

应用标准化病人培养住培医师人文素质教育的实践与思考

郭慧军¹ 徐茂锦¹ 朱南荷² 程汉利¹ 金海鸥¹ (通讯作者)

1.海军军医大学第一附属医院内科学与野战内科学教研室 上海 200433

2.海军军医大学第一附属医院毕业后医学教育管理办公室 上海 200433

【摘要】：住培医师人文素质关联医疗服务质量与医患关系稳定，标准化病人教学模拟真实医疗场景，培育沟通能力、共情意识与职业认知，补足传统教学里人文教育的薄弱板块。分阶段课程设计、临床情境渗透、多元评价体系搭建，锚定住培阶段人文素养培育的落地路径。医教协同机制完善与师资梯队建设落地，搭建系统化长效人文教育形态，稳步助力医学教育的品质化进阶发展。

【关键词】：标准化病人；住院医师规范化培训；人文素质教育；医学人文；实践教学

DOI:10.12417/2705-098X.26.07.029

引言

医学发展向临床人才提出更高人文关怀标准，住培医师扎根一线医疗实践，人文素质渐成医疗质量的核心衡量标尺。传统教学侧重技术培养忽视人文积淀，难以贴合临床对沟通能力与心理应对的实际需求。标准化病人教学模式依托实景还原与具象反馈的特质，为人文教育锚定全新落地方向，深挖住培体系内标准化病人教学的适配嵌入路径，是医学教育改革的核心探索方向。

1 住培医师人文素质教育面临的现实挑战分析

1.1 医学教育体系中人文教学资源配置不足

医学教育体系长期偏向生物医学模式的专业训练，教学资源多投向临床技能、诊疗流程与疾病机制相关内容，对人文教育关注力度欠缺，使其始终居于教学体系的边缘层面。多数医学院校课程布局均以专业学科为核心，人文课程课时占比有限、师资储备不足，欠缺兼具临床实操经验与人文底蕴的师资梯队，无法实现人文教育的扎实落地。部分高校布设医学伦理、医患沟通相关课程，却普遍存在内容零散割裂、教学形式固化的现状，无法搭建系统化且衔接完整的教学框架。人文教育在评价维度中占比偏低，学生常将这类课程视作无关紧要的软课程，弱化课程实际价值与专业属性。

1.2 传统教学模式难以激发人文关怀意识

传统医学教学以理论灌输为主，伦理、沟通等人文内容缺乏真实互动体验，临床实习重诊疗轻人文，评价体系聚焦技术，加剧“重技术、轻人文”倾向。相较而言，标准化病人教学法优势显著：一是通过高仿真情境，将抽象人文理念转化为可训练的具体行为，破解“知易行难”困境；二是提供低风险、可

重复的练习环境，允许在反馈中学习，弥补真实医患场景中沟通实践不足的缺陷；三是构建多元评估体系，推动评价向“人文与技术并重”转变，形成完整培养闭环。

1.3 住培阶段人文教育内容缺乏系统设计

住院医师规范化培训是医学教育向临床过渡的关键阶段，培训内容多聚焦临床技能规范把控与医疗安全把控，课程体系中人文教育安排欠缺系统规划与阶段设计^[1]。人文课程多以讲座、短期培训形式开展，欠缺持续性与深度，难以帮助学生构建人文素养的稳定认知框架。培训时间安排上，人文内容常置于非核心时段，导致学生参与度偏低，教学效果受限，培训内容缺乏与临床实际精准契合的案例及场景，学生难以将所学转化应用于真实医患互动，造成理论与实践脱节。部分培训基地对人文教育重视程度不一，缺少统一教学标准与质量监管机制，致使培训质量参差不齐。

2 标准化病人在人文素质培养中的独特教育价值

2.1 标准化病人模拟增强医患沟通实践能力

标准化病人教学依托可控、重复性高的模拟环境搭建临床沟通训练平台，为住培医师创设高频次、低风险沟通练习场景。模拟真实就诊流程下，标准化病人按固定脚本演绎患者角色，呈现具体病症表现与心理反应，强化训练的真实感与代入感。过程中，住培医师需完成问诊与信息采集任务，同步应对患者焦虑、质疑乃至对抗情绪，锤炼语言表达、非语言交流及情绪调节能力。标准化病人可结合沟通过程同步给出反馈，助力医师识别交流问题与盲点，提升沟通技巧实效。相较传统教学，模拟训练更易实现“做中学”，让沟通技能与临床实践无缝衔接，赋予医患互动人性温度与同理逻辑，在潜移默化中强化住

作者简介：

第一作者：郭慧军，女（1977.01-），汉族，河南开封人，硕士研究生，主管技师，研究方向：研究生教育、毕业后医学教育。

通讯作者：金海鸥，女（1983.09-），汉族，浙江平阳人，硕士研究生，助教，研究方向：本科生教育、毕业后医学教育。

基金项目：海军院校学科专业重点建设项目（CHJG2021012）。

培医师沟通主动性与应变能力。

2.2 情境再现帮助医师体验患者心理需求

标准化病人教学还原典型医疗场景，住培医师于模拟实践中理解患者就医全程的心理状态与行为反应。角色模拟里，标准化病人呈现生理症状，同步流露恐惧、无助、愤怒等复杂情绪，医师处理疾病信息时，需辨识并回应患者的情感需求。情境构建具备高度可控性，结合培训目标布设高压、高情绪波动的特殊病例，强化医师复杂场景下的心理敏感度与共情能力^[2]。部分教学设计以角色互换形式，让医师模拟患者身份，体会就医阶段的焦虑、等待与信息不对称，自觉在实际临床中筑牢医患关系的信任根基。

2.3 多维评估机制促进医师人文素养自我反思

标准化病人教学体系内，评估机制跳出技术操作单一打分模式，搭建多维度反馈体系，综合评判住培医师沟通、人文关怀与临场应变的实际表现。标准化病人经统一培训掌握反馈技巧，针对语言使用、眼神交流、情绪识别及安慰策略输出详实评语；辅导教师结合行为观察与教学目标，立足教学标准完成互动的专业点评。部分项目增设录像回放环节，医师回看自身表现，对照教学指标开展自我分析，逐步建立深度反思意识。多元主体评估维度下，教师、标准化病人、同辈医师与自我评价形成完整闭环，助力医师清晰认知自身沟通态度、情绪控制与人文回应的短板。

3 基于住培特点构建人文教育实践教学路径

3.1 分阶段嵌入人文课程强化角色认知体验

住院医师培训周期长、任务密集，不同阶段学习重点与心理需求差异显著，人文课程阶段化设计，助力不同培训节点达成角色认知与人文素养的适配。初始阶段可设置医德教育、医患沟通基础、职业伦理认知等课程，强化职业角色基础理解；中期阶段结合临床实践接触，引入共情训练、冲突应对、心理疏导等内容，提升复杂人际关系处理能力；后期阶段聚焦医疗责任感、死亡教育、医疗人文决策等议题探讨，引导完成从“技术执行者”向“人文关怀者”的认知转化。各阶段课程结合培训目标、学习进度及心理成熟度差异动态调整，搭配案例教学、小组讨论、角色扮演等互动形式，提升课程代入感与体验感，在整体培训周期内实现人文素养的持续积累与内化。

3.2 融合临床轮转设计人文素质训练模块

临床轮转是住院医师教育核心环节，不同专科实践轮转助力医师构建系统化临床知识与技能体系，人文素质培养与轮转科室深度融合，设置契合专科特点的人文训练模块，可大幅提升人文教育实效^[3]。肿瘤科、重症医学科等高情绪负荷科室，重点开展医患沟通中的心理支持、安宁疗护、死亡沟通技巧等训练；儿科、妇产科等科室，侧重家庭沟通、同理心培养及特殊人群交流策略训练。各轮转阶段由临床导师协同标准化病人

教学，开展模拟面谈、突发状况处置等情境演练，强化人文应对能力。模块设计覆盖问诊沟通、非语言行为、患者心理识别等内容，让住培医师在真实环境中持续体悟并掌握医学人文实践路径，筑牢临床决策中的人文责任意识。

3.3 构建教学反馈机制优化人文教学实施效果

教学反馈机制对人文教育落地发挥关键作用，科学多层次的反馈体系，可及时发现教学盲点与不足，实现教学质量持续改进。住培人文教育实践中，标准化病人、临床带教导师、课程观察员等多元角色，从患者体验、教学目标完成度与情境引导效果维度反馈记录。教学后依托结构化评估表、情境回顾讨论会及阶段性跟踪访谈，汇总培训反馈信息，反馈内容覆盖沟通方式、态度表现、同理回应、伦理处理等维度，摒弃仅以技能打分判断教学成效的单一模式。汇总数据及时用于修正教学内容与方式，建立学生个人反馈档案，跟踪人文素养成长轨迹。

4 推动标准化病人教学在人文教育中的系统融合

4.1 强化顶层设计与部门协同构建系统性教学框架

标准化病人人文教学的有效实施，首先依赖于明确的顶层设计和跨部门的顺畅协同。在实践中，我们主张由医院住培主管部门牵头，联合临床科室、教育处、医务处及心理学等相关专业团队，共同组建“人文技能教学工作组”。该工作组的核心职责是进行系统性规划：一是制定与本基地住培目标相契合的《标准化病人人文教学实施方案》，明确各阶段教学目标、核心内容与课时保障；二是统筹教学资源，建立包括案例脚本库、标准化病人库、师资库在内的共享资源平台，避免重复建设与资源壁垒；三是建立常态化沟通与问题解决机制，定期召开联席会议，评估教学效果，协调解决课程安排、病人调度、师资调配中的实际问题，确保教学计划顺畅落地。

4.2 聚焦师资与标准化病人“两支队伍”的能力建设

构建“遴选—培训—考核—激励”全链条机制，推进带教师资与标准化病人“两支队伍”专业化建设，筑牢人文教学根基。带教师资层面，精准遴选具备良好沟通能力、人文素养与教学热情的临床骨干，优先吸纳有相关教学经验者；实施分层专项培训，覆盖教学法应用、伦理解析、方案设计等能力维度，搭配观摩演练提升实操水平；将人文教学成效与绩效考核、职称评聘挂钩，设立专项奖励强化激励。标准化病人队伍聚焦“从症状模仿到人文演绎”升级，新增患者心理解读、情绪表达等培训模块，通过情景模拟提升演绎与反馈能力；建立资质认证体系与完善的招募薪酬机制，保障队伍稳定性。同时搭建协同联动机制，通过联合演练、教学研讨提升双方配合度，确保人文教学场景精准呈现与目标落地。

4.3 以持续性评价驱动教学闭环与质量改进

标准化病人人文教学需依托持续性评价机制，实现从教学到改进的闭环管理。应构建“过程性与终结性相结合”的多维

评价体系：过程性评价注重每一次教学互动后的即时反馈，由标准化病人、带教教师等依据结构化量表，围绕沟通、共情、伦理等维度进行点评，助力住培医师实时调整。终结性评价可纳入出科或年度考核，通过 OSCE 设置独立人文考站，重点考核在复杂情境中综合运用人文技能的能力。关键环节在于建立“评价—分析—反馈—改进”闭环，系统分析评价数据后，用于优化教学方案、案例设计与培训重点，推动人文教学质量持续提升，确保教育目标有效达成。

5 优化人文素质培养体系助力医学人才高质量成长

5.1 以培养共情能力为核心提升职业软实力

共情能力是医患沟通的关键素养，关联医疗服务质量与患者满意度，人文教育培养共情能力，聚焦识别患者情绪、理解处境及适度表达同理心的技巧训练。标准化病人教学模拟真实医疗场景，语言、行为、表情多维度反馈推动医师觉察自身沟通风格对患者感受的影响。包含情绪识别、应答技巧与非暴力沟通的系统性训练课程，有助于系统提升共情能力的相关测评维度。通过在住培课程中引入“共情沟通实训”模块，模拟多类临床情境并结合结构化观察与反思环节，该教学模式在理论层面为提升住培学生的综合共情水平提供了可行的教学路径。

5.2 搭建医教协同平台完善人文教育支持体系

建议以构建医教协同平台作为系统性推进住培人文教育的核心支撑。该平台可有效整合医院、院校及临床科室的资源与管理职能，统筹推进课程体系设计、师资队伍建设与教学效果评估。通过平台机制，有望实现模块化人文课程的持续开发、

标准化师资认证的全面覆盖，进而提升整体教学的系统性与满意度。最终，平台将促进资源共享、计划协同与质量共管，为深化人文教学、培养高素质医学人才提供坚实的组织与制度保障。

5.3 推动人文素质评价机制融入住培全过程

人文素质评价应系统嵌入住院医师规范化培训的全周期，贯穿入科、轮转、出科及年度考核等各阶段，与临床技能评价同步实施、同等重视。通过建立分层递进的评价框架，结合培训目标逐步深化对职业态度、沟通能力、伦理意识和团队协作等方面的考察。评价方式宜多元化，融合直接观察、情境模拟、同行反馈与自我反思等形式，并借助信息化手段实现动态记录与过程管理。注重形成性评价与终结性评价相结合，强化反馈与改进功能，避免“重形式、轻实效”。将人文素养纳入常态化考核体系，不仅有助于引导住培医师自觉提升人文修养，也为教学管理和质量改进提供依据，切实推动医学人才培养从技术导向向德术并重转变。

6 结语

标准化病人教学通过情境模拟与即时反馈，为住培医师人文素养培育提供了可实践、可评价的有效路径。分阶段课程设计、临床融合训练与系统化评价机制共同构建了人文教育的实施框架。未来，需进一步深化医教协同，完善师资发展与长效评估体系，推动人文素质教育与临床技能培训有机融合，为培养具有完备职业素养与人文关怀能力的高质量医学人才持续助力。

参考文献：

- [1] 康向飞,徐志霞,马磊.情景模拟教学法在我国医学生教育中的应用现状与展望[J].中国继续医学教育,2024,16(24):106-110.
- [2] 胡钰晗,王星星,莫晓群,等.标准化病人融入情景式教学在妇产科教学中的应用效果[J].妇儿健康导刊,2024,3(11):178-181.
- [3] 吴亚楠.医学教育视野下我国医学人文学科结构呈现与发展研究[D].南京医科大学,2024.