

标准化病人辅导 临床能力评价方法

Coaching Standardized Patients
—For Use in the Assessment of Clinical Competence

原著 Peggy Wallace

译者 唐 健



北京大学医学出版社

标准化病人辅导：临床能力评价方法

Coaching Standardized Patients

—*For Use in the Assessment of Clinical Competence*

原著 Peggy Wallace

译者 唐健

北京大学医学出版社

BIAOZHUNHUA BINGREN FUDAO ; LINCHUAN NENGLI PINGJIA FANGFA

图书在版编目 (CIP) 数据

标准化病人辅导: 临床能力评价方法 / (美) 华莱士 (Wallace, P.)
著; 唐健译. —北京: 北京大学医学出版社, 2015.8

书名原文: Coaching Standardized Patients--For Use in the Assessment
of Clinical Competence

ISBN 978-7-5659-1130-9

I . ①标… II . ①华… ②唐… III . ①临床医学—研究 IV . ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 122364 号

北京市版权局著作权合同登记号: 图字: 01-2011-2794

Coaching Standardized Patients: For Use in the Assessment of Clinical Competence

ISBN: 0-8261-0224-7

by Peggy, Wallace

Copyright © 2007 by Springer Publishing Company, LLC, New York, New York, New
York 10036. All Rights Reserved. The original English language work has been published
by Springer Publishing Company, LLC. No part of this publication may be reproduced,
stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means (electronic,
mechanical, photocopying, recording, or otherwise) without prior permission from the
publisher.

Simplified Chinese translation Copyright ©2015 by Peking University Medical Press.
All Rights Reserved.

标准化病人辅导: 临床能力评价方法

译者: 唐健

出版发行: 北京大学医学出版社

地址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

电话: 发行部 010-82802230; 图书邮购 010-82802495

网址: <http://www.pumppress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印刷: 北京瑞达方舟印务有限公司

经销: 新华书店

责任编辑: 陈奋 责任校对: 金彤文 责任印制: 李啸

开本: 710 mm × 1000mm 1/16 印张: 19.25 字数: 372 千字

版次: 2015 年 8 月第 1 版 2015 年 8 月第 1 次印刷

书号: ISBN 978-7-5659-1130-9

定价: 89.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

中文版序

作为《标准化病人辅导》一书的作者，我非常高兴能为此书的中译本撰写前言。借此机会，我也想反思关于标准化病人的两个问题，一是标准化病人在临床中的使用现状，二是标准化病人与另一种互动学习载体（高仿真模拟人）的关系问题。在这里，请允许我进一步谈谈在面向医学生和医务人员的教育中，如何发挥这两种模拟方法的各自所长，进而开展整合衔接的想法。

所谓标准化病人（SP），就是一个人在经过精心培训之后，可以精确地、重复性地并且逼真地再现案例中真实病人的病史、体格，以及心理与情绪反应等特征信息，进而达到一种效果，即无论何时进行表演，抑或表演人员多寡，任何人在与 SP 晤谈之后，都能获得相同一致的感受与体验。与真病人不同，SP 在经过有针对性的案例辅导后，便可以根据需要随时进行表演。另外，在受过专门培训后，SP 还可向学生提供有关沟通技能的反馈信息。SP 所提供的反馈不是从一个中立观察者的角度给出的，而是立足于“病人”一手的切身体验。对学生而言，没有什么比直接来自病人的反馈信息更有价值了。

在另一方面，我们利用高仿真模拟人，使学生和医务人员仿佛置身于真实的急症治疗情境中，在练习团队合作的基础上，模拟演练侵入性治疗操作。因此，无论学生的临床经验如何，他们都可以在诊疗真病人之前，充分利用这些塑料材质的模拟人，来进行团队磨合或熟悉新的实践操作。目前，许多模拟人都可以模拟出真病人全部的生命体征，这就使得带教人员可以根据学生具体的实践操作，来操纵模拟人表现出对应的生命体征。

以上所介绍的这两种模拟方法，最初是在 20 世纪 60 年代，在位于美国洛杉矶的南加州大学中逐步发展起来的，那里也是我经受培训和工作的地方。直到最近，这两种模拟方法在全球医疗范围内，虽然都处于不断发展之中，但却没有什么关联。

现今，标准化病人已经广泛应用于病史采集、体格检查、信息告知与医患沟通等面向学生的临床技能训练中。与此同时，高仿真模拟人也主要应用于医院外救护、医院急诊、重症治疗等急症治疗培训内容。这是因为，在这些领域内，病人情况危重，必须要采取侵入性治疗操作，因而团队成员必须要有效协作才能达到诊疗病人的目标。

然而，就在过去的十年之中，这两种模拟方法在全球范围内，却逐渐开始走向融合。标准化病人与高仿真模拟人的这种融合趋势，给我们所有从事医学

教育的人士都提出了新问题，即如何去撷取两种模拟方法的各自优势，去强化训练各种各样的临床技能，以此来满足现实工作的要求。

促进这两种模拟方法融合的事实前提之一，就是，无论何种医疗情境，只要案例中病人意识清醒，标准化病人都是培训学生的最佳方式。因为，不论模拟训练在哪里进行，标准化病人都可以将病人细微的身体语言，面部表情，连同切身感受一同带入到培训之中。

然而，模拟人却无法做到这一点，这些塑料材质的面部往往只设定张嘴这种表情，那是为了进行插管操作的必要准备。当要求对模拟人说话或者提问时，即便有人从控制室通过话筒代替模拟人进行回应，学生们也会觉得很尴尬。因此，将 SP 引入急症治疗训练，不但有助于医疗团队成员学习相互间有效沟通，而且也给他们机会去演练如何与一名意识清醒的病人进行互动交流。通过这种方式，极大地提高了团队模拟训练的真实性。

为了实现这种模拟，可以让 SP 躺在一张病床上，中间设置一道隔帘，将模拟人放在另一张床上。当标准化病人表现出功能失调并意识丧失时，隔帘会拉起，团队成员需要立即转移到放置模拟人的另一侧病床旁，开始模拟侵入性治疗操作。此时，根据急症治疗的情境设定，病人已经失去意识，沟通训练的难点已经转移到团队成员之间，同时他们还要集中精力完成胸部按压，静脉给药等各种必要的侵入性治疗操作。

正因为如此，为了尽量还原真实的医疗情境，医学教师就更有责任去精心招募和辅导标准化病人了。此外，与临床实践一样，对病人要悲悯、仁慈与敏锐必须成为任何模拟训练的基本要求。

我诚挚希望读者们能够将此书作为推进标准化病人辅导工作的有益资源。我们要让 SP 不仅学会如何去精确表演病案所描述的，有形的事实与体格特征，而且要让 SP 在与不同水平的学生的每一次晤谈中，深化塑造出每一名病人身上所应具有，无形的人性特征。如果我们的工作能达到这个水平，对学生们将要终生服务的所有病人而言，我们就为他们做出了一项价值无法估量的贡献。

Peggy Wallace

2015 年 2 月

译者前言

在当今医学教育课程体系中,如何向医学生有效教授与评价病史采集、体格检查、医患沟通、病人教育和病情告知等核心临床技能既是重点也是难点。从医学生角度来看,学习这些临床技能的最佳途径就是通过标准化病人进行手把手的训练。标准化病人是上世纪60年代由美国医学教育家首创并逐步成熟化的一种教授和评价医学生以及医师临床执业能力的方法。在整个医学界和社会领域日益关注医疗专业人士临床能力(特别是能够解决病人实际需求的能力),强调医学职业精神,推进以病人为中心的诊疗模式的大背景下,标准化病人在对于临床技能的教学与评价上体现的独一无二的优势便展现了出来,目前医学教育学界还没有提出更有效的方法超越标准化病人。相对而言,标准化病人作为一套医学教育方法形成时间不长,但是在北美医学界发展却非常迅速。2004年,美国国家医学考试部正式将标准化病人作为执业医师考试第二阶段临床技能考核的主要方式。目前,北美各医学院和教学医院几乎都设有标准化病人培训研究项目,有专门的人员和设施,来开展标准化病人的遴选、培训和研究工作。医学生为了确保自己能够通过执业医师考试,需要熟悉标准化病人这种评价方法,因此各医学院都在课程体系中贯穿标准化病人的方法。很多教学医院为了考核其住院医师的培训成果,也都使用标准化病人。只要我们检索一下国际知名的医学教育期刊,不难发现有众多以标准化病人为主题的学术论文,作者和研究机构分布在世界各地,但仍以北美发展最为成熟先进。标准化病人教育工作者协会(ASPE)是标准化病人专业人士的国际组织,每年都召开年会,在医学教育领域具有一定影响力。据文献介绍,中国在1993年就有来自美国的专家向几所国内医学院介绍并开展标准化病人工作,但目前标准化病人的研究和实践在我国还没有充分开展,医学教育内部对标准化病人还存在一定误解和偏见,理论和理念层面还没有系统把握和自觉接受,这直接导致我们在方法上没有进一步的突破,而且在对标准化病人的培训辅导上表现为不系统性、不稳定性和随意性。如果我们不能了解这一领域的背景、相关理论、系统的方法和最新研究进展,那么很可能标准化病人辅导研究工作只能是复制而无法创新并本土化,因此我相信本书的翻译对这一学科本身,甚至对推动医学教育改革与医师职业精神培育等工作都会有一定积极意义。

对于这部专著,我认为其代表了标准化病人工作在国际医学教育领域的最高水平,如下三个特点非常突出。一是首创性。本书可以说是世界上第一本系

统描述标准化病人辅导工作的医学教育专业书籍。作者本人是在美国开展标准化病人辅导研究工作的几名先驱人士之一，多年来一直在这个领域发展，深入研究标准化病人辅导和使用技术，并积极进行推广普及工作。本书就是她对这个领域 20 多年来个人研究成果的一个总结。二是系统性。就同类学术文献而言，关于标准化病人的研究论文虽然数量很多，也在一些相关教科书、学术著作和网络资料中介绍过，但普遍缺乏系统性。本书从内容安排上，把标准化病人理论和实践都涉及了，并且对辅导程序有细致的描述，这在同类作品中是唯一的。三是创新性。这本书提出了一套完整的辅导模型，有助于标准化病人辅导员以此为借鉴，从而组建自己的 SP 团队；详细介绍了遴选标准化病人的方法和策略；提出了临床技能考核中标准化病人表演事实部分的时间控制方案；改进了标准化病人对医学生书面反馈的方法；提供了新型的强化训练方案；提供了标准化病人辅导所需的各种文档模板。

本书中译本应该有两个最重要的读者群，一是高等医学院校从事医学生本科和研究生教育和管理工作的教师，二是教学医院中从事医学生和住院医师培训工作的临床带教医师。另外，大学教师、医学生、临床医师、培训机构人员、医学教育管理和决策工作者等对标准化病人感兴趣的人员都是本书的适读对象。另外，原作者认为“来自药学、护理、正骨、医师助理、社会工作、咨询心理学、家庭治疗以及法律等专业领域，需要运用这种模拟方法来进行教学、评价和认证工作”的专业人士均是适读人群。

中译本的顺利出版要感谢很多前辈老师。首先，当然要感谢原作者，美国加州大学圣迭戈医学院（UCSD）的佩吉·华莱士教授，她通过电子邮件一次次耐心地向我澄清某些关键术语和技术，并专门为中译本撰写了序言，介绍了标准化病人领域的最新进展。另外，我也要特别感谢美国乔治华盛顿大学医学中心（GWUMC）的本杰明·布拉特教授（Benjamin Blatt）。2007 年我有幸获得纽约中华医学基金会（CMB）的资助，得以前往美国进行为期半年的访学，当时研修的主题是美国的医学教育实践。布拉特教授是我的访学导师，是他激发了我对医学教育理论与实践的关注兴趣，并手把手地教给了我如何有效开展医患沟通技能教学和评价，也是他辅导了我开始的标准化病人模拟，并向我推荐了这本书。现在回顾当时青涩的表演录像，老师的言传身教令我动容。

我还要特别感谢天津医科大学医学人文学院的刘惠军教授，我是她领导的参与式医患沟通技能教学课程组的一员。她对中译本一些关键术语的翻译提供了非常有价值的建议，并且支持我在面向医师和医学生的沟通技能教学中去探索和巩固对标准化病人方法的适用方式。如果没有这个能学以致用用的平台，我所学的标准化病人方法也可能就逐渐荒疏下去了，进而也就没有翻译此书的冲

动。此外，我还要由衷感谢现任教育部高等院校医学人文素质教学指导委员会主任委员张金钟教授以及北京大学医学部丛亚丽教授，他们是我国医学人文教育领域的知名专家，也分别是我硕士和博士学习阶段的导师。他们始终对我这项翻译工作充满肯定并积极推荐，是他们鼓励我不要将标准化病人方法丢下，要动脑筋研究如何整合到医学人文教育之中。

这本书得以顺利出版，必须要感谢北京大学医学出版社领导的大力支持，感谢陈然、陈奋两位编辑对我拖沓工作进程的宽容和高质量的编辑工作。其实，我在翻译进程中曾碰到过一些困难，自己甚至一度想放弃。但北医出版社对我充分信任，鼓励我把这项工作做下去，令我非常感动。当时恰逢我的女儿豆豆出生，我是在她夜晚的哭声中完成书稿的最后翻译工作的，这里离不开家人的坚定支持。回过头来看，我自己独立完成这项翻译工作也是一件好事，可以让我又从头至尾精读了一遍原著，深化了自己对标准化病人这套方法的理解。

翻译工作往往费力不讨好，特别本书涉及临床医学和表演学很多专业理论和技术，对我的知识背景也是挑战，但获得新知的乐趣却是无穷的。在翻译中，我深感自己语言转化能力不济，有些语句虽然经过润色和修改，却还是略显生涩，希望读者理解。关于内容，我虽通读校对过，但疏漏或错误也在所难免，如有发现责任在我，恳请大家不吝指正，也希望各位致力于我国标准化病人方法建设的同道前辈多多赐教与交流，我的电子邮件是 dmhjt@tmu.edu.cn。

唐健 谨识

2015 年 4 月

著者介绍

佩吉·华莱士博士 (Peggy Wallace, PhD), 医学副教授, 美国加州大学圣迭戈医学院 (UCSD) 课程资源与临床评价项目负责人, 她在医学本科课程中利用标准化病人从事临床技能的教学、评价与矫正工作。在过去十余年中, 她一直担任 UCSD 专业发展中心主任, 并负责住院医师和开业医师临床技能评价工作。在进入医学教育领域前, 她曾学习音乐与舞蹈, 并且接受教育传媒、电影电视的研究生教育, 之后她被美国南加州大学 (USC) 聘用操控首个用于训练麻醉学住院医师的电脑模拟人。这个在医学模拟领域上的开端, 最终使得她的工作与标准化病人相伴。

华莱士博士在 1977 年至 1995 年从教于史蒂芬·亚伯拉罕森博士 (Dr. Stephen Abrahamson, 美国著名医学教育家) 领导下的 USC 医学教育系, 在 20 世纪 80 年代中期与霍华德·白若斯博士 (Dr. Howard Barrows, 美国著名医学教育家) 合作, 重新将标准化病人引入 USC 的医学教育课程体系中。在 20 世纪 90 年代早期, 华莱士博士成为加州临床能力评价联席会 (CCACC) 的创始人之一, 此协会包括加州全部八所医学院。她目前是 CCACC 的共同主管, 该组织负责对加州所有高年级医学生进行高阶临床实践考核的设计和年度管理。她发起并参与了 CCACC 案例报告和评价表格精确性中关于标准化病人表现的改进研究, 并且为那些没有达到 UCSD 临床表现考核中关于沟通技能要求的医学生专门设计了一个有影响的矫正项目。她也是美国国家医学考试委员会标准化病人项目的咨询专家, 此外, 华莱士博士还在世界卫生组织以及美国国内指导了大量关于教育技术, 医学中视频使用, 标准化病人程序培训, 标准化病人案例开发等主题的工作坊。她曾经发表过一篇关于标准化病人在医学教育中使用历史的论文《踏寻革新的足迹 (Following the Threads of an Innovation)》。

译者介绍

唐健, 讲师, 任教于天津医科大学医学人文学院, 研究方向为医学伦理学与医学职业精神教育。

献 给

Stephen Abrahamson 和 Howard S.Barrows

以及

这些年来和我并肩工作的所有标准化病人和 SP 教育家

以及

在北美和全世界的医学院中，那些不断将个人才智贡献于临床技能教学的人们。

原著前言

多年之后，我时时沉思，为何自己的事业与医学结下了不解之缘。一方面，我的父亲是一名医生，但是他并不鼓励我步其后尘。在那个时代，我们被告诫“那不是女性适合的专业”。在 20 世纪 60 年代早期，对于女性而言，选择很多其他专业也面临这样的状况。另一方面，作为一名年轻女性，我却可以自由地追求自己感兴趣的其他领域，比如音乐和舞蹈，最终是电影。追忆经历，我觉察到一个在当时无法洞见的主题，那就是对那些难以名状之事的表达渴望和对精神创伤的治愈需求乃是人性的一部分。于是，我选择进入学术殿堂去寻求一种庇护，在上面提到的三个领域，一个接着一个地攻读学位，同时探索并追寻着自己喜欢的教学方式。在获得了所有的学位后，我却无法找到一个适合自己的工作。直到 1979 年的一天（我今天仍然感到惊奇），我鬼使神差地来到了南加州大学医学教育学系 (Department of Medical Education, the Southern California University, USC)，向他们询问是否有适合自己的工作。于是，他们就给了我一个职位。在前任草草离职后，他们聘用我去操纵模拟一号 (Sim I)，这是第一台由电脑控制的用来训练麻醉师的医疗模拟人。开始只被拟聘六个月，但五年之后，我仍旧在那里工作，那时 Howard Barrows 博士受邀返回 USC 执教（这里是他第一次开始使用标准化病人的地方），并重新将标准化病人应用到医学院课程设置中。我被任命负责这项课题，由于我的教育媒体学背景，他们便理所当然地认为我肯定知道怎么和演员打交道，但实际上我却并不知道。就这样，我便在医学领域一直干了下去，辅导医学生学习如何去倾听病人最深切的忧虑，并且辅助我的医学教师同事们去训练一届又一届那些踌躇满志的医生。

为什么要向大家讲述这段经历呢？简单来讲，我认为，你如果发现自己已经在和标准化病人在一起工作，这是有一些原因的，可能是一些愿望，一些命运的安排，一些对参与自我治疗的渴望。

本书的形成

在同事们的常年鼓励下，我决定在个人经验的基础上，把我们从事标准化病人的辅导心得整理成文字。本书所描述的辅导方法和程序已经在过去的 25 年被充分地应用和校正，这些成果很大程度上来自与 Howard Barrows, MD. 和 Stephen Abrahamson, PhD（其是医学教育学开创人之一）两位博士合作经历，他们在美国的医学院共同发起了以标准化病人为基础的临床表现考核（Standardized patient-based clinical performance examinations），以促进更广泛的医学教育改革。同时，美国国家医学考试部的标准化病人分委员会（the National Board of Medical Examiners' Standardize Patient Subcommittee）的成员们与我们就这些辅导方法和程序的研发进行过充分的交流和合作，他们分别代表美国的麻省大学（the University of Massachusetts）、康州大学（the University of Connecticut）、南伊利诺伊大学（Southern Illinois University）、德州大学加尔维斯顿医学院（the University of Texas Medical Branch at Galveston）以及加拿大的曼尼托巴大学（the University of Manitoba）。此外，与我长期合作的来自加州临床能力评价研究会（the California Consortium for the Assessment of Clinical Competence, CCACC）的所属八所医学院的标准化病人辅导员都对完善本书的方法和程序提供了大力帮助。

本书的宗旨

由于本书旨在将标准化病人¹辅导工作的最佳经验和那些娴熟的标准化病人辅导员在高阶（High-stakes）临床技能考核中准备标准化病人的使用方法进行详细描述并系统总结，因而你会发现本书所介绍的辅导方法是应用于开发最高要求的 SP 试演、最强精确要求的病人表演和核查表等工作之上的。你同时也会找到有助于辅导 SP 的相关信息，从而帮助 SP 撰写出最有实效的书面反馈。有效书面反馈的意义在于，医学生通过与“病人”的沟通，获得的不是一个单纯的分数，这种学习过程会对他们的临床实际工作产生实质关联。

在写作的过程中，我比先前更加强烈地意识到，辅导 SP 所需要的综合性

1 标准化病人（Standardized Patients, SP），即一个人在受过精心训练之后，能够精确地、重复性地、逼真地再现出案例框架内真实病人所表现的病史、体格特征、心理社会和情感反应等要素。无论案例表演的时间，无论具体由哪位 SP 来受训表演，都应该确保在相同案例下，被考核人来自 SP 的挑战是一致的。

技能是多么的独一无二并且错综复杂。在过去的十年中，在美国、加拿大、许多欧洲国家以及世界上其他地区都已经开始探索 SP 辅导工作，这使得我们有必要将同行组织起来，我们自己的国际专业组织标准化病人教育者协会（the Association of Standardized Patients Educators, ASPE）的成长就见证了组织化的成果。我们要对 SP 培训工作的要点进行系统化和规范化，并且要研究哪种辅导方法效果最好以及其适用环境。

作为一名读者，你可能是一名有经验的 SP 辅导员，或者才刚刚进入这一学科。你的工作也许要面对医学生，也许要面对来自药学、护理、正骨、医师助理、社会工作、咨询心理学、家庭治疗或者法律等专业的学生，这就需要运用这种人格模拟方法来进行教学、评价和认证工作。你也有可能是一名临床研究者或者大学教师，希望了解 SP，以便开展临床能力评价。无论你具体从事何种工作，我希望你能从书中获得一些灵感、技术、或者指导原则，以便扩展与加深对 SP 辅导艺术与实务层面的理解。无论你阅读本书的初衷是什么，我也希望你能够更加深刻地理解到辅导的重要性与精确性，以便保证培训对象表演的真实性、核查表的准确性以及反馈的实效性。

本书的拓展应用

虽然本书在内容上对 SP 辅导提供了最严格的有关招募、试演、遴选以及培训程序的介绍，以保证用于临床能力评价工作的病人模拟达到最高质量，但在教学场景中如果恰当应用 SP，难度并不很高。因此，读者要确保能够对 SP 招募、试演、遴选、培训程序等指导流程和总体规范的理解在原则上达到一致，接着就可以安全地进行细节调整，以便配合那些涉及 SP 的各种学习活动。

本书所描述的用来确保高质量 SP 表演的各种技能和方法是唯一的吗？当然不是。我在此分享经验，并不是想对 SP 辅导作出最终的评判。当然也没有什么所谓唯一的正确方式。然而，我的愿望在于，这本书将能够服务于你，特别当你恰好是一名 SP 辅导员，你将利用它探索适合自己的辅导方式和发展路径，本书将会对你和 SP 在技能辅导方法上提供支持和帮助。

导 论

学科缘起

20 世纪 90 年代初，在美国两件几乎同时发生的事件帮助我们的 SP 培训塑造成为一门专业学科。一是国家医学考试部坚持不懈地将基于 SP 的临床技能表现评价纳入美国执业医师考试中；二是 Josiah Macy, Jr. 基金会提供资金并进而要求全美众多具有影响力的医学院公会去设计使用以 SP 为基础的临床技能考核。Macy 基金会提供支持的逻辑是，如果实际测评医学生临床技能的方法能够进入到众多医学院的课程设置中，如果教师能够在统计学意义上把握学生如何实践他们所习得的临床技能，那么就能在 20 世纪末推动医学教育所迫切需要的课程改革。

我们的学科在发展，SP 辅导也在取得进展，因此现在要求对多种技能进行综合。目前，我们必须掌握相关能力，通过发现、试演和遴选合适的人去扮演病人。我们必须确保我们的 SP 能够掌握案例事实，并且在临床场景的恰当时机将事实表现出来，另外也要确保他们能够精确地将所扮演病人的体格特征表演出来。我们必须指导 SP 能够理解案例核查表中的每一个项目，保证他们能够观察并回忆整个临床接触过程，从而精准地完成每一份核查表。我们必须辅导 SP 如何撰写关于考核对象沟通技能水平的有效书面反馈。我们必须全力支持 SP 去真实地还原病人，使表演精巧但又不失清楚，进而展现出病人的脆弱性与人格特征。

SP 工作的挑战性

为了精确评价医学生临床技能，包括病史采集，恰当的体格检查，以尊重的、关怀的并且以关系为中心的方式进行病人教育或病情告知等内容，医学生就必须要在与病人的接洽中被观察。但是，临床技能是无法通过以知识为内容的书面考核而进行评价的。即是说，对知识的测试不能评价出医学生是否能有效地将医学知识转化为临床实践。事实上，诸如乐器演奏或竞技体育等技能都不能通过笔试而判断，而只能通过对行为表现的观察来加以评判。这同样适用

于对医学生临床技能的测评工作。

行为表现的评价往往是由一名或一组专家来完成的，他们负责观察和评判行为者的技能。在医学领域，学生们在技能密集培训中需要接受来自带教医师通过观察进行的评价，由他们评判学生在各科实习过程中技能掌握的情况。然而，由于带教医师在临床研究和诊疗工作上的任务日益加重，并且教员们与学生经常在同一时间处理不同的病人，因此他们很难找出时间去直接地观察和评价医学生的临床技能。鉴于对直接观察医学生在训练中表现的教育需求，运用 SP 的临床技能评价方法便在 20 世纪 80 年代应运而生，并且这种方式也确实发挥了实际的功效。在性质上，SP 已经成为了代理观察者，他们负责精确地记录医学生的临床行为，使得教师可以通过分数来确定学生们是否达到了相应的期望标准。因此，SP 辅导员的一项重要责任就是要培训 SP 使他们能够站在带教医师的立场上观察医学生的临床技能表现情况。

鉴于医学生与病人的接触越来越多地由 SP 来负责直接观察并评价的状况，我们很有必要探讨 SP 的资质要求。SP 往往没有医学教育背景，他们在扮演病人的同时还要与医学生进行接触，对他们进行观察，进而精准地回忆接触过程。此外，虽然医学专家负责制定核查表²，但是却不在技能考核过程中出现，因此 SP 在完成案例评价表格的同时，必须要能依据医学专家的定义对核查表格项目进行解释。这给 SP 辅导培训工作带来了很大压力，因为必须要保证 SP 所提交的关于医学生临床技能相关数据的精确性。那么问题就出现了，SP 对核查表的理解是否真能达到 100% 的精确度？答案是肯定的。是否能像笔试数据一样，确保 SP 提交的关于医学生行为表现的数据从始至终都具有 100% 的精确性？不，我们对此不能保证。然而乐观的是，已经有研究显示 SP 可以在临床技能表现测试中一直保持足够高的精确度，以此可以判断被考核者是否达到带教医师所要求的最低临床能力标准（Colliver & Williams, 1993）。需要提醒的是：SP 能够保证足够精确性的前提是，要经由良好的遴选和最严格的培训，然后在培训的整个过程中以及临床技能测试的管理阶段得到很好的监控与充分的反馈。否则的话，没有人可以确保他们所提交考核数据的精确性。

遴选和培训那些用于高阶临床技能测试的 SP 花费精力最大，因为他们将负责评价卫生保健专业人士的培训进展或对执业医师的职业能力进行检测。这种终结性的测试被冠以多种名称。国家医学考试部（National Board of Medical Examiners）称这种高阶执照测试为二阶段临床技能考核（the Step 2 CS Examination），在医学院中又被称为临床技能评价（Clinical Skills Assessment，

2 每个由 SP 表演的案例都有一个专门的由 SP 填写的核查表，从而记录下医学生在考核中与 SP 所扮演病人的整个接触过程。

CSA)、临床能力测试(Clinical Competence Exam, CCE), 临床表现测试(Clinical Performance Exam, CPE)等名称, 或通用的客观结构化临床考核(Objective Structured Clinical Examinations, OSCEs)。本书中, 我使用临床实践考核(Clinical Practice Examination, CPX)这一术语指代这种高阶评价方法, 因为在这种考核中, 学生需要在临床环境中一个接着一个地接触许多 SP, 好像全科医师的临床实际工作一样。这种考核经常在学生完成所有临床科室实习后不久予以进行。

这种高阶测试与其他结果具有相关性。例如, 许多医学院都将通过这种临床表现考核规定为毕业的前提条件。虽然标准化临床表现考核并不是没有瑕疵, 但目前在卫生保健专业人士的培训中还没有另外一种方法能像 SP 为基础的临床技能考核一样具备相同的实效性(Colliver & Williams, 1993; Petrusa, 2002)。因此, 这对负责设计以行为表现为基础的考核和开发病人案例的教师而言, 对那些辅导 SP 的人士而言, 对 SP 自身而言, 都提出了一个重要责任, 即要长期培养高质量的医疗专业人士。

定义辅导

多年之中, 我们一直将那些与 SP 合作的人士称为培训师(trainer)。就连标准化病人教育工作者协会(ASPE)也将协会的宗旨设定为“向包括院系主任、医学主任、带教医师、项目协调人、SP 培训师在内的使用 SP 方法的医学教育工作者提供支持、资源和教育机会”(参见 www.aspeducators.org)。当然我并不是要反对使用培训师这个术语。事实上, 培训师(trainer)的同义词(educator, instructor, preceptor, tutor, and coach)等都佐证了我们的角色是教师(teacher)。

当然这些同义词都可以应用到 SP 的工作中, 但对于我而言: “coach” 这个名词更好地抓住了我们工作的实质。比如, 一个辅导员(coach), 无论其工作领域是体育、歌剧、舞蹈、生意还是 SP, 往往都能和他或她的门生(protégé)建立起特殊的关系。与自身的利益相比, 辅导员往往更看重其门生的表现。辅导员的满意度来自其辅导对象的学习进度。辅导员往往象征性地站在其门生旁边并鼓励他们。辅导员也能够意识到辅导对象的差异, 进而找出并解决困难来最大程度地提高每个辅导对象的能力。事实上, 辅导员会做出任何有助于辅导对象成功的行为, 比如教学、激发、支持、鼓励或者跑来跑去。因此, 重要的是辅导员与门生之间的关系, 以及门生正在朝他所努力的方向迈进的事实。以上这些关于辅导员的描述代表了我对如何与 SP 合作的看法。你们都 SP 合作

过，知道我所描述的这种特殊关系。无论我们决定如何称呼自己，问题的关键在于我们如何做，都做什么，我们的工作态度，以及 SP 的表现，我们要从精神和实践上把这些关键点做到极致。

本书概要

本书你可以一页一页来阅读，也可以作为一本参考文献，根据培训 SP 时的需要直接选择特定章节来阅读。

本书分为两大部分。第一部分主要涉及 SP 辅导的基础性技能和知识。如果你已经是一名 SP 辅导员，你可以找到一些关于开发或增加辅导技能的特殊方式的深度勾画，如果你刚刚起步做 SP 辅导，你可以发现如何开始发展这些技能。在第二部分，你会发现一些关于如何发现并培训 SP 的程序。书中还介绍了 SP 培训项目的大纲，你可以结合第一部分所探讨的相关技术和技能一起阅读。

第一部分的四章重点介绍了关于 SP 辅导必须掌握的技能和知识，目的在于帮助 SP 提高表演的逼真度。第一章对 SP 辅导提供一个概述。第二章向那些没有医学背景的辅导员介绍了基本的临床或行医技能，使得辅导员能够扮演医学生的角色来培训 SP。第三章和第四章向辅导员提供了关于戏剧艺术的背景知识，这些内容在辅导 SP 时用来表现真实病人情感与心理特征方面非常重要。其中第三章重点介绍了关于表演的基础知识和技术，辅导员可以根据它们帮助 SP 设计出贴近生活的病人案例。第四章主题是关于导演，内容涉及辅导 SP 进行表演使之符合辅导员对病人表演的理解。

本书第二部分提供了一些特殊的方法和程序，用来在 CPX 中发现适合的 SP 来扮演病人，以及如何培训他们发挥最佳水平，从而保证关于医学生实际临床表现的 SP 数据报告（报告决定了学生的测试分数）的精确性。第二部分的每一章都描述了 SP 培训的实践性和结果性步骤，以及相关程序。第五章是关于如何招募最佳 SP 扮演病人案例，这一步骤非常关键，因为一旦遴选不理想会从开始就给整个培训制造困难。第六章概述如何培训获选者为在 CPX 中作为 SP 而进行准备。第七章到第十章向辅导员提供了一个非常详尽的培训 SP 的程序。第十一章描述了一些可能影响四阶段培训的变化因素，分析了其他关于培训协调的可能性，以此来帮助 SP 获得不同的技能。最后，第十二章展示了模拟考试（Practical Exam）的程序，它是 CPX 的基本模型。在模拟考试的过程中，SP 辅导员仍有机会调整 SP，对他们在正式参与医学生实际考核前进行最后一次关于表演的反馈。