self-directed learning》（自主学习）一书中指出：“自主学习是一个由学习者主动发起，在有或没有他人的帮助下，通过判断自己的学习需求并制定目标，寻找学习所需的人或物质资源，采用适当的学习策略并评估自己学习效果的过程，也就是说，进行 SDL 的学习者应全面负责并掌控自己的学习”。与此同时，努尔斯的“成人学习理论”还提到了成人学习的另一些行为特征，即遇到问题时，人们总倾向于先运用以往的经验判断学习的价值，吝惜分配学习动机与行动，只在“十分必要”的情形下开

展学习。这种现象与成人生理机能逐渐下降有关,也存在一些其神经系统可塑(Plasticity)的相关机制。因此,对于医师团体,在医学教育期间通过专门的培训使自主学习能力达到相对稳定的水准,能够应对并解决临床实践中层出不穷的问题,提升专业能力,具有十分重要的意义。

如前所述,传统的医学教育体系常以教师教学为核心,忽视对学生自主学习技能与重要性认识的培养;所谓“帮助学生”更多落实在“教”的方面,例如只强调讲座中重点教学目标的学习,很少关注如何帮助学生提高学习的效率与效果方面。在真正的SDL过程中,教师应成为学生学习的促进者(Facilitator),主要教授学习方法(Skill of learning)而不是知识(Content)本身,关注医学专业能力可持续发展的关键——培养学生终身学习(Life long learning)的习惯。

终身学习与自主学习概念之间有什么关系?单从字面意义上理解,前者强调学习的时间跨度,通过不断学习以满足职业生涯需求;而后者更强调学习的动机与实现方式。也有文献具体指出,前者的概念并不包含与“自我学习动机及通过反思来调节”相关的自主学习核心技能。当我们谈论医学教育的“终身学习”时,常将两者结合,指的是“终身自主学习”的概念。这种能力所包含的“展现自主学习的行动、信息获取的技能及意识到自我学习需要”等方面要求,对医师的职业生涯至关重要。

所以,美国、加拿大等国家的医学资格认证团体都对医师继续教育中的终身自主学习能力提出了要求。毕业后医学教育中,美国毕业后医学教育认证委员会(Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME)在设计住院医师培训的核心胜任力时明确指出:“住院医师必须展现出探究患者照护过程的能力,(学会)评估和整合科学研究证据,并在不断地自我反思和终身学习的基础上改进照护患者的水平”,即以实践为基础的学习和提高(Practice based learning and improvement)能力。作为临床教师,不仅要在培训期间教会住院医师临床实践与患者照护的方法,更要培养他们应对未来职业生涯中的诸多不确定性并进行决策与提高的技能——终身自主学习能力。

从另一个角度——信息增长的角度,也可以分析当代医师面对浩如烟海的生物医学研究成果,需要具备自主学习能力的迫切性。20世纪50年代美国哈佛大学医学院院长查尔斯·博威尔(Charles S.Burwell)曾对学生打趣道:“现在老师教给你们的医学知识中有一半在5年后就会被证明是错的或者过时了,但麻烦的是,老师也不知道哪一半知识出了问题。所以最重要的是你们要学会自己学习”。博威尔的话暗示了两点:一是医学知识是不断更新的;二是医师需要终身学习才能保持知识的更新。

医学知识体系随着社会经济与科技变革更新得越来越快。研究显示：20世纪50年代医学知识体量翻一番的时间大约为50年，这个数字到了2010年缩短为3.5年，而到2020年预计只有73天。乌利希斯期刊指南（Ulrich's Periodicals Directory）网络版收录的生物医学期刊超过22000种，每年发表200万篇以上的专业论文，且以每年6%~7%的速度递增，其中医学科学知识呈指数级增长是最重要的原因。2007年Shojania等通过对100项研究的系统综述后提出：“从各类临床研究中获得的信息须经过大约5.5年才能在改变临床实践中产生相应的作用”。因此，在大多数医师平均行医30年的生涯中，要想吸收和整合以如此惊人速度增加的信息，是一个真正的挑战。与此同时，一项来自哈佛大学公共卫生学院系统综述证据显示：医师的执业年数与其提供的医疗服务质量之间存在反向关系。该项目系统地回顾了62项有关“医学知识-医疗保健质量同医师执业年数以及医师年龄之间关系”的研究，76%的研究结果提示行医能力中全部或部分指标随着行医年限的增加而下降。英国一项统计显示“过去1周没有阅读相关医学文献的医师人数比例：主治医师约30%，住院医师为15%，实习医师达75%”。加拿大循证医学鼻祖大卫·萨盖特（David L. Sackett）教授在他所著的《循证医学—如何实践与教学》一书中所罗列的影响医师学习的障碍分别是：缺乏更新知识所必要的时间，传统的信息来源不充足也不实用，自身缺乏检索与批判性评价信息的能力，从知识更新到临床运用之间有差距，很难克服传统职业形象中“无所不知”的情绪。同时作者也给出了解决方案：将循证医学的信息获取、评价与应用的基本技巧引入医学教育，培养终身自我学习的习惯以提高临床实践水平。

因此，在毕业后医学教育中，要培养住院医师终身自主学习能力，就要将循证医学的观念、技巧与思路融合在日常的临床诊疗工作中并加以引导，通过培训课程内容加以促进，运用结果反馈来强化住院医师通过循证医学方法解决临床问题的信心，让他们习惯在临床实践中自我提高与改进。为了对能力评价部分的讨论更有目标性，有必要先对循证医学的概念、技巧与教学方法进行简要的概述。

循证医学（Evidence-Based Medicine, EBM）的概念首次公开发表于1991年美国内科医师学会（The American College of Physician, ACP）的“读书报告（Journal club）专栏”中。初衷是加拿大麦克马斯特大学的大卫·萨盖特等学者提出运用“批判性文献阅读”的技巧指导临床实践、开展教学。EBM的命名者—戈登·盖亚特（Gordon H. Guyatt）教授曾将其命名为“科学医学（Scientific medicine）”，原因是基于收集临床研究证据并进行批判性分析属于典型的科学方法。他在一份报告中写道：“在日常实践中，住院

医师将通过合理质疑获得对诊断、治疗和预后决策的权利。循证医学需要关注决策依据，包括证据的可靠性及根据证据能做出何等强度的推论。具体实践时，循证医学则要求（他们）清晰地定义感兴趣的（医学）问题，全面检索相关文献，根据临床实际情况批判性地评价证据的可靠性，并权衡利弊将结论用于临床实践中”。因此，EBM是关于提出合理的临床问题，系统地搜寻、评价和整合最佳研究证据，并将其与医师的临床能力以及患者的价值取向相结合以开展决策的临床实践过程，也被称为循证临床实践（Evidence-Based Clinical Practice, EBCP）。循证临床实践步骤通常可以概括为“5A”法则。

在实践中，临床医师根据遇到的“病情场景特点、时间宽松程度及各自所具备循证实践专业水平与个人偏好”的不同，可能采用3种不同的循证医学实践模式（Modes）。

虽然，一项针对英国全科医师的调查显示多数（72%）医师均认为自己是“Users（使用者）”模式见长，仅有5%的医师认为只有全面掌握五步的实践技巧（5A法则）才是从经验医学（Opinion-based medicine）转向循证医学最恰当的方式。这种分类的模式将帮助临床教师明确住院医师接受循证临床实践能力培训时的定位与目标，也有利于构建系统的能力评价方法。另一项研究也很好地将自主学习与循证医学的内涵进行整合，体现出两者之间的相互关系，认为循证临床实践是一种可量化的自主学习技能，是终身学习能力的一部分。

2 构建住院医师的自主学习能力评价体系

前文对循证临床实践方法扼要的回顾让我们了解到：在各类临床实践的场景中遇到疑问时，医师首先必须提出格式化的临床问题便于回答，然后应用信息检索获取最佳的临床研究证据；再通过评判这些研究证据的有效性与实用性，将这些证据应用到个体患者的诊疗决策或咨询中；最后医师应当评价与反思自己的表现，并且将此过程中所得到知识与经验应用于今后类似的临床场景中。这便是在临床实际问题的驱动下，医师利用循证医学的知识、技能完成自主学习的基本范式（Paradigm），并在不断训练过程中培养终身自主学习的意愿与行为习惯。因此，构建针对自主学习能力的评价体系，可将这些步骤与内容作为维度以搭建评估方案的架构，然后运用相应的评价工具开展评价。

自主学习能力作为一种临床核心胜任力，应遵循胜任力医学教育评价的基本准则，即需要采用有计划、有步骤的、全面的、复合性的评估方案。在构建评价体系时，从自主学习内涵或循证临床实践的知识、技能、态度与行为评价等4个维度进行组合，同时可参考以下具体建议：（1）总体上，选择评价工具时，需要考虑能力评价的目标，住

院医师所处的层级、具备的学习能力与需求，对不同循证临床实践模式的兴趣，以及是否易于在培训基地开展等因素。（2）评估知识与技能维度时，重点围绕对循证临床实践的 5A 法则步骤的掌握情况，可通过评价其中每步的掌握情况开展。如直接采用已被研究验证的综合评价工具（Fresno 测验或 Berling 问卷等）；针对具体的循证医学或统计、流行病学相关知识点，可采用选择题考试的形式；或在互动培训课堂中运用一些循证医学教学案例讨论，要求住院医师进行书面或口头简答，现场完成一些统计结果分析等来展现技巧。基于案例的教学中还可使用其他几种评估模式，包括指导教师在现场的直接观察、使用培训前后测试对比、角色扮演，甚至运用客观结构化临床考试（Objective Structured Clinical Examination, OSCE）的模式进行深入评估。其他更高效的做法是将评价融合到日常的临床工作中。（3）评估自主学习的态度与意愿。可通过临床教师组织与住院医师开展结构式的访谈，或运用问卷调查来进行评估。例如，前期教学研究指出，住院医师项目在培养“终身自主学习态度”方面成功与否，可通过每年一次的《杰弗逊医生终身学习量表住院医师修订版》（The modified resident Jefferson Scale for physician lifelong learning）进行有效的评估。（4）评估日常自主学习的效果，这也是最具有挑战的维度，因为需要证明住院医师已经将自主学习能力和循证临床实践方法稳定地运用于临床实践中，并能对患者照护的质量产生正面的影响。事实上，在临床中遇到的病例都能为住院医师运用 5A 法则提供循证临床实践的机会。可通过形成性评价工具，如直接观察（Direct observation）、迷你临床演练评估（Mini-Clinical Evaluation Exercise, Mini-CEX）、病例回忆口述练习（Chart-stimulated recall exercises）、360 度评估及循证医学教育处方（Educational prescriptions）等工具进行评估，临床教师进而可以收集学习档案（Portfolios）来综合评价住院医师是否已掌握了“通过回答案例中的临床问题，以及通过自我评价与反思来自主学习与改进”的具体能力。此外，借助医疗质量分析管理部门已收集的医疗质量管理数据，或运用医疗质量评价工具也可以反映住院医师的循证临床实践水平。

3 结 论

20 世纪以来，随着教育心理学与行为学的研究成果被医学教育者广泛认识。新的学习理论不再强调以结构式课程为主的灌输式传授方法，而是强调激发人脑认知的特点，运用“以学生为中心”的主动学习方法，通过在临床实践中发现问题、解决问题，最终促进自我不断地学习来构建知识体系。在医学知识更新越来越快速的情况下，应对这个趋势的关键就是要求住院医师成为高效的终身自主学习者，而临床教师则应成为他们完

成在临床实践中学习的促进者和监督者。

20世纪90年代以来，诞生了循证医学与循证临床实践的范式，为我们提供了针对自主学习能力培养很好的教学思路与能力评价构架。这种基于“结构化临床问题-互联网信息检索-研究证据评估-循证结合患者偏好来决策-通过自我评价来提高”的科学学习方式，很好地适应了现今信息时代人们获取知识的规律。循证临床实践并不排斥反而强调将患者的个人喜好纳入决策考虑，因此理论上把群体证据与个体因素相结合，是值得年轻住院医师们尽早自我塑造并掌握的现代医学方法论与认识论。

胜任力医学教育强调获得最终临床能力为导向的培训与评价，自主学习能力作为其中之一，应遵循其基本准则。因此需要构建描述详尽，包含知识、技能、态度与行为等维度的具体培训目标；然后按照不同住院医师的层级与学习需求差别设计多元化的培训课程，经过循序渐进的刻意练习，运用多维度的测量与评价，才能确认住院医师掌握了这项能力。

综上所述，笔者通过回顾自主学习相关的国内系列文献，结合自身的医学教育经验，针对自主学习能力的评估提出一些建议，以供参考，同时，建议各医学同道在此基础上继续探索与实践。

(浙江大学医学院王箬扬 沈静 姚君琳供稿)

探讨形成性评价与住院医师 自主学习能力的培养

胜任力导向的医学教育是第三代医学教育的核心，而胜任力导向的概念正是源于毕业后医学教育。自主学习(Self regulated learning)与终身学习能力是住院医师应具备的核心胜任力。评价住院医师胜任力最主要的形式是基于工作场所的评(Workplace-based assessment)，即以迷你临床演练评估(Mini-Clinical Evaluation Exercise, Mini-CEX)、操作技能直接观察(Direct Observation of Procedural Skills, DOPS)、360度评估等为代表的形成性评价(Formative assessment)。既往已有大量研究证实了形成性评价与自主学习能力培养之间存在密切关系。通过形成性评价对住院医师的胜任力进行持续观察，发现不足并给予及时的反馈，激发住院医师学习动机与潜能、促进自主学习，提高岗位

胜任力。

1. 自主学习能力是住院医师应具备的核心胜任力

1.1 自主学习能力的概念

自主学习是学习者自我控制的学习，学习者要具备一定的学习动机和能力，在适当的学习环境和资源保证下自主选择和应用不同的方法，从而达到学习目标，并能合理有效地对学习效果进行评价。自主学习者能明确学习需要、制定学习目标、选定学习策略、充分利用资源并评价学习效果。自主学习过程包括3个阶段：（1）准备阶段：包括分析任务、计划和设定目标；（2）行动阶段：应用各种学习方法与策略，以及教学活动督导；（3）评价阶段：对学习成果的反思和评价。

美国心理学家 Zimmerman 认为，自主学习是一种元认知、动机、行为三方面均积极主动的学习过程。其中，元认知方面，自主学习者能够对学习过程的各个阶段进行计划、组织、自我指导、自我监控和自我评价；动机方面，自主学习者有意愿、有能力、有效率去自主学习；行为方面，自主学习者能够选择、构建和创造优化学习的环境，达到最佳学习效果，即自我学习者有能力、有主动性且能够利用各方资源坚持做好自主学习。

1.2 自主学习能力对住院医师培养的重要性

随着医学科学技术的快速发展和医学知识更新速度的日益加快，医师在职业生涯中必然面对需要不断进行知识更新的问题，因此，培养住院医师的自主学习能力，树立终身学习目标尤为重要。既往有研究发现，在临床环境中自主学习水平也将随之逐渐发生改变，自主学习能力和学业成绩相关。纵观国内外，无论是院校教育还是毕业后医学教育，对医学生/住院医师自主学习能力的培养一直是非常重要的教学目标之一。2003年世界医学教育联合会

（World Federation for Medical Education, WFME）发布的《本科医学教育全球标准》中，明确阐述了以学生为中心、培养终身学习能力的重要性。2012年的修订版进一步深入阐述了终身学习、自主学习的理念。在我国，培养医学生自主学习能力及树立终身学习观念，也已成为高等医学教育改革的重要方向，而且是评价高等医学院校教育质量的重要指标之一。

实施胜任力导向的医学教育是第三代医学教育改革的核心，这是应对目前知识爆炸、过度专业化、医疗卫生体系成本高、效率低及地区间发展不平衡等问题提出的重要策略。而胜任力导向的概念正是源于毕业后教育，是对未来优秀医师能力特征的准确描

述。目前国际上有两个非常知名的胜任力模型，即加拿大皇家内科与外科医师学院的CanMEDS（加拿大专科医师能力框架）和美国毕业后认证委员会的六项核心胜任力。这两个胜任力模型中，自主学习与终身学习能力都是住院医师应具备的核心胜任力。在我国住院医师规范化培训中，终身自主学习能力也是住院医师应具备的重要能力之一。由国内7所（现增加为9所）顶尖教学医院成立的中国住院医师培训精英教学医院联盟，2018年研究制定了《住院医师核心胜任力框架共识》，提出住院医师应具有六大胜任力，其中终身自主学习是六大胜任力之一。

1.3 自主学习能力的影响因素

研究显示，众多因素影响医学生/住院医师的自主学习能力，包括家庭、同伴、教师、教育环境以及个人情况等。近期一篇系统综述回顾总结了医学生和住院医师自主学习的影响因素，结果发现，个人因素（目标设定）、环境因素（时间压力、患者照顾和督导）和社会因素（督导者和同事）与自主学习的实施密切相关。其中，积极的影响因素包括合理的学习目标、参与患者诊疗工作、督导者和同事的正面影响等，而学习目标和任务分散、时间压力等是消极的影响因素。因此，在住院医师培养中，通过老师和同事的正面引导，临床学习环境及资源、带教方法与质量的改善，以及心理疏导、减压帮助等方式，能进一步提高他们的自主学习能力。

2. 形成性评价是胜任力导向医学教育的重要组成部分

形成性评价的概念与意义形成性评价的概念由美国哈佛大学的迈克尔·斯克里芬（Michael Scriven）在1967年开发课程时提出，目前在国外，形成性评价已被广泛应用于包括医学教育在内的各个学科的教学。我国形成性评价的应用起步较晚，于20世纪80年代末被引入学校教育领域，近10余年才被引入医学教育领域。所谓形成性评价，是对学生日常学习过程中的表现、所取得的成绩以及所反映出的情感、态度等方面的问题做出的评价，是基于对学生学习全过程的持续观察、记录、反思而做出的发展性评价；是在教学过程中，为了不断获得有关教学的反馈信息，并以此改进教学，保证教学目标实施而进行的一种系统性评价过程。

形成性评价是相对于传统的总结性评价（Sum-mative assessment）而言的。总结性评价的目的在于进行判断，如考核好与坏、及格与否、通过与否等。而形成性评价的目的不是单纯做出判断，重点在于促进改进和完善。从学生角度，通过给予学生及时的反馈，激发学生学习潜能，改进学习方法，从而促进学生的学习，提高学生的能力。从教师角度，形成性评价可以发现教师工作中的不足，通过及时反馈信息，改进教学方法，

同时也增强学生的自信心及成就感，达到教学相长的目的。因此，形成性评价将重点放在评价的过程，明确教学过程中存在的问题，促进教学的持续改进和完善，以期取得最佳的教学效果。形成性评价使学生从被动接受评价转变为评价的主体和积极参与者。

2.2 住院医师规范化培训中的形成性评价方法

形成性评价是毕业后医学教育胜任力为导向的评估设计中重要的组成部分。胜任力导向的住院医师规范化培训和临床工作密切相关，而基于工作场所的评价是胜任力评价最主要的形式。通过基于工作场所的评价，直接观察住院医师的表现，评估临床能力、知与情绪的内部过程。形成性评价为学生对观察到的行为进行及时反馈，改进不足并促进胜任力的完善与提升，即形成性评价。住院医师规范化培训中形成性评价的主要方法如下。（1）Mini-CEX：由美国内科医学会开发，着重病史采集和体格检查等环节。考官直接考察住院医师与患者在实际临床接触中的表现，然后与其讨论诊断和患者管理，并对其表现进行反馈。用时 15~25 min。考官给予及时反馈，帮助住院医师发现自身的优缺点，发现教与学的需求，及时改进。（2）DOPS：由英国皇家医师学院开发，主要用于评价实践技能。考官直接观察住院医师对真实患者进行的操作、评分，最后给予反馈。观察时间因操作不同而不同，大约需要 1/3 的操作观察时间用于反馈。（3）基于案例的讨论（Case-Based Discussion, CBD）：住院医师向考官就他们曾参与过的某个病例展开讨论。住院医师选择合适的病例，提前将病历交给考官。住院医师向考官汇报病例资料后，考官通过提问来检测他们的临床推理能力和专业判断等，考官随后打分和反馈。一次 CBD 通常需要 15-20min 的病例汇报和问答，之后再行 5-10min 的反馈。（4）主观-客观-分析-计划（Subjective-Objective-Assessment-Plan, SOAP）病例汇报：住院医师就自己主管的病例，按照 SOAP 的流程向考官汇报病史资料、体格检查、辅助检查、诊断与鉴别诊断以及进一步检查和治疗计划，时间 3-5 min，然后考官进行反馈，时间 5 min 左右。（5）360 度评估：也称为全方位反馈。让住院医师的上级医师、同年资医师、护士、患者，从各自的角度以匿名形式对住院医师各方面能力进行结构化评价，通过系统化反馈了解其工作概况。

上述形成性评价方法中，Mini-CEX、DOPS、CBD 和 SOAP 病例汇报是通过观察住院医师在某些具体临床工作中的表现进行评价，而 360 度评估是观察住院医师在轮转时某段时间内的整体表现。这些评价的关键在于动态观察住院医师的能力并在评价后及时反馈，以指导住院医师明确今后的努力方向，同时也会发现教学过程中存在的问题并加以改进。曾有学者通过系统综述，研究了 Mini-CEX、DOPS 和 360 度评估等基于工作

场所的形成性评价对教学和工作绩效的影响，结果发现，这些形成性评价均对教学有积极促进作用，但只有 360 度评估能够改进工作绩效。

3. 形成性评价与住院医师自主学习能力的培养

3.1 形成性评价与自主学习的关系

近 30 年，学者们逐渐认识到形成性评价与自主学习在形式、功能等许多方面有共同之处且能够互相支持。形成性评价更关注教育教学方面，而自主学习更多集中在认知与情绪的内部过程。形成性评价为学生提供自主学习的机会，而自主学习使学习者更有意愿寻求各种方式促进学习，如利用形成性评价提供的反馈。因此，有学者提出，教育研究的两大支柱——教育评估和自主学习，二者的融合是令人鼓舞且富有创造力的发展方向。2018 年，Panadero 等回顾了近 30 年来阐述形成性评价和自主学习之间相互融合的文献，提出了在发展历程中一共有 3 个阶段。

第一阶段是早期阶段（1988-2000 年）。最初，研究形成性评价和自主学习之间关系的工作主要由评估方面的学者完成，而自主学习在当时尚处于新兴的研究领域。20 世纪 80 年代末，两位研究评估方面的学者 Crooks 和 Sadler，首先提出应专注于研究如何将课堂评估转化为促进学生学习的机会。1998 年，Black 和 Wiliam 对形成性评价里程碑式的评论中多次使用“自主学习”及“调控与策略”等词，进一步将形成性评价和自主学习这两个概念联系起来。

第二阶段是中期阶段（2001-2012 年），形成性评价和自主学习在教育教学中已经是非常成熟的研究领域。形成性评估会影响学习调控的观点已备受重视，研究集中在探索更深层次的联系。2010 年，形成性评价和自主学习之间的概念联系已经牢固确立。Brookhart 指出，自主学习需要动机，形成性评价通过向学生提供信息来促进学生的学习动机。学生参与评估的形式包括自我评估、同事评估和共同评估等，自我评估被认为是形成性评价和自主学习之间的实际联系。Paris 认为自我评价涉及标准的内在化，使学生能够更有效地调节自己的学习并提出了一些教学实践，以确保学生能够发展这种能力。Andrade 等通过将形成性自我评价的研究置于自我调节学习的文献中，进一步将形成性评价和自我评价联系在一起。

第三阶段是现阶段（2013 年至今）。研究形成性评价和自主学习的学者开始了学科对话，认为二者是从不同方面看待相同的问题。研究探索了更精细的相互影响，提出利用形成性评价支持自主学习的实践教学策略，特别是自我评估、同行评估以及评估准则等。近年，有学者建议把评估看作是教师和同伴的共同监管过程，而不仅仅是学生孤

立的自我监管行为。

3.2 形成性评价促进住院医师自主学习能力的培养

形成性评价促进自主学习能力的培养。形成性评价符合现代学习理论，认为学生在构建自己的学习活动中起着核心作用，学生自身是形成性评价的决定性因素，只有通过自我评价与认可，才可以改变他们的行为，而自我评价包括了自我学习的3个领域：认知、动机和情感。有研究认为形成性评估可以帮助学生明确他们的学习目标，了解他们目前正在学习的内容及未来需要进一步学习的方向。因此，可以激活学生的认知和动机能力，使学生专注于自己的学习目标，并提供反馈和策略，帮助他们实现目标。简而言之，形成性评估可以帮助学生自主学习。如前所述，自主学习有3个阶段，形成性评价对每个阶段均有促进作用：在准备阶段，有助于明确学习目标；行动阶段，收集与目标相关的对学生的反馈，督导行为改变；评价阶段，教师及时调整教学活动，学生修订并改变学习过程。

形成性评价与住院医师自主学习能力的培养也密切相关。自2004年以来，已有40多项研究通过探讨学习者对基于工作场所的评估使用的态度评估这些评价方法的教育效果。其中，评价后反馈的有效性是大多数研究的一个突出主题。研究发现，定期进行Mini-CEX评估及反馈，对于住院医师在临床环境中的自主学习非常重要。Mini-CEX增加了反馈的数量，从而有助于自我评价。但也有报告指出，提供反馈并不总能鼓励自我评估，也不能完全转化为以改进为目的的行动计划。2019年，Kipen等的定性研究进一步分析了影响Mini-CEX对住院医师自主学习能力的培养的影响因素，一是学习者的目标定位很重要，这会影响学习动机，以及他们对Mini-CEX的理解，从而影响自主学习能力的养成；其次是考官的反馈，在自主学习的3个阶段，准备阶段、行动阶段和评估反思阶段，考官反馈都起到了非常重要的作用。

综上所述，在住院医师规范化培训中，我们应大力推广普及以Mini-CEX、DOPS和360度评估为代表的形成性评价，激发住院医师的学习动机与潜能，促进自主学习能力的养成，从而为我国的医疗卫生事业培养出具有胜任力的优秀医师，为人民健康保驾护航。

（北大第一人民医院儿科 齐建光供稿）

•工作动态•

2020 年全国儿科毕业后医学教育师资培训班

成功举办

2020 年 8 月 14 日至 16 日,由中国医师培训学院主办,温州医科大学附属第二医院、育英儿童医院承办的“2020 年全国儿科毕业后医学教育师资培训班”于温州成功举行。中国医师培训学院齐学进执行院长,中国工程院院士、温州医科大学李校堃校长,温州医科大学附属第二医院、育英儿童医院党委褚茂平书记、林振浪执行院长出席开幕式。上海交通大学医学院江帆副院长,重庆医科大学附属儿童医院李秋院长,温州医科大学阿尔伯塔学院阮积晨执行院长,浙江省医学科技教育发展中心方才妹副主任等 17 位国内外专家学者分别围绕儿科毕业后医学教育工作作了专题报告。

齐院长对我国住培制度建设的成绩、问题和对策作了专题报告。齐学进院长指出,住培作为一项医师培训的国家制度,欧美等发达国家都是历经百年探索才趋成熟。我们总体还处于起步阶段。绝不能希冀朝建夕成。在制度建设、实际工作中存在的不少亟待解决的问题、短板和矛盾,既是新制度建成的阻力和障碍,也是新制度成长的路标与台阶。经过全行业的共同努力,攻坚克难,爬坡过坎,住培制度必将随着这些问题的正视与解决,坚定而稳健地走向成熟。培训班上,上海交通大学医学院江帆副院长作了“新世纪医学人才培养模式”的讲授。江帆副院长通过对比欧美医学教育与中国医学教育的差异,阐述医学教育不变的目标是培养有灵魂的卓越医学创新人才。人才培养的方式方法需要结合“健康中国 2030”规划纲要,整合前沿科学,与时俱进。

浙江省医学科技教育发展中心方才妹副主任作“分层递进培训理念的理解与实施”专题讲演。就分层渐进培训理念在浙江省的实施情况向与会代表进行介绍。方副主任指出,在分层渐进培训理念的指导和大家的共同努力下,我们的培训理念获得广泛认同,住院医师胜任力显著提高。首都医科大学附属北京儿童医院党委书记王天有教授就如何强化儿科基地建设与管理的问题进行授课,着重强调基地的建设需要以培训质量为核心,制度执行的关键在于管理,管理落实的关键在于过程。加强过程管理,着眼培训质量,才能获得同质化培训和同质化结果。浙江省住院医师规范化培训儿科专业质量控制中心赵正言主任指出,新时代医学教育既是高等教育重要组成部分,是教育强国建设的重要内容,也是卫生健康事业的重要组成部分,是健康中国的重要内容,是属于“大设计、大民生、大学科、大专业”的范畴。建设好住培基地,是新时代医学教育的重要支

撑。温州医科大学阿尔伯塔学院阮积晨执行院长探讨了在临床医学 5+3 儿科学方向一体化人才培养模式的实践经验，与参会代表分享了温医二院进行的探索及成果。温州医科大学附属第二医院、育英儿童医院蔡晓红教授讲授如何通过“干中学”来真正落实“顶岗负责”，要让住培医师工作在临床一线，从一线的实践来逐步提升自身的岗位胜任力，达到住培的目标和要求。美国西奈山医院林锦教授从儿科规培医师轮转安排切入，介绍儿科住院医师规范化培训的轮转安排。林锦教授建议，低年级住院医师在不同病区单元内各轮转一定时间，通过年度考核或评估后才可进入高年级住院医师轮转阶段。通过不同阶段的能力考核要求，体现分层渐进、螺旋上升的精髓。中南大学湘雅三院党委书记何庆南教授作“医教协同政策与高层次儿科人才培养”专题授课。北京协和医院儿科肖娟主任、浙江大学医学院附属儿童医院呼吸科唐兰芳主任、复旦大学附属儿科医院新生儿科胡黎园副主任、温州医科大学附属第二医院、育英儿童医院儿科杨青主任、张海邻主任分别从提升住院医师临床思维能力、规范临床实践带教、医学模拟培训、规范床旁临床教学、规范教学查房等方面进行了授课。温州医科大学校长李校堃院士，温州医科大学附属第二医院、育英儿童医院党委褚茂平书记对本次培训班的召开表示祝贺，对学员的到来表示欢迎。

本次培训班授课共计两天。根据当前疫情防控形势，本次培训班采用线下现场培训班和线上网络培训班同时进行的方式举办。学员们通过网络注册报名，准时参加线上线下培训。未能参加现场和直播培训的，可以在规定的时间内观看课程回放。要求所有线上线下学员都必须完成全部学时，并参加线上考核，只有考勤、学时、考核均符合要求后，才能获得本次培训班颁发的师资培训证书。配合当前全国疫情防控工作，本次培训班对现场参加培训人员进行了严格限定。为避免跨区域流动带来的风险，本次培训班只允许浙江省内带教老师报名现场班。同时，对所有参会人员体温测量，查看健康码。会场保持人员 1.5 米间隔，所有会场人员佩戴口罩，会务组也制订了周密的应急计划。

据统计，本次培训班共有 26 个省（区、市）141 家单位（包括住培基地、协同单位和准备申请国家住培基地的医疗机构）的带教师资参加。报名最多的省份为浙江省，其次分别为福建、广东、江苏和广西。还有近 1 倍的带教师资因为名额限制没能报上名。高涨的报名热情体现了广大儿科带教师资对儿科住培事业的热爱，和对这次培训班的期待。数据显示，参加现场班和收看网络直播的学员比例高达 89.6%，其余 10.4%的报名者将通过回看方式学习课程。监测显示，网络播出效果理想，画面和音质清晰流畅。现场班学员听课认真，气氛热烈，积极配合测温验码和签到管理工作，现场秩序井然。本

次培训班的圆满举办，为疫情防控形势下的网络培训进行了有益探索。

（中国医师培训学院培训部供稿）

2020 住院医师规范化培训年度业务水平测试 工作会议在北京召开

2020年8月25日下午，中国医师培训学院组织召开了“2020年住院医师规范化培训年度业务水平测试工作会议”。中国医师协会副会长、中国医师培训学院执行院长齐学进，中国医师培训学院监督指导工作委员会主任委员贾明艳，中国医师培训学院过程考核工作委员会主任委员、北京大学第一医院副院长李海潮出席会议。会议采取线上线下相结合的方式召开。

中国医师协会自2016年启动了住院医师规范化培训年度测试调研和可行性研究工作，2017年首次试点。此项工作得到国家卫生健康委及科教司领导的高度重视，2018年、2019年逐年扩大测试专业和测试范围，在各地卫生行政部门和培训基地高度重视、密切配合下得到顺利推行。实践证明，年度测试作为培训质量的阶段性检验重要手段，能够正确引导住院医师对岗位需求、专业技术能力的认识，对于加强和改进住院医师规范化培训工作起到了重要推动作用。

齐学进执行院长总结了2019年住院医师规范化培训年度业务水平测试（以下简称“年度测试”）工作，并对2020年度测试工作提出要求。他指出：**一是提高认识**。今年学院将全面推开所有专业的年度测试理论考核工作，并选取部分专业开展实践能力测试抽查试点工作。各专业委员会要高度重视，高质量、高标准地推进这项工作。**二是做好试题命制工作**。为加强试题规范化、提高质量，学院将组织各专业专家审修试题，请各专业委员会选派具有丰富命题经验的专家，做好有关工作。**三是开展考核质量评价**。各专业委员会要对年度测试开展质量评价，研究考核的可靠性、有效性和公平性，发现问题，解决问题，推动年度测试工作向科学化、规范化方向发展。**四是开展过程考核标准规范制定**。要以年度测试为工作重点，开展全国住培过程考核工作的调查研究，组织制定各类过程考核工作的管理办法，制定命题专家队伍建设标准要求，指导命题工作。

贾明艳主任委员介绍了2019年度测试基本情况及2020年度测试工作计划，并就如

何更好地加强年度测评工作的质量建设提出建议。她表示：一要继续开展并不断完善年度测试工作，使之制度化、常规化。二要开发和利用测试大数据的资源，分类整理，提供精准化服务。三要坚持对口支援的政策，适度扩大援助范围和人数。四要加大对未取得执业医师资格证书住院医师的培训力度。五要严格审查参加测试住院医师的资格，防止学历与测试专业不一致。

李海潮主任委员从临床医师理论考试的特点、考试的目的和要求、试题命制的方法、试卷的总体设计等方面讲解了如何保证质量、规范命题。

28个毕业后医学教育专业委员会和过程考核工作委员会主任委员、总干事、委员参加会议。中国医师培训学院综合部副主任李鸣莉主持会议。

（中国医师培训学院综合部供稿）

第三期儿科麻醉学专科师资线上培训班 顺利召开

2020年8月22日，由中国医师培训学院主办，中国医师培训学院培训部和儿科麻醉学试点专科委员会承办的“第三期儿科麻醉学专科师资培训班”在线上顺利召开。来自全国21个省(区、市)39家培训基地的121人在线完成学习。

中国医师协会副会长、中国医师培训学院执行院长齐学进，中国医师培训学院培训部专培处处长张力出席了本次培训班。会议由中华医学会麻醉分会小儿麻醉学组名誉组长、中国医师培训学院儿科麻醉学试点专科委员会副主任委员左云霞主持。

齐学进执行院长出席开幕式。齐院长指出，在国家卫生健康委员会科教司的指导下，在试点专科委员会和广大专家的鼎力支持之下，专培试点工作有序平稳推进。组织管理体系逐步健全，教育培训体系实现有效探索，政策保障体系基本建立。以上工作，对于扎实推进专培工作试点，总结经验，形成可复制、可推广、可持续的模式，奠定了重要扎实的工作基础。齐院长强调，推进专培试点向纵深发展，实现设计的初衷，始终要牢牢依靠我们教学意愿强烈，教学能力高超的专培师资。强化“三早”与“三不”。具体说，就是早抓、早建、早强化；不躲、不懒、不懈怠。专培指导医师要处处将带教意识放在心尖，将标准规范挂在嘴边，将示范操作融于日常工作中。为做好试点工作，齐院长提出五点想法：一要压实专培带教责任。二要反复打磨专培带教技能，三要严把专培教学效果，四要完善专培体系建设，五要充分发挥好线上培训作用。

张力处长对专培工作管理要求及问题与对策进行了讲解。张处长指出，培训基地在试点工作中要明确专培医师培训目标，了解开展试点工作的各项情况，发现问题及时改进。针对 2019 年试点专科评估中发现的问题，张力处长提出对策与要求：**一是完善组织管理体系，健全制度加强管理；二是加强培训内涵建设与管理，建立激励机制，开展 360 度评价；三是加强师资队伍建设与培养，提高师资培训班质量与效果；四是落实保障措施，确保经费使用和培训对象待遇。**

四川大学华西医院麻醉手术中心副主任左云霞教授、上海交大医学院儿科学院专职副院长陈怡绮教授、北京协和医院麻醉科朱波教授、首都医科大学附属北京儿童医院麻醉科主任张建敏教授、广州市妇女儿童医疗中心麻醉科主任宋兴荣教授、温州医科大学附属第二医院育英儿童医院麻醉科上官王宁教授、昆明市儿童医院麻醉科主任李超教授、上海儿童医学中心副院长张马忠教授、中国医科大学盛京医院麻醉科赵平教授、温州医科大学附属第二医院育英儿童医院麻醉与围术期医学科主任李军教授、重庆医科大学附属儿童医院麻醉科主任叶茂教授结合本院在儿科麻醉专培方面的经验做法分别对儿科麻醉学专科基地细则、培训细则进行了详细解读，从儿科麻醉学专科基地建设与管理、专培师资在儿科麻醉学专科医师培养中的功能与定位、儿科麻醉学专培过程管理平台的使用情况及问题分析、专培临床授课技巧、小儿麻醉临床思维培养与过程考核、儿科麻醉专培督导问题与分析等方面进行了经验总结和分享。

各位专家在讨论环节针对师资培训班参加人员提出的儿科麻醉专培相关问题进行了热烈讨论，上官王宁教授对麻醉科教学查房提出了“四化”，标准化的病史采集、针对化的专科体检、详细化的知情同意、精准化的围术期管理。左云霞教授指出教学查房的定义是以真实的病例为基础、与培训对象互动教学，不能机械化的进行教学查房，拘泥于固有形式，而是要专注教学查房的效果，并详细介绍了华西医院麻醉科的教学查房模式。李超教授和叶茂教授对专培医师的招收来源及发展前景提出意见和建议，希望建立儿科麻醉的准入制度，专科培训与职称晋升相关政策能够挂钩。张马忠教授则就儿科麻醉专培医师待遇问题提出了相关建议和解决办法，指出将来吸引社会人报考专培的根本办法是要保证同工同酬，一视同仁地参照本单位人员的工作机会与待遇标准执行。在新冠疫情的特殊时期，中国医师培训学院采用了线上教学的模式，顺利地举办了第三期儿科麻醉学专科师资培训班，体现了儿科麻醉学专科委员会工作扎实与规范，师资培训课程内容与培训模式逐步优化，切实提高了师资教学水平和能力。

(儿科麻醉学专科委员会供稿, 中国医师培训学院培训部专培处整理)



欢迎关注住院医师规范化培训微信

报: 国家卫生健康委

送: 各省卫生健康委, 各省级卫生健康委科教处, 军委后勤保障部卫生局
以及有关单位

发: 中国医师协会领导、常务理事、职能部门、专科医师分会、专业委员会、地方医师协会、会员单位, 住院医师规范化培训基地, 主办报刊编辑部

编辑: 中国医师培训学院 电话: 010—63313705 投稿邮箱 china_gme2017@ 126. com

(内部资料: 仅供行业内交流)