

测,以帮助临床调整治疗量,及时发现急性中毒。

1.6.3 免疫室 室内质控是否在控,有否前后矛盾的结果。乙型肝炎病毒表面抗原、表面抗体、e 抗原、e 抗体、核心抗原、核心抗体(乙肝两对半)检查出现乙型肝炎病毒表面抗原阴性而乙型肝炎病毒 e 抗原阳性矛盾的结果很可能是抗原与抗体的“前滞”反应,标本稀释后即可得到真实的阳性结果^[2]。

1.6.4 微生物室 临床微生物检验后应该回顾评审检验全程序,即评价其与可能利用的患者有关临床信息的符合性^[7]。应了解原始标本采集送检的情况,运送到实验室是否在限制时间内。实验室对标本涂片镜检、分离、培养鉴定及药敏试验、耐药菌株监测等过程均需规范操作。对血培养应及时进行分级报告,血培养阴性结果报告应注明培养时间。

2 建立明晰异常结果、危急疑难患者的复核或复查制度

2.1 异常结果 结果异常偏高或偏低;与临床诊断不符的结果;与以往结果相差过大的结果;与相关试验结果不符的结果;关系较大的结果[如人类获得性免疫缺陷病毒(抗 HIV)阴性]。出现异常结果应及时复检,查找原因。

2.2 危急值的报告 建立危急值紧急报告制度。如血钾、钠、氯、钙、糖结果过高、过低,都可危及患者生命。出现危急值复检确认,当确认该危急值是可报告的,审核完毕应立即向申请医师报告,并做好“检验危急值报告登记”中完整记录各项报告内容。

3 建立检验报告单发放的签收制度,避免检验报告单的丢失或漏发、错发

严格的报告单发放制度,发放报告时仔细核对,姓名、性别、年龄、科室及检测项目等,并由报告发放者及签收者同时签名。避免发错报告单。

4 检验后标本的储存及处理

为了满足临床对原始标本进行复检的需要,应按每个专业室的不同要求进行标本规范保存,在标本储存前要进行必要的收集和处理。最后,对储存样本要定期清理,严格按《病原微生物实验室生物安全管理条例》《医疗废物管理条例》等进行废弃标本消毒处理和运送。其原则应该是:将操作、收集、运输、处理及处置废物的危险减至最小,将其对环境的有害作用减至最小^[7]。

5 保护患者隐私

实验室人员针对每一特定患者的检验结果应保密,未经授权不应公开。通常情况下将结果报告给提出申请的医师,精神病专科医院的实验室检验结果一般不能直接告知精神病患者,应该经主管医生根据患者病情决定告知内容。

6 咨询服务与抱怨的处理

6.1 咨询服务 咨询服务的内容主要是检验结果的解释及临

床处理意见或建议。对问询者提供试验选择、试验数据解释等咨询服务。为门诊患者及家属设立咨询服务台,发放《检验通讯》等。

6.2 抱怨的处理 临床检验的抱怨通常是临床医护人员、患者或家属对实验室的服务不满意时所提出的意见、要求或投诉等。对抱怨,应该及时、有效的处理。通过正确的抱怨处理可以帮助查找导致质量问题的原因或影响因素,不断改进和提高检验质量,确保为患者和临床提供完善的服务。

7 加强与临床沟通

实验室人员应与临床科室保持及时、经常、有效的沟通。临床医生对实验数据的评价是分析后质量控制的重要环节。医生最熟悉患者,临床的病理变化和疾病的发展过程,实验数据是否符合临床诊断是衡量实验结果正确与否的重要因素之一。分析后质量控制工作必须要得到临床医护人员、实验室工作者共同努力和配合才能完成。只有加强实验室与临床的沟通和联系,尽可能减少各种影响实验结果的因素,才能保证检验结果的准确性,为临床诊疗提供真实可靠的实验室数据。因此,经常、定期和虚心听取临床医生意见,主动向临床介绍实验室的新方法、新技术,及时追踪到任何一个产生误差的因素,不断改进和提高检验质量,完善制度,从而促进分析后质量管理水平不断提高。

参考文献

- [1] 中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局中国国家标准化管理委员会. 医学实验室质量和能力的专用要求. ISO15189[S]. 2008:12-15.
- [2] 从玉隆. 重视分析后质量管理[J]. 中华检验医学杂志, 2012,35(4):289-292.
- [3] 鲁从林,肖文清,金俊,等. 氯氮平对血糖血清 C-肽浓度影响研究[J]. 临床精神医学杂志,2005,15(1):27.
- [4] 徐洪常,秦研,冉光荣,等. 精神药物的不良反应[J]. 临床精神医学杂志,2006,16(1):61.
- [5] 孙振晓,姚传文. 精神分裂症迟发性运动障碍患者血清肌酸激酶水平的研究[J]. 中国神经精神疾病杂志,2005,31(2):140-141.
- [6] 吴仁容,赵靖平. 四种抗精神病药对糖代谢及脂代谢的不良影响[J]. 中华精神科杂志,2005,38(3):130-133.
- [7] 苏建荣. 重视临床微生物检验分析后实验室质量管理[J]. 中华检验医学杂志,2012,35(4):293-295.

(收稿日期:2012-10-15)

国外新教师培训模式比较研究

胡彦,张雪,毕延芹,徐宝峰(第三军医大学研究生管理大队,重庆 400038)

【关键词】 新任教师; 培训; 教师专业化; 比较研究

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.24.072 文献标志码:C 文章编号:1672-9455(2012)24-3160-03

但近年来,医学科学飞速发展,掀起了新的医学教育改革浪潮,新的医学教育方法技能层出不穷,如何让高校年轻的助教们既能解决顺利入职问题,又能在医学教育职业生涯早期持

续提高教学能力^[1];仅靠岗前培训显然无法达到目的,研究和建立一套科学系统的助教培训模式,对加强医学院校师资队伍建设是一个非常迫切的问题。为此,作者选择了新教师培训比

较成熟的国家进行研究,以期为我国医学院校的助教培训提供初步事实依据。

1 国外初任教师培训模式

1.1 美国初任教师培训 在美国,初任教师是指从教育学院毕业获得初级教师证书的新手教师。对初任教师培训主要是入职培训,与教师头几年教学实践同步进行,它主要是通过在实际教学情境中,老教师对新教师的现场指导和评价,使后者适应并胜任学校教学工作,成为合格教师^[2]。

美国初任教师培训模式^[2]。(1)开设定向课程(orientation program),目的是帮助新教师熟悉学生需求以及就职学校的各方面的政策、程序和课程安排,从而使新教师顺利过渡到他的工作岗位中。(2)开展支持和辅助(support and assistance),遴选有经验的老教师作为辅导教师(mentor teacher),以着眼于新教师在学习教学的过程,给予新教师教学辅导、培养其专业教学行为并提供情感支持。(3)设定训练课程(training program),根据每个新教师特定的需要而设计,采取多种形式如:安排教师听课、开展研讨会、学校间的观摩、教学工作的反思等。(4)开展评价(evaluation),主要包括两种评价形式:形成性评价和终结性评价,它是用来判断新教师能否留在教学领域的评估。

1.2 英国初任教师培训 英国的初任教师是指通过英语和数学的基本知识和能力考试,取得教育学士学位或学士后教育证书获得教师资格首次参加工作的新教师。其培训与美国一样均为入职培训模式。学校有整体培训计划、专业指导委员会和专业指导教师,参与培训的人员还包括学校董事会成员和地方教育部门官员等。

国初任教师培训的内容,培训组织部门首先要对培训工作进行深入分析,通过分析明确新教师的基本需要;胜任当前教学工作所需的知识和技能;圆满完成入职培训工作的要求;新教师长期专业发展的个人目标。制定目标和行动计划,主要包括:针对不同的对象设定目标;每半学期对目标实施考评,促进目标的实现;权衡新教师的实力和其发展领域的关系;认识专业成长目标与学生日常学习要求的关系等。指导老师与新教师在听课前讨论教学计划和采用的教学方法,确定听课重点,听课课后新教师与听课老师共同评议和反思,总结经验。召开专业考察会议,1 学期召开 2 次专业考察会议,指导教师整理和研究新教师完成发展目标和培训标准的进展情况,通过考察发现新教师的进步情况和反思的有效性,并依此制定下一步的培训目标。

1.3 日本初任教师的培训 在日本,取得“教师资格证书”的大学毕业生须参加“教师任用选拔(国家)考试”,即通用知识、学科知识与教育基础理论测试。被认定为综合学力合格后,中学决定任用的教师称为初任教师。对初任教师的培训称为“初任教师研修”,为初任教师提供系统性、支持性辅导,是一个以成为合格教师或取得合格教师资格为目的的过程,时间一般是 1~3 年。

1.3.1 日本初任教师研修的形式 日本新任教师研修形式多样,但主要以校内研修和校外研修为主。校内研修是指录用学校在学校内部对新任教师的培训,通常是由有经验的教师对新任教师进行指导,1 年不少于 60 天时间;校外研修 1 年不少于 30 天,主要是指新任教师在校外接受讲义、演习、实际技能指导等方面的培训^[3]。

1.3.2 日本初任教师研修的内容 新任教师在指导教师的指导下听课,学习制订教学计划、编写教案、研究教材、班级管理、道德指导和保健安全指导等知识与经验。通过上述内容的进修,培养其任教的使命感,获得广博的知识,提高教育与教学的实践能力。对接受 2 名以上新教师的学校,配备 1 名指导教师;对接受 1 名新教师的学校,配备 1 名临时讲师为指导教师。

2 对各国初任教师培训情况的比较分析

2.1 各国初任教师培训的共同点

2.1.1 入职培训是初任教师培养的有效模式 首先,入职培训是初任教师从事教学的导入阶段。入职培训本着帮助初任教师学习教学的目的,为新教师解决在开始教学中遇到的困难和迷惑,减轻他们的压力。其次,入职培训除了具有教师“职前准备期的逻辑性延伸”的功能外,还扮演“帮助教师进入贯穿整个职业生涯的专业发展期”的角色。第三,入职培训还是引导新教师进入专业角色、内化职业规范的过程,即入职培训是新教师专业社会化的一个过程。

2.1.2 制度化是初任教师培训的基本特征 首先,政府部门的介入使初任教师的培训具有强制性。要求对初任教师培训提供专项经费,保证培训工作顺利进行。其次,培训实行辅导教师制。教师专业所需的教学专长在很多方面是以鲜明的实践性为特色的,初任教师必须通过现场教学实践来逐步加以掌握,但这种实践需要老教师的帮助和指导。指导教师的主要任务是:对新教师根据个人简况对其专业发展进行定位;制定适应新教师专业成长的目标和计划;对新教师的教学进行专业考察等。第三,实行资格认定制度。

2.1.3 科学的培训是初任教师培训的重要环节 首先,明确培训目标。培训目标确定从两个维度来考虑,一个是针对初任教师个体的发展需求,另一个是针对组织对教师队伍质量建设的总体要求来设计。其次,设定培训内容。开展教学实践是培训的主要内容。教学实践是将理论转化为能力的有效途径,是各国对初任教师进行培训采取的主要措施。第三,实施评价和反馈是保证培训计划顺利实施和实现培训目标的有效措施。各国在整个培训模式中采取两种评价形式:一种是形成性评价,以提高培训活动质量的评价,它不以区分评价对象的优良为目的。另一种是终结性评价,是对培训结果的评价,甚至是一种以此判断教师是否能继续留在教学岗位的评估。

2.2 各国初任教师培训的不同点

2.2.1 培训组织形式不同 美国对初任教师培训的组织主要以区为主,不局限于某一学校内。英国则由初任教师所属学校组织,属于校本培训形式,学校设立培训工作指导委员会负责培训的计划、实施和考核。日本实行的是校内研修和校外研修相结合,校内研修主要由指导教师引领,负责初任教师在本校开展从事教学工作所需知识和技能的训练。

2.2.2 培训时间不同 美国对初任教师的培训通常为 1~3 年;英国为 3~5 年;日本则是从录用后 1 年起至培训考核合格。

2.2.3 培训的考核(评价)不同 美国对初任教师的评价从开始培训后的第 1 年起,以“档案袋评价”方法进行。英国对初任教师的评价分阶段进行,是形成性评价与终结性评价相结合的类型。日本对初任教师培训的评价,则是由专门的部门制定评价标准对参加培训的教师达到的标准进行考评,评价指向培训的结果,即通过评价来判断初任教师经过培训后是否成为合格

教师,属于终结性评价。

3 总结与思考

通过上述分析,可以看出,在美国、英国以及日本,无论是政府还是教育界,都非常重视初任教师的培训,基本形成了一套科学规范有效的运行模式。反观我国新任教师的培训,自 1997 年国家教委出台了《高等学校教师岗前培训暂行细则》之后多年,各大院校虽然开展了积极探索^[5],但鲜有成熟新教师培训模式报道,这在一定程度上阻碍了我国高校教师专业化发展进程。尤其是高等医学院校的助教培训,不论是理论研究还是具体实践上都显得比较缺乏。美国学者维思曼实证研究显示,新教师所遇到的问题差异无统计学意义,且与社会背景、时代背景、专业特点、教师层次等均没有密切的联系^[6]。从教师职业生涯发展过程来看,我国高等医学院校助教属于教师职业生涯的起点阶段,这一群体同样具有初任教师的一般特点,他们在教学中可能遇到的问题与上述 3 个国家的初任教师实践中所遇到的问题应该不会存在较大差异。因此,可以考虑借鉴他们经验,结合自身实际,深入研究和实践,努力构建一个适合我国高等医学教育发展的助教培训模式,以最终解决影响医学

院校教师队伍发展的关键问题。

参考文献

- [1] 赵玉虹,孙宝志.我国高等医学教育教学改革中现存问题的调查分析[J].中华医学教育杂志,2010,30(1):78-79.
- [2] 许明,黄雪娜.从入职培训看美国新教师的专业成长[J].教育科学,2002,18(1):51-56.
- [3] 欧阳霞.中日新任教师培训制度之比较[J].重庆职业技术学院报,2006,15(4):10-11.
- [4] 罗云艳.高校教师岗前培训的历史进程及意义[J].中国教育研究与创新杂志,2007,4(2):14-15.
- [5] 曾智,蔡宝昌.对当前高校青年教师岗前培训的思考[J].扬州大学学报(高教研究版),2006,10(4):70-72.
- [6] Veenman S, Perceived problems of beginning teachers[J]. Review of Educational Research, 1984, 154(2):154-156.

(收稿日期:2012-10-16)

临床见习“结合型”智慧管理模式

郭彦琼,向国春,刘刚(第三军医大学西南医院临床教学管理中心,重庆 400038)

【关键词】 临床见习; 智慧管理; 结合型

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.24.073 文献标志码:C 文章编号:1672-9455(2012)24-3162-01

但随着院校扩招、患者自我保护意识增强等变化,如何科学安排临床见习成了各教学医院面临的问题。医学院校为了达到更好的临床见习效果,各出奇招^[1]。可是,孤立地看,每一个见习创新方式都有利弊。本校在临床见习安排上,通过多年的调整、努力,一直在尝试“结合型”智慧管理模式。

1 模型见习与学生模仿患者、提出问题相结合

1.1 必要性 早在十多年前,就有医学模拟教育引入医学生临床实践教学,并被认为医学实践教学发展的主流。为了满足学员见习需要,本院也大量添置现代化设备,包括 2005 年引进模拟学习机 90 套,每套模型可以同时供 3~4 名学员进行模拟练习。但是模型见习的缺点也是显而易见的,缺乏主动、互动。因此,有教师尝试将问题引入模型见习中,有助于培养学生学习的主动性、积极性和创造性,同时能训练学生形成正确的临床思维,最大程度地发挥学习的主观能动性,以提高学生临床思维能力^[2]。

1.2 具体做法 本研究探索的是,在模型见习中,将提出问题的主体设定为学生,模型见习与学生模仿患者、提出问题相结合。这种方法特别适用于桥梁课程如《诊断学》、各种基本操作等课程内容。本校一直根据课程阶段的不同,安排学员进行模型见习、学员模仿病员见习。尽管结合教学进度进行,问题的范围是教师确定的,但是问题的情景却是学生相互创设的。例如在《诊断学》这种桥梁课中,教师先安排学员在老师指导下,互为患者,从体检手法、部位开始练习。学员互为体检对象优势是:检查者感觉的是真实人体,与接触患者时是一致的,给后期临床接触患者打下了基础;二是同窗几年,非常熟悉,对于手

法轻重、部位准确等方面,可以边练边讨论;三是均有作为被检者经历,到临床后更容易换位思考,增加爱伤观念。待学员对体检手法、部位熟悉后,安排学生进行模拟人训练,本校使用的模拟学习机仿真性强,并有强大的病例库作支撑,基本体征、症状,均能在模拟人上见习到。

2 集中见习与课后见习根据不同需求相结合

2.1 必要性 一般情况下,考虑到工作量,很多医院将见习集中安排,也有因为特殊需要而集中安排的,有利于提高学生临床技能和医学人文素质^[3]。根据临床试验,将床边见习分散到教学环节中,并且辅以问题引导的方式,在判断、动手、医患沟通等方面有明显效果^[4]。为了达到临床见习效果,又不影响医患关系的目,本校根据教学进度的需要和学生人数的多少,以集中见习和课后见习相结合的方式完成床旁见习。

2.2 两种见习安排交错安排 课后见习:适用于组织学生规模在 100 名以内的班级。这种见习形式,只适宜小班级教学,学生理论课授课后,马上进行床旁见习。这种做法优势是学习不欠帐,理论知识马上到临床进行印证,加深学生理解和体会,对知识记忆有很大帮助。不足之处:见习分散,缺乏整体认识,对学生主动学习要求相对较高。集中见习:适用于组织学生规模超过 100 名的大型班级。对于大型班级,为了能达到见习效果,安排集中见习。就是理论课基本结束后,安排学生同时在多学科进行集中见习,对见习病种、基本技能等进行相对规范,也对带教教员从资格、形式等方面做了相应要求。这种见习优势是:学员们进行完整的理论学习后,见习课又一次把学生的思路重新进行了整理,加上带教教员相对固定,对(下转封 3)