·XXXX·

# 多模式教学提升本科医学生的医患沟通能力及共情能力研究

张艳丽[1,2]　雷姿颖[3]　饶嘉玲[4]　卢丽娟[5]　罗金妮[6]　巴俊慧[7]　陈晓萍[8]　涂柳丹[1,2]
[1]中山大学附属第三医院风湿免疫科，广州 510630；[2]广东省免疫疾病临床研究中心，广州 510630；[3]中山大学附属第三医院感染性疾病科，广州 510630；[4]中山大学附属第三医院肾脏内科，广州 510630；[5]中山大学附属第三医院肿瘤内科，广州 510630；[6]中山大学附属第三医院消化内科，广州 510630；[7]中山大学附属第三医院内科ICU，广州 510630；[8]中山大学附属第三医院内科教研室，广州 510630
通信作者：涂柳丹，Email：tuliudan3@mail.sysu.edu.cn

**【摘要】 目的** 探索多模式医患沟通培训对本科医学生医患沟通能力及共情能力的作用和效果。**方法** 选取2025年在中山大学附属第三医院进行诊断见习的85名临床医学本科生作为研究对象，按见习小组采用整群随机法分为对照组和试验组。对照组采用传统教学方法，试验组采用包括医疗影视剧观摩、模拟训练及角色扮演、巴林特小组讨论等在内的多模式教学进行训练。教学前后采用杰弗逊共情量表评估医学生共情能力，采用利物浦医生沟通能力评价量表进行医患沟通能力综合测评。采用Stata 18.0进行配对$t$检验和Wilcoxon符号秩和检验。**结果** 经培训后，试验组医学生共情能力总分高于对照组，尤其在观点采择（62.17 ± 3.75 vs. 59.73 ± 5.65，$Z$=2.08，$P$=0.037）和情感关怀（51.27 ± 2.63 vs. 48.82 ± 3.64，$Z$=3.27，$P$<0.001）维度上，差异具有统计学意义。利物浦医生沟通能力评价量表评分中，试验组在沟通技巧（12.24 ± 1.49 vs. 10.68 ± 1.64，$t$=4.58，$P$<0.001）和沟通礼仪（14.58 ± 1.70 vs. 13.56 ± 1.67，$t$=2.77，$P$=0.007）维度均优于对照组，差异具有统计学意义。**结论** 在医学本科生培养过程中，融入多模式医患沟通培训，可显著提高医学生的共情能力和医患沟通能力。

**【关键词】** 多模式教学；　医学生；　医患沟通；　共情能力
**【中图分类号】** R-0；R-4；R44
**基金项目：**中山大学2024年教学质量与教学改革工程项目
DOI：10.3760/cma.j.cn116021-20260403-02325

**Multi-modal teaching for enhancing doctor-patient communication skills and empathy of undergraduate medical students**

*Zhang Yanli[1,2], Lei Ziying[3], Rao Jialing[4], Lu Lijuan[5], Luo Jinni[6], Ba Junhui[7], Chen Xiaoping[8], Tu Liudan[1,2]*
*[1]Department of Rheumatology, The Third Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510630, China; [2]Guangdong Provincial Clinical Research Center for Immunological Diseases, Guangzhou 510630, China; [3]Department of Infectious Diseases, The Third Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510630, China; [4]Department of Nephrology, The Third Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510630, China; [5]Department of Oncology, The Third Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510630, China; [6]Department of Gastroenterology, The Third Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510630, China; [7]Department of Internal Intensive Care Unit, The Third Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510630, China; [8]Teaching and Research Section of Internal Medicine, The Third Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510630, China*
*Corresponding author: Tu Liudan, Email: tuliudan3@mail.sysu.edu.cn*

**【Abstract】 Objective** To explore the role and effectiveness of multi-modal doctor-patient communication training on doctor-patient communication skills and empathy of undergraduate medical students. **Methods** A total of 85 undergraduate clinical medical students who underwent diagnostics clerkship at the Third Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University in 2025 were included. Students were assigned to a control group and an experimental group by cluster randomization based on clerkship groups.

The control group received traditional teaching methods, while the experimental group received multi-modal teaching including medical drama observation, simulation training and role-playing, and Balint group discussion. Before and after teaching, the Jefferson Scale of Empathy was used to evaluate the empathy of medical students, and the Liverpool Communication Skills Assessment Scale was used to comprehensively evaluate doctor-patient communication skills. Paired *t*-test and Wilcoxon signed-rank test were performed using Stata 18.0. **Results** After training, the total empathy score of the experimental group was higher than that of the control group, and significant differences were observed in the dimensions of perspective taking (62.17 ± 3.75 vs. 59.73 ± 5.65, $Z$=2.08, $P$=0.037) and compassionate care (51.27 ± 2.63 vs. 48.82 ± 3.64, $Z$=3.27, $P$<0.001). Based on the Liverpool Communication Skills Assessment Scale scores, the experimental group outperformed the control group in the dimensions of communication skills (12.24 ± 1.49 vs. 10.68 ± 1.64, $t$=4.58, $P$<0.001) and communication etiquette (14.58 ± 1.70 vs. 13.56 ± 1.67, $t$=2.77, $P$=0.007), and the differences were statistically significant. **Conclusions** In the process of medical undergraduate education, integrating multi-modal doctor-patient communication training can significantly improve the empathy and doctor-patient communication skills of medical students.

【**Key words**】 Multi-modal teaching; Medical student; Doctor-patient communication; Empathy

**Fund program:** 2024 Sun Yat-sen University Project for Teaching Quality and Teaching Reform

DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20260403-02325

医患沟通是指医护人员与患者及其家属之间通过言语和非言语交流来分享信息、意义和感受的过程。良好的医患沟通可以提高医患交流效率，为患者提供更好的情感支持，增加患者就医的依从性，也有助于获得更好的长期治疗结果[1]。同时，医患沟通与新时代医学教育理念的转变及“以人为中心”的医学理念相契合[2]。

近年来，西方国家已构建国家级医学教育框架，将沟通技能教学列为医师核心胜任力的重要组成部分，而中国高校引入医患沟通课程的时间较晚，开设课程的比例较低[3]，存在覆盖面窄、体系不完整、模式单一的问题[4]。医学生因沟通技能理论基础薄弱、临床实践经验欠缺，往往难以有效获取患者信任，进而影响良好医患关系的构建。因此，在医学生培养的全过程中，需持续系统地强化医患沟通与共情能力的培养。传统的医患沟通训练[5]往往侧重于教师的单向输入，难以调动学生的兴趣，课程互动形式单一，无法很好地模拟真实医患沟通场景，难以有效培养学生的换位思考能力和实际应用能力。因此，本研究通过融合多种医患沟通培训模式，包括观看医疗影视剧、模拟训练与角色扮演融合教学、巴林特小组模式讨论等，促进学生深度参与、共情换位和主动应用。模拟训练和角色扮演教学通过模拟临床常见医患沟通场景，让学生从医患双方的不同视角体验沟通过程中的心境变化，从而培养学生的换位思考能力并实现知行转化。巴林特小组讨论教学则以医患关系和情感互动为核心，通过团体互助活动，针对典型案例进行深度讨论和反思，提高学生的沟通能力与人文关怀素养。同时，本研究通过量化评估教学干预对学生共情能力和医患沟通能力的影响，为人文教育融入医学生培养实践提供可操作路径和依据，探索适合临床前期医学生提升医患沟通能力的培养模式。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2025年在中山大学附属第三医院进行诊断见习的85名本科三年级临床医学生作为研究对象，调查其在接受多模式教学干预前、后的共情能力及医患沟通能力的变化。采用整群随机分组法，按小组分为对照组和试验组（共8个小组，各小组人数为10~12人），其中对照组44名，试验组41名。经课程说明后，参与学员自愿参与本研究，并能在教学干预前、后完整填写问卷。两组医学生基本资料比较，差异无统计学意义（$P$>0.05），具有可比性（表1）。

### 1.2 教学方法

#### 1.2.1 对照组教学

对照组采用传统临床带教的方式进行医患沟通培训。按照诊断学临床带教计划及教学大纲开展教学工作，具体内容包括：①医患沟通的专题讲座培训，通过线下授课形式开展，每2周1次，聚焦医患沟通的伦理规范、心理学知识，解读相关法律法规中与沟通相关的条款，夯实学员理论基础；②临床带教问诊过程中的医患沟通训练，带教教师提前明确沟通要点，如病情信息的获取、下一步治

**表1**　两组医学生的一般资料比较

| 项目 | 试验组（$n$=41） | 对照组（$n$=44） | $t/\chi^2$值 | $P$值 |
|---|---|---|---|---|
| 年龄（岁，$\bar{x}\pm s$） | 19.71 ± 0.71 | 19.70 ± 0.70 | 0.02 | 0.985 |
| 男性[例（%）] | 23（56.10） | 21（47.73） | 0.59 | 0.290 |
| 独生子女[例（%）] | 23（56.10） | 23（52.27） | 0.12 | 0.446 |
| 性格特质[例（%）] | | | 0.23 | 0.903 |
| 外向 | 5（12.20） | 4（9.09） | | |
| 内向 | 13（31.71） | 15（34.09） | | |
| 中性 | 23（56.10） | 25（56.82） | | |
| 担任学生干部[例（%）] | 12（29.27） | 13（29.55） | 0.00 | 0.584 |
| 参与社会实践活动[例（%）] | 31（75.61） | 36（81.82） | 0.49 | 0.332 |
| 选修或学习过医学人文课程[例（%）] | 34（82.93） | 42（95.45） | 3.51 | 0.063 |

疗方案的解释、生活建议等，指导学员制定个体化问诊沟通框架。学员在带教教师的监督下，完成与患者的问诊沟通，带教教师观察学员的沟通态度、言语表达、共情能力等，问诊结束后开展现场复盘，点评学员的沟通表现，结合实际情况讲解改进方法。

**1.2.2**　试验组教学

试验组在常规医患沟通培训的基础上，着重采用多模式教学方式，培训频率为每2周1次，包括：①医疗影视剧[6]片段沉浸式教学。选取时长5~8 min的《急诊室故事》《心术》《豪斯医生》等具备典型临床场景、贴近真实医患互动的影像剧片段，学习具体的医患沟通技巧，由授课教师针对片段中的沟通要点、话术设计等进行讲解，重点剖析不同沟通场景下的应对策略和常见误区；随后组织学生分组讨论，围绕影视片段中医师沟通行为的优势与不足、作为接诊医师如何优化沟通流程等问题进行深度交流，引导学生从案例中提炼医患沟通技巧。②模拟训练及角色扮演融合教学。基于临床高频的医疗沟通情景（如门诊问诊、病情告知、诊疗方案知情同意等）设计标准化模拟情境进行模拟训练。学生被随机分配医师、患者、患者家属等角色，模拟对应的情绪状态，还原真实临床沟通中的场景。学生在模拟过程中独立完成沟通流程，教师进行观察并指出沟通中存在的问题，引导扮演医师角色的学生换位思考，深刻体会患者及家属的心理需求和情感诉求，强化共情能力。③巴林特小组模式讨论。在模拟训练后，参考巴林特小组的核心理念与操作规范，组建小组进行讨论，讨论聚焦于模拟训练中出现的沟通难点、情绪冲突及角色体验感悟，鼓励学生分享扮演过程中的心理变化及沟通应对心得等，促使学生在交流中反思自身沟通模式的不足，借鉴他人的优秀经验，进一步巩固模拟训练的教学效果。

**1.3**　评价指标

医学生共情能力评估：采用中文版杰弗逊共情量表（学生版）[7]进行评估，该量表已在医学本科生中得到验证，具有较好的信度和效度。量表包括观点采择（条目1、4、5、6、8、10、11、13、16）、情感关怀（条目3、7、9、12、14、15、18、20）、换位思考（条目2和17）3个维度，采用Likert 7级评分法计分，其中正向计分条目10个，反向计分条目10个，满分为140分，得分越高，说明共情反应水平越高。总量表Cronbach's $\alpha$系数为0.899，重测信度为0.812。

医学生沟通能力评价：本研究采用徐婷等[8]修订的中文版利物浦医生沟通能力评价量表，该量表更符合中国医疗环境，具有良好的信度和效度。中文版量表共11个条目，可分为沟通技巧（条目3、5、8、9、11）和沟通礼仪（条目1、2、4、6、7、10）2个维度，评分包括4个等级，分别为0（不可接受）、1（较差）、2（可接受）、3（很好），分数越高表示沟通能力越强。总量表Cronbach's $\alpha$系数为0.86，重测信度为0.83。

**1.4**　调查问卷及量表情况

学生版调查问卷由两部分组成，包括人口学资料（年龄、性别、是否独生子女、性格特质、是否担任学生干部等可能影响共情能力的指标）和中文版杰弗逊共情量表。首份学生版调查问卷由带教教师在入院教育现场说明研究目的，取得医学生知情同意后通过电子问卷进行填写；培训3个月后再次发放电子问卷，由医学生自评杰弗逊共情量表。在基线及培训3个月后，由带教教师使用利物浦医生沟通能力评价量表对医学生进行评估。

**1.5**　统计学方法

采用Stata 18.0进行统计学分析。基线期两组医学生的一般资料比较中，符合正态分布的计量资料以均数 ± 标准差表示，组间比较采用独立样本$t$

检验；计数资料以例数（百分比）表示，组间率的比较采用卡方检验，检验水准$\alpha$=0.05。干预前、后两组医学生各问卷得分以均数 ± 标准差表示，并对两组教学干预前、后得分的差值进行比较：若差值符合正态分布，采用配对样本$t$检验分析；若不符合正态分布，则采用 Wilcoxon 符号秩和检验。检验水准$\alpha$=0.05。

## 2　结果

### 2.1　干预前、后两组学生共情能力比较

干预前，两组医学生杰弗逊共情量表总分及各维度得分比较，差异无统计学意义。除换位思考维度外，干预后两组医学生杰弗逊共情量表总分及各维度得分均有所提升，试验组医学生在总分、观点采择和情感关怀维度得分提升幅度高于对照组，差异具有统计学意义（表2）。

### 2.2　干预前、后两组医学生沟通能力变化情况

干预前，对照组44名学生中沟通能力最高得分为29分，最低得分为12分；试验组41名学生中沟通技能最高得分为23分，最低得分为11分，两组医学生的医患沟通能力得分比较，差异无统计学意义。干预后，两组医学生的利物浦医生沟通能力评价量表总分及各维度得分均有所提升，干预前后两组间总分、沟通技巧及沟通礼仪比较，差异有统计学意义（$P$<0.05）（表3）。

## 3　讨论

### 3.1　多模式医患沟通技能培训有助于提高医学生的共情能力

本研究发现，基于医疗影视剧观摩、模拟训练与角色扮演相融合的教学及巴林特小组讨论的多模式医患沟通培训能显著提高学生的共情能力，这一发现与既往巴林特小组研究的结论相符合[9]，提示该教学模式在激发学生的学习动机、增强医学生共情能力方面具有积极作用。该教学模式依托建构主义学习理论与情境认知理论，秉持“以学生为中心”的教学理念，强调学生在知识建构中的主动地位和深度参与，与传统教学中单向灌输式的知识传递形成鲜明对比。在教学活动设计方面，医疗影视剧观摩与角色扮演模拟训练的有机结合，不仅调动了学生的学习兴趣，还提高了学习情境的真实还原度，能有效提升学习主动性和职业认同感，比传统授课更贴合医学人文与技能培养的需求。最后，通过巴林特小组共情式讨论，聚焦医患关系中的情感互动，从精神心理深层次强化医学生的自我觉察与心理调适能力。教师在讨论过程中的观察和倾听，能精准识别学生在医患共情、情绪觉察和自我心理调适等方面的薄弱点，提出针对性指导意见，形成有效的教学闭环，促进学生沟通能力的持续提升。

### 3.2　多模式医患沟通技能培训有助于提升医学生的沟通能力

研究数据显示，试验组在沟通能力各维度得分及总分方面均高于对照组（$P$<0.05），表明该教学模式能有效提升学生医患沟通综合能力。上述研究发现与已有相关研究结果高度契合[9-12]，为复合型医患沟通培训模式在提高医学生医患沟通能力方面的有效性提供了进一步佐证。该教学模式通过“理论学习—模拟训练—临床应用”的闭环设计，从目标导向、情感互动和策略优化3个维度促进沟通能力提升。首先，在目标导向方面，以临床医患沟通实效为核心目标，引导学生围绕“精准传递诊疗

**表2**　干预前、后两组医学生的共情能力得分情况（分，$\bar{x} \pm s$）

| 维度 | 干预前 | | | | 干预后 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 试验组 | 对照组 | $t/z$值[a] | $P$值 | 试验组 | 对照组 | $Z$值 | $P$值 |
| 观点采择 | 53.85 ± 8.00 | 55 ± 6.77 | −0.71 | 0.476 | 62.17 ± 3.75 | 59.73 ± 5.65 | 2.08 | 0.037 |
| 情感关怀 | 45.24 ± 6.03 | 45.64 ± 5.83 | −0.26 | 0.791 | 51.27 ± 2.63 | 48.82 ± 3.64 | 3.27 | 0.001 |
| 换位思考 | 8.46 ± 1.31 | 8.77 ± 1.71 | −0.93 | 0.353 | 8.32 ± 0.88 | 8.23 ± 1.09 | 0.65 | 0.513 |
| 杰弗逊共情量表总分 | 107.56 ± 11.92 | 109.41 ± 11.47 | −0.72 | 0.468 | 121.76 ± 5.50 | 116.77 ± 8.19 | 2.95 | 0.003 |

注：a，干预前、后的差异值符合正态分布，采用配对样本$t$检验分析，以$t$值表示；不符合正态分布，采用Wilcoxon符号秩和检验分析，以$Z$值表示。

**表3**　干预后两组医学生医患沟通能力总分及各维度得分比较（分，$\bar{x} \pm s$）

| 维度 | 干预前 | | | | 干预后 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 试验组 | 对照组 | $Z$值 | $P$值 | 试验组 | 对照组 | $t$值 | $P$值 |
| 沟通技巧 | 7.58 ± 1.46 | 7.52 ± 1.92 | 0.47 | 0.641 | 12.24 ± 1.49 | 10.68 ± 1.64 | 4.58 | <0.001 |
| 沟通礼仪 | 10.41 ± 1.91 | 10.98 ± 1.54 | −1.37 | 0.172 | 14.58 ± 1.70 | 13.56 ± 1.67 | 2.77 | 0.007 |
| 利物浦医生沟通量表总分 | 18.00 ± 2.67 | 18.50 ± 2.88 | −0.68 | 0.495 | 26.83 ± 2.95 | 24.25 ± 2.88 | 4.07 | <0.001 |

信息、有效安抚患者情绪、构建和谐医患关系”开展理论学习与实践，贴合临床实际需求，提升沟通技巧与能力。其次，在情感互动维度，通过医疗影视剧观摩和分析增强学生的学习兴趣，在后续角色扮演中模拟真实医患沟通情境，引导学生感知患者的情绪需求和心理顾虑，学会共情回应与情绪安抚。最后，在策略优化层面，强调沟通策略的灵活性与个体化应用，通过实践演练、反思总结，优化沟通语言、倾听方式和应对策略，逐步提升学生沟通能力。多模式医患沟通技能培训通过夯实医患沟通基础理论知识，并以模拟训练及临床实践促进沟通技巧的应用，不仅有助于学生在未来的医患沟通中保持积极主动的态度，还能激发他们持续改进医患沟通能力的动力；同时，针对临床实践中的复杂情境，该培训能够培养学生高效、高质地进行医患沟通的能力，从而为患者提供更佳的就医体验。

### 3.3　多模式医患沟通培训中教师能力的深层挑战

尽管中国医疗体系在过去十年取得了快速进展，但在医患沟通技能培训方面仍存在显著差距[4]。医患沟通技能培训的有效开展，离不开教师团队的专业支撑。教师需具备扎实的理论功底与丰富的临床沟通经验，能衔接多种教学模式。此外，教师在整个培训过程中扮演引导者、组织者和反馈者等多重角色，既要能营造包容的学习氛围，引导学生主动参与、深度思考，又要能观察到学生沟通短板，提供针对性指导，同时还要结合临床实际优化培训场景，将沟通理论、临床实操与情感引导有机融合，实现理论—模拟—临床的闭环培训，确保贴合学生需求与临床实际。因此，实施医患沟通培训对教师的能力提出了更深层次的挑战。在未来的医学教育实践中，应进一步强化教师人文素养培养，持续提升其教学设计能力，完善多元化教学评价手段；同时，不断丰富并优化线上教学资源供给，构建及时有效的学习反馈机制，为医学生医患沟通能力的系统化培训提供有力支撑。

## 4　结语

综上所述，新时代医学教育应以提高医学生核心胜任力为导向，推动医学教育理念实现从“以疾病治疗为中心”向“以促进健康为中心”的转变。医患沟通能力的培养应在医学本科阶段即开展规范培训。本研究通过复合式教学模型及形成性评估方法，有效提升了试验组医学生的共情能力和医患沟通能力，教学效果显著，证实了“理论学习—模拟训练—临床应用”的闭环培养模式在提升医学生沟通能力和共情能力方面的重要性及可行性。医师人文素养、医患沟通能力不仅是衡量医学岗位胜任力的核心指标，更是践行以临床岗位胜任力为导向的医学人才培养模式的关键抓手，对提升医疗服务质量具有深远意义。

**利益冲突**　所有作者声明不存在利益冲突

**作者贡献声明**　张艳丽：课题执行、文章撰写；雷姿颖、饶嘉玲、卢丽娟：课题执行、数据收集、文章修改；罗金妮、巴俊慧：课题执行、数据整理、文章修改；陈晓萍：课题执行、数据分析、文章修改；涂柳丹：课题设计、数据分析、文章撰写

## 参考文献

[1] Tavakoly Sany SB, Behzhad F, Ferns G, et al. Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial [J]. BMC Health Serv Res, 2020, 20(1): 60. DOI: 10.1186/s12913-020-4901-8.

[2] Hashim MJ. Patient-centered communication: basic skills [J]. Am Fam Physician, 2017, 95(1): 29-34.

[3] Liu X, Rohrer W, Luo A, et al. Doctor-patient communication skills training in mainland China: a systematic review of the literature [J]. Patient Educ Couns, 2015, 98(1): 3-14. DOI: 10.1016/j.pec.2014.09.012.

[4] Du J, Mayer G, Posenato E, et al. Communication skills (CS) training of physicians in China and its role in actual challenges of patient-physician relationship: a cross-sectional survey [J]. BMC Med Educ, 2022, 22(1): 783. DOI: 10.1186/s12909-022-03830-9.

[5] 檀琳，强遵先. 我国医患沟通研究的知识图谱与趋势展望[J]. 中国医学伦理学，2022，35(5)：538-544. DOI: 10.12026/j.issn.1001-8565.2022.05.14.

[6] 高秋琦，庄垟垟，黄洁，等. 通过医学影视作品培养住院医师的沟通技能[J]. 中国毕业后医学教育，2024，8(12)：940-944. DOI: 10.3969/j.issn.2096-4293.2024.12.014.

[7] 郑建盛，朱丽梅，徐海滢，等. 杰弗逊共情量表评价地方高校医学本科生共情能力的信效度检验[J]. 包头医学院学报，2019，35(12)：84-87. DOI: 10.16833/j.cnki.jbmc.2019.12.032.

[8] 徐婷，董恩宏，刘威，等. 利物浦医生沟通能力评价量表中文修订版的信效度检验[J]. 中国心理卫生杂志，2013，27(11)：829-833. DOI: 10.3969/j.issn.1000-6729.2013.11.006.

[9] 范明鑫，刚君，李朝晖，等. 巴林特小组活动提高医学生实习阶段共情及医患沟通能力的研究[J]. 卫生职业教育，2022，40(17)：85-87. DOI: 10.20037/j.issn.1671-1246.2022.17.33.

[10] 杨帆，闵竞. 角色扮演小组讨论对医学生医患沟通能力培养的效果观察[J]. 中国继续医学教育，2022，14(2)：82-86. DOI: 10.3969/j.issn.1674-9308.2022.02.022.

[11] 金女娃，陈良，周冬，等. 情景模拟联合标准化病人在实习医师医患沟通教学中的应用与评价[J]. 中华医学教育探索杂志，2025，24(10)：1379-1385. DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20240620-01887.

[12] 孙绍武，李阳阳，张真真，等. GLTC医患沟通模式对全科规培医生医患沟通能力的影响[J]. 医学理论与实践，2021，34(10)：1787-1789. DOI: 10.19381/j.issn.1001-7585.2021.10.078.

（收稿日期：2026-04-03）
（本文编辑：兰明娟）