·教育评价·

胜任力导向的全科医生心身医学服务能力培训方案设计

黄蕾[1]　申远[2]　周进[3]　陈发展[4]　胡嘉[3]　陈正权[5]　陈优[6]

[1]同济大学附属同济医院教育处，上海 200065；[2]同济大学附属同济医院院长办公室，上海 200065；[3]上海市杨浦区精神卫生中心/上海健康医学院附属精神卫生中心防治科，上海 200090；[4]同济大学附属精神卫生中心院长办公室，上海 200122；[5]上海市杨浦区精神卫生中心/上海健康医学院附属精神卫生中心科教科，上海 200090；[6]上海市杨浦区精神卫生中心/上海健康医学院附属精神卫生中心精神科，上海 200090

通信作者：陈优，Email：yangpucy@163.com

【摘要】 目的　针对我国全科医生心身医学服务能力不足的问题设计能力培训方案，旨在提升基层医疗卫生机构的心理健康服务水平。**方法**　引入胜任力导向的医学教育理念，以团队前期构建的“全科医生心身医学服务能力评价指标体系”为指导，通过调研了解全科医生能力现状和培训需求，在此基础上构建能力培训方案，涵盖五大培训模块共28学时，采用多样化教学方法，运用多维度能力评价形式。**结果**　本研究构建的培训方案体现胜任力导向和需求驱动，兼具系统性和实践性。**结论**　该方案为我国全科医生心身医学服务能力提升提供了潜在的培训路径，需通过实践进一步验证培训效果与推广可行性。

【关键词】 全科医生；　心身医学；　胜任力；　培训方案

【中图分类号】 R0

基金项目：全国教育科学“十三五”规划课题 2019 年度教育部重点项目（DIA190409）；上海市卫生健康系统重点学科建设项目（2024ZDXK0010）

DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20250213-02230

Design of a competency-oriented training program for general practitioners in psychosomatic medicine services

Huang Lei[1], Shen Yuan[2], Zhou Jin[3], Chen Fazhan[4], Hu Jia[3], Chen Zhengquan[5], Chen You[6]

[1]Department of Medical Education, Tongji Hospital, Tongji University, Shanghai 200065, China; [2]Dean's Office, Tongji Hospital, Tongji University, Shanghai 200065, China; [3]Shanghai Yangpu District Mental Health Center/Department of Prevention and Treatment, Mental Health Center Affiliated to Shanghai University of Medicine & Health Sciences, Shanghai 200090, China; [4]Dean's Office, Mental Health Center Affiliated to Tongji University, Shanghai 200122, China; [5]Shanghai Yangpu District Mental Health Center/Department of Science and Education, Mental Health Center Affiliated to Shanghai University of Medicine & Health Sciences, Shanghai 200090, China; [6]Shanghai Yangpu District Mental Health Center/Department of Psychiatry, Mental Health Center Affiliated to Shanghai University of Medicine & Health Sciences, Shanghai 200090, China

Corresponding author: Chen You, Email: yangpucy@163.com

【Abstract】 Objective　To design a training program addressing the insufficient psychosomatic medicine service skills among general practitioners in China, and improve mental health service quality in primary healthcare institutions. **Methods**　The competency-oriented medical education concept was introduced. The design was guided by the Evaluation Indicator System for General Practitioners in

Psychosomatic Medicine Services previously constructed by our research team. An investigation was conducted to understand the competency and training needs of general practitioners. On this basis, a training program was constructed, comprising a total of 28 class hours and five training modules. This program employs diverse teaching methods and includes a multi-dimensional evaluation method. **Results** This training program demonstrated a competency-oriented and demand-driven design, featuring a systematic structure and practical applicability. **Conclusions** This training program may provide a potential pathway for enhancing psychosomatic service competency of general practitioners in China, and the training effectiveness and popularization feasibility need to be further verified through practice.

【**Key words**】 General practitioner; Psychosomatic medicine; Competency; Training program

Fund program: Key Projects of the Ministry of Education in 2019 under "The 13th Five-year Plan" for National Educational Science (DIA190409); Shanghai Key Medical Discipline Construction Fund (2024ZDXK0010)

DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20250213-02230

“心身相关障碍”(psychosomatic disorders)是严重损害居民心理健康的系列疾病,以心理社会因素在疾病的发生发展和转归中起着重要作用为特征,主要包括以躯体症状为重要表现的“心身疾病”和焦虑及抑郁等常见功能性“精神障碍”两大类[1]。研究发现,多数存在心理问题的患者常因躯体不适就诊于基层医疗卫生机构,全科医生是识别和初步处理居民常见心身相关障碍的“守门人”。将心身医学服务整合至初级卫生保健已成为全球趋势[2]。研究表明,由全科医生为心身相关障碍患者提供心身同治的整体方案,可显著提高医疗服务的可及性,而且有利于减少患者的病耻感、改善疾病结局和降低医疗成本[3]。然而,我国全科医生的心身医学服务能力普遍不足[4-5],这已成为制约基层医疗卫生机构提供心身医学服务的关键因素。

“胜任力导向医学教育”(competency-based medical education,CBME)强调以岗位需求驱动能力培养。心身医学服务能力作为全科医生岗位胜任力的重要组成部分,已纳入国内外相关胜任力模型中,一些国家和地区也先后设置了提升全科医生心身医学服务能力的培训课程[6]。我国比较重视培养全科医生诊疗躯体疾病的能力,现行“5+3”(即5年本科教育+3年住培)全科医学人才培养模式中,心身医学相关内容尚未形成系统化课程体系[7]。国内已有学者针对全科在职医师开展心身医学相关能力培训,并取得初步成效[8-10],但培训体系的构建主要基于文献和经验,缺乏教育学理论指导,导致培养目标重知识而轻技能和态度,教学方法以讲座为主而欠互动,能力评价多用问卷调查易偏主观,培训效果依然滞留在知识层面而非能力提升。

研究证实,基于胜任力模型构建培训方案,可有效解决培训内容碎片化与评价标准模糊的问题。研究团队前期已构建由“知识、技能、态度”三维度的全科医生心身医学服务能力评价指标体系[11]。鉴于此,本研究将以弥补全科医生心身医学服务能力短板为目标,基于研究团队前期构建的能力评价指标体系,指导全科医生心身医学服务能力培训方案的设计,旨在纳入到基层全科医生继续医学教育中,补齐其胜任力上的短板,推动心身医学服务在基层医疗卫生机构落地,提升我国居民的心理健康水平。本研究方案经上海市同济医院伦理委员会批准(K-W-2023-002),所有研究对象均在获知研究目的后自愿参与。

1　全科医生心身医学服务能力培训方案的构建论证

1.1　剖析全科医生心身医学服务能力的培训现状

研究表明,我国全科医生能够识别和处理心身医学问题者仅占33.00%[4],对于门诊精神障碍患者的初诊识别率和治愈率仅为31.30%和27.20%[12],全科医生在处理心身医学问题的服务能力和自信严重不足,这与缺乏系统科学的培训方案有关。随着我国全科医学人才培养体系的不断完善,大多数全科医生在院校本科教育阶段已经接受精神医学的

理论授课和临床实习轮转，在住院医师规范化培训阶段也参加了为期2周的精神医学门诊轮转，培训内容虽与心身医学服务能力培训有部分交叉，但涉及心身医学核心能力的培训不多，比如整体医学观塑造、临床诊疗思维和技能等。有学者针对在职全科医生开展心身医学继续教育培训，并取得初步成效，但培训课程的构建主要基于文献和经验，培训内容重知识而轻技能和态度，教学方法以理论授课为主而欠互动，能力评价多用问卷调查偏主观，大多数培训效果依然滞留在知识层面[8]。由此可见，我国全科医生心身医学服务能力的培养实践尚处于探索阶段，培训方案的设计缺乏理论指导和实证研究支持。

1.2　调研全科医生心身医学服务能力培训需求

以上海市社区全科医生作为研究对象，于2022年12月至2023年3月期间开展问卷调研。采用分层整群的抽样方法，首先根据上海市城区与郊区社区卫生服务中心的数量比随机抽取9家城区和14家郊区的社区卫生服务中心，随后邀请23家社区卫生服务中心的所有全科医生作为研究对象参与调研。本研究共发放713份调研问卷，回收有效问卷699份，有效率为98.04%。调研问卷Cronbach's α 系数为0.80。结果显示：699名调研对象中男性有210人(30.04%)，女性有489人(69.96%)；年龄≤35岁者230人(32.90%)，>35~45岁者280人(40.06%)，>45~55岁者171人(24.46%)，>55岁者18人(2.58%)；学历为专科者35人(5.01%)，本科者525人(75.11%)，硕士及以上者139人(19.89%)；初级职称者94人(13.45%)，中级职称者469人(67.10%)，副高及以上职称者136人(19.46%)。调研对象认为在临床中“遇到典型心身疾病患者比例”的平均值为61.37%，“遇到可能达到各类精神障碍诊断患者比例”的平均值为31.04%，认为“社区居民对心理健康教育有需求者”占比为77.25%；认为“严重精神障碍患者对于提供康复指导有需求”占比为72.10%。此外，调研对象对自己处理心身相关障碍的能力评价不高，仅327人(46.78%)表示“满意”和“非常满意”。

1.3　组建全科医生心身医学服务能力培训方案设计团队

面向基层医疗卫生机构心身相关障碍防治的迫切需求，基于上述全科医生心身医学服务培养需求的调研结果，结合我国基层全科医生岗位职责，系统梳理国内外全科医生心身医学(或心理健康、精神卫生)服务能力培训相关的方案。同时，为弥补国内已有培训缺乏多学科整合的不足，邀请10名跨学科领域专家共同参与培训方案的设计，希望能覆盖基层心身医学服务的预防、治疗和康复全流程，并纳入在职全科医生的继续医学教育培训中。培训方案设计团队成员中，4名专家来自精神医学/心身医学领域，3名来自全科医学领域，3名来自教育学领域；专家的平均年龄为55.2岁，年龄≤45岁者1人(10.00%)，>45~60岁者7人(70.00%)，>60岁者2人(20.00%)；男性5人(50.00%)，女性5人(50.00%)；博士研究生学历9人(90.00%)，硕士研究生学历1人(10.00%)；高级职称7人(70.00%)，副高级职称3人(30.00%)，相关领域专家分工与贡献详见表1。

2　全科医生心身医学服务能力培训方案的设计过程

为清晰呈现培训方案的整体设计逻辑与核心构成，本研究构建了胜任力导向的培训方案设计整体框架(图1)，以此为纲指导后续具体内容的设计。

2.1　引入胜任力导向的医学教育理念

CMBE重视以能力模型为指导构建培训方案。关于全科医生岗位胜任力的模型构建研究较成熟，世界家庭医师组织、英国皇家全科医师学会、美国毕业后医学教育委员会和加拿大家庭医师学会等

表1　培训方案设计专家分工与贡献

专业领域	人数	主要职责	具体贡献示例
精神医学/心身医学	4	培训内容设计、师资队伍培训	筛选适合基层全科医生的心身医学服务能力培训核心内容，明确社区常见精神障碍的转诊标准，培训非精神科师资
全科医学	3	基层场景适配、案例库建设	明晰社区心身医学服务需求，确定全科医生相关能力短板，编制全科心身医学教学案例
教育学	3	培训方案设计	指导基于能力模型构建教学内容、教学方法和评价方式

组织先后发布了全科医生岗位胜任力模型框架，均涉及心身医学服务相关要素。我国虽未在国家层面出台全科医生岗位胜任力模型但也开展了相关研究。魏云等[13]对31项已发表的全科医生岗位胜任力模型要素进行分析，总结出顺位前十的能力，包括基本医疗服务、基本公共卫生服务、沟通能力、临床基本技能、人文执业能力、医学专业知识、教学能力、基于实践的学习与改进、团队合作、综合管理能力。通过对国内外全科医生岗位胜任力的比较研究发现：各国胜任力模型的框架略不同但内涵较类似，已涉及心身医学服务的部分能力特征，包括“以患者为中心”“医患沟通”“团队合作”等，也正是我国全科医生的胜任力短板。本团队前期构建的全科医生心身医学服务能力评价指标体系共27个能力条目，包含“心身医学及相关学科知识”（知识维度）、“心身相关障碍防治和康复”（技能维度）、“心身医学服务相关职业素养”（态度维度）[11]，为本研究的培训模块设计、教学方法选择及评价工具开发提供直接依据。现以技能维度的“病史采集和精神检查”为例，将能力条目、培训模块及内容、教学方法和评价形式进行对应，详见表2。

2.2　构建模块化的培训内容

培训内容分为五大核心模块，共28学时，其中线下学习的23学时均为必修课，5学时选修课为智

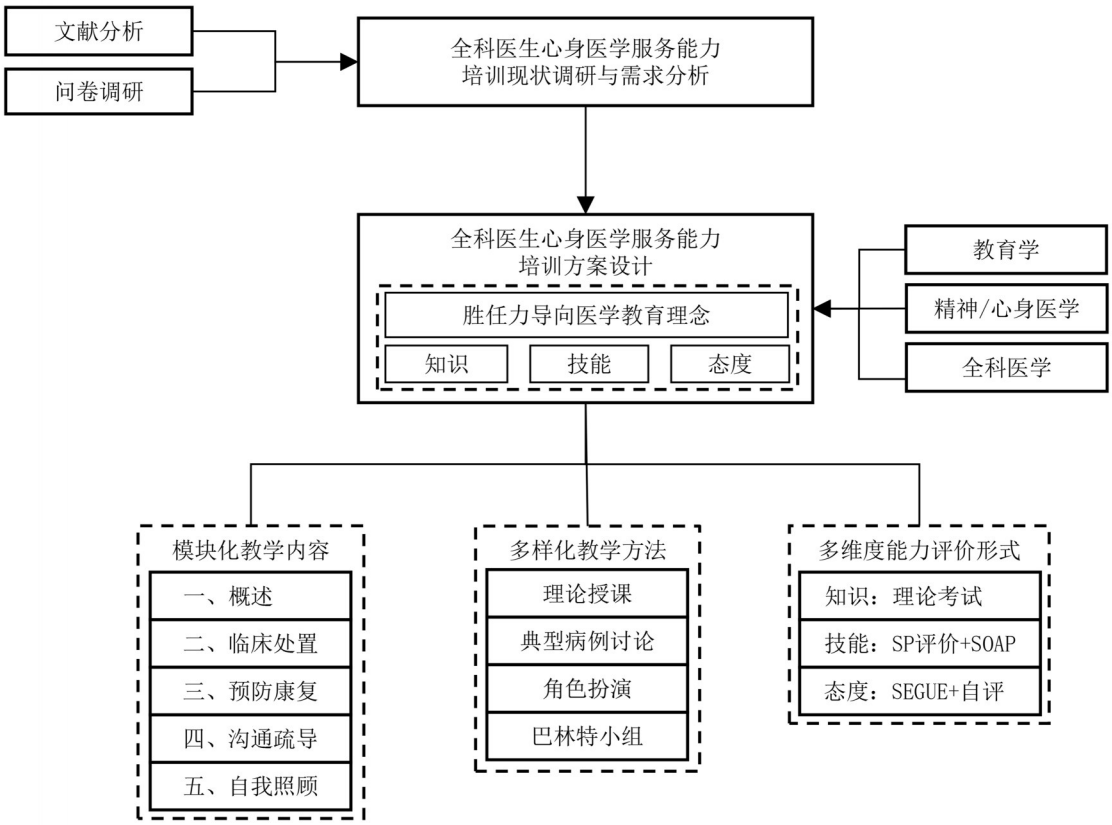


图1　胜任力导向的培训方案设计框架图

表2　“胜任力导向”全科医生心身医学服务能力培训方案的框架举例

能力条目	相关培训模块	培训内容	性质	教学方法	学时	评价形式
3.1病史采集和精神检查	社区常见心身相关障碍的临床处置	全科心身医学相关问题的临床诊疗思维	必修	理论授课	1	接诊SP，询问病史和精神检查
		社区常见精神障碍的临床表现和初步处理策略	必修	理论授课	2	
		社区常见心身共病问题和处理原则	必修	理论授课	1	
		社区常见心身相关障碍的病史采集和精神检查	必修	角色扮演	1	
		社区心身相关障碍典型病例讨论	必修	病例讨论	5	
	医患沟通与心理疏导	心理治疗基本理论和心理疏导技巧	必修	理论授课	1	
		医患沟通理论和技巧	必修	理论授课	1	

慧树线上课程，主要为拓展内容用于全科医生自学。

模块一：心身医学概述（3学时，必修）。该模块要求全科医生能够掌握心身医学及其相关基本概念；熟悉疾病的“生物—心理—社会”模型；熟悉综合性医院的心身医学服务模式、社区心身医学服务的范围和内容；熟悉我国精神心理相关的法律、法规及政策要求，相关伦理规范和决策步骤。

模块二：社区常见心身相关障碍的临床处置（12学时，必修）。该模块综合运用理论授课（6学时）、角色扮演（1学时）和典型病例讨论（5学时）的教学方法，要求全科医生能够掌握社区常见心身疾病的初步心理评估技能、熟悉社区常用心理健康评估工具、掌握医患沟通和整合式治疗的素养提升；掌握社区常见精神障碍的临床表现、识别、初步处理和转诊流程，主要包括失眠、焦虑抑郁状态、躯体症状障碍、精神分裂症、痴呆等；掌握躯体疾病和精神障碍的共病问题和处理原则；掌握躯体疾病所致精神心理问题的识别和处理原则；熟悉社区常用心理健康评估工具；掌握社区常用精神科药物及用药原则。

模块三：心理健康预防和精神康复（3学时，含1学时选修）。在医防融合背景下，要求全科医生熟悉社区精神卫生的三级预防体系，心理健康科普宣教方法和资源获取途径；了解常见心身相关障碍的筛查方法。掌握社区精神康复和管理的服务内容；熟悉重性精神障碍的种类和核心症状；智慧树选修课提供社区心理危机风险评估及处理原则供全科医生自学。

模块四：医患沟通与心理疏导（6学时，含4学时选修）。该模块要求全科医生能够掌握医患沟通的原则和实用技巧，将“生物—心理—社会”医学模式应用于问诊过程中；熟悉心理治疗主要流派的特征和常用心理干预方法。选修课讲解个体各阶段心理发育特点和心理健康问题；家庭生命周期理论和各生命周期面对议题；家谱图的绘制方法；心理应激与压力管理的相关基础知识，旨在帮助全科医生更好地理解新医学模式，强化整体医学观。

模块五：全科医生的自我照顾与反思（4学时，必修）。该模块采用“巴林特小组”的教学形式，包括1学时理论介绍和3次小组活动体验，旨在通过讨论全科医生经历的医患关系真实案例，引导全科医生反思自己和患者的关系，提升医患沟通和共情能力，缓解工作压力并关注自我心理健康。

2.3 采用多样化的教学方法

全科医生心身医学服务能力培训方案的设计注重临床实操性，围绕培训目的综合采用角色扮演、病例讨论和巴林特小组体验教学方法，约占必修课学时数的40.00%，大大提升了培训过程的互动性和参与度。“角色扮演”通过一名精神科医生问诊标准化病人（standardized patient，SP），示范心身医学问题的病史采集技巧、精神检查内容和临床思维过程。“心身医学典型病例讨论”涵盖双心医学问题、失眠、慢性病和肿瘤患者的情绪问题、抑郁障碍等社区常见心身相关障碍，旨在通过小组讨论提升全科医生的心身医学临床思维。“巴林特小组”起源于英国全科医生讨论复杂医患关系的活动形式，也是心身医学培训的核心技巧之一，经同济大学附属同济医院精神医学科引入我国并应用于医学教育中。团队前期研究结果显示，参与巴林特小组的53名住培医师中，84.91%认为该活动有助于感受到理解和支持，71.70%认为有助于释放工作压力[14]，证实巴林特小组促进医务人员的职业成长与心理健康的有效性，也是培训方案的特色之一。各培训模块对应教学方法及课时数详见表3。

2.4 运用多维度能力评价形式

采用多种评价方式考核全科医生心身医学服务的核心能力。采用理论考试测评全科医生心身医学知识掌握程度，考题由单选和基于病例的多项选择题组成，涵盖能力指标体系中“心身医学及相关学科知识”所涉及的主要内容。要求全科医生接诊1名有心身医学问题的SP，对接诊过程进行全程录像，结束后要求全科医生撰写1份SOAP病历，考核其病史采集能力和临床诊疗思维。此外，将“医患沟通和关系”作为态度维度的评价指标：一方面，考官通过回看接诊录像，采用医患沟通技能评价量表（SEGUE）评价全科医生的医患沟通能力；另一方面，由SP对问诊过程中医患沟通满意度进行评价。详见表4。

表3　全科医生心身医学服务能力的培训模块和教学方法

培训模块	教学方法	课时数
(一)心身医学概述	理论授课	3学时
(二)社区常见心身相关障碍的临床处置	理论授课	6学时
	典型病例讨论	5学时
	角色扮演	1学时
(三)心理健康预防和精神康复	理论授课	3学时(含1学时选修)
(四)医患沟通与心理疏导	理论授课	6学时(含4学时选修)
(五)全科医生的自我照顾与反思	巴林特小组理论授课	1学时
	巴林特小组体验	3学时
合计	28学时(必修23学时,选修5学时)	

表4　全科医生心身医学服务能力的评价形式

能力维度	考核具体能力	评价方式	评价工具
知识	心身医学核心知识	理论考试	试卷
技能	病史采集和诊疗思维	SP问诊后撰写SOAP病历	SOAP病历质量
态度	医患沟通能力	SP问诊过程中医患沟通表现评价	教师采用SEGUE量表评价 SP对医患沟通满意度评价

3　全科医生心身医学服务能力培训方案设计的思考

本研究紧密围绕我国全科医生的能力短板,弥补已有培训课程中存在的教学目标不全面、教学内容不系统、评价不客观等问题,构建全科医生心身医学服务能力培训方案,旨在完善全科医学人才的培养体系[15],推动基层心理健康服务的可及性。本研究制定的培训方案具有以下特点:

第一,践行胜任力导向的医学教育理念。基于全科医生心身医学服务能力评价指标体系,培训模块内容覆盖国家对基层医疗卫生机构提出的心理健康服务要求,在培训内容层面将能力培训从“知识”维度拓展到“技能”和“态度”维度。培训内容、教学方法及评价方式均与能力维度和具体能力目标对应,充分体现胜任力导向的设计理念,确保培训方案的系统性和科学性。此外,通过案例讨论强化临床思维、角色扮演模拟真实场景,将能力培养从知识记忆拓展至实践应用,解决了传统培训中胜任力导向培养的缺失。

第二,需求驱动的闭环式设计。通过开展系统的文献分析和针对性的调查研究,深入地了解我国全科医生心身医学服务能力培训现状和培训需求,从而确保培训内容能够满足全科医生的实际需求,形成从广大全科医生的需求出发,设定目标并开展多元化教学方案,最终通过多维度评价完整呈现培训方案设计的全流程,这不仅突破了传统课程中培训目标与培训需求脱节的瓶颈[16],也能够及时发现课程实施中存在的问题,采取针对性的调整和优化措施,从而保障课程培训效果并促进持续改进。

第三,理论和实践双向渗透。培训方案重视多学科理论知识整合和实践导向,组建了跨学科专家团队,将全科医学与精神医学、心身医学、教育学等学科的知识深度融合,突出了“生物—心理—社会”医学模式和心身整合式干预的特色。例如,通过巴林特小组反思医患关系,培养共情能力与自我心理调适技巧;通过内科常见典型心身医学病例讨论,启发全科医生在处理患者躯体疾病的同时初步评估其精神心理问题,并提供个体化治疗方案。这种理论与实践的双向渗透,弥补了既往培训方案中多学科知识的割裂和重理论轻实践的不足[17]。

第四,能力评价涵盖多维度。培训方案贯彻了胜任力导向的教育理念,采用理论考试、SP评价和量表自评等评价形式,不仅能够更全面、客观地评估培训效果,也可以解决传统课程设计中“重知识轻能力”,未能评价“技能”和“态度”维度的难题[18],从而形成“教学—评价—改进”的良性循环。

本研究构建的全科医生心身医学服务能力培训方案具有前瞻性和科学性,但在实施过程中仍面临一些局限性和挑战。首先,本研究中样本的代表

性有限，关于全科医生心身医学服务能力现状和培训需求的调研局限于上海市社区全科医生，未来需开展东、中、西部多中心研究。其次，培训方案的资源依赖性较高，尤其是多学科师资和SP储备可能在某些地区不足，影响全面推广，未来可借助“虚拟病人”技术和区域医疗联盟共享教学资源。最后，虽然培训方案在设计时经过较充分的论证，短期集中培训对长期能力提升的效果仍需通过追踪研究加以验证，且需根据各地具体情况对培训方案进行针对性的调整。

4 结语

针对我国全科医生心身医学服务能力不足的现状，本研究以胜任力导向医学教育理念为框架构建能力培训方案。通过系统分析国内外全科医生胜任力模型结合实证调研数据，设计出包含五大模块的培训课程并形成闭环优化机制。培训方案具有较好的理论指导性，依托前期构建的能力评价指标体系，突破了传统培训内容碎片化、评价主观化的局限，为基层全科医生心身医学能力培养提供了标准化路径，并通过多学科专家协作及典型案例教学，实现了与基层诊疗场景的深度融合，推动培训效果从知识记忆向临床胜任力转化。在推广过程中需考虑区域资源差异，可建立“师资—虚拟病人”资源库实现资源共享，采用“核心模块统一与区域案例定制”分层培训并通过医联体平台开展远程督导，以确保培训方案的适应性。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

作者贡献声明 黄蕾：论文撰写、培训方案构建；申远：文献分析、参与论文撰写和数据分析；周进、胡嘉、陈正权：参与培训方案完善和数据收集；陈优：课题指导、论文修改

参考文献

[1] 赵旭东. 心身医学[M]. 北京：人民卫生出版社，2022.

[2] 杨燕青，陶莹，李达，等. 心身医学在全科实践中的作用思考[J]. 中华全科医学，2020，18(6)：998-1001. DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.001412.

[3] 费长青. 心身医学：初级医疗的国际入门读物[M]. 北京：中国协和医科大学出版社，2016.

[4] 秦虹云，孙斌，曹志城，等. 浦东新区全科医师心身医学能力调查分析[J]. 中国初级卫生保健，2018，32(9)：61-63. DOI: 10.3969/j.issn.1001-568X.2018.09.0023.

[5] 杨燕青，郑宏，李达，等. 社区医疗团队的心身疾病认知应对能力调查及发展建议[J]. 中国初级卫生保健，2019，33(12)：93-96. DOI: 10.3969/j.issn.1001-568X.2019.12.0030.

[6] Kawada S, Moriya J, Wakabayashi H, et al. Mental health training in family medicine residencies: International curriculum overview [J]. J Gen Fam Med, 2023, 24(2): 63-71. DOI: 10.1002/jgf2.608.

[7] 黄蕾，李清伟，靳令经，等. 关于我国全科医师心身医学能力培训的思考[J]. 中华全科医师杂志，2019，18(2)：110-113. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2019.02.003.

[8] 周丽，柏涌海，周建军，等. 关于开展全科医师精神心理知识规范化培训的思考[J]. 中华健康管理学杂志，2016，10(5)：406-410. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-0815.2016.05.016.

[9] 郭祎，秦虹云，胡承平. 上海市浦东新区基层全科医师心身医学项目培训效果评估[J]. 中国初级卫生保健，2019，33(9)：9-11. DOI: 10.3969/j.issn.1001-568X.2019.09.0004.

[10] 何燕玲，庄文旭. 全科心理健康服务能力建设内容建议[J]. 中华全科医师杂志，2019，18(2)：114-116. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2019.02.004.

[11] 钱盈利，张伟，蒋佳慧，等. 全科医师心身医学服务能力评价指标体系构建的实证研究[J]. 同济大学学报(医学版)，2024，45(5)：746-752. DOI: 10.12289/j.issn.2097-4345.24093.

[12] 张含之，徐小凤，刘忠仁，等. 基于文献荟萃的全科医师诊治门诊精神心理障碍患者的专科协作瓶颈与策略分析[J]. 中国全科医学，2019，22(21)：2543-2547. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.154.

[13] 魏云，王飞跃，王美荣，等. 我国全科医生岗位胜任力评估指标体系研究进展[J]. 中国全科医学，2021，24(19)：2394-2400. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.103.

[14] 黄蕾，何文娟，汪浩，等. 巴林特小组在住培医师规范化培训中的探索与实践[J]. 上海医药，2017，38(22)：3-6. DOI: 10.3969/j.issn.1006-1533.2017.22.002.

[15] 刘畅. 我国全科医学人才培养存在的问题与解决路径[J]. 高等教育研究，2020，41(3)：94-99.

[16] 金可，任菁菁. 全科医生培养的中德对比及借鉴分析[J]. 中国全科医学，2024，27(19)：2330-2335. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0259.

[17] 黄蕾，张伟，曾子煊，等. 全科住院医师规范化培训学员的心身医学服务能力现状和培训需求调查[J]. 中华全科医师杂志，2023，22(5)：486-491. DOI: 10.3760/cma.j.cn114798-20220810-00839.

[18] 赵旭东，高贝贝，李雷. “心身医学-导师负责制”新模式在全科规范化培训中的探索[J]. 医学研究杂志，2023，52(4)：189-192. DOI: 10.11969/j.issn.1673-548X.2023.04.041.

（收稿日期：2025-02-13）

（本文编辑：唐宗顺）