

Chinese Translation Introduction

[中文简体] 译文简介

国际标准化病人导师协会(ASPE)最佳实践标准(SOBP)于 2017 年发表在《*Advances in Simulation*》上，代表了 SP 方法论的发展和 SP 从业人员工作实践步入专业化的一个重要里程碑。ASPE 的 SOBP 旨在与其他模拟标准（如 INACSL 开发的标准）结合使用，专注于为所有参与模拟角色的人员提供可参照的安全性及有效性指导原则和实践标准。尽管 SOBP 已在许多英语国家广为使用，但在非英语母语国家，将 ASPE 的 SOBP 付诸于实践可能会存在语言障碍。ASPE 的宗旨是面向全球，因此 ASPE 国际委员会已开始将这一最佳实践标准翻译成多国语言，以确保全球广大模拟从业人员都能从中获益。[中文简体]版本可从下附 ASPE 链接下载

<https://www.aspeducators.org/standards-of-best-practice>.

INNOVATION

Open Access

国际标准化病人导师协会(ASPE)



最佳实践标准(SOBP)

Karen L. Lewis^{1*}, Carrie A. Bohnert², Wendy L. Gammon³, Henrike Hölzer⁴, Lorraine Lyman⁵, Cathy Smith⁶, Tonya M. Thompson⁷, Amelia Wallace⁵ and Gayle Gliva-McConvey⁵

摘要

本文对国际标准化病人导师协会 (Association of Standardized Patient Educators, 以下简称ASPE) 的最佳实践标准 (Standards of Best Practice, 以下简称SOBP) 做出了定义, 供人类角色扮演者相关工作人员参考。这些角色扮演者与诸多学员进行沟通互动, 为该学员提供体验式学习及考核, 拥有着众多称呼, 例如标准化/模拟病人或模拟参与者 (simulated participants, 以下简称SP)。作为一个国际组织, ASPE致力于共享基于SP的教育学、评价体系、研究和学术成就, 并支持其成员在专业领域的发展。SOBP旨在与国际临床护理模拟教学学会 (International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning, 以下简称INACSL) 所提出的最佳实践标准 SimulationSM 联用, 该标准所覆盖的模拟业务范围更加广泛。本文首先阐述ASPE之SOBP的理论基础, 强调随着模拟在医疗培训领域日益广泛的应用, ASPE有必要建立SOBP以确保基于SP的教育事业的发展、完善及其应用安全性。其次, 本文论述了上述标准为期三年半的建立过程, 及其在该过程中所获得的该领域全球专家的一致认可。此外, 本文还对文件中所有关键术语进行了定义。我们可从五个基本核心来评估SOBP, 这五个核心分别是安全、品质、专业、责任及协作。最后, 本文论述了最佳实践所涉及的五大领域: 安全的工作环境; 案例开发; 对SP的角色扮演、反馈的培训及其评价工具的制定; 项目管理; 专业发展。每个领域又分为主要准则及相对应的关键实践内容, 提供明晰且实用的指导方针, 以获得预期结果并创造服务于所有参与人员的模拟。违背ASPE提出的SOBP则可能损害参与者的安全, 降低模拟过程的有效性。经过谨慎处理, 这些指导方针既精确又足够灵活以应对多样背景下的SP实践工作。ASPE实践标准委员会将根据SP方法论的发展及模拟实践的日益变化, 定期审阅并修改SOBP。

关键词: 病患模拟, 模拟培训, 标准, 模拟病人(SP), 标准化病人(SP), 模拟病人方法论, 标准化病人方法论, 案例设计, 反馈, 培训

引言

人类模拟作为公认的方法论, 涉及到与广泛的学员以体验式学习及考核为目的而进行接触的人类角色扮演者。在该方法学起初应用时, 人类角色扮演者扮演病人, 且一般被称为标准化病人或模拟病人 (Standardized or simulated patients, SPs)。在最近几年, SP所涵盖的范围更加广泛 (例如: 包括

委托人、家庭成员及医护专业人员)。越来越多的人意识到, SP方法论可应用于任何模拟方法 (例如同伴、扮演本人以外角色的学员及模拟人操作技师) 下的任何个体扮演人类所参与的活动。与此同时, 角色扮演人员的本质、范围及功能也可各不相同。例如, 学员的同学/同伴通常可被安排到某个情境中扮演医护专业人员来主导该情境, 而与此同时, SP则作为扮演其角色而存在, 通常没有医疗保健领域的专业知识背景^[1,2]。

* 作者联系方式: kklewis@gwu.edu

¹ 乔治华盛顿大学医学与健康科学学院临床模拟技能中心, 华盛顿特区, 美国。作者信息完整列表详见本文后附列表。

[中文] 译者: 申锦兰/永耀亚太有限公司学术部, 余丹/厦门大学医学院临床技能培训中心, 唐健/天津医科大学医学人文学院

译文交对: 潘慧/北京协和医院内分科

©作者声明(2017): 开放存取(Open Access, OA) - 本文根据国际创作共用许可证4.0条款发布(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), 允许在任何媒体使用、分发和复制而不受限制, 并以您对原作者和文献来源的信任为前提, 提供创作共用许可证链接, 并标明是否做了更改。除非另行备注, 创作公有领域共享奉献权书(<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>)适用于本条中提供的的数据。

国际标准化病人导师协会（ASPE）是一个致力于人类模拟的全球化组织^[3]，旨在共享基于SP方法论的教育学、评价体系、研究和学术成就。同时，该组织也支持参与人类模拟事业的成员在专业领域的发展。因此，ASPE有必要建立最佳实践标准（SOBP）并宣传其潜在价值以确保SP相关事业的发展及完善。

ASPE提出的SOBP为从事SP相关工作的导师提供了明晰且实用的指导方针。经过谨慎处理，这些指导方针既精确又足够灵活以应对多样背景下的SP实践工作。而国际临床护理模拟教学协会（International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning, INACSL）所提出的最佳实践标准SimulationSM所覆盖的模拟业务范围更加广泛^[4-11]。ASPE提出SOBP旨在将其与SimulationSM联用。若违背了ASPE所提出的SOBP，则可导致损害参与者安全及降低模拟过程有效性的潜在后果。

SOBP的发展历程

ASPE所制定的SOBP经过了若干SP方法论领域专业导师的一致同意。此处所述专家是指从SP方法论开端的1964年以来，对该领域的发展及拓展做出卓越贡献的个人。这一共识基于事实、实践及一系列资源和方法，反映了实践中众多领域及多种文化的视角。除了文中上述文件所提及的特定文献，本文同时列出了编写过程中涉及到的众多重要文献（附件1：参考书目）。

上述标准的提出始于2013年12月的一场会议，该会议的参与者是SP方法论领域在北美地区的专家，由当时的ASPE主席Gayle Gliva-McConvey及ASPE实践标准委员会（Standards of Practice, SOP）主席Wendy Gammon所召集（表1）。当时，有人使用的是改良版的Delphi流程^[12]以确定其各领域，而这

便成为了ASPE提出SOBP的基础。2014年1月，SOBP首版草案在ASPE董事会大会上提出。到第二个阶段，这一工作所涉及到的专家扩展到了北美地区以外的SP方法论领域专家，他们审阅文件中涉及到的各领域及其对应的准则（表2）。到第三个阶段，即2016年6月，一组由ASPE董事会成员组成的审核人员达成了对该文件的最终共识（表3）。ASPE董事会专家对该文件做出了最终修订（包括将标题从SOP改为SOBP）并拟定了本文。

SP方法论相关术语

为更好地理解本文，我们将对某些SP方法论相关的关键术语做出阐述。文中对这些术语的理解与国际医学模拟教育协会（Society for Simulation in Healthcare, SSH）的医护模拟术语词典（Healthcare Simulation Dictionary）^[13]及INACSL的最佳实践标准SimulationSM模拟术语表（Simulation Glossary）^[11]中的定义一致，而在某些情况下，文中对这些术语的阐述反映了基于我们自身实践经验而得的细微差异。

标准化病人及模拟病人（Standardized Patient & Simulated Patient, SP）这两个术语通常可互换使用，两者均指经培训之后可以用真实且可重复的方式扮演病人的个体。SP通过体验式教学及考核的形式与学员接触。根据不同场景，学员(Learner)可称为学生、学员/受训人员、参与者、考生或(考试)候选人。SP还可从其所扮演角色的病人视角提供有关学员表现的反馈，这一点是SP所独有的。正如前文所述，SP相关的教育已在规模和实践工作所涵盖的范围方面取得了发展，如今已包含众多角色。正是由于这个原因，“模拟参与者(Simulated Participant)”这一术语的使用范围更加广泛，可指代任何模拟背景下的任何人类角色扮演者。在本文中，SP这一术语包含了所有这些细微差别。

表 1: 工作委员会，2013年12月

Carrie Bohnert	美国	ASPE教育内容委员会主席，2013-2015
Gail Furman	美国	美国医学考试委员会，ASPE创始成员
Wendy Gammon	美国	ASPE实践标准委员会主席，2013-2014
Gayle Gliva-McConvey	美国	ASPE主席，2012-2013
Nancy McNaughton	加拿大	ASPE拨款及研究委员会主席，2014-2015
Cate Nicholas	美国	ASPE拨款及研究委员会主席，2012-2013
Tamara Owens	美国	ASPE主席，2008-2009
Sydney Smee	加拿大	加拿大医学会
Diana Tabak	加拿大	ASPE混合模拟兴趣学组主席

表 2: 审核人员, 2014年1月至2015年1月

Connie Coralli	美国	ASPE教育资源委员会主席, 2013-2015
Melih Elcin	土耳其	ASPE会员联络员, 2014-2015
Valerie Fulmer	美国	ASPE出版委员会主席, 2014-2015
Carine Layat-Burn	瑞士	ASPE国际委员会主席, 2014-2015
Karen Lewis	美国	ASPE主席, 2014-2015
Lorraine Lyman	美国	ASPE实践标准委员会主席, 2014-2016
Debra Nestel	澳大利亚	模拟病人网络
Jan-Joost Rethans	荷兰	ASPE国际委员会主席, 2007-2008
Karen Reynolds	英国	ASPE运营副总监, 2014-2015
Cathy Smith	加拿大	ASPE会议委员会主席, 2013-2016
Amber Walton	美国	ASPE运营副总监, 2011-2013

SP的工作背景决定了其行为的可重复度或**标准化**（一致性及准确性），这两者均与单一SP个体表现及扮演同一角色的不同SP的表现有关。这种行为特征可视为是连续性的；我们通过高危风险评估发现，SP可在经过合理训练后，表现出高度的可重复度或标准性，从而可为每位学员提供公平且均等的（培训或考核）机会。此时的SP常常被称为**标准化病人**。值得注意的是，这里的SP指其行为具备标准化效果的个体。在形成性教学模式中，SP的标准化在脚本设计中并不重要，经过严格培训的SP可更加准确且灵活地响应不同学员的需求。在这种情况下，SP则可称为模拟病人。

SP在某些情况下会被称为“**演员**”（actor）这一术语。尽管SP和演员都扮演一些角色，且SP的工作涉及到角色扮演练习及理论，但SP的工作范围却与演员大不相同。一般而言，演员需要达到编剧和/或导演的目标，且为取悦观众而表演。在医学模拟中，演员可受雇并在教育活动中扮演所需角色；然而作为SP，该人员所做的工作与演员的职能并不相同。作为教育团队的一部分，SP旨在为了使学员完成某项模拟活动的教学目标而服务。

表 3: 工作组最终成员, 2016-2017

Carrie Bohnert	美国	ASPE运营副总监, 2016-2017
Henrike Hölzer	德国	ASPE国际委员会主席, 2016-2017
Karen Lewis	美国	ASPE实践标准委员会主席, 2017-2018
Lorraine Lyman	美国	ASPE实践标准委员会主席, 2014-2016
Cathy Smith	加拿大	ASPE会议委员会主席, 2013-2016
Tonya Thompson	美国	ASPE拨款及研究委员会主席, 2016-2017
Amelia Wallace	美国	ASPE教育内容委员会主席, 2016-2017

本文采用**委托人**（client）这一术语来指代为诸多活动而与SP项目组签订合约的个人或组织。**SP导师**（SP educator）这一术语用来指代为发展SP方法论专业化而工作的人群。这些人往往负责训练和/或管理基于SP的模拟项目。其中的某些人可能是专门与SP工作的SP培训导师，而另外一些人可能是教师或医护专业人员，这些人^{与SP一起工作}，使其扮演临床和/或学术活动所需角色。

讨论

SOBP可分为五个领域：**安全的工作环境；案例开发；角色扮演、反馈及其评价工具的制定；项目管理；及专业发展**。每个领域又分为主要准则及相对应的关键实践工作，这些实践工作为便于参考均已编号。并非所有练习都适用于任何情况，且实践工作中发出的指令也可能有所不同。

各领域可通过五个支持基于SP的教育实践**工作核心**来判定，这五个核心分别是：**安全、质量、专业、责任及协作**（图 1）。安全是模拟活动的基石，也最为核心。这是由于安全是模拟应用的主要驱动力。反过来说，模拟必须要以安全的方式进行，在任何活动中都要尽可能降低所有参与人员的风险。品质指确保并追求持续性进步。我们创建且遵循教育、培训及研究方面的最佳标准。专业性意味着我们是专家群体的一部分，并且我们的工作遵循共同的道德准则、价值观及标准。责任表明了我们所承担的、为参与人员的需求所服务的义务，以及向社会公开我们所做工作的义务。协作则要求我们与本土及国际同行分享最佳实践工作，而这些对于基于SP的实践工作的发展及完善至关重要。

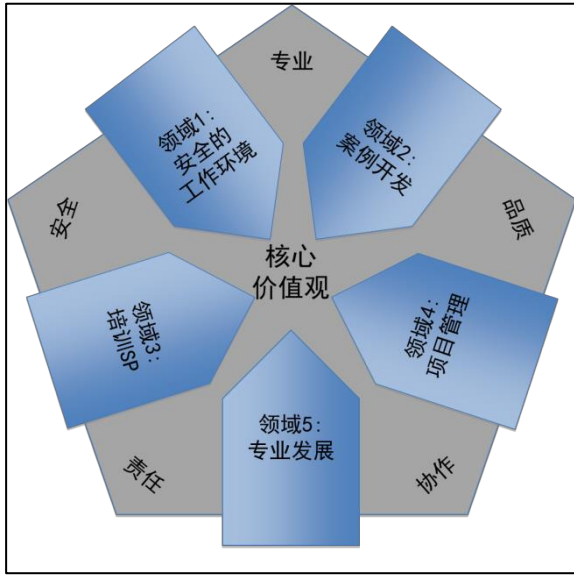


图 1: ASPE 核心及SOBP领域

尽管各领域及核心分属不同模块，我们仍然认为两者并不是相互独立的。每个领域中均包含了所有核心内容，且每个领域所属的内容也均有重叠的部分，以便于读者理解并强调标准化实践工作的重要性（图 1）。

本文作为基础性文件，提供了实用而有效的指南。这些标准的后续更新会包含更加先进且专业化的SP领域，这个SP工作则包括培训其他SP、指导演练课程及担任助教角色（例如，妇产科检查、男性泌尿生殖检查及其他查体方面的教学）。ASPE实践标准委员会将根据SP方法论的发展及模拟实践的日益变化，定期审阅并修改SOBP。

领域1：安全的工作环境

确保为包括SP、学员、教学人员、病人或项目工作人员在内的所有参与人员提供一个安全的心理及生理学习环境，是模拟导师义不容辞的责任（见INACSL标准：职业操守[8]）。对于SP导师群体来说，创造安全的工作环境可遵循以下三种准则：安全的工作实践、保密性及尊重。

准则	实践
1.1 安全的工作实践	1.1.1 活动设计时确保安全的工作条件（例如轮班次数、休息次数、角色扮演过程中的生理、认知和心理上的挑战）。 1.1.2 预估并确认潜在职业危害，包括环境中对SP安全的隐患（例如过敏原、

	尖锐物、空气质量及真实除颤仪）。
1.1.3	筛选SP以确保其适合于相关角色（例如无利益冲突、避免损害其心理及生理安全）。
1.1.4	允许SP退出任何其认为不适合参加的特定活动。
1.1.5	向SP简要介绍模拟活动的指导方针及参数以确保理解清晰准确。
1.1.6	向SP提供相应策略以减轻角色扮演带来的潜在的负面作用并预防人身伤害或疲劳。
1.1.7	向SP及委托人(Clients)告知如何终止他们认为对其不利的模拟活动的条件及流程。
1.1.8	为脱离角色和/或复盘(Debrief)安排时间并设置流程。
1.1.9	实时监控由于参加某项活动而受到负面影响的SP的情况，并积极做出响应。
1.1.10	为SP及委托人(Clients) 提供一个可以报告的渠道，能使之实时报告由于参加某项SP活动而受到的负面影响（例如解决这类情况的书面文件及报告流程）。
1.1.11	在SP被投诉时，对按所述项目预设要求执行，并对SP做支持。
1.1.12	合理处理委托人(Clients)对SP角色和工作的可能性和局限性期望。
1.1.13	与委托人(Clients)协作并清晰地划定SP参与的工作范围。
1.2 保密性	1.2.1 理解保密性相关原则，这个保密性适用于任何模拟活动的各个方面。 1.2.2 确保SP理解并遵守导师特定模拟活动的相关保密原则。 1.2.3 保护所有参与者的个人信息隐私，包括可能会在某些模拟活动中暴露的个人隐私。
1.3 尊重	1.3.1 尊重SP的自我界定（例如端庄、对身体接触的限度及对个人的影响）。 1.3.2 向SP提供充分的信息，使SP在做决定时能充分知情自己所参加的工作内容及工作分配情况。 1.3.3 确保SP在接受工作前理解是否及如何获得补贴（例如包括SP培训及工作时间的报酬、交通费用报销、食品券及礼物卡的领取等）。

领域 2：案例开发

教学及评价活动是由课程或规划型目标指导的，设计并开发SP相关教学所需材料是SP导师职责中重中之重。本文中的材料包括所有描述性案例文档、任何支持文件（例如图表、图片、病人教育文献及考评表）、评价工具、培训资源（例如文献及影像资料）、及SP在教学或评价活动中所需的培训协议。SP案例由众多部分组成，这些部分分属于多位不同的使用者，例如SP导师、SP、学员、评价人员及管理人员；认识到这一点非常重要。这些材料的开发可通过采用相互协作的多步骤流程、利用设计模拟时所需遵循的最佳实践指导方针（见INACSL标准：模拟设计[9]）及专业背景（例如医学、法律）相关的指导方针而得到优化。鉴于案例相关材料对SP工作的重要性，掌握教学及评价材料研发的专业知识对于SP导师来说至关重要。SP案例开发活动需遵循以下两个准则：材料准备及案例组成部分。

准则	实践
2.1 材料准备	<p>2.1.1 确保案例符合责任教学目标。（见INACSL标准：结果和目标）</p> <p>2.1.2 识别和组织相关专业的专家协助创建案例相关资料。</p> <p>2.1.3 确保案例建立于实际问题基础之上，尊重案例代表的个体以避免对边缘化群体的偏见。</p> <p>2.1.4 确保案例开发流程合理，在实施案例前具备充分的时间起草、审阅并编辑案例材料。</p> <p>2.1.5 确保在实施案例之前，解决在排练或其他试行过程中做的修改事项。</p>
2.2 案例组成部分	<p>确保案例组成部分尽可能包括下述几点：</p> <p>2.2.1 可评价且清晰的教育目的和教学目标。</p> <p>2.2.2 教育目的和教学目标中阐明学员预期水平。</p> <p>2.2.3 满足教学需求的模拟设计。</p> <p>2.2.4 可被重复的模拟设计。</p> <p>2.2.5 为SP提供的信息（例如基本情况和背景故事、病史、情感和言行举止、模拟症状及体征、提示）。</p> <p>2.2.6 培训资源（例如道具、SP化妆用伤效贴片（moulage）、影像资料及技能操作训练模型）。</p> <p>2.2.7 对该案例的特定反馈或复盘(Debriefing)指导方针。</p> <p>2.2.8 Briefing(简报)指南，时间议程，学员用指南。</p> <p>2.2.9 评价工具及绩效评估（例如检核表及量表、参与者及导师的评价）。</p> <p>2.2.10 为评估人员（SP或其他人）制定的培训标准。</p> <p>2.2.11 文件管理及SP招募相关数据（例如作者信息、编写日期、病人资料及体型标准等）。</p>

领域 3：SP培训

经过SP培训，SP可以为更加专业地扮演所属角色、给出反馈并填写评价工具而做好准备。这三方面技能各不相同但并不彼此独立。SP导师有责任根据该活动的教学目标及SP的经验将这三种技能的提升整合到SP培训内容中。培训方式多种多样（例如有面对面培训、在线培训及线上线下混合培训）。

SP的工作内容决定了其行为的标准化程度（一致性及准确性），该标准化程度取决于SP个人在重复扮演中的表现及扮演同一角色的不同SP的表现。SP导师在安排所有的模拟参与者时采用相同的培训原则，这些模拟参与者包括SP、合作人员（*confederates*）及其他模拟模式（例如混合模式）下的参与者^{11, 21}。

角色扮演

SP导师应确保SP表现的一致性及准确性。由于SP常常需要按照要求表现出某些具有脆弱性格的角色，SP导师应向其提供支持性的、安全的培训及学习环境（见“领域 1：安全的工作环境”部分）。

反馈

反馈对学习来讲至关重要。尽管学员可从包括临床医生及同事的众多教学资源处获得反馈，但SP的反馈提供了一个独一无二的病人视角。正如Berenson等（2012）所指出：“SP能够为学生提供关于该学生的行为如何影响SP的情绪体验、对该学生的信任及SP对双方交流内容的理解等方面的独一无二的宝贵资料。因此，SP反馈在人际关系和情感领域方面具有关键的教育作用”（[14]，pe-27）。经过适当培训后，SP还可提供关于学员的沟通、临床技能及操作流程方面的反馈。为了能够进行有效反馈，SP需要学习各单位所采用的教学模板或准则，且SP导师需要给SP提供口头及书面反馈方法的训练。

完成评价工具

教育及心理测试标准（*Standards for Educational and Psychological Testing*）将考核（*assessment*）定义为“任何系统化的、从测试及其他渠道获得信息的方法，常用来推断人、物品或项目的特点”（[15]，p72）。在众多评估背景下，学员必须通过行为表明

其能力，而其行为由观察者来评估。SP常常在扮演角色的同时观察学员行为。在接触学员后，SP可能将学员表现记录于评价工具。若SP被要求这样做，那么SP培训必须同时致力于准确且一致地完成评价工具。

SP评估可以是格式化的、总结性的或具有高风险的，且其形式多样（例如单接触、多接触、OSCE及CPX），采用多种评价工具（例如核对清单、评价准则及叙事性反馈）。对SP的预期表现各不相同，取决于评价类型或形式。

有关SP培训方法论，SP导师应遵循以下五个原则：准备培训、角色扮演培训、提交反馈、完成评价工具及回顾培训过程。

准则	实践
3.1 准备培训	<p>3.1.1 审查活动目的、结果（见INACSL标准：结果及目标）、流程及案例材料。</p> <p>3.1.2 若有必要，解决知识漏洞。</p> <p>3.1.3 为各项活动制定符合背景及具有适当形式的培训计划（例如为达到标准化而进行的集体培训、影像资料回顾及涉及模拟设备的实践）。</p> <p>3.1.4 收集培训资源以支持培训。</p> <p>3.1.5 收集管理文件及特别指示。</p>
3.2 角色扮演培训	<p>3.2.1 与SP共同检查各活动关键目标、责任、背景（例如形成性评价、总结性评价、学员水平及课程设置等）、及形式（例如接触时间及接触类型等）。</p> <p>3.2.2 使SP参加具有角色扮演特征的讨论及实践（例如影响、迹象和症状及行为等）。</p> <p>3.2.3 向SP传授技巧以使其应对意料之外的学员的问题及行为。</p> <p>3.2.4 确保SP个体及扮演同一角色的不同SP的角色扮演的一致性及其准确性。</p> <p>3.2.5 确保SP愿意通过重复的实践和有针对性的反馈来完成模拟活动。</p>
3.3 反馈培训	<p>3.3.1 与SP共同检查与预期活动相关的反馈的基本原则。</p> <p>3.3.2 告知SP反馈的目标及其相关学员的学习水平。</p> <p>3.3.3 告知SP反馈流程及背景（例如与学员的一对一反馈、小群体反馈及模拟汇报等）。</p>

(续)

3.4 完成评价工具培训	<p>3.3.4 训练SP应用其观察结果、响应及所掌握的知识来为学员可观察到的、可更改的行为做出反馈。</p> <p>3.3.5 确保SP愿意完成重复实践及有针对性的反馈。</p> <p>3.4.1 确保SP理解评价的本质、背景及目标。</p> <p>3.4.2 确保SP理解评价工具的形式。</p> <p>3.4.3 确保SP能够在规定时间内完成评价工具。</p> <p>3.4.4 确保培训SP使之可以用评价工具对多种学员行为进行评估。</p> <p>3.4.5 确保SP理解自己即将评价的查体手法原则和感受。</p> <p>3.4.6 在形成性评价的情况下，确保SP个体及扮演同一角色的不同SP群体之间实施评价工作的一致性及准确性。</p> <p>3.4.7 在高风险评价的情况下，验证评价人员之间可信度，在此验证中，不同SP对同一学员给出的分数应相同。</p> <p>3.4.8 在高风险评价的情况下，验证评价人员自身可信度，在此验证中，SP在不同时间节点对同一表现应给出同样的分数。</p>
3.5 回顾培训过程	<p>3.5.1 回顾自身培训实践情况，以促进后续改善（例如评价方式、复盘（Debriefing）及影像资料回顾等）。（见领域4.6：品质管理）</p>

领域4：项目管理

SP项目提供了训练有素的SP团队、SP方法论专业知识及高效、经济地管理SP服务的流程。SP项目管理具有各自的范围。某些项目可能配备专人进行SP项目管理及若干SP，而另外一些项目由专职经理人领导，该经理人负责监督众多SP、导师及管理员的工作。不论项目大小，SP项目均负责品质管理实践，包括品质计划、品质保证、品质控制及品质提升（见INACSL标准：职业操守[8]）。清晰表述的规章制度及流程有助于表明SP项目满足立法、制度及实践标准，同时也阐明了实现项目目标的方法，赋予参与人员（SP、学员、导师及工作人员）相对应的责任，并促进其持续提升。管理SP项目需遵循以下六项原则：

准则	实践
4.1 目标	4.1.1 阐明该项目的宗旨。 4.1.2 制定该项目目的。 4.1.3 若有必要，为每个目的确定可衡量的具体目标。
4.2 专业知识	4.2.1 具备SP方法论的知识深度。 4.2.2 倡导在课程的恰当位置纳入SP方法。 4.2.3 确定何时可将SP融入某项模拟活动。 4.2.4 与教学课题专家合作以设计SP案例、培训及评价材料。 4.2.5 根据教案脚本或项目参数培训SP。
4.3 规章制度与流程	4.3.1 制定并记录规章制度以指导项目活动。 4.3.2 制定并记录残疾人准入及纳入相关规章制度。 4.3.3 制定并记录业务流程，包括但不限于制定财务管理、业务和战略计划。 4.3.4 确保规章制度与流程的时效性及可获得性。 4.3.5 将规章制度与流程分派给相关的参与人员。
4.4 记录管理	4.4.1 与教案课题专家合作，制定向参与人员（例如学员、课程开发人员、导师及管理员等）报告学员表现流程的相关制度。 4.4.2 确保已有案例共享及存档相关的规章制度。 4.4.3 制定并记录安全存储、存档及销毁机密数据的方法（例如SP记录、学员数据、影像资料数据、知情同意书及发行表格等）。
4.5 团队管理	4.5.1 通过咨询法律、金融及人力资源专家，确保SP（例如职员、合同工及志愿者等）的模式及薪酬结构（若适用）符合制度要求。 4.5.2 制定相关流程，以对SP和员工进行识别、遴选、面试、选择、复盘(Debrief)及维护。 4.5.3 招募并维护多元化的SP团队，从而能使之在各项模拟活动中扮演多种不同角色。 4.5.4 制定规章制度及流程以确保SP、学员、员工和导师的心理、生理及工作环境安全。（见“领域1：安全的工作实践”部分） 4.5.5 支持包括SP在内的所有员工的持续性专业发展。
4.6 品质管理	4.6.1 定期收集数据以评估项目活动与立法、制度和项目规章制度及流程的一致性。 4.6.2 定期收集来自SP、学员、导师及其他用户关于项目服务质量的反馈。 4.6.3 及时分析数据和其他反馈。 4.6.4 为达到持续改善而做出改变。 4.6.5 告知参与人员基于其反馈所做出的改变。

领域5：专业发展

SP导师应参与专业发展相关工作，以提升其在各自实践领域、实践群体及参与人员间的专业性。专业性的定义涉及到SP导师接触的众多专业，包括医学[16]及护理学[8,17]。以上部分有关专业性的概念有所重叠。然而，我们还处于一个作为新兴领域成分混杂且无相关认证的实践环节。我们推出的SOBP是我们阐明自身实践的专业性标准的首次尝试。通过Steinert [18]的师资发展模型，我们阐明了专业性及专业发展。值得注意的一点是，我们注重于以下三大原则：职业发展、学术成就及领导力。

准则	实践
5.1 职业发展	5.1.1 制定并提升基于SP的模拟相关知识、技能和态度方面的专业知识。 5.1.2 制定并提升与其实践背景相关的理论、原则、教育过程及评估方面的专业知识。（例如医学教育、护理教育、法律和执法培训） 5.1.3 保持专业模拟协会（ASPE，ASPIH，INACSL，SESAM及SSH）的会员资格。 5.1.4 参与教育相关活动（例如专业会议，课程，学位，项目及个人资质认证）。 5.1.5 发展个人管理技能（例如时间管理、健康管理及职业规划）。 5.1.6 寻求职业指导机会。
5.2 学术成就	5.2.1 了解SP方法论领域中取得学术成就的范围。 5.2.2 确定和/或开发SP方法论新背景。 5.2.3 致力于通过对源于多种渠道的（例如出版物及墙报等）新方法的创新、研究及宣传来促进最佳实践的发展。
5.3 领导力	5.3.1 促进本地、本国及国际上对SP方法论的理解及完善。 5.3.2 指导并支持机构内及实践团体内的SP及其他SP导师。 5.3.3 寻求并提倡领导技能（例如合作精神、团队建设、应变管理、人际关系有效性及冲突解决能力等）的提升。

附加文件

附加文件1：基本阅读清单。(DOC 32 kb)

英文缩写解读:

ASPE: Association of Standardized Patient Educators; ASPIH: Association for Simulated Practice in Healthcare; INACSL: International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning; SESAM: Society in Europe for Simulation Applied to Medicine; SOBP: Standards of Best Practice; SOP: Standards of

致谢

ASPE在此诚挚感谢为全世界SP教育工作者的利益而为本文的制定做出贡献的许多参与人员:

Connie Coralli, RN, MN, MPH, Clinical Skills Center, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA, connie.coralli@emory.edu
Melih Elcin, MD, MSc, CHSE, Department of Medical Education and Informatics, Faculty of Medicine, Hacettepe University, Ankara, Turkey, melcin@hacettepe.edu.tr
Valerie Fulmer, School of Medicine, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA, vfulmer@medschool.pitt.edu
Gail Furman, PhD, MSN, CHSE, Clinical Skills Evaluation Collaboration, National Board of Medical Examiners, Philadelphia, PA, USA, GFurman@nbme.org
Carine Layat Burn, PhD, University of Applied Sciences, Health Department, HE-Arc Neuchâtel, Neuchâtel, Switzerland, nora-carine@hotmail.com
Nancy McNaughton, PhD, Centre for Learning Innovation and Simulation, Michener Institute of Education, Toronto, Ontario, Canada, nmcnaughton565@gmail.com
Debra Nestel, PhD, FAcadMed, Faculty of Medicine, Nursing & Health Sciences, Monash University, Monash, Victoria, Australia, debra.nestel@monash.edu
Cate Nicholas, MS, PA, EdD, Clinical Simulation Laboratory, University of Vermont, Burlington VT, USA, Cate.Nicholas@med.uvm.edu
Tamara Owens, MEd, Clinical Skills & Simulation Center, Howard University Health Sciences, Washington, DC, USA, tlowens@Howard.edu
Veronica L. Porfert, BA, Norfolk Naval Station, Norfolk, VA, USA, roni.porfert@gmail.com
Jan-Joost Rethans, MD, PhD, Institute for Education/Skillslab, Faculty of Health, Medicine & Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, the Netherlands, j.rethans@maastrichtuniversity.nl
Karen M. Reynolds, Interactive Studies Unit, University of Birmingham, Birmingham, UK, k.reynolds@bham.ac.uk
Sydney Smeed, PhD, Health Professional Assessment Consultancy, Windsor, Ontario, Canada, sydsmeed@gmail.com
Diana Tabak, MEd(S), Communication Matters: INESRA, Toronto, Ontario, Canada, diana.tabak@gmail.com
Amber Walton, BFA, Standardized Patient Program & Clinical Skills Center, Upstate Medical University, Syracuse, NY, USA, waltona@upstate.edu

资助:

无任何资助。

数据和材料的可用性:

不适用。

作者的贡献

作为2013 - 2015年度ASPE实践工作组的代表, 本作者团队共同创建了本文。KL<译者释: Karen Lewis的缩写, 以下类同>促成了SOBP早期草稿, 并在2017年监督了整个工作组的进展情况, 主导了手稿出版的写作及制备。CB<译者释: Carrie Bohnert的缩写>对构建五个领域、管理草稿及文件方面及文稿编写方面做出了贡献, 并充当了历史记录人员的角色。WG<译者释: Wendy Gammon的缩写>对构建五个领域, 监督2014 - 2015期的工作组做出了贡献, 并促成了SOBP早期的草稿。HH大大促进了文稿的编写。LL<译者释: Lorraine Lyman的缩写>监督了2015 - 2016期的工作组, 促成了SOBP早期草稿, 为本文寻到了一位专业编辑, 并促成了文稿的编写。CS<译者释: Cathy Smith的缩写>审核了早期

的SOBP草稿, 整理了参考书目, 并对手稿的写作及其出版准备做出重大贡献。TT<译者释: Tonya Thompson的缩写>大大促进了文稿的编写。AW<译者释: Amber Walton的缩写>整理了参考书目, 并对手稿的写作做出重大贡献。GG-M<译者释: Gayle Gliva-McConvey的缩写>创建了首期SOBP工作组, 对文件的概念和设计做出重要贡献, 并促成了SOBP早期的草稿。

所有作者都同意确保所有与工作准确性相关问题已合理解决并对其负责。

所有作者都阅读并批准了最终版手稿。

竞争性利益声明

作者们声明无竞争性利益。

出版同意书

不适用。

道德审批和同意参与

不适用。

出版方备注

Springer Nature 在出版区域和隶属机构的管辖权主张方面保持中立。

作者简介:

¹Clinical Learning and Simulation Skills Center, The George Washington University School of Medicine and Health Sciences, Washington, DC, USA. ²Standardized Patient Program, University of Louisville School of Medicine, Louisville, KY, USA. ³New England Clinical Skills Consulting, Westborough, MA, USA. ⁴Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Neuruppin, Germany. ⁵Sentara Center for Simulation and Immersive Learning, Eastern Virginia Medical School, Norfolk, VA, USA. ⁶Division of Training and Simulation, The Centre for Education and Knowledge Exchange in Aging, Baycrest Health Sciences, Toronto, Ontario, Canada. ⁷Simulation and Education Center, Arkansas Children's Hospital, University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock, AR, USA.

接收日期: 2017年4月20日 接受日期: 2017年5月29日

线上发布日期: 2017年6月27号

参考书目

- Nestel D, Mobley B, Hunt EA, Eppich WJ. Confederates in healthcare simulations: not as simple as it seems. *Clin Simul Nurs.* 2014;10(12):611-16.
- Nestel D, Sanko J, McNaughton N. Simulated participant methodologies: maintaining humanism in practice. In: Nestel D, Kelly M, Jolly B, Watson M, editors. *Healthcare Simulation Education: evidence, theory and practice.* Oxford: Wiley-Blackwell; 2018. p. 45-53.
- Association of Standardized Patient Educators. About ASPE. Available from: <http://www.aspeducators.org/about-aspe>. Accessed 12 June 2017.
- Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM debriefing. *Clin Simul Nurs.* 2016;12:S21-S5.
- Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM facilitation. *Clin Simul Nurs.* 2016;12:S16-20.
- Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM outcomes and objectives. *Clin Simul Nurs.* 2016;12:S13-S5.
- Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM participant evaluation. *Clin Simul Nurs.* 2016;12:S26-S9.

8. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM professional integrity. *Clin Simul Nurs.* 2016;12:S30–S3.
9. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM simulation design. *Clin Simul Nurs.* 2016;12:S5–S12.
10. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation- Enhanced Interprofessional Education (Sim-IPE). *Clin Simul Nurs.* 2016;12:S34–S8.
11. Committee IS. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM simulation glossary. *Clin Simul Nurs.* 2016;12:S39–47.
 12. Custer RL, Scarcella JA, Stewart BR. The modified Delphi technique—a rotational modification. *J Vocat Tech Educ.* 1999;15(2):50–8.
13. Lopreiato J, Downing D, Gammon W, Lioce L, Sittner B, Slot V, et al. *Healthcare Simulation Dictionary.* 2016. Available from: <http://www.ssih.org/Dictionary>. Accessed 12 June 2017.
14. Berenson LD, Goodill SW, Wenger S. Standardized patient feedback: making it work across disciplines. *J Allied Health.* 2012;41(1):27E–31E.
15. Association AER, Association AP, Education NCoMi. Standards for educational and psychological testing: American Educational Research Association. 1999.
16. Cruess SR, Johnston S, Cruess RL. “Profession”: a working definition for medical educators. *Teach Learn Med.* 2004;16(1):74–6.
17. Nursing AAoCo. Hallmarks of the professional nursing practice environment. *J Prof Nurs.* 2002;18(5):295–304.
18. Steinert Y. Perspectives on faculty development: aiming for 6/6 by 2020. *Perspectives on Medical Education.* 2012;1(1):31–42.

Comparative Translation Document

Date Submitted: November 04, 2020

Language Version: Chinese

Submitting author(s) in translation: Shen Jinlan/Academy Dept. Evershine Asia Pacific Co., Ltd., Yu Dan/Clinical Skills Training Center of School of Medicine, Xia'men University, Tang Jian/ School of Medical Humanities, Tianjin Medical University

翻译人员: 申锦兰/永耀亚太有限公司学术部, 余丹/厦门大学医学院临床技能培训中心, 唐健/天津医科大学医学人文学院

Proofreading: Pan Hui, Endocrinology Dept., Peking Union Medical College Hospital

译文交对: 潘慧/北京协和医院内分泌科

Translation: From English to Chinese

I. Language differences

1. *Practice* – The appropriate Chinese word was selected based on context or situation, and was translated to “实践” or “练习” according to contexts.
2. *Stakeholder* - “参与人员, People who get involved” was substituted in Chinese.
3. *Client*- This word is translated as “委托人”, in China, SP programs sign contract directly with SP since few SP program agencies are available. “SP program agency” will be easier for SP instructors to understand.
4. SP educator: This word is translated as “SP 导师, SP instructor”, and SP instructor is translated as “SP 培训导师, SP training instructor” to differentiate these two terms.
5. Debrief: The translation of this word has a few different versions in China simulation industry as “复盘, 反思, 讲评”, and is translated as “复盘” in this document according to the Chinese version of SSH Dictionary(Page 9, V1.0 01).

II. Cultural differences

Through team discussion, we directly translated SOBP and didn't make any cultural difference changes on the Chinese version since this document will be provided as reference and guidance.