

临床医学专业学位研究生心理健康工作体系的探索与实践

尹放*, 刘莉, 贺春香, 田径, 杨德雨#

重庆医科大学附属永川医院, 重庆

收稿日期: 2026年8月26日; 录用日期: 2026年10月2日; 发布日期: 2026年10月13日

摘要

临床医学专业学位研究生作为医疗卫生行业后备骨干应用型人才, 同时承担学生与准医生的双重角色, 面临学业、临床、人际、经济、婚恋、职业等多重压力, 是心理健康问题的高发群体。传统单一化、被动式的心理健康教育模式已难以应对, 构建整合性的心理健康工作体系势在必行。文章以重庆医科大学第五临床学院为例, 在生态系统理论与认知评价理论框架下, 构建测评-预警-干预-协同四位一体的心理健康工作体系, 通过双轨筛查、三级预警、多维宣教、四方联动与学院层面定期研判形成心理健康工作的协同保障。经过两年实践, 实现了心理健康工作与人才培养质量的双向赋能。

关键词

临床医学专业学位研究生, 心理健康, 干预体系, 生态系统理论

Exploration and Practice of a Mental Health Service System for Clinical Medicine Professional Degree Postgraduates

Fang Yin*, Li Liu, Chunxiang He, Jing Tian, Deyu Yang#

The Affiliated Yongchuan Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing

Received: August 26, 2026; accepted: October 2, 2026; published: October 13, 2026

Abstract

Professional degree graduate students in clinical medicine constitute a reserve of backbone applied

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 尹放, 刘莉, 贺春香, 田径, 杨德雨(2026). 临床医学专业学位研究生心理健康工作体系的探索与实践. 心理学进展, 16(10), 158-166. DOI: 10.12677/ap.2026.1610479

talent for the healthcare sector. They simultaneously occupy the dual roles of student and prospective physician, and face multiple pressures arising from academic study, clinical practice, interpersonal relationships, finances, marriage and childbearing, and career development; they are therefore a high-risk group for mental health problems. Traditional, single-track and passive models of mental health education are no longer adequate, and an integrated mental health work system is imperative. Taking the Fifth Clinical College of Chongqing Medical University as a case, and drawing on ecological systems theory and cognitive appraisal theory, this paper constructs a four-in-one mental health work system of assessment, early warning, intervention, and coordination. Dual-track screening, three-level early warning, multidimensional education, quadrilateral linkage, and regular college-level review together form a collaborative safeguard for mental health work. After two years of practice, the initiative has achieved bidirectional empowerment of mental health services and the quality of talent cultivation.

Keywords

Clinical Medicine Professional Degree Graduate Students, Mental Health, Intervention System, Ecological Systems Theory

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

临床医学专业学位研究生(以下简称临床专硕)教育是我国医学人才培养体系的重要组成部分,承担着培养高层次应用型医学人才的重任。在“四证合一”培养模式下同时承担学生与准医生的双重角色,面临学业、临床、人际、经济、婚恋、职业等多重压力,他们的心理健康问题具有高发、多元、复杂的特殊性,传统单一化、被动式的心理健康教育模式已难以满足其系统性需求,因此亟需构建架构清晰、措施具体、协同高效的心理健康工作体系,以保障研究生的全面发展和医学人才的培养质量。

从理论渊源看, Bronfenbrenner 的生态系统理论将个体发展置于嵌套的环境系统之中,微观系统指个体直接互动的关系网络,中间系统指微观系统之间的联结,外观系统与宏观系统则分别对应间接制度环境与社会文化规范(Bronfenbrenner, 1979)。临床专硕的压力并非单纯的个体特质问题,而是轮转科室、导师组、同辈群体、医院制度与职业文化等多层系统交互的结果。Lazarus 与 Folkman 的认知评价理论进一步指出,压力反应取决于个体对情境的初级评价(威胁/挑战)与次级评价(资源是否充足) (Lazarus & Folkman, 1987)。据此,心理健康工作既要改变微观互动质量,也要提升个体可感知的支持资源。

国际上,高校与住院医师心理健康干预已形成若干主流模型。世界卫生组织 mhGAP (WHO, 2016)强调初级保健场景中的分级识别与转介;阶梯式关怀(steppped care) (Bower & Gilbody, 2005)主张按症状严重程度匹配最低充分干预强度,并随病情动态升降阶;美国高校咨询中心普遍采用 CAPS 式筛查 - 分诊 - 短程治疗 - 危机转介路径(Cornish et al., 2017);中小学与部分高等教育情境中的多层级支持系统(MTSS/PBIS)则强调全员预防、针对性小组干预与个别化强化支持的三层结构(Sugai & Horner, 2009)。国内实践多以学期普查、辅导员谈心与心理中心转介为主,对临床带教这一准医生场景中的关键微观系统关注不足,尚未形成贴合临床专硕双重身份与培养场景的专属心理健康保障体系。基于此,本文结合临床专硕的培养特性与心理困境成因,针对性地构建了适配临床专硕培养场景的系统化心理健康工作体系,为精准化解临床专硕心理压力、夯实医学人才培养质量提供支撑。

2. 临床专硕心理压力来源分析

2.1. 学业压力与临床工作繁重

临床专硕的培养模式决定了其学业压力的独特性和复杂性。与学术学位研究生不同,临床专硕实行“四证合一”培养要求,即需在毕业同时获得执业医师资格证、住院医师规范化培训合格证、学位证和毕业证。这一培养模式使得临床专硕在有限的学习周期内面临多重考核任务。临床工作量繁重是临床专硕的普遍体验。作为住院医师规范化培训的重要组成部分,临床专硕需要在各临床科室进行轮转,承担与住院医师相当的临床工作量,高强度的工作负荷使得研究生工作与学习的边界模糊,个人休息时间也被严重挤压。备考期间,临床轮转本身已占用大量精力,而考试复习又需要连贯的知识整合时间,两者之间的冲突导致研究生长期处于高压备战状态中。一项针对四川省4所医学院校1087名临床专硕的调查显示,学业压力是临床专硕报告的首要压力源,且年级越高压力水平越高,呈现出明显的累积效应(熊忠东等, 2024)。同时,住院医师规范化培训考核与学位论文答辩的时间节点重合,导致研究生需要面临论文写作、临床工作与考试备考等多重压力的叠加,常常感到力不从心,也加剧了焦虑情绪。从认知评价理论看,当个体将叠加任务评价为超出可控资源的威胁时,焦虑与回避更易被激活,因此干预不能止于情绪疏导,还需在微观系统中调整任务节奏与指导方式。

2.2. 人际关系复杂

临床专硕的人际关系网络复杂,涉及导师、临床带教老师、患者、同门、室友等多个层面,任何一层关系的紧张都可能成为心理压力的来源。导学关系是影响临床专硕心理健康的关键因素。南方医科大学的研究证实,“与导师关系好”是焦虑的保护因素($OR = 0.338$),师生关系质量直接预测研究生的心理健康水平(谭天赐等, 2021)。不良的师生关系可能导致研究生产生挫败感、自我怀疑甚至职业倦怠(王文文, 郭宁, 王扬, 2018)。与临床带教老师的关系同样影响深远。临床带教老师是研究生临床能力培养的直接责任人,其带教态度和方法直接影响研究生的临床学习体验。部分带教老师指导时间不足、指导方式简单粗暴或临床任务分配不合理等,使研究生容易感到被“放羊”或被“压榨”。研究生作为临床一线人员,由于缺乏足够的沟通经验和冲突处理技巧,在面对患者不信任、治疗依从性差、医疗纠纷风险时,容易产生职业恐惧和回避心理。一项针对中国31所高校医学生的实证研究表明,医患冲突对医学生的心理压力具有显著影响(章伟芳等, 2020)。部分研究生甚至出现了共情疲劳现象,对患者的痛苦产生情感麻木,这既影响了临床服务质量,也损害了个人的心理健康(Zhong et al., 2025)。同辈比较也是研究生人际关系压力的重要来源。临床专硕群体内部存在隐性的竞争关系,包括执医考试成绩、论文发表数量、就业去向等。研究指出,同辈比较是临床专硕产生“冒名顶替综合征”的重要诱因(Devkota, 2024)。在生态系统理论视角下,导师、带教、患者与同门共同构成临床专硕最直接的微观系统,任一子系统功能失调,都会通过中间系统传导为持续压力。

2.3. 婚育与经济问题

临床专硕普遍处于22~30岁的成年早期,按照发展心理学理论,这一阶段的核心发展任务是建立亲密关系、形成职业认同。然而,临床专硕的培养特点使得这些发展任务的完成面临诸多障碍。临床轮转面临值班,节假日难以保障,导致与伴侣相处时间不足。即使在非值班日,研究生也常常需要投入时间进行考试复习或论文写作,难以维持稳定的情感投入。研究指出,医学培训通常与最佳生育年龄重合,导致女性医生发生不孕的概率是普通育龄女性的两倍,因此也加剧了伴侣冲突(Levy et al., 2023)。此外,尽管国家和学校为研究生提供了一定的奖助学金,但临床专硕仍面临较大的经济压力。部分来自农村或

家庭经济困难的研究生还需要承担一定的家庭经济责任，而自身收入又不足以支撑，容易引发研究生的自卑感和无力感。由于临床医学培养周期长，在同辈群体已经积累了一定的工作经验和经济基础时，临床专硕仍处于学生身份，大部分依赖家庭补贴来维持基本生活，也容易引发研究生对自我价值的怀疑。

2.4. 职业发展的不确定性

临床专硕面临的不仅是当下的压力，还有对未来的深层焦虑。尽管医学专业就业面相对确定，但优质医疗岗位尤其是三甲医院编制岗位竞争激烈。研究生在规培期间需要同时关注就业信息、准备招聘考试、参加面试，这些任务与学业任务叠加，进一步加重了心理负担。

在临床实践中，研究生既可能体验到救死扶伤的职业崇高感，也可能因目睹医疗体系的局限性、医患矛盾的尖锐性而产生职业幻灭感。一项质性研究揭示，部分临床专硕在规培后期会出现职业迷茫，质疑自己选择医学道路的初衷(刘俊香，董美珍，2024)。

总的来说，临床专硕的心理健康问题是一个多因素、多层面、动态发展的复杂现象，需要系统化、多层次、持续性的干预策略。传统的心理健康教育模式如单一讲座、被动等待求助等难以有效应对临床专硕的特殊需求，构建整合性的心理健康工作体系势在必行。

3. 研究生心理健康工作体系的构建与实施

基于对临床专硕心理问题现状的系统分析，重庆医科大学第五临床学院以生态系统理论和认知评价理论为理论框架，以精准识别、分级响应、系统干预、协同保障为逻辑主线，构建了四位一体的心理健康工作体系(见图 1)，形成了闭环运行的工作架构。该架构在操作层面对齐阶梯式关怀按需匹配干预强度的原则，在关系层面则着力重建支持性微观系统并打通中间系统。

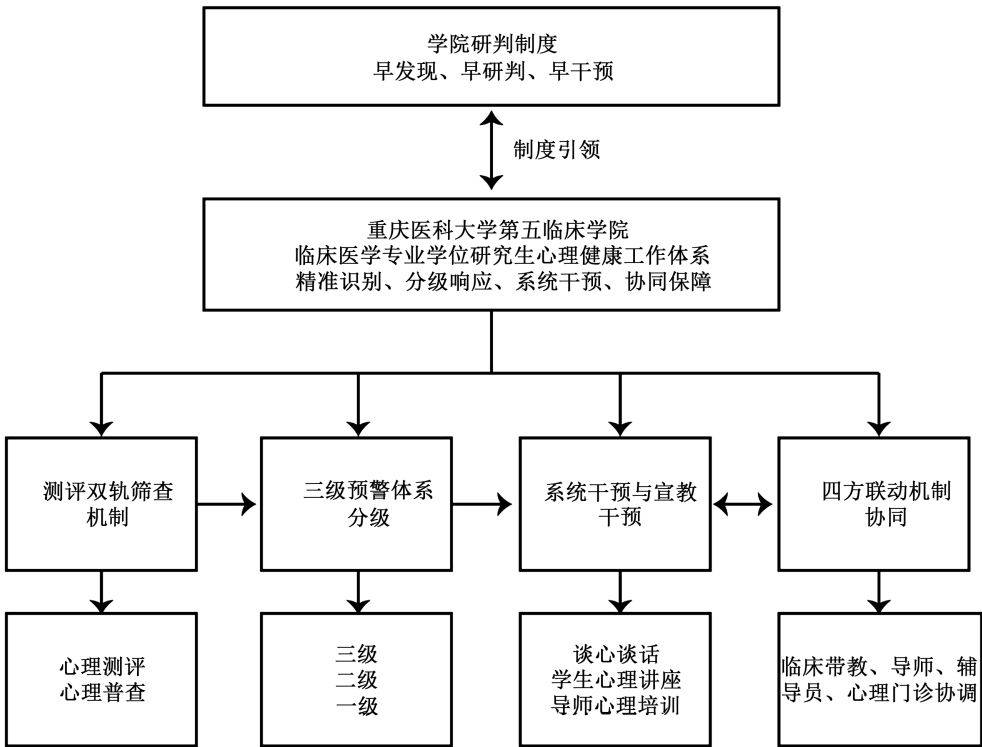


Figure 1. Mental health work system of the Fifth Clinical College of Chongqing Medical University
图 1. 重庆医科大学第五临床学院心理健康工作体系图

3.1. 构建双轨筛查机制

学院建立学期动态测评与年度全面普查双维度的心理筛查机制,实现研究生心理健康监测全覆盖、常态化。一是开展每学期简易心理测评,具体涵盖情绪、状态、心境、攀比、睡眠障碍及自杀意念六大核心指标,采用五级计分方式量化心理压力程度,快速捕捉学生阶段性的负面心理状态与高危风险倾向。二是落实年度全员心理普查,采用症状自评量表(SCL-90)、焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)、压力知觉量表(CPSS)及一般心理健康问卷(GHQ-12)的组合评估方案,覆盖全院所有在读研究生,精准定位存在心理困扰、心理危机风险的学生群体,为分级预警和精准干预提供科学依据。双轨设计对应阶梯式关怀中的普遍筛查与重点复评,也契合临床轮转导致压力呈阶段性波动的现实。

3.2. 建立分级预警干预体系

根据心理测评和普查结果,学院建立了三级预警干预体系(见表1)。三级预警针对测评总分12~17分或1~2个维度 ≥ 3 分的研究生,由辅导员开展一对一谈心谈话,提供心理调适建议,建立定期跟踪观察机制。二级预警针对测评总分18~23分或任一维度 ≥ 4 分,或SCL-90任一因子分 ≥ 2.5 分的研究生,由辅导员与导师联合开展谈话,制定个性化帮扶方案。一级预警针对测评总分 ≥ 24 分,或SAS/SDS达中度及以上,或存在自伤或自杀意念的研究生,立即启动危机干预预案,转介至心理门诊进行专业的评估与治疗。分级标准体现了MTSS全员-针对性-个别化的层次,也与CAPS分诊后匹配服务强度的路径相一致,与单纯等待主动求助相比,该设计把识别关口前移到可操作的量化阈值。

3.3. 搭建多维宣教平台

学院聚焦学生与导师双主体,开展常态化、专业化心理健康宣教工作,全方位提升心理育人实效。一方面,每学期联动医院心理门诊资深医生,开展研究生心理健康专题讲座,围绕临床压力疏导、医患沟通心态调节、科研学业压力缓解、考前情绪管理、人际矛盾处理等学生高频心理问题,普及科学的心理调适方法,提升研究生自我心理保护与调节能力。另一方面,针对性开展研究生导师心理健康专题培训,聚焦师生沟通技巧、研究生心理状态识别、育人心理疏导方法、高危心理问题甄别等核心内容,提升导师的心理健康育人能力,引导导师关注学生心理状态,构建和谐和谐的师生关系,从源头上减少导学矛盾引发的心理问题。宣教的功能不仅是知识传递,更是改变认知评价中的污名评价与资源不足评价,提高主动求助的期望价值。

3.4. 丰富心理育人活动

学院坚持心理健康教育常态化、生活化,结合研究生学习轮转的特点,常态化开展形式多样、贴合学生需求的心理健康主题活动。包括心理团体辅导、解压游戏竞赛、户外素质拓展、求职分享会等多元化的活动,打破单一的宣讲模式,为研究生提供了情绪宣泄、压力释放、同辈交流的平台,引导研究生树立乐观健康的心态,提升心理抗压能力与环境适应能力。此类活动相当于阶梯式关怀的最低阶普遍性预防,旨在增强同辈微观系统的互惠支持。

3.5. 完善四方联动机制

学院创新构建临床带教-导师-辅导员-心理门诊四位一体心理问题处置机制,明确各方主体育人职责。在生态系统理论中,微观系统是个体直接体验到的活动、角色与人际关系。对临床专硕而言,病房与轮转科室中的带教关系、实验室与课题组中的导学关系、日常管理中的辅导关系以及专业服务中的咨访关系,共同构成其最关键的微观系统。四方联动的实质,是把原本分散甚至相互隔绝的四个微观场

域，通过制度化的信息互通与联合研判，编织为一个可感知、可调用的支持性微观系统，并形成中间系统层面的稳定联结。

学院创新构建临床带教－导师－辅导员－心理门诊四方联动的心理问题处置机制，明确各方主体育人职责。在生态系统理论中，微观系统是个体直接体验到的活动、角色与人际关系。对临床专硕而言，病房与轮转科室中的带教关系、实验室与课题组中的导学关系、日常管理中的辅导关系以及专业服务中的咨访关系，共同构成其最关键的微观系统。四方联动的实质，是把原本分散甚至相互隔绝的四个微观场域，通过制度化的信息互通与联合研判，编织为一个可感知、可调用的支持性微观系统，并形成中间系统层面的稳定联结。在信息互通层面，辅导员定期向导师、临床带教老师通报重点关注学生情况，临床带教老师及时反馈学生临床工作中的异常表现。在联合研判层面，对二级及以上预警学生，由辅导员牵头组织导师、临床带教老师、心理门诊医生进行联合研判，制定个性化干预方案。在协同干预层面，根据学生具体问题分工协作，学业困难由导师加强指导，临床适应问题由带教老师调整安排，情绪问题由心理门诊专业介入。以上四方联动机制打破了部门之间的壁垒，实现了临床、教学、管理、医疗资源的有效整合。与传统高校心理工作多停留在辅导员－心理中心二元结构相比，将带教老师纳入核心责任主体，是本体系针对准医生角色的主要创新。

3.6. 落实学院层面定期研判制度

学院将研究生心理健康工作纳入常规议事日程，建立学院层面心理问题月研判制度。每月召开研判会议，研判新发现的心理问题个案、重点学生干预情况、研究生日常心理动态等，针对性调整干预方案、优化工作举措。该制度实现了心理问题的早发现、早研判、早干预，为研究生心理健康工作提供了组织保障和资源支持。从生态系统理论看，学院层面研判属于中间系统与外观系统的接口，它使微观支持者的行动获得制度授权与资源调配，避免心理健康工作停留在辅导员个人的事务性层面。

Table 1. Mental health problem screening and early warning intervention system
表 1. 心理问题筛选和预警干预体系

预警级别	判定标准	干预措施	责任主体	响应时限	追踪频率
三级	测评总分 12~17 分或 1~2 个维度 ≥ 3 分	辅导员一对一谈心谈话，提供心理调适建议，建立定期跟踪观察机制	辅导员	1 周内	每月 1 次
二级	测评总分 18~23 分或任一维度 ≥ 4 分，或 SCL-90 任一因子分 ≥ 2.5 分	辅导员与导师联合谈话，制定个性化帮扶方案	辅导员、导师	3 天内	每两周 1 次
一级	测评总分 ≥ 24 分，或 SAS/SDS 达中度及以上，或存在自伤/自杀意念	立即启动危机干预预案，学院层面直接统筹，转介至心理门诊治疗	学院统筹、心理门诊、辅导员、导师	24 小时内	持续追踪

4. 研究生心理健康工作体系的实践成效分析

4.1. 心理健康工作体系促进了临床专硕的全面发展

第五临床学院构建的心理健康工作体系主要从三条路径促进了临床专硕的全面发展。首先，心理健康工作体系通过系统的心理测评和普查，精准识别出焦虑、抑郁、睡眠障碍等问题学生，并通过分级预警和谈心谈话进行及时干预。焦虑情绪的缓解释放了被负面情绪占用的认知资源，使研究生能够更专注于学习和备考。其次，心理健康工作体系通过讲座、活动和培训，显著改变了研究生对心理健康服务的

态度。当研究生遇到心理困扰时，会进行主动求助，使得问题能够在早期得到专业解决。最后，四方联动机制为研究生构建了多层次的社会支持网络，既提供了情感支持包括倾听和理解，也提供了工具性支持包括学习资源和考试辅导，共同促进了临床专硕的学业发展。以上路径的作用在住院医师规范化培训结业考核考试通过率、心理预警学生和学生心理咨询中表现最为明显。在工作体系实施两年间，学院临床专硕结业考通过率从 94.28% 提升至 95.92%，心理预警学生由 3 名下降为 1 名，心理门诊的研究生心理咨询率由 5% 提升至 8%，平均咨询次数由 2 次增加至 4 次。

4.2. 临床专硕对心理健康服务的态度有了根本性转变

心理健康讲座和主题活动将心理健康议题正常化，改变了研究生对心理问题的认知。精简测评和院内心理门诊降低了心理咨询的参与门槛，减少了研究生对时间成本和心理成本的感知。学业成效的切实提升也强化了研究生对心理健康服务价值的认同。当研究生感知到心理干预带来的实际收益如考试通过率提升、焦虑减轻时，对未来干预的期望价值会提高，这便形成了心理健康工作的正向反馈循环。这一变化与认知评价理论相符，当次级评价中可获得的支持资源增加、对求助的威胁评价下降时，主动求助行为随之上升。

4.3. 导师的角色从学术指导者转变为学业心理双导师

导师是研究生培养的第一责任人，也是心理健康工作的重要参与者。通过心理健康工作体系的构建。导师从心理健康工作的被动配合者转变为主动参与者，经过心理健康教育培训的导师，对学生的指导方式从任务导向转向了关系导向，从结果评价转向了过程支持，这种转变不仅改善了研究生的心理状态，也很好地提升了师生关系的质量，使导学关系这一核心微观系统由潜在压力源转化为保护因素。

4.4. 学院层面研判的制度价值

将心理健康工作纳入学院层面研判制度，实现了心理健康工作由辅导员个人负责向学院集体决策转变，心理健康工作从辅导员的事务性工作上升为学院层面的战略性议题，确保了心理健康工作的组织保障和资源调配。研判制度强调早发现、早研判、早干预，将危机干预的关口前移。学院统筹协调也打破了部门壁垒，实现了临床、教学、管理、医疗资源的有效整合。这相当于为微观系统之间的中间系统提供了稳定的制度支架。

4.5. 本体系的继承与创新

与 WHO mhGAP 相比，本体系同样强调非专科场景中的早期识别与规范转介，但服务对象更为同质即临床专硕，筛查工具组合也更贴近研究生压力结构。与阶梯式关怀相比，三级预警对应低、中、高干预强度，体现了最低充分干预原则；不同之处在于，本体系的升阶不仅依据症状分值，还依据临床带教反馈的功能损害信息，使分级决策嵌入真实工作场景。与 CAPS 路径相比，本体系同样包含筛查、分诊、短程支持与危机转介，但把导师和带教明确写入责任清单，避免咨询中心成为唯一出口。与 MTSS 相比，讲座与活动构成第一层普遍预防，二级预警的联合帮扶接近第二层针对性干预，一级预警的门诊治疗对应第三层强化支持，创新在于第四方，临床带教的制度化在场，这是普通高校 MTSS 较少覆盖的职业现场微观系统。

国内既有实践多以普查 - 谈话 - 转介线性流程为主，对中间系统的制度设计着墨不足。本体系通过四方联动与学院层面月研判，把分散的微观支持者连接为可问责的行动网络，从而在继承分级逻辑的同时，回应了临床专硕学生 - 准医生双重身份带来的场域分裂问题。需要指出的是，本体系并非对上述模型的替代，而是在教学医院情境中的情境化整合。

5. 局限性与展望

本研究取得了一定成效，但仍存在不足。

第一，单一中心与样本边界。数据仅来自一所医科大学临床学院，培养规模、轮转强度、门诊可及性与组织动员能力均具情境特殊性，外部效度有限；不同地区、不同层级医院不宜直接复制流程。

第二，研究设计约束。研究属工作改进型实践观察，而非随机对照或准实验，缺乏平行对照与盲法。结业考通过率、预警人数、咨询率等指标可能受招生结构、考试组织及社会环境等混杂因素影响，尚不能对体系作强因果推断。

第三，观察期短。观察期约两年，对睡眠、职业认同、共情疲劳等中长期结局追踪不足。

同时，四方联动机制依赖带教老师、导师、辅导员与心理门诊的稳定投入。在临床工作本已饱和的科室，额外的信息通报与联合研判可能加重一线负担；心理门诊专科力量薄弱的单位，难以兑现一级预警 24 小时响应。若只移植表格与流程而缺少人员编制与培训，体系容易形式化。而双轨筛查、多方通报与学院层面研判在提高了识别效率的同时，也扩大了敏感信息的知悉范围。如何在早发现与最小必要共享之间取得平衡，如何获得知情同意、规范数据存储与使用权限、避免标签化与歧视，是体系推广中必须前置处理的伦理议题。对存在自伤或自杀意念的学生，还涉及强制报告、医疗转介与学业安排之间的权利冲突，需要明确的伦理审查与应急预案。

基于上述局限，未来可从三方面深化研究与实践。一是开展多中心、对照设计的效果评价，报告效应量与成本效果，并验证预警阈值。二是开发适应轮转节奏的轻量化监测工具与带教端异常信号清单，降低微观系统的协作成本。三是建立分层的信息共享规范与伦理指南，使协同机制在保护隐私的前提下可审计、可问责。通过上述改进，四位一体体系有望从单一学院的实践经验，逐步转化为可检验、可适配的临床专硕心理支持方案。

6. 结语

基于重庆医科大学第五临床学院构建的测评 - 预警 - 干预 - 协同四位一体心理健康工作体系，通过精准识别、分级响应、系统干预和协同保障，在继承阶梯式关怀与多层级支持等主流模型的同时，以四方联动重建临床专硕的支持性微观系统，并以学院层面研判稳定中间系统。实践表明，该体系有助于改善临床医学专业学位研究生的心理健康状况，促进其学业发展和职业成长，为同类医学院校开展研究生心理健康工作提供了可借鉴的实践模式。

基金项目

20220321 研究生心理健康评估与干预(2022 年重庆医科大学附属永川医院教学改革与研究项目)。

参考文献

- 刘俊香, 董美珍(2024). 临床医学专业研究生焦虑状况及应对的质性研究. *基础医学与临床*, 44(3), 412-417.
- 谭天赐, 胡光丽, 张小远, 李海艳(2021). 临床医学研究生焦虑状况及影响因素分析. *徐州医科大学学报*, 41(1), 30-34.
- 王文文, 郭宁, 王扬(2018). 硕士研究生导学关系现状及影响因素研究. *研究生教育研究*, (6), 76-82.
- 熊忠东, 翟冬雪, 黄雅莲, 邓峰美, 贾春水(2024). 临床医学硕士专业学位研究生心理现状及影响因素分析. *成都医学院学报*, 19(6), 1086-1089, 1102.
- 章伟芳, 王慧慧, 彭嗣惠, 杨廷舟(2020). 医患冲突对医学生心理压力的影响: 基于全国 31 所大学的实证研究. *浙江大学学报(人文社会科学版)*, 50(2), 230-239.
- Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped Care in Psychological Therapies: Access, Effectiveness and Efficiency. *British Journal of Psychiatry*, 186, 11-17. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.1.11>

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.
- Cornish, P. A., Berry, G., Benton, S., Barros-Gomes, P., Johnson, D., Ginsburg, R. et al. (2017). Meeting the Mental Health Needs of Today's College Student: Reinventing Services through Stepped Care 2.0. *Psychological Services*, 14, 428-442. <https://doi.org/10.1037/ser0000158>
- Devkota, D. (2024). Medical Student Syndrome and Imposter Syndrome: Are They Real? *Journal of Nepal Medical Association*, 62, 282-283. <https://doi.org/10.31729/jnma.8531>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional Theory and Research on Emotions and Coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169. <https://doi.org/10.1002/per.2410010304>
- Levy, M. S., Kelly, A. G., Mueller, C., Brown, A. D., Caban-Martinez, A. J., Arora, V. M. et al. (2023). Psychosocial Burdens Associated with Family Building among Physicians and Medical Students. *JAMA Internal Medicine*, 183, 1018-1021. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.2570>
- Sugai, G., & Horner, R. H. (2009). Responsiveness-to-Intervention and School-Wide Positive Behavior Supports: Integration of Multi-Tiered System Approaches. *Exceptionality*, 17, 223-237. <https://doi.org/10.1080/09362830903235375>
- World Health Organization (WHO) (2016). *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings* (Version 2.0). World Health Organization.
- Zhong, X. M., Chen, J. M., Yang, B., & Li, G. B. (2025). Compassion Fatigue among Medical Students and Its Relationship to Medical Career Choice: A Cross-Sectional Survey. *BMC Medical Education*, 25, Article No. 742. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07335-z>