

承担其他专科医师培养的任务,完成大规模的全科医师规范化培训有较大困难。二级综合医院通过建设,也可以成为全科医学临床基地。北京等地开展三级医院帮助二级医院进行临床基地建设和师资培养的“手拉手”帮扶活动,建立了以市卫生局为主导、三级医院积极参与、二级医院主动配合的帮扶机制,为扩大临床基地的范围,大规模开展全科医师规范化培训奠定了基础,值得借鉴。

2.4 临床教师全科医学培训的内容 临床教师接受全科医学培训的目的是要认识全科医学,树立全科医学带教理念,掌握全科医学带教方法。培训内容包括全科医学基本理论与知识、社区卫生服务的基本知识、人文医学知识与技能,以及全科医学教育教学方法等^[5-6]。在全科医学带教方法的培训中,特别要让临床教师(专科医师)明白全科医学与其它专科带教的差异。比如冠心病带教,全科医师和内科医师需要掌握的知识与技能有很大的不同,前者侧重慢性期管理与康复,以及发病前的预防等,而后者侧重危急重情况的处置及心导管技术等。临床教师应清楚全科医师在本专科的培训目的和需要掌握的疾病知识与技能。

2.5 发挥临床医院对师资的培训作用 医院以外的全科医学培训机构对于全科医学临床教师培训是重要的。但是,要不断提高临床教师的带教能力,必须充分发挥医院自身的作用,因地制宜开展全科医学知识普及和师资培训,确保全院医务人员对全科医学有不同程度的认识,营造出全科医师临床培训的氛围。医院全科医学教研室开展教研活动,对培养临床教师的能力最为重要。它既可促进全科带教经验交流,纠正带教中存在的问题,还可对全科医师规范化培训过程进行专业督导。由于全科医学教研室由较多临床学科组成,活动的组织与协调相对较困难。所以,全科医学教研室主任和秘书,不仅在专业上应

• 医学教育 •

具有较高的地位,而且应具备很强的组织协调能力。

全科医学师资与其它专科一样,有其特有的条件或“准入要素”^[7-8]。这是保障临床教师带教能力的重要条件。但是目前,特别是在经济相对落后的中国西部地区,要完全满足这些要素,大多数医院有一定的困难。临床培训基地应从实际出发,探索提高临床教师带教能力的有效方法。

参考文献:

[1] 施榕,朱静芬,谢庆文.我国部分省市全科医师岗位培训的现状及对策[J].中国全科医学,2005,8(1):3-5.
[2] 杨辉.全科医学教育的师资标准研究[J].中国全科医学,2007,10(13):1046-1051.
[3] 田贞尚,胡月琴,姜新峰,等.宿州市居民社区卫生服务需求与满意度调查研究[J].实用全科医学,2007,5(5):448-449.
[4] 王晨,吴萍.全科医学临床培训基地建设探讨[J].实用全科医学,2008,6(4):331-332.
[5] 郭爱民,解江林,路孝勤,等.我国全科医学师资管理及培训规范研究[J].中国全科医学,2005,8(3):169-172.
[6] 谢波,陈力,缪李丽.论大型综合医院全科医学带教方法[J].重庆医学,2009,38(12):1549-1550.
[7] Boendermaker PM, Schuling J, Jong BM, et al. What are the characteristics of the competent general practitioner trainer? [J]. Family Practice, 2000, 17(6): 547-553.
[8] 迟宓宓,郭爱民,路孝琴,等.中国全科医学师资准入要素研究[J].中国全科医学,2005,8(1):9-11.

(收稿日期:2010-11-09 修回日期:2011-01-22)

性别差异对地方医学院校医学生就业率的影响

赵美玉¹,李 强^{2△}

(桂林医学院附属医院:1.学工办;2.骨二科,广西桂林 541001)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.12.045

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2011)12-1240-03

随着医学教育模式由精英教育向大众教育的发展,就业问题逐渐显现并日益被社会所关注。就业的性别差异是一个长期存在的社会现实问题,主要表现为男女毕业生就业状况优劣程度的差异,如大学生就业机会可获得性的性别差异,即就业率的性别差异;大学生就业岗位特点的性别差异,即工作收入、工作地点、工作时间、工作环境的性别差异;大学生就业的主观满意程度的性别差异,即工作的稳定性、专业的对口性、劳动关系的和谐性、职业发展前景和社会保障的完整性的性别差异等。主要涉及收入、专业、行业和职业等方面,也受数据的限制^[1]。但作为医学生这一群体,性别差异对就业的影响是否明显还没有引起社会足够的重视,为及时准确地了解性别差异对地方医学院校临床医学本科生就业的影响,为教育决策和毕业生就业提供更丰富有效的参考信息,作者对桂林医学院 2007~2009 届临床医学本科毕业生就业质量主要从就业率的性别差异、就业单位级别的性别差异、就业岗位特点的性别差异等

方面进行实证研究,为医学教育改革及就业指导提供依据。

1 资料与方法

1.1 资料来源 本研究资料来源于桂林医学院招生就业处 2007~2009 届临床医学本科毕业生的就业调查以及各辅导员对学生在校期间学习成绩及参与班级和社会活动情况的统计报表。所调查的学生共有 1 761 人,其中男生 743 人,占总人数的 42.19%,女生 1 018 人,占总人数的 57.81%。其中读研学生 70 人未纳入就业统计,首次就业人数(以每年 7 月 31 日统计报表为准)共 1 616 人,其中男生为 687 人,达男生总人数的 92.5%,女生为 929 人,达女生总人数的 91.3%。首次未就业人数为 145 人,占总人数的 8.6%。

1.2 调研方法 调查统计桂林医学院 2007~2009 届临床医学专业毕业生在校期间的成绩、担任班干、考研及就业情况。并按性别统计就业率、就业单位基本情况、工作岗位性质等,得到就业的一手资料,所有资料均真实可靠。

△ 通讯作者, Tel:15977330608, E-mail:li.q12251970@163.com。

1.3 统计学处理 统计软件采用 SPSS13.0(SPSS Inc.,Chicago,IL,USA),统计方法采用皮尔逊 χ^2 检验(Pearson chi-square test)。

2 结 果

2.1 性别差异与在校学习成绩、班级工作能力及就业率调查分析 见表 1。

表 1 2007~2009 届临床医学专业男、女生在校期间学习成绩、班级活动及首次就业率比较[n(%)]

在校表现	男 n=743	女 n=1 018	χ^2	P
年级前 30 名	21(2.8)	68(6.7)	13.291	0.000
优秀毕业生	26(3.5)	66(6.5)	7.724	0.005
考研	31(4.2)	39(3.8)	0.131	0.717
至少有 1 年担任班干	167(22.5)	367(36.1)	35.598	0.000
首次就业	687(92.5)	929(91.3)	0.826	0.363

由表 1 可以看出,学习成绩在年级前 30 名的同学、优秀毕业生及班级中担任班干 3 方面的表现中,女生优于男生,差异有统计学意义($P<0.05$);在考研的同学中,男、女生差异不明显($P>0.05$);就首次就业率来讲,男、女生的差异无统计学意义($P>0.05$)。由此可见,临床医学专业女生在校表现活跃,成绩突出,就整体来看甚至优于男生。而首次就业率与男生无差异。

2.2 就业单位的级别与性别差异 见表 2。

表 2 2007~2009 届临床医学专业男、女生就业机构比较[n(%)]

就业机构级别	男 n=687	女 n=929	χ^2	P
省级医疗机构	78(11.4)	57(6.1)	14.260	0.000
地州医疗机构	227(33.0)	236(25.4)	11.772	0.001
县级医疗机构	352(51.2)	547(58.9)	9.347	0.002
社区、乡镇医疗机构	11(1.6)	59(6.4)	21.462	0.000
其他(未从医)	19(2.8)	30(3.2)	0.289	0.591

表 2 数据显示,在一些大的省级或地州级公立医疗机构,男生就业率明显高于女生($P<0.05$);而在县级和乡镇社区医疗机构中,女生就业率则明显高于男生($P<0.05$)。

2.3 就业岗位与性别差异 见表 3。

表 3 2007~2009 届临床医学专业男、女生就业岗位比较[n(%)]

就业岗位	男(n=668)	女(n=899)	χ^2	P
临床科室	402(60.2)	447(49.7)	18.644	0.000
辅助科室	266(39.8)	452(50.3)	15.790	0.000

表 3 统计结果表明,在同一医疗机构内的就业也呈现出男女差异,在临床科室的就业中,男生明显高于女生($P<0.05$);而在辅助科室,如 B 超室、心电图室、胃镜室等部门,女生就业率则明显高于男生($P<0.05$)。

3 讨 论

3.1 在校学习成绩、学生的表现及就业机会与性别差异 在分析比较男女大学生就业差异时,作者先比较了男女大学生的整体素质,学习成绩是个人素质的一个重要组成部分,它反映了学生在校的学习能力及各种表现,此外,担任学生干部的情

况也可以作为个人素质的指标。从调查结果来看,女生的成绩总体优于男生。这点与邓丹和钟晓妮^[2]在 2006 年重庆医科大学应届本科毕业生中所做调查得到的结论是一致的。由此可见,地方医学院校女生在大学环境中个人素质并不亚于男生,甚至可以说优于男生。就就业率而言,以往的一些调查显示男女大学生就业率有明显差异,如在江苏省南京 3 所高校对几千名大学生进行的一项专题调研显示,同等条件下,男生签约率明显高于女生,男生为 73%,女生为 65%,高出 8 个百分点^[3]。但就本调查来看,从整体就业率来说,男女生并无明显差异。这点与就业能力测量与评估机构麦可思的调查结果一致。

3.2 就业单位的级别及就业岗位与性别差异 男女生的就业率没有明显差异,但就业单位的级别却存在较大的差异,男生在省、地县级医疗机构工作的比例远远超过女生。就所从事的就业岗位来看,不管是男生还是女生,在省、地级医院都以从事辅助科室工作为主,在县级医院大多数临床医学本科毕业生能从事临床工作。但就整体而言,男生从事临床工作的比例高于女生。

3.3 反思与对策

3.3.1 加大对女性合法权益的保护力度,利用法律手段规范就业市场,避免就业歧视 在以市场经济为主体的法制社会最有力的规范手段即是法律。当社会生活矛盾突出到利用其他非强制性措施无法调整时,法律必定是最后一张王牌。针对劳动力市场性别歧视,国家制定了《就业机会平等法》,加强政府的监督职能,消除收入的性别差距以及行业的性别区分和职业的性别隔离。2009 年上海成立首家性别平等就业监督咨询机构,体现为政府提供信息和对策方案,为用人单位提供政策法规指导,为女性个人提供就业维权援助,减少以至避免就业中的性别歧视。

3.3.2 调整专业和课程设置与市场接轨的程度,提高女医学生的适应能力及就业竞争力 男女两性只存在个性特征的差异,并不意味孰优孰劣,也不意味他们在适应大学学习和就业上存在优劣。作为高等医学院校应成为一个比较自主的办学主体。把医学人才培养与社会需求结合起来,按照经济、社会发展对人才的需求完善培养方案,调整专业和课程设置,提高培养质量。对就业矛盾突出的临床医学专业,一方面可对女生另外开设医学影像学、麻醉学等柔性方向进行分流培养,有针对性地满足社会的人才需求。另一方面,要清醒地认识到如今医学相关行业的飞速发展也为医学生就业拓展了空间,如与生命、健康、康复有关的预防、保健、咨询、营销等就业机会。医学院校要开设相关课程,拓展女医学生的知识面,突破她们自身的知识结构限制,为她们适应市场要求、增强就业竞争力打下坚实的基础。

3.3.3 以市场需求为导向,给高校招生更大自主权以调整临床医学招生性别计划以适应市场需求 从桂林医学院近年的招生看,2003~2009 届桂林医学院临床医学院临床医学本科的男女生比例,一直以来都是女大于男,女生占全体学生的比例分别是 54.35%、60.14%、58.02%、58.13%、55.03%、58.23%、57.20%,这种情况与临床医学近年的就业状况是违背的。目前医院在招聘时,大多趋向男生,原因一方面传统的性别角色对女性的偏见,在临床工作中,男医生比女医生更受欢迎^[3]。另一方面是单位自身的性别平衡。因为医院是由医生、护士及一些行政后勤人员构成的。其中主体是医生和护士。在现在男护士还非常缺乏的情况下,女护士一般占到医院总人数的 3/5。而剩余的 2/5 里男性大概占到七成,就整体来讲女性人数要远远超过男性。这样一来,用人单位在录用人员

时,往往以考虑本单位内部成员的男女比例、女性的生理特点、工作本身的性质、利益的最大化等因素,在招聘时更趋向于男性也就不足为奇了^[4]。而对高校来讲,招生、培养、就业是高校工作的三大环节。其中招生工作是学校的基础性工作,关系到学校教育、教学工作的良性循环,关系到学校办学结构、规模、质量、效益的协调发展^[5]，“就业是民生之本”，是最最重要的一个环节,对一个学校来讲,学生的就业问题解决得好与不好关乎学校的生存发展。目前情况下,大学毕业生就业的市场化程度已经很高了,但招生、专业设置的自主化步伐才刚刚开始。从高校角度来看,在招生时能根据自身专业的性质特点进行自主招生非常重要。但目前高校的招生自主权一般要求的是具有超常创新和实践能力、或在文学、艺术、体育等方面有特殊才能、或综合素质名列前茅的应届高中毕业生,因可能会引起社会性别歧视的争议而不允许实行一定的性别比例调整。但随着高校逐步成为相对独立的市场主体,如果不能选择实现高校功能和市场需要的学生,学校的独立法人地位得不到体现,也为学生接受高等教育后留下了后遗症。因此希望国家在这方面能逐渐放宽政策,使大学能在确保学生成绩优秀的前提下,按照学校专业的特点招收符合自己定位的学生,全面衡量考生的资格,包括分数、能力、整体上应该是多少的男女比例等。

3.3.4 提高职业指导水平,注重性别差异指导 目前,地方医学院校就业指导力量比较薄弱,在师资队伍上以年级辅导员为主,结构单一^[6]。他们缺乏系统学习和专门培训,对男女大学生就业质量的性别差异认知不足,就业指导内容局限,忽视分

性别对男女大学生进行就业质量性别差异方面知识的教育和指导。地方医学院校要根据院校实际,加强职业指导师资的培养,在就业指导过程中应该正视事实、做到男女有别。除了对女大学生在就业技巧、形象礼仪、自身权益、实践能力等方面进行强化训练外,高校还要加强对劳动力市场的分析力度,建立女大学生人才库,保证女大学生的就业率及就业的可持续发展^[7]。

参考文献:

[1] 石彤,王献蜜.大学生就业质量的性别差异[J].中华女子学院学报,2009,17(6):68-73.
[2] 邓丹,钟晓妮.某医科院校 2006 年本科毕业生就业影响因素分析[J].医学教育探索,2008,7(2):203-205.
[3] 西蒙波娃.第二性——女人[M].桑竹影,译.长沙:湖南文艺出版社,1988:495-496.
[4] 徐丽梅,苏庆伟.积极探索女医学生就业途径[J].卫生职业教育,2007,25(4):25-26.
[5] 黄晓林.医学院校阳光招生工作初探[J].重庆医学,2009,38(20):2640-2641.
[6] 朱玲.浅议大学生就业中的性别差异[J].法制与社会,2009,31(6):229-230.
[7] 胡莹,商虹.大学生就业中的性别差异与生命关怀[J].学校党建与思想教育,2009,19(1):75-76.

(收稿日期:2010-10-28 修回日期:2010-11-17)

(上接第 1238 页)

了临床发散思维,限制临床医务工作者自身发展及该疾病领域的科学研究、探讨,使医疗卫生事业停滞不前,没有新发现,没有新探索。而另一方面,进入 CP 使得临床医务工作者对 CP 的认识度及认可度不高,认为其缺少个性化医疗,实施时责任心降低,可能出现将所有同病种患者相同看待,不进行个体化分析,一味地按照 CP 执行诊疗活动,而忽略即使是相同疾病、相同治疗、相同护理的患者也会有治疗效果的不同差异。本院消化内科作为重庆市首批 CP 试点单位,选择十二指肠球部溃疡和结肠息肉这 2 个消化系统常见疾病入组 CP,但是经各方面多方努力,自愿参与 CP 的患者仍较少。自 2010 年 8 月开始,仅完成 2 例 CP,回访得知 1 例患者对于 CP 治疗认可度不高,认为相同的治疗却花了更长的时间。分析原因:(1)患有十二指肠球部溃疡或结肠息肉的患者,绝大多数合并慢性胃炎或慢性肠炎,不能入组 CP,流失大量病源;(2)患者和临床医生对 CP 的理解和认可度不高。因此,可得出结论,CP 在遏制不合理医疗费用的同时,也在一定程度上限制了临床医生对疾病的发散思维,遏制了医疗卫生事业的发展,违背了保障医疗质量的初衷。

3.3 CP 可适当控制医保费用,但在一定程度上违背了以患者为中心的医疗模式 中国目前处于发展中,国民素质修养有待提高。而 CP 对于参与实施的患者诚信度要求高。实施 CP 的前期准备工作,并没有要求参与路径的患者签署有效的法律文书,即使签署也无法律效力,这使得患者本身可以在治疗到其认为满意的阶段单方面停止 CP 实施,这使得 CP 无法再继续下去,导致失败。这种情况虽占少数,但也具体。参与 CP 的

患者在参与的同时要求进行其他检查项目,如医生同意患者要求,就必须退出 CP;如医生拒绝患者进行该项工作,则容易引起纠纷或投诉,这也在一定程度上违背了以患者为中心的医疗模式。

参考文献:

[1] 齐德广,秦银河,李书章,等.临床路径应用于剖腹产手术效果分析[J].中国医院管理,2003,23(5):28-29.
[2] Stapleton JF, Segal JP, Harvey WP. Clinical pathways of cardiomyopathy[J]. Circ Res, 1974, 35(2):168-178.
[3] Greenfield E. Critical pathways: what they are and what they are not[J]. Journal of Burn Care & Research, 1995, 16(2):196-197.
[4] 李明子.临床路径的基本概念及其应用[J].中华护理杂志,2010,45(1):59-61.
[5] 张力斌.临床路径的组织实施[J].中国医院管理,2003,23(11):23-24.
[6] 刘雁斌,孙阳,李学旺.实施临床路径 保证医疗质量 降低医疗费用[J].中国医院,2002,6(12):39-40.
[7] 马骏.临床路径备要[M].天津:科学技术出版社,2006:4008-4016.
[8] 邹婧瑜,苏维.临床路径的发展与应用现状[J].现代预防医学,2008,35(23):4610-4612.

(收稿日期:2010-10-09 修回日期:2011-01-29)