

- training to achieve patient's safety[J]. Korean J Anesthesiol, 2013, 64(3): 204-211.
- [7] Bartram L, Crome P, McGrath A, et al. Survey of training in geriatric medicine in UK under-graduate medical schools[J]. Age Ageing, 2006, 35(5): 533-535.
- [8] Khan K, Pattison T, Sherwood M. Simulation in medical education[J]. Med Teach, 2011, 33(1): 1-3.
- [9] Okuda Y, Bryson EO, DeMaria S Jr, et al. The utility of simulation in medical education: what is the evidence? [J]. Mt Sinai J Med, 2009, 76(4): 330-343.
- [10] Fanning RM, Gaba DM. The role of debriefing in simulationbased learning[J]. Simul Healthcare J, 2007, 2(2): 115-125.
- [11] Fisher JM, Walker RW. A new age approach to an age old problem: using simulation to teach geriatric medicine to medical students[J]. Age and Ageing, 2013, 43(3): 424-428.
- [12] 韩锋, 邢惠莉, 李定国, 等. 医学模拟操作教学法在学生临床综合技能培养方面的应用[J]. 西北医学教育, 2007, 15(3): 567.
- [13] 吴培虹, 张彤, 段敏虹, 等. 浅谈模拟人在教学中的应用[J]. 中国高等医学教育, 2007(6): 78.
- [14] Murphy JG, Torsher LC, Dunn WF. Simulation medicine in intensive care and coronary care education[J]. J Crit Care, 2007, 22(1): 51-55.
- [15] 李春艳, 段志军, 杜建玲, 等. 应用多媒体模拟人系统提高临床诊断学的教学效果[J]. 医学教育, 2008, 8(2): 230-231.
- (收稿日期: 2015-08-22 修回日期: 2015-09-03)
- 医学教育 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.02.050

基层助产士岗位能力培训模式的探索

邓小凤, 何东平[△], 吴至久

(重庆市永川区妇幼保健院院办公室 402160)

[中图分类号] R47

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2016)02-0281-03

助产士工作的专业性强,直接关系到母婴生命安全^[1]。目前,我国助产士人员紧缺^[2],特别是基层助产士^[3],有的区县级医院甚至没有专门助产士。为满足我国基层助产工作的需要,多数助产士为其他专业转岗而来,专业性不强。因此急需在短时间内培训出专业性强,能胜任助产工作的基层助产士。而资料显示,大多数培训是对本院新进助产士培训,没有统一的模式、统一的规范^[4]。本院举办过两期“重庆市利用世界银行贷款统筹城乡发展与改革二期项目助产士培训项目”,探索基层助产士岗位能力培训模式,取得良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院为重庆市区县二级甲等妇幼保健院,2014年11月至2015年5月,本院先后举办过两期“重庆市利用世界银行贷款统筹城乡发展与改革二期项目助产士培训项目”,每期培训项目学习时间为2个月。共有47名基层助产学员参与培训,均为重庆市区县基层助产士,从事助产工作。其中助产专业21名,由护士转岗而来17名,由临床医生转岗而来9名。平均年龄24岁,平均工龄1.4年。

1.2 岗位能力培训方法

1.2.1 培训目标 通过对在职基层助产士规范化培训,使学员掌握助产的基本理论、基本知识和基本技能,尽快提高正常与异常产程观察判断、应急处理及医患沟通能力,满足基层医疗机构对助产士岗位能力需求,广泛提高区县基层助产机构助产技术水平,降低剖宫产率,保障母婴安全。

1.2.2 培训内容 在满足国家卫计委,省、县级卫生行政部门关于基层助产士岗位能力培训要求及区县医院对助产培训需求的基础上培训机构与教学单位共同制订培训教学大纲。培训教材为《助产理论与实践》,该教材由第三军医大学、四川大学、重庆医科大学等国内著名助产专家共同编写,系目前国内

助产专业较全面的助产士培训教材。培训内容包括:(1)女性生殖系统解剖、生理;妊娠解剖生理,孕产期保健;正常及异常产程观察及产科护理常规;妊娠合并内外科疾病,妊娠期传染性疾病预防与职业防护,异常产褥,新生儿复苏等。(2)助产急救、分娩期并发症及救治,新生儿急救技术等。(3)产房风险管理、助产工作流程、助产相关制度及职责、母婴保健知识及健康教育。(4)消毒隔离与医院感染控制。(5)正确描绘产程图、规范各种产程观察记录。(6)助产技术操作规范。

1.2.3 培训方式 理论讲授:采取“白加黑”授课方式(即白天8个学时、晚上2个学时,每天10个学时),理论培训120学时。从第三军医大学西南医院、重庆医科大学附属第二医院、重庆市妇幼保健院等医院专家来院授课。实践培训:包括60学时仿真人体模型模拟实践教学,手把手示教。对产前检查、产程中母婴监测技术,正常分娩4个产程及新生儿处理,常用的助产技术,肩难产的识别、紧急处理及转诊,产后出血的预防、识别、处理,新生儿复苏技术及转诊,成人心肺复苏术,母乳喂养的适应技术,正确的消毒与隔离技术进行模拟操作培训。临床实践:对培训学员进行42d的“一对一”带教,跟班学习,手把手教学。临床实践地点包括产科门诊、产科病区、产房3部分。内容包括产前检查临床操作、产程观察与处理、助产技术的临床应用、异常分娩的应急处置、新生儿复苏、母乳喂养技巧等。

1.2.4 培训师资 培训教师由教学医院专家和培训举办单位教师组成,其中教学医院专家课时占30%,培训举办单位教师课时占70%。邀请教学医院专家对培训举办单位师资进行培训,培训举办单位教师经考核合格后纳入培训师资队伍。理论授课教师包括:(1)院内遴选:培训基地内遴选具有丰富授课经验的高级职称教师;(2)外聘教师:周边地区教学医院具有丰富

授课经验的教授、副教授;(3)指导专家:国内知名产科及助产专家。临床带教教师选择产房工作 5 年以上,具备护师以上职称,具有良好业务素质及沟通协调能力的助产士作为培训教师,一对一带教。邀请专家定期查房,保证教学质量。

1.3 培训效果评价

1.3.1 考核 考核分为形成性评价和总结性评价两部分。形成性评价是在学员培训后,由带教教师对其平时学习态度、服务态度、亲和力、沟通能力、无菌观念等进行评价。总结性评价包括:(1)对学员培训前后理论知识进行考核,由培训教师命题及阅卷;(2)临床考核带教教师根据临床实践内容对学员技能掌握情况进行测评。临床操作技能要求人人过关。

1.3.2 学员对培训的满意度 自行设计问卷调查,收集培训学员对教师满意度、培训模式满意度、培训后收获、对培训的建议等信息。

2 结 果

2.1 形成性评价 47 名助产士进行培训后,由带教教师进行评价,带教教师对助产士培训学员各方面的满意度普遍较高。结果见表 1。

2.2 总结性评价

2.2.1 理论考核 对培训学员进行理论培训前后考核,内容包括正常分娩的助产、异常分娩的识别、分娩并发症等知识。采用 SPSS 统计软件对理论培训前后进行分析,采用 *t* 检验进

行组间比较,理论培训前后考核成绩差异有统计学意义($P<0.05$),结果见表 2。

表 1 培训后带教教师对学员形成性评价[n(%)]			
项目	很好	好	一般
学习态度	47(100.00)	0	0
服务态度	45(95.74)	1(2.13)	1(2.13)
劳动态度	47(100.00)	0	0
沟通能力	47(100.00)	0	0
无菌观念	45(95.74)	2(4.26)	0
协作能力	44(93.62)	3(6.38)	0

表 2 助产士学员培训前后理论考核成绩对比					
项目	平均成绩	最高分	最低分	及格人数	及格率(%)
理论培训前	59.4	78	44	19	40
理论培训后	95.5	99	91	47	100

2.2.2 临床考核 在临床实践阶段,由教师对学员进行测评。针对临床实践内容,对学员对每项临床技能的掌握情况进行评分。结果见表 3。

表 3 助产士培训后临床考核成绩(分)

项目	产前检查临床操作	产程观察与处理	正常分娩操作	异常分娩的应急处置	新生儿复苏	母乳喂养技巧
培训前	57.6	58.9	61.4	50.4	50.6	62.7
培训后	96.3	98.0	97.8	96.2	95.4	96.5

2.3 基层助产士岗位能力培训模式满意度评价

2.3.1 学员对教师的满意度调查 在每位教师授课结束后,全体学员对教师进行评价。对理论授课教师评价内容主要包括:教师授课条理性、内容深浅、内容容量是否合适、讲解是否清楚易懂、是否能有所收获等。对临床带教教师评价内容主要包括:教师是否耐心教授完全部实践内容、是否理论结合实践、是否手把手教授、亲和力等。学员对教师满意度较高,对教师满意度平均分 96.4 分,普遍认为在培训后有所收获。

2.3.2 学员对培训的满意度调查 在培训结束后,调查了两期学员(共 47 人)对培训的满意度。学员对培训的方式、内容、组织管理等方面满意度较高,认为培训模式适应基层,能满足基层助产士岗位能力培训的需求。

3 讨 论

3.1 基层助产士岗位能力培训模式的有效性 助产士培训学员普遍学习态度好,刻苦认真。服务态度好,对产妇有亲和力,有耐心,能与产妇进行很好的沟通。无菌观念强,职业防护意识强,有较强的协作能力。理论培训前学员考试成绩平均为 59.4 分,最高分 78 分,合格率 40%。理论培训后,学员理论水平全面提升。学员考试成绩平均 95.5 分,比培训前提高 36.1 分,最高分 99 分,47 名学员全部合格,合格率 100%。培训前后学员临床技能差异有统计学意义($P<0.05$)。通过培训,助产士学员掌握了基本的临床技能,能承担基本助产工作。

3.2 基层助产士岗位能力培养方式亟待改革,增加分层培训,满足基层助产士的广泛性和及时性需求 产房是诊断、治疗、急救的重要场所,大量工作需要不同层次的助产士完成,技术

含量和风险性必须与其相应的资历、学历、技能、态度、沟通协调能力相匹配,才能最大限度地满足手术医生及产妇的实际需求。实践证明,在助产专科培训中,如果助产士的学历、经验、理论基础等方面有差异,她们对培训内容的需求差异也较大^[5]。目前教学医院规范化培训主要面对有一定工作经验的中高级助产士,培训时间较长,甚至有的规范化培训长达 5、6 年^[6-7]。规范化培训往往只是针对本院新进助产士,培训人数不多,不能很快输送人才,解决目前助产士巨大缺口。规范化培训也不能很好地保障助产士的利益,导致个别助产士因为生活压力而放弃。规范化培训不对新进助产士进行集中理论授课,对于刚毕业或刚由护理转岗而来的助产士,基础知识较薄弱,甚至没有经过系统化的助产理论学习,而技能需要有扎实的理论知识来支撑,所谓知其然还要知其所以然,因此理论培训是必不可少的^[8-10]。

本研究着眼于基层低年资助产士的规范化岗位能力培训,以区域医疗中心区(县)级专业助产机构为组织实施培训的主体,根据助产士不同的学习能力及需求,制订有针对性的且符合培训对象实际工作需求的培训内容及形式,充分调动了她们的主观能动性和学习积极性,使其在培训中学有所得。另一方面,也弥补了基层低年资助产士缺乏外出进修机会和自主学习能力的不足,有效提高了基层助产士的岗位能力。

3.3 集中培训的必要性 本调查中,对助产士进行集中培训。集中培训选择的教材系国内较全面的助产专著、培训助产人员的规范教材。集中培训时,对操作技能进行规范化培训,使学员操作具有统一的、规范化标准。在集中培训时,学员来自各

个不同的区县,相互之间可以交流各自医院的情况,借鉴其他医院做得好的地方。学员聚在一起学习,类似于读书时代的班级,整个团队学习氛围浓厚,大家你追我赶,在学习之余还可以交流学习心得,分享学习成果。学员集中在一起学习,可以抛开工作、家庭中的琐事,心无杂念地学习。

3.4 教学单位与基层单位结合的优越性 本调查中,采用教学单位与基层单位相结合的方式的教学。在基层医院举办,同时邀请教学单位专家指导授课。学员普遍反映,专家授课重难点突出,对必须掌握的知识点解析透彻、通俗易懂。在讲解知识点的同时,还穿插自己见过的经典病例,讲授自己的处理经验,让学员印象深刻。在授课完成后,还可以就自己不懂的地方进行咨询。学员在学习后获益匪浅,对学科的前沿信息有所了解。

助产士培训在基层医院举办,基层医院管理模式、现有设备条件、开展业务项目等与学员所在单位有相似之处,学员学习到这些经验后可以直接应用到工作中。学员动手机会多,能更快、更熟练地掌握基本技能。

在重庆地区,基层助产士紧缺,专业性不强,急需培训。对基层助产士进行岗位能力培训,建立市卫计委督导、教学医院指导、基层单位举办,教学医院专家和基层医院师资相结合、理论与临床实践相结合的集中培训模式,培训内容和培训方式适宜基层,满足基层助产士对培训的需求,为基层输送大量助产人才,提高基层产科质量,保障基层孕产妇需求。

参考文献

[1] 张海英. 助产士临床带教的研究进展[J]. 中华现代护理

(上接第 268 页)

现较好的医务人员根据其需要进行正性激励,科室通过二次分配的方式考核医生量化的指标来分配收入。

医疗服务体系的资源整合工作经验较丰富的专家应通过自己的亲身经历教育自己带教的低职称的医务人员,进行临床学习的同时普及医疗服务体系资源整合的理念,并可以通过带徒弟去下级医疗机构工作的方式强化其感受。

3.3.3 激发医务人员积极性,提升整合医疗的效果 医疗机构的管理层面需要重视加强医联体内部的网络信息平台建设,加大投入力度,实现互联互通设备的配备,信息共享,通过出台政策加强医疗机构间的医疗设备检查结果互认,提高设备的利用效率;医务人员要积极开展相关仪器设备的使用学习,通过规范流程及正确操作达到节约资源的目的。

参考文献

[1] Doocey A,Reddy W. Integrated care pathways;the touchstone of an integrated service delivery model for Ireland [J]. Int J Care Pathw,2010,14(1):27-29.
[2] Enthoven AC. Integrated systems improve medical care and control costs according to new research at Stanford Business School. Stanford [R]. Stanford, USA: Stanford Graduate School of Business,Stanford University,2005.
[3] Sehlette S,Lisac M,Blum K. Integrated primary care in Germany;the road ahead[J]. Int J Integr Care,2010,9:14-19.
[4] 李玲,徐扬,陈秋霖. 整合医疗:中国医改的战略选择[J]. 中国卫生政策研究,2012,5(9):10-16.

杂志,2011,17(6):735-737.
[2] 李雪萍,罗建平. 助产专业发展中存在的问题及对策[J]. 卫生职业教育,2014,32(3):8-9.
[3] 陈腊梅. 助产士工作现在分析与对策[J]. 按摩与康复医学,2012,3(9):240.
[4] 朱丽萍. 国内外助产士的培训和管理的[J]. 中国妇幼保健,2013,28(11):1711-1713.
[5] 邹文霞,潘继红,胡品佳,等. 助产士分层培训实践研究[J]. 中国护理管理,2012,12(12):16-18.
[6] 林少娟. 深圳市助产士 5 年规范化培训临床实践的方法和体会[J]. 中国伤残医学,2014,22(7):284-286.
[7] 陈洁芬. 助产士规范化培训的方法和体会[J]. 按摩与康复医学:下旬刊,2012,3(5):222-223.
[8] 梁丽霞,黄小慧. 低年资助产士“3+2”核心能力培训职级管理的探讨[J]. 海南医学,2008,19(S3):116,133.
[9] 厉跃红,吴娜,庄薇. 新进助产士规范化培训的效果评价[J]. 上海护理,2014,14(6):20-22.
[10] 梁礼莉,李洁. 改进产房新助产士的培训方法的实践及效果[J]. 中国当代医药,2010,17(6):153-156.

(收稿日期:2015-08-08 修回日期:2015-09-16)

[5] Leatt P. Integrated Service Delivery[R]. Ottawa,Canada: Health Canada,2002.
[6] 匡莉,马远珠,甘远洪. 整合的卫生服务:来自 WHO 的定义与阐释[J]. 医学与哲学:人文社会医学版,2011,32(7):1-3.
[7] Doocey A,Reddy W. Integrated care pathways;the touchstone of an integrated service delivery model for Ireland [J]. Int J Care Pathw,2010,14(1):27-29.
[8] Mur-Veeman I, van-Raak A, Paulus A. Comparing integrated care policy in Europe: dose policy matter [J]. Health Policy,2008,85:172-183.
[9] Kilbourne AM,Greenwald DE,Hermann RC,et al. Financial incentives and accountability for integrated medical care in department of veterans affairs mental health programs[J]. Psychi-atric services,2010,61(1):38-44.
[10] Weil T. Hospital mergers: a panacea [J]. J Health Serv Res Policy,2010,15(4):251-253.
[11] 匡莉. 我国医疗服务竞争机制的优化策略-建立纵向整合的医疗服务体系[J]. 中国卫生政策研究,2012,5(9):34-39.
[12] 方鹏骞,刘丹. 浙江省县域医院集团主要形式分析[J]. 中华医院管理杂志,2012,28(7):487-491.
[13] 许梦博,任倩倩. 新医改方案的内容解析及其对策思考[J]. 医学与社会,2010,23(4):61-63.

(收稿日期:2015-08-11 修回日期:2015-09-30)