

# 医学生如何在学习中“想象患者”：以华南地区某医学院校为例

吕玉文

广州医科大学马克思主义学院，广东 广州

收稿日期：2026年1月13日；录用日期：2026年2月17日；发布日期：2026年2月26日

## 摘要

本研究采用民族志方法考察医学生在医学教育过程中如何形成对患者的想象。通过一年田野调查，研究发现医学生在各种教学情境中逐渐构建出符号化、理想型和情绪中立三类患者形象，这些想象在便于知识传授的同时也弱化了学生的伦理关怀和同理心。文章指出医学社会化中隐性课程的影响以及医学知识的文化偏见，讨论医学生对患者的想象如何影响未来临床实践，并提出医学人文教育改革建议。

## 关键词

医学生，患者想象，医学人类学，医学人文教育

# How Medical Students “Imagine Patients” in Their Studies: A Case Study of a Medical School in South China

Yuwen Lyu

School of Marxism, Guangzhou Medical University, Guangzhou Guangdong

Received: January 13, 2026; accepted: February 17, 2026; published: February 26, 2026

## Abstract

This study adopts an ethnographic approach to examine how medical students form imaginaries of patients in the course of medical education. Drawing on one year of fieldwork, the study finds that medical students gradually construct three dominant patient imaginaries across diverse educational settings: the symbolized patient, the idealized patient, and the emotionally neutral patient. While these imaginaries facilitate the transmission of medical knowledge, they simultaneously

**weaken students' ethical sensitivity and capacity for empathy. The article highlights the role of the hidden curriculum in medical socialization and the cultural biases embedded in medical knowledge, and discusses how medical students' imaginaries of patients shape their future clinical practice. It concludes by offering implications for reform in medical humanities education.**

## Keywords

**Medical Students, Patient Imaginaries, Medical Anthropology, Medical Humanities Education**

Copyright © 2025 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

医学生在学习过程中如何“想象”未来所服务的患者，是医学人文教育与医学人类学关注的关键问题。医学教育的核心不仅在于传授知识和技能，更关乎医生如何理解“人”。如果医学生在训练中缺乏对患者作为社会主体的想象，医生面对的可能只是一个疾病抽象，而非有血有肉的个体。人类学研究者指出，医学实践常被视为科学中立和普遍适用，但医学知识体系事实上嵌入特定的历史和文化环境，具有鲜明的文化性[1]。因此，研究医学生如何在学习中想象患者，不仅关系到未来医生的共情能力和伦理关怀，也关系到医患关系和医疗公平的改善。

近年来医学教育强调人文素养培养，倡导医学生“视患如人”，培养共情与沟通能力[2]。例如叙事医学倡导医生倾听患者故事并想象其境遇来理解其痛苦与选择，以提高共情能力。与此同时，医学人类学者指出，“患者”这一角色并非客观给定，而是被社会文化建构的概念[3]。医学不仅是科学技术，也包含文化观念和社会角色的创造，患者形象往往反映社会对疾病、性别和权力的假定。本文在医学人文关怀的价值取向与人类学理论视角的基础上，聚焦医学生在医学教育过程中形成患者想象的具体学习实践，系统分析这些患者想象的主要特征及其生成机制，并进一步探讨其对医学生未来临床决策、伦理判断与行医方式的深层影响，以期为推进以患者为中心的医学人文教育改革提供经验依据与理论启示[4][5]。

## 2. 作为“他者”的患者：医学社会化过程中的想象建构

### 2.1. 他者想象与医学社会化

在社会文化中，人们总是通过特定的文化框架建构对“他者”的形象。对于医学生来说，尚未真正成为医生之前，患者就是一种“他者”，其形象很大程度上依赖教育过程中传递的信息和价值观。医学生的专业培养是一个社会化过程：他们逐步内化医学界的知识体系、行为规范与态度取向。医学社会化不仅通过显性课程，也通过隐性课程发挥作用。隐性课程包括医疗环境中潜移默化的信息，如高压的工作氛围、导师行为榜样以及对生物医学知识的偏重。一项针对医学教育隐性课程的研究指出，医学生在高强度的教学和工作环境中经常接触到冷漠无情的榜样，这导致其逐渐产生犬儒和情感疏离，从而降低共情能力[6]。换言之，学生对患者的想象可能从富有人情味的个体逐渐转变为需要理性对待的客体。

医学人类学者还指出，西方医学实践常标榜科学中立和超文化性，认为医学知识具有普适性[7]。然而，医学科学实则嵌入特定文化历史，所谓客观中立的医学知识包含欧洲文化和科学传统的价值取向。健康与疾病的界定在不同文化中各不相同；生病不仅是身体的客观病变，也是患者的主观体验、医学话语、社会制度和文化观念共同参与的产物。因此，医学生对患者的想象是一种文化建构，而非纯粹生物

学事实。

## 2.2. 临床实践与“文化建构的病人”

20世纪社会学家帕森斯提出“病人角色”理论，指出社会赋予患者的理想化期望包括：患病者有正当理由免除某些社会责任，社会不能责备其患病，但患者必须主动寻求治疗并配合医生指导[8]。这一理想型患者范式要求病人遵从医嘱、渴望痊愈并依赖医生帮助，将与医生合作视为康复的必要条件。同时，帕森斯认为医生角色被制度化地训练为情感中立，对患者情绪和心理需求不予重视。这些功能主义观点揭示医学训练长期存在的倾向：将患者视作可以规范化处理的对象，而非具有丰富情感和社会背景的主体。医学教育在塑造“理想病人”的同时，也培养医生的“情感中立”。

医学人类学进一步指出，疾病和患者并非普遍存在的生物学实体，而是社会文化赋予意义的过程。疾病名称、诊断标准、病程描述和治疗模式都是在特定社会背景中形成的。因此，我们在本文将关注医学教育如何通过课程与实践建构出“患者”形象。具体而言，我们将分析学生如何在教学情境中将患者视作他者，以及这种想象背后隐含的文化假定和权力关系。

## 3. 研究方法田野进入

### 3.1. 田野场域

本研究采用民族志方法，于2025年1月至12月在广州医科大学开展田野调查。研究者以旁观者和参与者的双重身份，长期浸入该校医学人文教育实践，观察课堂和模拟教学，记录师生互动以及学生反应。研究对象主要包括临床医学专业低年级(1~3年级)学生，以及部分授课教师和教学管理者。选择低年级学生的原因在于他们尚处于临床见习前，其患者形象主要来自课堂和模拟情境，较能体现“想象患者”的建构过程。

### 3.2. 数据收集与分析

本研究采用多源资料收集方式，以增强研究的厚度与解释力。首先，通过参与式观察获取第一手田野材料。研究者旁听了医学伦理学、人文医学、临床沟通技能等相关课程，系统记录课堂中教师的教学方式、学生的发言内容以及整体课堂氛围；同时进入临床技能中心，观察标准化病人(SP)教学、病例讨论小组等教学活动，重点关注教学情境中患者形象的呈现方式及其被理解和使用的过程。

其次，研究开展了半结构式深度访谈。访谈对象包括20名医学生，涵盖一至三年级、不同性别，以及5名承担相关课程教学任务的教师。访谈内容围绕医学生如何在课堂教学和案例学习中想象患者、对教材中病例的整体印象、模拟病人与真实病人之间的差异等问题展开。所有访谈均在征得受访者知情同意的前提下进行录音，并在访谈结束后完整转录，以保证资料的完整性与可追溯性。

再次，研究对多种文本资料进行了系统分析。所收集的文本包括医学院校制定的人才培养方案、课程教材、典型病例汇编以及学生课程作业等。这些材料主要用于分析制度化教学文本和正式话语中所建构的患者形象，从而理解患者如何在规范化教育体系中被定义、简化或类型化。

此外，研究者在整个田野过程中持续撰写反思性笔记，记录自身在观察与访谈中的即时感受、所注意到的张力与矛盾，以及初步的分析思路。这一过程旨在增强研究的反思性，警惕将研究者自身的预设和价值判断不自觉地投射到材料之中。所有资料在整理与分析阶段均进行了匿名化处理，以保护研究参与者的隐私。

在资料分析方面，本研究采用主题分析法。研究者通过反复阅读观察笔记、访谈文本和相关文献资料，对材料进行开放式编码，逐步提炼出在不同资料中反复出现的核心主题，包括“符号化患者”“理想

型患者”“情绪中立的病例”“伦理感知与共情”以及“权力与规范”等。在此基础上，研究将这些经验性主题与医学人类学和医学人文相关理论进行对话，进一步探讨医学生患者想象的生成机制及其在医学教育中的意义。

#### 4. 被学习的患者：医学生患者想象的民族志分析

通过田野调查，本研究发现医学生对患者的想象大致呈现出三种类型：符号化患者、理想型患者与情绪中立病例。这些类型并非先验存在，而是在具体教学情境的互动节奏、专业语言与评价逻辑的共同作用下逐步生成，并深刻影响学生的临床思维和态度。为了更直观地呈现这种“生成过程”，下文先以一次 PBL 讨论课的课堂互动为例，展示患者如何在互动中被一步步转化为“案例 - 数据 - 结论”。

该节课为某基础—临床整合模块的 PBL 小组讨论，地点为教学楼小组讨论室。小组共 8 名二年级临床医学专业学生，教师以引导者身份在场。讨论材料为一则标准化病例：中年男性，主诉胸闷胸痛，既往有高血压史，入院后心电图与血生化提示异常。

讨论伊始，病例被投影在屏幕上，学生最初仍以日常语言指代患者。

学生 A (读病例)：“这位患者 52 岁，最近两小时胸痛，家属送来……”

学生 B：“他会不会很紧张？这种胸痛一般人都怕。”

教师(打断并提示)：“先不要推测情绪，按病史—体征—检查来。你们先把信息结构化。”

在教师提示后，组内语言迅速转向“标准病历汇报”模式，患者开始被“病例/对象”替代。

学生 C (在白板上写)：“病例：男，52。主诉：胸痛 2 h。既往史：高血压。”

学生 D：“先把鉴别诊断列出来：ACS (急性冠脉综合征)、胃食管反流、肌肉骨骼痛……”

学生 A：“那就按胸痛流程走。关键数据：心电图、肌钙蛋白、D-二聚体。”

接下来，讨论进一步被“数据驱动”，患者被拆分为一组指标的组合。

教师：“现在你们缺的是什么？”

学生 B：“缺客观数据。没有数据没法收敛。”

学生 E：“如果肌钙蛋白升高，就基本锁定 ACS 了。”

学生 C：“那就假设(或补充)肌钙蛋白阳性。下一步处理：阿司匹林、他汀、介入评估。”

当研究者追问“患者体验”时，学生会自觉将其归入“非关键变量”。课间休息时，研究者问学生 B：“刚才你说‘他会紧张’，后来怎么不讨论了？”

学生 B：“PBL 主要是练思路，情绪没法量化，也不影响我们做诊断路径。”

另一名学生补充：“而且考试也不考这个，先把关键点拿到分。”

这段互动呈现出一个清晰的转化链条：患者在讨论开始时短暂以“人”的形式出现(“这位患者”“他会紧张”)，但在教师引导与课堂评价逻辑作用下，迅速被重新编码为“病例/对象”，并进一步被拆分为可操作的“数据 - 流程 - 结论”。患者的情绪与社会处境并非被明确否定，而是在“结构化 - 可量化 - 可评分”的教学机制中被自然边缘化，从而为后文三类患者想象提供了生成的现场基础。

##### 4.1. 符号化患者：患者被简化为案例

所谓“符号化患者”，是指学生在教学情境中把患者视作某种概念或原则的载体，而非有血有肉的个人。在课堂上，患者常常被呈现为案例：教师通过简短的病例描述引出伦理原则或临床知识，病例中的患者几乎没有个性，仅代表某种病理过程或道德议题。例如，一次医学伦理课讨论一个末期癌症患者

拒绝继续化疗的案例时，教师把患者称为“某末期病人”，学生讨论的重点集中在“是否尊重自主权”这一原则，而不是患者的生活背景和心理感受。正如一位学生课后反思：“老师讲的更像是一个道德寓言，病人的形象非常模糊，只知道他拒绝治疗，仿佛他存在的意义就是提醒医生要尊重病人意愿。”

这种符号化倾向也出现在教材病例和考试题中。病例描述高度模式化，通常只有患者的年龄、性别、症状和诊断，如“某男性，45岁，肝硬化患者”，随即进入讨论主题。这种表述方式方便教学，但将患者简化为符号，使学生更关注疾病而忽视患者作为主体的需求和感受。人类学视角下，符号化患者的想象反映了医学科学话语对患者的客观化建构：患者成为知识的工具，而患者的社会经历、情感和文化背景被遮蔽。

## 4.2. 理想型患者：顺从与理性

第二类患者想象是“理想型患者”，即学生无形中接受一种隐含假设：患者应该理性、配合、遵从医嘱。理想型患者的形象可追溯至帕森斯的病人角色理论，该理论要求患者不对病负有责任，但必须主动求医并服从医生指导。田野中，无论课堂讨论还是模拟教学，教师和学生往往默认患者会按照医生的建议行事。例如，临床沟通课中，一名学生扮演医生，另一名扮演高血压患者，剧本设定患者需按时服药并控制饮食。在演练过程中，患者几乎没有质疑就接受了全部建议。课后有学生指出现实中患者未必如此配合，但老师回应道，“理想情况下，病人应该理解并听从医嘱，这是建立信任的基础。”

教材病例中的患者也常是典型化、顺从的，甚少涉及患者拒绝治疗或质疑医生的情形。这巩固了学生对顺从患者的预期。当学生真正进入临床实习时，发现现实患者远没有想象中理性和听话，往往会感到挫败。一位实习生提到，她遇到一位不愿合作的患者，起初认为病人“不讲理”，后来在老师引导下才意识到是自己没有充分解释检查的必要性。理想型患者的想象有助于教学标准化，却易导致学生忽视患者的异质性和能动性。

## 4.3. 情绪中立的病例：情感被排除

第三种类型可称为“情绪中立的病例”。医学生接触的大量病例描述偏重生物医学信息，如症状、体征、检查结果，几乎没有患者主观感受和情绪反应。田野笔记显示，在问题式学习(PBL)的小组讨论中，学生经常以病历汇报的口吻描述患者：“患者主诉疼痛X月，无明显焦虑情绪，否认烟酒嗜好。”这种叙述方式将患者概括为一系列数据和否认句，患者的情绪和经验被视作与诊断无关的“枝节”。许多教师强调病例分析要客观中立，避免被情感干扰，这促使学生学会“情感屏蔽”，更关注疾病本身，而非患者的内心世界。

情绪中立的想象一方面有助于学生在临床决策时保持理性；另一方面容易削弱学生共情的养成。研究指出，当患者被想象为情绪中立的病例时，学生可能忽视患者真实的恐惧、焦虑和主观痛苦，久而久之形成职业性的情感隔离[9]。这种情感隔离现象在医学教育中并不少见。医学人类学批评单纯聚焦“疾病”而忽视“病痛体验”的做法，认为医学应关注患者的主观体验和社会处境，以实现真正的人文关怀。

# 5. 讨论

## 5.1. 伦理感知与共情的技术化

从人类学视角出发，上述三类患者想象并非仅由医学教育内部的知识结构与教学规范所塑造，而是深度嵌入于中国当下特定的医疗社会环境之中。在高强度诊疗压力、医疗风险高度可见以及医患纠纷频繁进入公共舆论视野的背景下，医学生在尚未正式进入临床实践之前，便已通过媒体叙事、家庭经验与教师话语等多重渠道，逐步形成对未来医疗实践的防御性预期。

在伦理感知层面,当患者被想象为符号化的案例或理想化的配合对象时,伦理判断中所指向的“人”容易被抽象化,伦理实践随之倾向于退化为对程序合规性与文件完整性的遵循。访谈中,有学生明确指出,只要“流程合规”“知情同意书签署完整”,伦理责任便被视为已经履行,而患者对治疗方案的疑虑、恐惧或犹豫则往往被置于沟通中的次要位置。这一倾向并非源于学生伦理意识的缺失,而更应被理解为对现实医疗环境中“风险规避”与“责任可追溯性”制度要求的回应。在医患信任基础相对脆弱的情境下,程序化伦理逐渐演变成为一种可被证明、亦可用于自我保护的安全机制。

共情能力的建构同样受到这一社会现实的深刻影响。符号化与情绪中立的患者形象,在一定程度上削弱了学生对患者情绪体验的敏感度,使临床互动日益呈现出技术化取向。已有研究指出,医学训练中对专业语言和身体规范的学习,固然有助于学生掌握“表现性共情”,但同时也可能拉大医患之间的情感距离,使共情被限定为一种可操作、可训练的职业技术[10]。类似现象在中国医学教育情境中同样存在,且其影响往往叠加于更为显著的制度与舆论压力之上。

田野材料显示,医学生在课堂教学与模拟训练中反复被要求“保持冷静”“控制情绪”“避免情绪化判断”,而这些要求常与对医疗纠纷与投诉风险的隐性提示并行出现。正如一名学生所言,“如果过度投入情绪,反而容易出问题”。在这一语境中,共情被重新界定为一种需要在“表达关怀”与“避免过度卷入”之间保持张力的技术性能力[11]。技术化共情在一定程度上帮助医学生适应高负荷、强规范的医疗体系,但同时也可能滋生犬儒态度与情感隔离,并对医生个体的长期心理健康产生潜在影响。

## 5.2. 想象偏差、权力结构与中国医疗现实

患者想象的偏差不仅影响医学生与患者的互动方式,也可能在更宏观层面上加剧结构性不平等。医学教育和研究长期以成年男性作为“标准患者”,无论教材案例还是临床研究,男性身体都更常被视为规范参照。系统性综述表明,女性心血管疾病更容易被误诊为胃肠问题或情绪障碍,女性获得诊断检测和侵入性治疗的概率也显著低于男性[12]。由于医学实践将男性经验默认为“正常”,女性患者的风险因素和症状表达往往被低估,从而导致诊治延误和不良结局[13]。

在中国情境中,这种偏差还与医疗资源分布不均、就诊压力巨大等现实因素相互叠加。课堂案例中较少出现老年人、慢性病患者、残障者或社会经济地位较低群体的完整生活情境,学生难以想象这些患者在现实中面临的沟通障碍与照护困境。当患者被默认为“理性、配合、有能力理解医学信息”的主体时,那些无法符合这一预期的人群便容易被标签化为“不守规矩”或“难沟通”的对象。由此,患者想象不仅再生产了医学权威,也在无形中强化了既有的社会权力结构,影响医疗公平的实现。

## 5.3. 医学生能动性与学生想象的再调适

尽管教育制度和文化预期在塑造患者想象上发挥巨大力量,医学生并非被动接受者。他们在学习过程中也表现出能动性,会质疑、调整甚至挑战既有的患者想象。一些学生在访谈中表示,他们在实际接触患者后会反思课堂上的假定,意识到现实中的患者具有复杂性,需要因人而异地沟通。一位受访学生说:“临床上的病人有自己的故事,不是单纯的病情。我在想,病例只是冰山一角,真正的病人生活才是重点。”另一名学生则提到,她在课堂上听到有人认为“不配合”的病人就是无理取闹,但她后来在志愿服务中与患有慢性病的老人交流,发现老人拒绝某些治疗的原因与其生活处境有关。通过这些体验,学生逐渐形成更包容、更灵活的患者想象,并意识到医生与患者是共同决策的合作关系而非权力上的主从关系。

人类学研究提醒我们,同理心在跨文化医疗场景中更为复杂,一种文化中的共情表达可能在另一种文化中产生歧异。学者指出,传统的文化能力教育常将文化视为一套固定知识,而忽视了权力关系、“他

者化”倾向及高低语境沟通方式对共情表达的影响[14]。他们主张将共情从个体能力转向关系性实践，倡导“生态式共情”，强调通过好奇、敏感与谦逊与他者共同创构意义。这种观点提醒我们，医学生的共情能力不仅要应对本文化中的患者，还要具备跨文化敏感性，理解不同文化和社会背景下对情绪表达和沟通方式的差异。医学生需要在语言和非语言交流上不断学习，避免将自己的文化偏见投射到患者身上。

## 6. 结语

通过一年田野调查，本文揭示了医学生在学习过程中形成患者形象的三种典型模式：符号化患者、理想型患者和情绪中立病例。这些想象是医学教育环境中显性课程、隐性课程与社会文化预期共同作用的产物。它们在便于教学和标准化操作的同时，也可能在无意中削弱医学生对患者的人文关怀和反思能力。

对于医学人文教育而言，研究结果具有多重启示。首先，医学院校应检视课程内容和教学方式，避免过度抽象化和理想化患者形象。教师在案例教学中可引入更多患者的生活背景和情感经验，鼓励学生倾听患者的故事，看到病例背后真实的人，从而培养学生的同理心和伦理敏感度。其次，教育者需要正视隐性课程的影响，营造鼓励共情和批判反思的文化环境。有效的教学改革如早期患者接触、医学人文课程以及反思日志可以帮助学生保持同理心并提高职业道德。因此，医学院校可通过邀请真实患者分享经验、组织人文关怀实践、设置反思性写作等方法，让学生在与患者互动中不断调整自己的想象。再次，课程评价不应只关注知识掌握和技能操作，还应考察学生的人文素养和反思能力，例如通过病例反思日志评估学生对患者情感反应的理解和自我认知成长。

研究也指出未来探索的空间。一方面，本研究关注的是医学生在校期间的患者想象，未来可延伸至临床见习和住院医师阶段，探讨患者想象在真实接触患者后如何变化。另一方面，不同文化背景和教育体制下，医学生的患者想象可能存在差异，跨文化比较研究将有助于深化对“文化建构的患者”的理解。此外，还可以考察患者自身如何想象医生和医学生，以及这种双向角色想象如何影响医患沟通与信任。

总体而言，医学生在学习过程中对患者的想象不仅反映出医学教育的知识和价值偏向，更深刻揭示了医学与社会文化、权力结构之间的关系。医学教育应当关注学生如何在情感、伦理和文化层面理解患者，引导他们既掌握科学之真，也秉持人文之善，才能在未来的医疗实践中真正实现以患者为中心的核心价值。

## 基金项目

2025 年广州医科大学科研起步项目(2025SRP036)。

## 参考文献

- [1] Wendland, C.L. (2010) *A Heart for the Work*. University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226893280.001.0001>
- [2] 纪元, 崔慧先. 美英德日医学人文教育课程设置及评价体系研究[J]. 医学与哲学, 2025, 46(5): 53-58.
- [3] Conrad, P. and Barker, K.K. (2010) The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, S67-S79. <https://doi.org/10.1177/0022146510383495>
- [4] 陈培, 陈维贤, 黄勇, 等. 新医科时代背景下医学教育高质量发展路径研究[J]. 继续医学教育, 2025, 39(7): 116-120.
- [5] 袁蕾. 新医科背景下医学人文教育高质量发展面临的困境与发展路径研究[J]. 现代职业教育, 2025(12): 5-8.
- [6] Howick, J., Dudko, M., Feng, S.N., Ahmed, A.A., Alluri, N., Nockels, K., *et al.* (2023) Why Might Medical Student Empathy Change Throughout Medical School? A Systematic Review and Thematic Synthesis of Qualitative Studies. *BMC Medical Education*, 23, Article No. 276. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04165-9>

- [7] Kleinman, A. (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry* (Vol. 3). University of California Press.
- [8] Parsons, T. (1951) *The Social System*. Free Press.
- [9] Shapiro, J. (2018) *The Inner World of Medical Students: Listening to Their Voices in Poetry*. CRC Press.
- [10] Larson, E.B. and Yao, X. (2005) Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *JAMA*, **293**, 1100-1106. <https://doi.org/10.1001/jama.293.9.1100>
- [11] Wear, D. and Skillicorn, J. (2009) Hidden in Plain Sight: The Formal, Informal, and Hidden Curricula of a Psychiatry Clerkship. *Academic Medicine*, **84**, 451-458. <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e31819a80b7>
- [12] Al-Hamid, A., Bittner, V. and Wenger, N.K. (2024) Sex Differences in Cardiovascular Disease Diagnosis, Treatment, and Outcomes: A Systematic Review. *Journal of the American Heart Association*, **13**, e031234.
- [13] Criado Perez, C. (2019) *Invisible Women: Data Bias in a World Designed for Men*. Abrams Press.
- [14] Dogra, N., Bhatti, F., Ertubey, C., Kelly, M., Rowlands, A., Singh, D., *et al.* (2015) Teaching Diversity to Medical Undergraduates: Curriculum Development, Delivery and Assessment. Amee Guide No. 103. *Medical Teacher*, **38**, 323-337. <https://doi.org/10.3109/0142159x.2015.1105944>