以岗位胜任力为导向的中医肿瘤科住院医师规范化培训评价指标体系构建

文枝[1]　伍卓珺[2]　龚纯[1]　肖安琪[1]　王理槐[1]

[1]湖南中医药大学第一附属医院肿瘤医学中心，长沙 410000；[2]长沙市中医医院科教部，长沙 410000

通信作者：王理槐，Email：310600@hnucm.edu.cn

【摘要】 目的　构建以岗位胜任力为导向的中医肿瘤科住院医师规范化培训评价指标体系，为后续建立评价标准提供理论框架。**方法**　本研究于2025年8月至10月，通过文献分析法初步构建评价指标体系，并采用德尔菲法对14名来自中医肿瘤临床、医学教育及医院管理领域的专家进行2轮函询。采用肯德尔协调系数和变异系数检验专家意见的协调性与集中程度。**结果**　2轮函询问卷有效回收率均为100%，专家权威系数均为0.79，Kendall's W分别为0.20和0.22（P<0.01），最终确立了涵盖病人照护、知识技能、职业素养、沟通合作、教学能力、终身学习6项一级指标、13项二级指标与37项三级指标的中医肿瘤科住院医师岗位胜任力评价指标体系。**结论**　本研究通过构建中医肿瘤科住院医师岗位胜任力评价指标体系，为后续相关评价标准的建立提供了初步理论框架。未来将采用层次分析法确定各级指标的权重，并开展多中心实证研究，以验证其科学性与应用价值。

【关键词】 岗位胜任力；　中医肿瘤学；　住院医师；　规范化培训；　体系构建

【中图分类号】 R-0；R-4；R-05

基金项目：2025年湖南省学位与研究生教学改革研究项目（2025JGYB225）；2024年度湖南省普通本科高校教学改革研究项目（202401000775）；2024年度湖南中医药大学教学改革研究项目（202302）

DOI：10.3760/cma.j.cn116021-20260210-02394

Construction of a competency-based evaluation index system for standardized training of resident physicians in traditional Chinese medicine oncology

Wen Zhi[1], Wu Zhuojun[2], Gong Chun[1], Xiao Anqi[1], Wang Lihuai[1]

[1] Oncology Medical Center, The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410000, China; [2] Department of Science and Education, Changsha Hospital of Traditional Chinese Medicine/ Changsha Eighth Hospital, Changsha 410000, China

Corresponding author: Wang Lihuai, Email: 310600@hnucm.edu.cn

【Abstract】 Objective　To construct a competency-based evaluation index system for standardized training of resident physicians in traditional Chinese medicine oncology, and to provide a theoretical framework for subsequent development of evaluation standards. **Methods**　From August to October 2025, a preliminary evaluation index system was constructed through literature analysis. The Delphi method was then applied, involving two rounds of consultation with 14 experts from traditional Chinese medicine oncology clinical practice, medical education, and hospital management. Kendall's W and coefficient of variation were used to assess the coordination and convergence of expert opinions. **Results**　The effective questionnaire response rates for both rounds were 100%, and the expert authority coefficients were both 0.79. The Kendall's W values were 0.20 and 0.22, respectively (P<0.01). The final competency-based evaluation index system for resident physicians in traditional Chinese medicine oncology comprises 6 first-level indicators (patient care, knowledge and skills, professionalism, communication and collaboration, teaching ability, and lifelong learning), 13 second-level indicators, and 37 third-level indicators. **Conclusions**　By constructing the

competency-based evaluation index system for resident physicians in traditional Chinese medicine oncology, this study provides a preliminary theoretical framework for the subsequent establishment of relevant evaluation standards. In the future, the analytic hierarchy process will be used to determine the weights of indicators at various levels, and multicenter empirical studies will be conducted to validate its scientific validity and application value.

【Key words】 Competency; Traditional Chinese medicine oncology; Resident physician; Standardized training; System construction

Fund program: 2025 Hunan Province Degree and Postgraduate Education Reform Research Project (2025JGYB225); 2024 Hunan Province General Undergraduate University Teaching Reform Research Project (202401000775); 2024 Hunan University of Chinese Medicine Teaching Reform Research Project (202302)

DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20260210-02394

中医肿瘤学是中医学与现代肿瘤学深度交叉的综合学科，既强调中医辨证论治的整体观，又注重现代肿瘤学的精准化，对医师综合能力提出较高要求。然而，当前中医肿瘤科临床教学面临严峻挑战：第一，中西医理论体系存在显著差异，中医学以整体观念、辨证论治为核心，强调因人、因时、因地制宜的个体化诊疗；西医学以循证医学为基础，强调客观证据与标准化诊疗规范。住院医师需同时掌握两套体系，易导致认知负荷过重及知识碎片化，难以在临床实践中实现有机融合与灵活运用[1-2]。第二，肿瘤具有病程迁延、病情演变复杂、多学科协作需求突出、患者身心负担沉重、学科知识更新迅速等特征，这对专科医师综合胜任力提出了更高要求[3-4]。第三，现有中医肿瘤科培养体系尚未形成与复合型能力要求相匹配的系统化评价标准，教学质量缺乏科学、规范的评估依据，制约了人才培养质量与效率的提升。因此，构建贴合中医肿瘤专科特点的评价指标体系，已成为推动中医肿瘤专科人才培养模式系统化改革的核心环节。近年来，全球医学教育正从“结构与过程导向”向“岗位胜任力导向”加速转型。美国毕业后医学教育认证委员会提出6大核心胜任力框架，涵盖病人照护、医学知识、基于实践的学习与改进、人际沟通技能、职业素养、基于体系的诊疗能力[5]，为国际医学教育改革提供了重要参照。在此基础上，我国医学教育领域积极开展本土化探索与体系建设，于2018年发布《住院医师核心胜任力框架共识》[6]，确立了职业素养、知识技能、病人照护、沟通合作、教学能力、终身学习6项核心胜任力；2022年进一步建立了配套里程碑评价体系[7]。但该体系为通用化标准，缺乏中医肿瘤专科的针对性与适用性。本研究立足中医肿瘤专科临床需求与岗位实践，构建专科化岗位胜任力评价指标体系，旨在为后续评价标准的建立提供理论框架与指标基础。

1 资料与方法

1.1 文献研究法

本研究以“Clinical Competency”“Oncology Education”“Traditional Chinese Medicine”等为关键词，系统检索中国知网、万方、维普、PubMed、Web of Science等中英文数据库，检索时限为建库至2025年6月，并采用滚雪球法追溯相关参考文献。文献纳入标准：①围绕临床医师岗位胜任力模型、中医住院医师、肿瘤专科医师规范化培训、胜任力导向医学教育的相关研究；②文献类型限定为论著、综述、系统评价、临床指南及专家共识。排除标准：无法获取全文、重复及低质量的文献。由2名研究者独立筛选与核对文献，最终纳入18篇文献[8]。经集体讨论，初步构建涵盖知识、技能、职业素养等维度的中医肿瘤科住院医师岗位胜任力评价指标体系，包含6项一级指标、11项二级指标、30项三级指标。

1.2 德尔菲专家函询法

1.2.1 专家函询问卷设计

问卷包含4个部分。①问卷说明：阐述研究背景、目的、意义及填写规范；②专家基本信息：涵盖性别、年龄、学历、职称、职务、从业年限、教学与管理经历、工作单位等；③指标评价表：包含初步构建的6项一级指标、11项二级指标和30项三级指标。采用Likert 5级评分法判定指标重要性（1=很不重要，2=不太重要，3=一般，4=比较重要，5=非常重要），各指标后均附有意见栏，供专家提出增删、修订与合并建议。④专家权威自评表：从判断依据（理论分析、实践经验、同行了解、直观感受）及熟悉程度（很熟悉、较熟悉、一般、较不熟悉、很不熟悉）2个方面进行自评[9]。

1.2.2　函询专家遴选

采用目的抽样法结合便利抽样法，从湖南中医药大学第一附属医院、湖南省肿瘤医院等多家三级甲等医院遴选14名专家组成函询组。纳入标准：①具有副高级及以上专业技术职称；②从事中医肿瘤临床、医学教育或医院管理工作5年以上；③熟悉中医住院医师规范化培训或肿瘤专科人才培养要求；④自愿参与本研究并提供建设性意见。

1.2.3　专家函询实施

2025年8月至10月采用匿名函询法开展2轮专家咨询，每轮问卷的发放与回收周期为2周。问卷以线上形式发放与回收。首轮函询完成后，依据指标筛选标准（重要性评分均数>3.50、变异系数<0.25、满分率>20%[9]），结合专家文字建议对指标进行增、删、改、并，经课题组论证后形成第2轮问卷。第2轮函询中，向专家匿名反馈首轮统计结果及修订说明，专家对调整后的指标重新评分并提出最终意见[10]。经2轮函询，专家意见趋于一致，最终构建了本研究的评价指标体系。

1.2.4　质量控制

本研究按照德尔菲法质量评价工具（Delphi critical appraisal tool，DCAT）的核心要求（匿名性、迭代、统计总结、控制性反馈）进行全过程质量控制[9]。①专家遴选：优先选择具有高级职称且具有丰富临床教学经验的专家，确保专家的权威性和代表性。②指标构建：以国家核心胜任力框架为基础，指标条目的制定基于对国内外权威文献的系统检索；函询中向专家提供完整的文献依据，引导其从国内、国际视角进行评判，以减少地域性偏见。③函询流程：执行2轮匿名函询并逐轮反馈统计结果，确保专家意见独立、客观且逐步趋于一致。④数据处理：由2名研究者背对背独立录入并交叉核对，保障结果的准确性。通过上述措施，本研究确保了全流程的科学性与可靠性。

1.2.5　统计学分析

采用Excel 2020和SPSS 26.0进行数据处理与分析。①专家积极性：以问卷有效回收率评价，回收率越高表明专家参与积极性越高。②专家权威程度：以专家权威系数（coefficient of expert authority，Cr）表示，由判断系数（coefficient of judgment basis，Ca）和熟悉系数（coefficient of familiarity，Cs）共同决定，计算公式为Cr=（Ca+Cs）/2。Cr≥0.7表示专家在该领域的权威性较高，结果可信。③专家意见集中程度：以指标重要性评分均数 ± 标准差表示，均数越高表明该指标被认为越重要。④专家意见协调程度：采用变异系数（coefficient of variation，CV）和肯德尔和谐系数（Kendall's *W*）评价。CV值越小表示专家对单一指标的意见越一致；*W*值越接近1，表示专家对所有指标的整体评价一致性越高[9]。指标保留标准：重要性评分均数>3.50、CV<0.25、满分率>20%。检验水准α=0.05。

2　结果

2.1　专家基本情况

本研究从湖南中医药大学第一附属医院、湖南省肿瘤医院等多个地区的三级甲等医院中，共遴选14名专家组成函询专家组。专家组年龄（48.12 ± 7.13）岁，平均从业年限（18.58 ± 5.32）年，基本情况见表1。

表1　咨询专家基本信息表[例（%）]

基本信息	人数
性别	
男	9（64.29）
女	5（35.71）
学历	
博士	6（42.86）
硕士	6（42.86）
本科	2（14.28）
职称	
正高级	8（57.14）
副高级	6（42.86）
专业	
临床	10（71.43）
医学教育	3（21.43）
医学管理	1（7.14）

2.2　专家积极性和专家权威程度

研究共完成2轮专家函询。第1轮发放问卷14份，有效回收14份，有效回收率为100%；第2轮发放问卷14份，有效回收14份，有效回收率为100%。2轮有效回收率均高于70%，表明专家参与积极性较高。2轮函询专家判断系数（Ca）分别为0.85、0.84，熟悉系数（Cs）分别为0.72、0.73，专家权威系数（Cr）均为0.79，表明专家组在本研究领域具有较高的权威性，结果可信。

2.3　专家意见集中程度和协调程度

第1轮函询中，3项三级指标的CV值≥0.25，经课题组讨论后予以删除或合并；其余指标的CV值均<0.25，提示专家对多数指标的意见集中程度较高。2轮函询的总体Kendall's *W*系数分别为0.20、0.22（*P*<0.01），提示专家意见的整体一致性为中等

偏低水平，但差异具有统计学意义（表2）。

2.4　专家意见分析与指标修订过程

第1轮修订情况：共收到9名专家提出的39条修改意见。6项一级指标均予以保留。将原二级指标“临床技能”细化为“中医肿瘤特色诊疗能力”“肿瘤全程管理能力”“临床操作与评估能力”3项。三级指标方面，新增9项，具体为“掌握中医外治法在肿瘤常见并发症中的应用”“能够开展肿瘤患者康复期的中医药调护与长期随访管理”“掌握肿瘤科常见临床操作的适应证与规范流程”“能独立完成肿瘤疗效评价与治疗不良反应的评估与记录”“掌握中医肿瘤经典理论、各家学说与名老中医经验精华”“熟悉现代肿瘤学前沿进展及其与中医药结合的潜在切入点”“具备对肿瘤影像学、病理学报告关键信息的初步判读能力”“能够运用循证医学方法检索、评价和应用肿瘤诊疗相关证据”“具备在多学科诊疗（multi-disciplinary treatment，MDT）团队中有效沟通、协作与执行的能力”；合并2项内容相近的基础理论指标；删除1项表述宽泛、难以评价的指标；同时，将“肿瘤专科谈话能力”修订为“具备与肿瘤患者及其家属进行深度沟通、病情告知与人文关怀的能力”，形成可评估指标。

第2轮修订：共收到4名专家提出的6条修改建议，以优化指标表述的精准性为主。在“知识技能”维度，将“批判性思维”明确为“具备批判性思维，能够在临床实践中发现问题并提出建设性质疑”；在“终身学习”维度，将科研能力细化为“了解临床科研的基本流程与方法，能够理解并参与科室科研项目”“能够主动阅读本专业科研文献，并能初步梳理与概括其主要研究思路”“具备初步的临床数据收集、整理与分析能力”等可量化指标。

2.5　最终评价指标

经2轮德尔菲函询与修订，专家意见趋于一致，最终形成包括6项一级指标、13项二级指标、37项三级指标的中医肿瘤科住院医师岗位胜任力评价指标体系，见表3。

表2　2轮专家意见协调程度

项目	第1轮函询（n=14）				第2轮函询（n=14）			
	Kendall's W系数	χ^2值	df值	P值	Kendall's W系数	χ^2值	df值	P值
一级	0.39	25.35	5	<0.001	0.45	29.25	5	<0.001
二级	0.28	36.40	10	<0.001	0.29	45.24	12	<0.001
三级	0.23	86.71	29	<0.001	0.24	112.32	36	<0.001
总体	0.20	119.60	46	<0.001	0.22	157.30	55	<0.001

注：χ^2值按公式$\chi^2=W\times df\times(m-1)$计算，其中$m$为专家人数（本研究中$m$=14）。

表3　中医肿瘤科住院医师岗位胜任力评价指标体系

指标	重要性评分（分，$\bar{x}\pm s$）	满分率（%）	CV值
Ⅰ 病人照护	4.86±0.36	85.72	0.07
Ⅰ-1 中医肿瘤特色诊疗能力	4.71±0.47	71.38	0.10
Ⅰ-1-1 掌握中医肿瘤常见病种的辨证论治核心要点	4.79±0.43	78.56	0.09
Ⅰ-1-2 能够独立完成肿瘤患者的中医四诊信息采集与病历书写	4.64±0.50	64.31	0.11
Ⅰ-1-3 具备拟定个体化中西医结合抗肿瘤治疗方案的能力	4.86±0.36	85.72	0.07
Ⅰ-1-4 掌握中医外治法在肿瘤常见并发症中的应用	4.63±0.51	57.13	0.11
Ⅰ-2 肿瘤全程管理能力	4.79±0.43	78.58	0.09
Ⅰ-2-1 掌握肿瘤相关急危重症的识别与中西医协同处置原则	4.86±0.36	85.72	0.07
Ⅰ-2-2 掌握肿瘤姑息治疗理念与症状管理的综合技能	4.71±0.47	71.41	0.10
Ⅰ-2-3 能够开展肿瘤患者康复期的中医药调护与长期随访管理	4.48±0.56	57.12	0.13
Ⅰ-3 临床操作与评估能力	4.64±0.50	64.26	0.11
Ⅰ-3-1 掌握肿瘤科常见临床操作的适应证与规范流程	4.71±0.47	71.38	0.10
Ⅰ-3-2 能独立完成肿瘤疗效评价与治疗不良反应的评估与记录	4.64±0.50	64.32	0.11
Ⅰ-3-3 具备对肿瘤影像学、病理学报告关键信息的初步判读能力	4.57±0.48	57.14	0.11
Ⅱ 知识技能	4.71±0.47	71.42	0.10
Ⅱ-1 核心知识体系	4.79±0.43	78.63	0.09
Ⅱ-1-1 具备坚实的中西医肿瘤学基础理论知识	4.86±0.36	85.69	0.07
Ⅱ-1-2 掌握中医肿瘤经典理论、各家学说与名老中医经验精华	4.71±0.47	71.42	0.10

续表 1

指标	重要性评分(分，$(\bar{x}\pm s)$)	满分率(%)	CV 值
Ⅱ-1-3 熟悉现代肿瘤学前沿进展及其与中医药结合的潜在切入点	4.64 ± 0.50	64.33	0.11
Ⅱ-2 循证实践与临床思维	4.64 ± 0.50	64.33	0.11
Ⅱ-2-1 能够运用循证医学方法检索、评价和应用肿瘤诊疗相关证据	4.71 ± 0.47	71.41	0.10
Ⅱ-2-2 具备基于病例的临床鉴别诊断与病情演变分析预判能力	4.64 ± 0.50	64.29	0.11
Ⅱ-2-3 具备批判性思维，能够在临床实践中发现问题并提出建设性质疑	4.62 ± 0.51	57.08	0.11
Ⅲ 职业素养	4.86 ± 0.36	85.65	0.07
Ⅲ-1 职业道德与伦理	4.93 ± 0.27	92.91	0.05
Ⅲ-1-1 恪守医疗伦理，保护患者隐私，坚守学术诚信	4.89 ± 0.33	92.90	0.07
Ⅲ-1-2 具备高度的责任感、爱岗敬业精神和担当意识	4.86 ± 0.36	85.73	0.07
Ⅲ-1-3 能够在利益冲突和复杂情境中做出符合伦理的决策	4.69 ± 0.54	71.36	0.12
Ⅲ-2 人文关怀与自我管理	4.71 ± 0.47	71.39	0.10
Ⅲ-2-1 能在沟通中体现对患者价值观的尊重与人文关怀品质	4.79 ± 0.43	78.62	0.09
Ⅲ-2-2 能够敏锐识别患者及家属的心理需求，并给予充分的共情与心理支持	4.59 ± 0.53	70.96	0.10
Ⅲ-2-3 具备良好的情绪管理与压力调适能力，保持职业韧性	4.57 ± 0.51	57.12	0.11
Ⅳ 沟通合作	4.64 ± 0.50	64.33	0.11
Ⅳ-1 医患沟通能力	4.79 ± 0.43	78.60	0.09
Ⅳ-1-1 具备与肿瘤患者及其家属进行深度沟通、病情告知与人文关怀的能力	4.81 ± 0.43	78.58	0.09
Ⅳ-1-2 能够对患者及家属提供恰当的心理支持与安宁疗护沟通	4.64 ± 0.50	64.29	0.11
Ⅳ-2 团队协作能力	4.71 ± 0.47	71.42	0.10
Ⅳ-2-1 具备在MDT团队中有效沟通、协作与执行的能力	4.79 ± 0.46	78.58	0.10
Ⅳ-2-2 能够与护理、临床药学、营养、心理等其他专业团队成员顺畅协作	4.64 ± 0.50	64.32	0.11
Ⅳ-2-3 在上级医师指导下，能够组织或参与科室内的病例讨论与业务学习	4.57 ± 0.51	57.13	0.11
Ⅴ 教学能力	4.48 ± 0.51	57.12	0.11
Ⅴ-1 临床教学能力	4.64 ± 0.50	64.28	0.11
Ⅴ-1-1 能够规范、清晰地完成临床病例汇报与读书报告	4.71 ± 0.47	71.39	0.10
Ⅴ-1-2 具备对实习/见习医师进行基本临床技能与知识指导的意识和初步能力	4.43 ± 0.49	57.10	0.11
Ⅴ-1-3 能够接受并应用来自上级医师及同行的教学反馈以改进自身临床实践	4.46 ± 0.38	50.03	0.09
Ⅴ-2 教学协作能力	4.50 ± 0.52	50.02	0.12
Ⅴ-2-1 能够在上级医师指导下参与教学准备工作	4.57 ± 0.51	57.14	0.11
Ⅴ-2-2 能够协助组织开展科室业务学习活动	4.43 ± 0.51	42.93	0.12
Ⅵ 终身学习	4.52 ± 0.39	57.12	0.09
Ⅵ-1 自主学习能力	4.64 ± 0.50	64.32	0.11
Ⅵ-1-1 能熟练运用专业数据库与工具进行自主学习	4.71 ± 0.47	71.43	0.10
Ⅵ-1-2 具备通过学术会议、文献等渠道持续更新知识的意识与习惯	4.50 ± 0.36	50.02	0.08
Ⅵ-2 科研素养	4.49 ± 0.52	50.03	0.12
Ⅵ-2-1 了解临床科研的基本流程与方法，能够理解并参与科室科研项目	4.57 ± 0.51	57.09	0.11
Ⅵ-2-2 能够主动阅读本专业科研文献，并能初步梳理与概括其主要研究思路	4.43 ± 0.51	42.88	0.12
Ⅵ-2-3 具备初步的临床数据收集、整理与分析能力	4.41 ± 0.48	42.89	0.11

注：2轮函询变化情况：第一轮细化1项二级指标，新增9项三级指标，合并2项三级指标，删除1项三级指标；第2轮仅调整指标表述，未发生增删。

3　讨论

3.1　构建中医肿瘤科住院医师岗位胜任力评价指标体系的必要性

中医肿瘤学是融合传统中医辨证论治与现代肿瘤精准诊疗的综合性学科，专科人才培养面临独特且突出的现实挑战。如张超奇等[11]的研究指出，当前肿瘤学研究生临床转化能力薄弱，直接制约我国医学科技创新的质量。邬仁华等[12]认为，现有肿瘤学教学模式相对滞后，难以适应现代肿瘤学快速发展的需求。苏婉和王中奇[13]提出，我国中医肿瘤研究生教育存在科研与临床能力失衡问题，复合型人才培养仍存在结构性短板。孟永斌等[3]总结了当前中医肿瘤临床教学存在的诸多问题：①教学内容

繁杂、学科跨度大、重点不突出；②临床教学管理松散；③带教教师工作负荷与专业能力影响教学质量；④医学生实习态度与综合素养参差不齐。多项国际调查显示，医学生肿瘤专业知识储备普遍不足，且对现有教学模式满意度较低[14]。上述问题的产生，与当前中医肿瘤科住院医师规范化培训中缺乏与专科特点相匹配的系统化评价标准密切相关，导致教学目标难以精准聚焦、教学内容难以系统组织、教学效果难以客观评估、人才培养质量难以有效保障。

传统医学教育评价多侧重于知识记忆、单项技能操作，难以全面评估住院医师在复杂临床情境中的综合表现。而岗位胜任力强调知识、技能、态度、价值观等多维度能力的整合[7]，关注住院医师在真实临床情境中的综合表现。因此，多项研究均以岗位胜任力为导向构建住院医师评价体系[8]，将抽象的培养目标转化为具体、可观测、可评价的行为指标，引导培训从“知识灌输”向“能力培养”转变，使教学目标、培养过程与评价标准形成有机统一。然而，现有研究多集中于全科或内科等通用领域，难以体现中医肿瘤学科交叉融合的专科特色与临床实际需求。因此，构建符合中医肿瘤专科特点的岗位胜任力评价指标体系，已成为推动该专科人才培养模式系统性改革的关键前提。

3.2 中医肿瘤科住院医师岗位胜任力评价指标体系的科学性与全面性

本研究共遴选来自中医肿瘤临床、医学教育及医院管理等领域的14名专家参与德尔菲法函询。专家均具备高级职称及丰富的住培带教或管理经验，确保了函询的专业深度与行业广度。2轮专家函询问卷的有效回收率均为100%，表明专家参与积极性极高。专家权威系数Cr为0.79，显示其在本领域具有较好的权威性。2轮函询的总体Kendall's W协调系数分别为0.20和0.22（$P<0.01$），提示专家意见整体一致性为中等偏低水平，但具有统计学意义，研究结果科学可信[15]。最终构建了中医肿瘤科住院医师岗位胜任力评价指标体系，涵盖病人照护、知识技能、职业素养、沟通合作、教学能力、终身学习6项一级指标、13项二级指标与37项三级指标。该体系深度融合中医肿瘤专科特色与临床实践要求，覆盖了从疾病诊疗、职业素养到教学科研的全维度能力。既体现了对国家规范化要求的贯彻，又反映了专科临床实践的特殊需要，实现了全科规范与专科需求的有效融合。

3.3 中医肿瘤科住院医师岗位胜任力评价指标体系的设计特点与应用潜力

本研究构建的中医肿瘤科住院医师岗位胜任力评价指标体系，在结构上遵循国家核心胜任力框架的6大维度，在内容上立足中医肿瘤专科特点，初步奠定了后续评价工具开发的框架性基础，具体体现在以下3个方面。

首先，指标设计贴合临床实际，指引性强。在“病人照护”维度，突出中医辨证论治、肿瘤姑息治疗及康复期调护等专科特色，引导住院医师建立从诊断到康复的全程管理理念；在“职业素养”维度，强调医患沟通、伦理决策及人文关怀等临床实践能力要求，帮助住院医师在真实工作场景中践行职业规范；在“教学能力”与“终身学习”维度，注重自主学习和教学协作的初步能力培养，兼顾住院医师作为“学习者”与“未来带教者”的双重角色定位。各维度指标指向清晰，使带教教师明确培养重点，住院医师清晰知晓能力提升方向。

其次，指标行为化程度高，便于临床带教与考核。所有指标均以行为化描述呈现，例如“肿瘤专科沟通”被具体化为“与患者及家属进行深度沟通，精准传递病情信息、提供人文关怀”，带教教师可在医患谈话现场直接评估；“科研素养”被细化为“了解临床科研流程、主动阅读专业文献”，科室可通过定期文献汇报会进行跟踪考核。这种行为化的指标设计，使教学评估有了明确的行为依据，为后续开发具体评价工具奠定了基础。

最后，评分梯度明确，为分层培养提供了初步依据。如“病人照护”（4.86 ± 0.36）与“职业素养”（4.86 ± 0.36）评分最高，要求在培训期内达到独立、规范的水平。在临床带教中，“病人照护”需安排中医四诊采集、辨证处方、危重症识别等实操训练，确保住院医师能独立完成；“职业素养”需通过医患沟通案例讨论、伦理情景分析等方式培养，确保其能独立践行职业规范。此类能力应作为出科考核的重点。“教学能力”（4.48 ± 0.51）与“终身学习”（4.52 ± 0.39）评分较低，初期以参与、理解为主，通过教学观摩、病例汇报、文献阅读等形式培养基础意识，后期再逐步提升要求。这种梯度差异为培训基地制定分层递进的教学计划提供了初步支撑，有助于提升人才培养的针对性与时效性。

综上所述，本研究所构建的指标体系立足于中医肿瘤专科临床实际，指标内容具体、可观察、可评价，可为后续将其转化为可操作的评价工具奠定基础；评分梯度为分层培养提供了参考依据，有助于

培训基地根据不同年级住院医师的能力水平制定差异化的教学与考核方案，具有较强的应用潜力与推广前景。

3.4 中医肿瘤科住院医师岗位胜任力评价指标体系的局限性

本研究尚存在一定局限性。第一，本研究尚处于指标体系的理论构建与专家共识阶段，尚未通过层次分析法等确定具体权重，在实际培训资源配置与考核重点把握方面精细度不足。第二，本研究的函询专家均来自湖南省内高水平医院，这些专家虽然具有较高的专业水平，但中医肿瘤的诊疗理念、用药习惯及流派传承在不同地区可能存在差异；尽管本研究通过严格的质量控制以降低地域性偏见，但其在全国范围内的普适性仍有待进一步验证。第三，本指标体系目前主要基于专家共识，其在实际培训中的应用效果及对住院医师能力提升的具体作用，尚需通过后续的实证研究加以检验与完善。

针对上述局限性，未来研究将从以下几个方面加以深化。第一，采用层次分析法对各级指标进行权重赋值，构建量化评分工具，使指标体系从理论框架发展为可操作的评价标准，以提升其在培训资源配置与考核重点把握中的精细化程度。第二，开展多中心、跨区域的实证研究，邀请不同地区的专家对指标体系进行校验，并选取不同层级、不同地区的培训基地进行试点应用，检验体系在更广泛情境下的适用性与有效性，减少地域性偏见对评价结果的影响。第三，开展临床教学研究，将本体系应用于实际培训场景，追踪住院医师的能力提升情况以验证其应用效果，并建立指标动态更新机制，根据临床实践与医学教育的发展趋势定期修订完善，确保体系的科学性与前沿性。

4　结语

本研究立足中医肿瘤专科特色，通过文献研究法与德尔菲专家函询法，系统构建了中医肿瘤科住院医师岗位胜任力评价指标体系。该体系涵盖病人照护、知识技能、职业素养、沟通合作、教学能力、终身学习6项一级指标、13项二级指标与37项三级指标，为相关评价标准的建立提供了初步的理论框架。后续研究将采用层次分析法确定各级指标的权重，以形成量化评分工具，为中医肿瘤科住院医师规范化培训提供更精准的评价依据。

利益冲突　所有作者声明不存在利益冲突

作者贡献声明　文枝：研究设计、论文撰写；伍卓珺：专家函询实施、数据分析；龚纯：文献检索、指标筛选；肖安琪：数据整理与统计；王理槐：项目指导、论文审阅与修改

参考文献

[1] 何丹迪，王金环，高明洁，等. 试论中医临床思维的培养[J]. 时珍国医国药，2021，32(5)：1232-1234. DOI: 10.3969/j.issn.1008-0805.2021.05.62.

[2] 国佳，谢汉卿. 中医药院校临床医学教育体系的现状、困境与对策分析[J]. 浙江临床医学，2025，27(6)：945-947.

[3] 孟永斌，程思谟，杜娟，等. 浅谈综合性医院中医肿瘤科临床教学问题与对策[J]. 中国中医药现代远程教育，2024，22(8)：199-202. DOI: 10.3969/j.issn.1672-2779.2024.08.064.

[4] 赵远红，牛倩倩，王洁，等. 高校高年级医学生的中医肿瘤学学情研究报告[J]. 时珍国医国药，2019，30(10)：2495-2498. DOI: 10.3969/j.issn.1008-0805.2019.10.063.

[5] Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective [J]. Med Teach, 2007, 29(7): 648-654. DOI: 10.1080/01421590701392903.

[6] 中国住院医师培训精英教学医院联盟. 中国住院医师培训精英教学医院联盟住院医师核心胜任力框架共识[J]. 协和医学杂志，2022，13(1)：17-23. DOI: 10.12290/xhyxzz.2021-0755.

[7] 中国精英教学医院联盟. 中国精英教学医院联盟住院医师核心胜任力里程碑评价体系[J]. 协和医学杂志，2023，14(5)：978-982. DOI: 10.12290/xhyxzz.2022-0543.

[8] 彭睿涵，刘霞，王贯，等. 医学生胜任力评价研究的范围综述[J]. 中国循证医学杂志，2026，26(1)：119-124. DOI: 10.7507/1672-2531.202508095.

[9] 张颖，季聪华，李秋爽，等. 中医临床实践指南制修订中德尔菲法的统计分析方法[J]. 中华中医药杂志，2018，33(1)：249-251.

[10] 付源伟，薛帅，李辉，等. 应用改良德尔菲法构建住院医师心肺复苏分层培训指标体系的研究[J]. 中华医学教育探索杂志，2025，24(8)：1097-1103. DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20231223-02044.

[11] 张超奇，吴芃，刘澄铭，等. 肿瘤学研究生临床转化研究能力培养的教学探讨[J]. 中国肿瘤临床与康复，2025，32(10)：626-634. DOI: 10.13455/j.cnki.cjcor.113494-20250801-0291.

[12] 邬仁华，唐万平，白娟，等. 临床肿瘤教学面临的挑战与应对策略[J]. 中华医学教育探索杂志，2020，19(10)：1154-1158. DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20191222-00266.

[13] 苏婉，王中奇. 中医肿瘤学研究生临床和科研能力培养探析[J]. 中国中医药现代远程教育，2019，17(19)：31-33. DOI: 10.3969/j.issn.1672-2779.2019.19.012.

[14] Rallis KS, Wozniak AM, Hui S, et al. Inspiring the future generation of oncologists: a UK-wide study of medical students' views towards oncology [J]. BMC Med Educ, 2021, 21(1): 82. DOI: 10.1186/s12909-021-02506-0.

[15] 李海潮. 我国医师胜任力模型的形成性评价：设计、实施与思考[J]. 中华医学教育探索杂志，2024，23(1)：7-11. DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20231215-01607.

（收稿日期：2026-02-10）

（本文编辑：邬小梅）