

从课堂到临床：医学生专业身份的形成过程研究

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27日

摘要

医学生专业身份的形成不仅关乎知识技能的掌握，更关乎身份认同与价值观的塑造。本文基于华南某医学院一年的民族志田野调查，结合课堂观察、临床模拟记录和深度访谈，探讨医学生如何在被观看的环境中自我定位、在隐性课程中学习冷静与角色扮演，并在理想与现实的矛盾中重塑“医生”角色认同。研究表明，医学生的专业社会化是一种多层次的文化建构过程，包括外在规范的规训、情感管理的学习及职业理想的调适。同时，隐性课程和权力结构对职业理想与价值观产生深远影响。为此，本文强调医学人文教育在身份塑造中的核心作用，并提出在人文教学中通过优化隐性课程的文化生态、建立结构化情感反思机制以及完善人文与临床整合的评价体系，旨在破解职业异化困境，培养出既具备精湛专业素养又兼具人文温度的高素质医学人才。

关键词

医学生，专业身份形成，民族志研究，医学人文教育

From Classroom to Clinic: A Study on the Process of Professional Identity Formation among Medical Students

Yuwen Lyu

School of Marxism, Guangzhou Medical University, Guangzhou Guangdong

Received: January 13, 2026; accepted: February 17, 2026; published: February 27, 2026

Abstract

The formation of medical students' professional identity involves not only the acquisition of

knowledge and technical skills but also the shaping of identity and values. Based on one year of ethnographic fieldwork conducted at a medical school in South China, this study draws on classroom observations, records of clinical simulation training, and in-depth interviews to examine how medical students position themselves in environments of constant observation, learn emotional restraint and role performance through the hidden curriculum, and renegotiate their understanding of the “doctor” role amid tensions between idealism and reality. The findings indicate that professional socialization in medical education is a multilayered process of cultural construction, encompassing disciplinary regulation, the learning of emotional management, and the adjustment of professional ideals. At the same time, hidden curricula and power structures exert profound influences on students’ professional ideals and value orientations. The article underscores the crucial role of medical humanities education in professional identity formation and recommends improving the hidden curriculum environment while strengthening reflective practices and emotional support to cultivate physicians who are both professionally competent and humane.

Keywords

Medical Students, Professional Identity Formation, Ethnographic Study, 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

医学教育不仅是一套技术和知识的传授体系，还深刻地关乎人的塑造。医学院校的学生如何从零起点逐步成长为具备专业身份的医生，这是医学教育与人类学共同关注的问题[1]。现代医学教育强调课程体系、技能训练和标准化考核，但往往忽视学生在日常情境中形成自我身份的文化过程。越来越多的人类学研究表明，医生的诞生是一种社会化过程，学生通过课堂和临床的实践学习，将外部规范转化为内在习惯，逐步内化“医生性”，即医生所需的价值观、行为准则和身份认同。

本文将医学生专业身份形成作为人类学研究议题，通过对广州医科大学的民族志考察，揭示医学生在课堂与临床之间完成角色转变的文化机制。本研究关注的问题是：医学生在教育环境中通过哪些文化实践和社会过程逐步获得医生身份认同。为此，研究者在一年的田野调查中观察课堂教学与临床模拟训练，并对不同阶段的医学生进行访谈，追踪专业社会化的进程。本研究旨在弥补医学教育研究中对文化过程的忽视，为改善医学教育提供人类学视角的启示[2]。

2. 理论背景

2.1. 专业身份作为“被表演的角色”：戈夫曼的分析视角

本文将医学生专业身份的形成理解为一种在特定制度场景中被反复表演、检验并逐步内化的社会过程，而非单纯由知识积累或价值灌输自然生成。为此，本文主要借鉴戈夫曼的戏剧论视角[3]，将医学教育中的课堂、查房、临床模拟与考核场景视为高度制度化的“表演舞台”，医学生则是在持续“被观看”的情境中学习如何呈现和维持“像一名医生”的自我形象。

在戈夫曼看来，社会互动具有鲜明的戏剧结构：个体在前台按照情境期待进行角色呈现，通过语言、姿态、情绪控制和符号性装扮来维持角色的可信度；而在后台，个体则可以暂时卸下角色要求，处理紧

张、困惑与失败经验，并通过同伴互动修复自我认同。这一分析框架为理解医学生的专业社会化提供了重要启示：医学生并非在某一节点“突然成为医生”，而是在反复进入前台、退出后台的过程中，逐渐学会如何管理印象、控制情绪并使角色表现显得自然可信。

医学教育中的诸多关键场景——如课堂提问、病例汇报、查房发言、OSCE考核与临床沟通训练——都构成了典型的前台空间。在这些场域中，医学生不仅被要求“答对问题”“操作正确”，还被隐性期待展现出冷静、克制、自信和专业化的情感姿态。由此，专业身份首先以一种可见的、可评价的表演形式出现，并在反复被评价与纠正的过程中逐渐内化为自我要求。

2.2. 隐性课程、情感管理与“前台表现”的学习

在这一戈夫曼式框架下，医学教育中的隐性课程不再仅仅被理解为价值观的潜移默化灌输，而更具体地体现为：哪些行为、话语和情绪表达被视为“合格的医生表现”。课堂秩序、带教医生的示范、考核标准以及同侪评价，共同构成了一套关于“如何在前台呈现自己”的实践脚本。

既有研究指出，医学教育的隐性课程往往强调生物医学理性、高强度工作伦理与等级秩序，这可能导致学生在训练过程中逐渐压抑情绪反应，降低对患者主观体验的敏感度。从戈夫曼视角看，这一过程可以被理解为情感管理的学习：医学生并非简单“变得冷漠”，而是在前台互动中学会哪些情绪可以展示、哪些情绪需要隐藏，以及如何在不暴露不确定性与紧张的前提下维持专业形象。

在中国医学教育情境中，这种前台表现的学习往往与“避免出错”“防止被点名批评”“不给老师和科室添麻烦”等高度现实化的考量相结合，使得“冷静”“稳妥”“按流程来”成为医学生理解专业性的核心要素。隐性课程因此不仅塑造价值取向，也深刻影响医学生如何在具体互动中表演医生角色。

2.3. 医生形象、文化脚本与角色内化

医学生并非在真空中学习如何表演医生角色。入学宣誓、授白大衣仪式、校园文化叙事以及“大医精诚”“生命至上”等职业话语，共同为学生提供了一套高度理想化的文化脚本，规定了“好医生”应当具备的道德形象与行为风格。这些制度化仪式与象征性叙事，为医学生的前台表演提供了明确参照，也在早期阶段强化了其职业理想。

与此同时，在日常教学与临床训练中，教师的言行示范、教材中的病例叙述以及模拟教学中的情境设置，不断将这一理想脚本转译为可操作的行为模板：如何问诊、如何站位、如何回应患者情绪、如何在压力下保持镇定。医学生通过观察、模仿与反复演练，将这些外在脚本逐渐转化为内在的行动直觉，使“扮演医生”逐步变得不再刻意。

因此，本文并不将专业身份理解为价值观的简单内化，而是将其视为一种在前台表演中逐渐自然化、在后台修复中不断调整的角色建构过程。这一过程既受到制度化医生形象的引导，也深受具体教学情境与评价机制的塑造。后文将结合民族志材料，具体分析中国医学生不同教育—临床场景中如何进行这种角色表演，以及他们在理想与现实张力中对医生身份的心理调适。

3. 方法

3.1. 田野进入与研究场域

本研究采用人类学的民族志方法，在广州医科大学展开为期一年的田野调查。研究者以访客身份获得学院及附属医院的许可，融入医学生的日常学习环境。广州医科大学遵循我国临床医学人才培养的主流路径，实行以五年制本科教育为基础、并与住院医师规范化培训相衔接的培养模式(通常被概括为“5+3”体制)。在这一制度框架下，其校园文化与教学安排在当前中国医学教育体系中具有较强的典型性。

在这一年里，研究者旁听了基础医学和临床医学课程，观摩临床技能模拟教学和病例讨论，跟随高年级学生进入见习/实习场景，并与不同年级的医学生及部分教师进行了深入访谈。受访学生包括二年级至实习年级的男女学生 20 余人，访谈围绕学医动机、学习体验、医生职业理解及心理变化等展开。研究者还收集了学校的培养方案、学生手册、誓词文本、课程教材等，以了解制度话语如何描述理想医生形象。

3.2. 样本与人口学信息

受访者以医学生为主，并包含少量教师/带教人员。学生样本覆盖从二年级到实习年级的不同阶段，兼顾性别差异与学习阶段差异。为增强方法透明度，本文以匿名方式呈现受访学生的基本信息概况(表 1)。

Table 1. Demographic characteristics of the interviewed medical students

表 1. 受访医学生人口学信息概况

项目	分布/范围
样本量(医学生)	20+ (以 20 为核心样本, 含若干补充访谈)
年级/阶段	二年级至实习年级(含见习/实习经历者)
性别	男女均有(比例以匿名原则不精确披露)
访谈形式	半结构式深访为主, 辅以非正式交流
核心场景材料	课堂观察、技能中心模拟、OSCE、病例讨论、(允许范围内的)见习/实习随访
访谈主题	学医动机、被评价体验、情感管理、理想—现实冲突、医生角色理解变化

3.3. 资料收集与分析

资料来源主要包括四类：(1) 课堂观察笔记，记录师生互动、课程内容和课堂规训；(2) 模拟教学与技能培训记录，包括模拟病人(SP)访谈、体格检查练习和 OSCE 考试，捕捉学生在模拟场景中的行为；(3) 深度访谈文本，了解学生个人的身份感受和价值观变化；(4) 文本与影像资料，包括培养方案、誓词、校园宣传册以及学生在网络平台的记录。

研究者在田野过程中保持参与观察与反思并重的民族志立场。作为医学外行，研究者的局外人身份有助于对日常现象保持敏感，并通过反思笔记避免将个人预设强加于观察。研究遵循知情同意和匿名原则，对受访者及课堂、科室信息进行匿名处理。

资料分析主要采用主题分析法。研究者在反复阅读笔记和访谈稿的基础上，提炼出反复出现的主题，例如“被观看与自我定位”“情感管理”“理想与现实冲突”等。这些主题为后续分析提供了框架。

3.4. 研究者位置性与资料生成的反思

本研究同时也是一项对研究者自身位置性的反思性实践。研究者为该校马克思主义学院教师与研究人员，虽长期从事医学人文与伦理教学，但并非医学专业背景，也不直接参与医学生的专业考核与临床评价。这一身份在田野进入与资料生成过程中具有双重影响。

一方面，研究者并非临床教学体系内部成员，缺乏对学生成绩、轮转或规培考核的直接权力，这在一定程度上降低了医学生在访谈中对“被评价后果”的顾虑。多名受访者在非正式交流和深度访谈中，愿意谈及课堂压力、临床挫败、对职业理想的动摇以及对医患冲突的困惑，这类内容在正式教学评价关系中往往较难被充分表达。研究者的“外部性”身份因此有助于获取更接近医学生后台经验的材料。

另一方面，作为“马克思主义学院”教师，研究者也可能被部分医学生视为与价值规范、意识形态

教育或纪律性话语相关联的角色。在涉及对医疗制度、带教方式或职业现实的负面体验时，个别学生在初期访谈中表现出一定程度的谨慎与自我修饰，倾向于以较为中性的表述替代情绪化或批判性表达。这种“前台化叙述”的可能性，构成了资料生成过程中的一项潜在偏向。

为降低研究者身份对资料生成的影响，本研究采取了多重应对策略。首先，在田野初期即反复向受访者明确研究目的仅限于学术分析，不涉及任何教学评价或管理反馈，并严格遵循匿名与去标识化原则。其次，通过将正式访谈材料与课堂观察、模拟训练记录、非正式谈话和反思性笔记进行交叉比对，识别受访者在不同情境中话语风格与情绪表达的差异，从而区分“前台叙述”与“后台经验”。再次，在分析过程中，研究者持续撰写反思性备忘录，记录自身在场可能引发的互动变化，并将这些变化本身视为理解医学生专业身份表演与印象管理的重要线索，而非简单视为方法学噪音。

因此，本文并不将研究者位置性视为需要被消除的干扰变量，而是将其作为民族志分析的一部分加以呈现。研究者与医学生之间的互动关系，恰恰揭示了医学教育场域中不同角色在“被观看”与“自我呈现”之间的张力，也为理解医学生如何在多重观众面前建构专业身份提供了额外的分析视角。

4. 田野材料与分析

4.1. 被观看与自我定位：准医生的初始修炼

医学院学生从迈入校门那一刻起，便进入了一个由精准确则构成的“全景敞视场域”。这种规训不仅存在于规章制度中，更刻画在日常生活的细微褶皱里。

田野笔记 01：第一件白大褂

在基础医学院的更衣室里，大一新生小林正对着镜子反复调整白大褂的领口。他试图模仿带教老师的样子，将听诊器挂在脖子上，但听诊器的金属头不断滑落。他挺直腰板，收起平日里松垮的站姿。“穿上这身皮，你就不能在食堂排队时大声打闹了，”他的学长在一旁提醒，“哪怕你只是在等一份黄焖鸡，旁边的人也会觉得‘这个医生怎么这么没素质’。”小林走出更衣室时，步子明显迈得更小、更稳。他低声说：“我觉得这衣服沉得要命，所有人都在看我，看我像不像个大夫。”

这种“被观看”的压力在临床见习中达到了顶峰。在查房时，学生不仅是学习者，更是被评估的“背景板”。

在心内科病房，十几个学生围成半圆，双手紧贴大腿两侧，或者局促地插在口袋里。当主任询问：“这个病人的第一心音分裂说明什么？”空气瞬间凝固。学生们低着头，避开主任的目光。一名女生甚至下意识地向后缩了半步，试图躲在同伴的影子里。这种“前台表演”的紧绷感，正是专业身份内化的第一步：他们必须在凝视中学会如何“像个医生一样站立”。

4.2. 习得的冷静：情感管理与职业伦理

医学教育中的“冷静”并非天生，而是一种对本能恐惧与悲悯的受控压抑。

田野笔记 02：实验室里的“去人化”

解剖室里弥漫着刺鼻的福尔马林味。初次面对“大体老师”时，学生王某的手指在微微颤抖。他盯着尸体因防腐处理而变得暗沉的皮肤，迟迟不敢下刀。老师低声说：“不要看脸，看你要找的股动脉。它只是一个复杂的生物结构。”十分钟后，王某和队友开始小声讨论：“这里的筋膜粘连很严重。”“看，这是闭孔神经。”此时，尸体在他们的对话中已不再是一个“死者”，而是一组“待解剖的解剖术语”。这种语言的切换，是他们建立情感防御的初级盾牌。

在临床一线，这种冷静演变成为一种“专业性的冷漠”。

在急诊科的抢救间，一名车祸伤员满脸是血，家属在走廊尽头嚎啕大哭。实习生小陈负责按压止血，

他的白大褂袖口被染红了一大片。“心跳停了，准备除颤。”带教老师的声音没有任何起伏。小陈感到一阵反胃，但他抬头看到老师那张如大理石般平静的脸，强迫自己把涌到嘴边的惊呼咽了下去。在休息室里，小陈瘫坐在椅子上，死死盯着手上的血迹。他低声对同伴说：“刚才我真想跑出去，但老师太稳了，我只能装得比他更稳。”这种“克制的同情”是医学文化强制赋予的职业面具。

4.3. 作为角色的医生：扮演与内化

医学生的专业化是一个不断“入戏”的过程，而模拟教学则是他们的“排练场”。

田野笔记 03：OSCE (客观结构化临床考试)现场

考场被布置成模拟诊室。学生小张推门而入，脸上挂着标准但略显僵硬的笑容：“您好，我是您的接诊医生，请问哪里不舒服？”扮演“病人”的标准化病人(SP)突然开始抱怨：“我都等了半小时了，你们医院效率真低！”小张愣了一下，手在白大褂口袋里抓紧了笔。他深吸一口气，用在课堂上练过无数次的语调说：“非常抱歉让您久等了，我理解您的焦虑，我们现在就开始检查好吗？”考后，小张吐了吐舌头：“那一刻我觉得自己像个客服，但我知道，如果我表现出一点不耐烦，那个考官的平板电脑上就会扣掉我的‘医患沟通技巧’分。”

这种表演逐渐从考场渗透进生活。高年级学生在宿舍聊天时，会不自觉地使用“诊断式语言”：“你这黑眼圈，怕是慢性心衰的体征吧？”“别扯了，我那是熬夜看文献看的。”当这些术语成为日常笑谈的素材，医生角色的内化便已接近完成。

4.4. 理想医生与现实张力：价值观重估

理想主义的破碎往往发生在医院阴暗的角落——医生办公室的深夜，或挤满投诉者的门诊间。

田野笔记 04：休息室里的“后台”话语

凌晨一点，神经外科办公室。几名实习生围着外卖盒，桌上堆满了没写完的病历。“我入行是为了救死扶伤，结果现在每天在干什么？写病历、贴化验单、帮导师取快递。”一名学生恨恨地合上笔记本电脑。“下午那个病人家属还在走廊里骂老师，说他开的药贵。”另一人接话，“老师明明是为了避开医保限制。你说，我们学这么多，就是为了被骂吗？”沉默了一阵后，有人自嘲道：“这就是现实。别想那些希波克拉底誓言了，明天早起别迟到，别被主任批才是真的。”

这种“后台”的牢骚是医学生应对职业压力的一种逃避机制。然而，在幻灭中往往孕育着新的认知。

一名即将毕业的学生在经历了医患冲突后写道：“我以前觉得医生是神，现在觉得医生是人，还是个得背负着制度枷锁前行的人。我不再奢望每个病人都感激我，只要今天那个老奶奶走的时候，我帮她把出院手续办顺溜了，我就觉得今天没白过。”从“全能救世主”到“务实专业人”的转变，标志着医学生最终完成了社会化。他们学会了在承认体系不完美的前提下，在微观的互动中寻找职业的尊严与意义。

5. 讨论

5.1. 权力结构与隐性课程

田野材料显示，医学教育中的权力关系并非单一形态，而是通过日常教学与临床训练的组织方式、评价机制与互动礼仪被持续“做出来”的。就中国公立医院与医学院校相衔接的培养体系而言，这种权力关系往往同时呈现出制度化的科层管理逻辑与临床带教中的师承性互动结构：前者通过标准、流程与绩效—质量导向的管理工具对行为进行规范化引导，后者则通过带教—学员之间的密集互动与评价关系，影响学生对“合格表现”的理解与自我定位。既有关于中国公立医院治理的研究指出，公立医院在管理与运行中具有鲜明的制度安排与组织特征，医院管理者与制度目标之间存在较强的组织化协调需求，这

也会间接塑造临床教学与培训环境的运作方式[4]。在理论层面,福柯关于规训权力的讨论强调,现代组织并不一定依赖显性的强制命令,而更常通过空间安排、可视化监督与程序化评估,使个体在“可被评价”的情境中进行自我校准[5]。将这一视角置入医学教育,可以帮助我们理解:医学生对“被观看”的体验,未必仅仅指向某位具体权威者的压力,也可能来自持续性的评价场景——例如出科考核、技能站点、临床书写与行为规范等——所形成的结构性“可见性”。与此同时,医学教育研究长期指出,隐性课程会通过层级文化、示范性榜样与互动方式,将“应该如何成为医生”的价值取向与情感规范嵌入日常训练之中[6]。在一些情境下,学生为了降低不确定性与差错风险,会倾向于选择更稳妥的表达与行动策略;在另一些情境下,学生可能因担心打断流程或影响评价,而减少提问与讨论。相关研究也提示,在等级与竞争氛围较强的临床学习环境中,学习者可能会体验到压力性互动(包括被动应对、回避提问等),这会构成隐性课程的一部分,并影响其专业自我与学习风格的形成[7]。

因此,与其将问题简化为“权力更多/更少”,不如将其理解为一种需要精细校准的张力:医学训练确实需要必要的纪律性与安全边界,但同样需要为学习者保留可提问、可讨论、可反思的空间,以避免隐性课程在无意中抑制主动性与批判性思维。由此,医学教育改革除了改良教学法与课程内容,也应将目光投向评价制度、带教关系与学习氛围等更具结构性的层面:在保证患者安全与训练质量的同时,减少不必要的沉默与回避,让“合格表现”不只等同于“流程正确”,也包含专业判断、沟通与反思能力的成长。

5.2. 标准化培训与实践智慧

随着医学教育不断加强质量控制与能力同质化,标准化培训逐渐成为专业培养的重要取向。在中国语境中,这一趋势主要通过住院医师规范化培训制度(以下简称“规培”)加以落实。规培制度通过明确的能力框架、操作规范与考核指标,旨在缩小不同培养单位之间的差异,提升整体临床服务质量。从制度设计初衷来看,标准化训练为保障患者安全与医疗质量提供了重要支撑,也是当前国际医学教育的共同方向[8]。然而,田野材料显示,在具体运行层面,标准化培训往往需要与本土临床实践条件相互调适。在中国公立医院体系中,临床教学与医疗服务高度耦合,医学生和规培学员在学习的同时,亦深度参与高强度的临床运作。既有研究指出,中国大型公立医院普遍面临就诊需求集中、工作节奏紧张等现实情境,这在一定程度上影响了教学活动的展开方式[9]。在此背景下,部分教学环节不可避免地向“效率优先”倾斜。

在田野观察中,医学生常常需要在标准化考核逻辑与情境化临床应对之间进行即时权衡。例如,在问诊与病历书写过程中,学生更倾向于围绕评分要点和检查条目展开,以确保符合考核与流程要求。这种做法并不意味着学生否认患者经验的重要性,而更像是一种在高负荷环境下形成的实践策略。医学教育研究指出,当学习者处于时间受限、任务密集的情境中时,往往会优先采用“可被评价”的行动路径,以降低不确定性和失误风险[10]。

从人类学视角来看,这一现象可理解为“实践智慧”在特定制度条件下的重新配置。亚里士多德意义上的实践智慧强调在具体情境中综合判断、权衡价值与行动后果[11];而在高度标准化与高强度运作并存的临床环境中,这种判断过程往往被压缩进更为程序化的操作框架之中。学生在此过程中学习的,并非单纯的技术理性,而是一种如何在既定制度边界内完成临床任务的情境化能力。相关研究同样指出,规培学员在实际工作中会逐渐发展出“务实的专业判断”,以适应制度要求与临床现实之间的张力。

因此,与其将这一过程理解为“技术对人文的替代”,不如将其视为标准化培训在具体制度环境中所呈现的阶段特征。对医学教育的启示在于,如何在既有标准体系内,为学生保留反思与讨论的空间,使其有机会将程序化操作与对患者处境的理解重新连接。已有研究表明,通过叙事医学、病例反思讨论

和带教医师示范性沟通等方式，可以在不削弱临床效率的前提下，帮助学习者重新整合技术能力与人文判断[12]。在此意义上，标准化培训并非实践智慧的对立面，而是需要通过教学设计与组织支持，使二者形成更为协调的关系。

5.3. 情感社会化与同理心

医学生在学习过程中不断学习情感管理。他们被要求保持冷静、控制情绪，这有助于在紧急情况下做出准确判断。然而，如果这种训练忽视共情的重要性，可能导致医生在面对病人痛苦时缺乏情感回应。已有研究指出，隐性课程中缺乏共情榜样以及生物医学模式的强调，会使学生的同理心随着训练而下降[13]。医学人文教学需要正视情感社会化的双重性：既要培养理性冷静，又要保护同理心。课程中应加入情感反思环节，让学生分享内心体验，增强情感韧性。

因此，医学人文教学亟需重构情感社会化的路径。教师不应仅要求学生“控制情绪”，更应示范如何“处理情绪”。教学中应系统性地引入叙事医学工坊，通过撰写“平行病历”引导学生记录诊疗过程中的主观感受与道德焦虑。此外，应倡导“情感韧性”教育，而非简单的“心理防守”。通过建立诸如“巴林特小组”或情感分享会等反思环节，让学生在安全的教育环境中暴露脆弱、处理挫败，从而学会在保持职业科学性的同时，维持作为医者的情感温度与敏锐度。

5.4. 社会后果与教育启示

医生身份的塑造方式不仅影响个人职业生涯，也影响医疗系统和社会文化。如果教育过程中过度强调服从权威、技术至上和情感压抑，那么当这些学生成为医生时，可能延续这种模式，与患者形成距离，导致医患沟通不良和互信缺失。相反，如果医学教育能在身份培养中注入人文关怀和批判思维，培养出既守纪律又有温度的医生，那么这些医生有望推进医疗系统的积极改变。这一发现支持加强隐性课程管理的必要性：营造鼓励提问和讨论的氛围，杜绝羞辱式教学，让学生在健康的文化中形成职业认同。

为此，医学人文教育改革必须深入隐性课程的制度根源。首先，教学环境应致力于构建“心理安全”型课堂，彻底杜绝以当众羞辱为特征的压力式问诊，营造鼓励质疑、宽容不确定性的学术氛围，使学生在被尊重、被倾听的环境中学会尊重与倾听患者。其次，应强化贯穿培养全过程的人文关怀考核，将共情能力、伦理感知等“软技能”纳入 OSCE 等标准化考核的核心评价指标，使专业身份的构建不再是单一的技能拼图，而是价值观与技术能力的深度融合。只有培养出既守职业纪律又具人文情怀的医生，才能真正推动医疗体系从“以疾病为中心”向“以人为中心”的本质回归。

6. 结语

本文通过对广州医科大学的民族志调查，描绘了医学生专业身份形成的过程。研究发现，医学生的职业认同是在被观看的环境中自我定位、在情感管理中习得冷静、在角色扮演中内化医生角色，并在理想与现实的张力中重塑价值观的过程中逐步形成的。这一过程体现了教育制度与文化规范的深度作用，也反映了学生的能动适应。

本文的贡献在于将人类学视角引入医学教育研究，强调隐性课程、权力结构和情感社会化在专业身份形成中的关键作用。研究建议医学教育者关注课堂之外的文化氛围，加强对隐性课程的建设，重视情感教育与价值反思，帮助学生在现实中保持理想主义的火种。未来研究可通过跨院校比较和纵向跟踪进一步探索不同文化背景下的身份形成过程，并结合量化方法验证质性发现。

在医学教育改革的道路上，人类学的洞见提醒我们：培养一名好医生，不仅要传授医术，更要塑造医心。正如医学格言所言，“有时，去治愈；常常，去帮助；总是，去安慰”。希望未来的医学教育能够

牢记这份初心，使医学生在掌握专业技能的同时，也成长为有温度、有责任感的医生。

基金项目

2025 年广州医科大学科研起步项目(2025SRP036)。

参考文献

- [1] 刘雪梅, 王德. 将人文教育融入所有医学课程[J]. 中国医学人文, 2024, 10(12): 1.
- [2] 金国萍. 医学人文教育融入中医专科临床教学的探索实践[J]. 中医药管理杂志, 2025, 33(14): 255-257.
- [3] Goffman, E. (2002) *The Presentation of Self in Everyday Life*. Anchor Books.
- [4] 赵要军, 王雷超, 李建军, 等. 基于循证决策的公立医院精益运营管理模式构建[J]. 中国医院管理, 2024, 44(3): 5-8.
- [5] 陈洁. 权力的微观运作——以福柯《规训与惩罚》为中心[J]. 法制与社会, 2014(6): 18-20.
- [6] Jackson, P.N. (1968) *Life in Classrooms* New York: Holt. Traducción española en Marova.
- [7] 黄声华, 尹弘飏, 何雨柔. 基于隐性课程视角的学生社会情感能力培养[J]. 中国人民大学教育學刊, 2025(2): 102-114+4.
- [8] Weisz, G. and Nannestad, B. (2021) The World Health Organization and the Global Standardization of Medical Training, a History. *Globalization and Health*, 17, Article No. 96. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00733-0>
- [9] Huang, J., Huang, C., Chen, J. and Huang, K. (2024) Perception of Clinical Teachers about Their Roles and Current Practice at Affiliated Hospitals of Medical Universities in China. *Medical Education Online*, 29, Article 2325282.
- [10] Mokhtary, F., Faghihi, E., Sanagoo, A. and Jouybari, L. (2025) You Won't Learn until You Want To: Medical Students' Experiences of the Educational Nature of the Clinical Environment. *BMC Medical Education*, 25, Article No. 661. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07211-w>
- [11] Aristotle, M. (1998) *The Nicomachean Ethics*. Oxford University Press.
- [12] Loy, M. and Kowalsky, R. (2024) Narrative Medicine: The Power of Shared Stories to Enhance Inclusive Clinical Care, Clinician Well-Being, and Medical Education. *The Permanente Journal*, 28, 93-101. <https://doi.org/10.7812/tpp/23.116>
- [13] Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M.R., Wirtz, M., Woopen, C., et al. (2011) Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies with Medical Students and Residents. *Academic Medicine*, 86, 996-1009. <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e318221e615>