

# 医学人文关怀教育的全环境育人模式研究进展

刘航\*, 刘雨悦, 张继凯#, 宋方宇#

济宁医学院科研处, 山东 济宁

收稿日期: 2026年5月15日; 录用日期: 2026年6月18日; 发布日期: 2026年6月25日

## 摘要

在生物-心理-社会医学模式与“健康中国2030”战略背景下, 临床医学生人文关怀能力培育成为医学教育的重要议题。全环境育人理念为破解当前人文教育困局提供了新视角。本文在厘清全环境育人与医学人文关怀教育内涵的基础上, 对比国内外研究进展, 指出我国高校临床医学生人文关怀教育存在理念错位、课程割裂、环节脱节、评价单一、师资薄弱及氛围不足等突出问题。结合创新素养培育的关键节点, 从全员、全程、全方位三个维度构建改革路径: 建立多元主体协同的育人队伍, 打造贯穿入学至规培全周期的培养体系, 营造“校园-医院-社会”三维育人空间, 创新课程体系与教学方法, 并建立多元化评价机制。研究认为, 全环境育人模式通过系统性环境营造与主体深度协同, 有望扭转医学人文教育碎片化困境, 为培养兼具技术能力与人文情怀的临床医师提供实践参照。

## 关键词

全环境育人, 临床医学生, 人文关怀教育, 改革创新, 实践路径

# Research Progress on the Holistic Educational Model for Medical Humanistic Care Education

Hang Liu\*, Yuyue Liu, Jikai Zhang#, Fangyu Song#

Office of Research, Jining Medical University, Jining Shandong

Received: May 15, 2026; accepted: June 18, 2026; published: June 25, 2026

\*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 刘航, 刘雨悦, 张继凯, 宋方宇. 医学人文关怀教育的全环境育人模式研究进展[J]. 教育进展, 2026, 16(6): 1041-1049. DOI: 10.12677/ae.2026.1661225

## Abstract

Against the backdrop of the biopsychosocial model of medicine and the “Healthy China 2030” strategy, cultivating clinical medical students’ capacity for humanistic care has become a critical issue in medical education. The concept of holistic education offers a new perspective for addressing the current challenges in humanistic education. Building upon a clarification of the essence of holistic education and medical humanistic care education, this paper compares domestic and international research progress and identifies prominent issues in the humanistic care education of clinical medical students in Chinese universities, including conceptual misalignment, fragmented curricula, disjointed processes, one-dimensional evaluation, insufficient faculty resources, and a lack of supportive atmosphere. By integrating key stages of cultivating innovative competencies, this paper constructs a reform pathway across three dimensions—all-staff, full-process, and all-encompassing: establishing a collaborative educational team comprising diverse stakeholders; creating a training system spanning the entire cycle from enrollment to residency; fostering a three-dimensional educational space encompassing “campus-hospital-society”; innovating curriculum systems and teaching methods; and establishing a diversified evaluation mechanism. The study suggests that the holistic educational model, through the systematic creation of an enabling environment and deep collaboration among stakeholders, holds the potential to reverse the fragmentation of medical humanities education and provide a practical framework for cultivating clinical physicians who possess both technical competence and a sense of humanistic compassion.

## Keywords

Holistic Education, Clinical Medical Students, Humanistic Care Education, Innovation and Reform, Practical Approaches

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

医学的本质是“人学”，它不只是治疗疾病，更是面对一个个活生生的人，关照他们的疾苦与尊严。没有全民健康，就没有全面小康，《“健康中国 2030”规划纲要》<sup>1</sup>也明确要求“加强医疗服务人文关怀，构建和谐医患关系”，医学人文建设已被抬升至国家战略层面。但不得不重视的是，技术领先的同时，医学的温度却在流失，临床中“盯着病灶、忽略了人”的现象相当普遍，医患冲突时有发生[1]。

临床医学生是未来医疗卫生队伍的中坚力量，他们带着怎样的人文底色走进临床，直接关乎服务质量、医患关系和全民健康的大局。加强人文关怀教育，既是医学本性的回归，也是医学院校落实立德树人的根本任务。2018 年全国教育大会以来，“三全育人”改革全面展开，全环境立德树人体系初现雏形[2]。这一理念打破了过去教育在主体、时空上的界限，恰好为当下医学人文教育的碎片化困境提供了整合性方案。

近年来，学界对医学人文关怀教育的关注持续升温，但大部分研究扎堆于护理专业，聚焦临床医学专业学生的系统性探讨还比较单薄[3][4]。而且，多停留在现状调查和理论呼吁，真正从全环境育人视角提出可落地路径并给予实证检验的研究较少。基于此，本文希望通过梳理已有成果，深描当前教育的真

<sup>1</sup>中共中央、国务院：《“健康中国 2030”规划纲要》(2016 年 10 月 25 日)，载中国政府网，[http://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content\\_5124174.htm](http://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content_5124174.htm)，2026 年 5 月 25 日。

实境况与问题，并尝试设计一套贯穿全员、全程、全方位的改革方案，为高等医学院校的人文教育改革添砖加瓦，培养更多“有温度、有情怀、有担当”的未来医师。

## 2. 全环境育人与临床医学生人文关怀教育的理论基础

### 2.1. 全环境育人理念的内涵与核心要义

全环境育人可以看作“三全育人”的升级版，它强调不能只靠某一类教师、某一个阶段或某一个空间来承担育人的责任，而是要编织一张全员参与、全程贯通、全方位覆盖的育人网络，把立德树人融入知识传授、社会实践和文化沁润的方方面面[2]。

与传统教育模式相比，全环境育人理念的独特价值在于其对“环境”的自觉营造与系统整合。传统课堂教育往往将人文知识从具体的临床情境和社会关系中抽离出来，以概念讲授的方式单向传递，导致学生“知道关怀”却难以“践行关怀”。全环境育人则强调，通过构建一个有形与无形交织、浸透着关怀价值导向的学习生态——从教室到诊室、从校园到医院、从制度到人际互动——使学生在持续的环境浸润中完成认知、情感与行为的同步塑造。换言之，该理论的核心竞争力不在于提出了更多教育主体或更长教育时段，而在于揭示了“环境如何成为一种无声而有力的课程”，通过氛围的熏陶、关系的示范和空间的暗示，弥补了课堂言语教育在情感激活和行为转化上的结构性短板。

创新素养的培育是全环境育人的重要落脚点。林崇德团队构建的中国学生发展核心素养框架把创新素养纳入六大核心素养之一，视其为创新知识、创新思维和创新品格的一体化呈现[5][6]。黄四林等进一步提炼出三个操作性较强的关键指标——问题解决、劳动意识和技术运用，为教育实践提供了清晰抓手[7]。其中，问题解决指向是学生发现真问题并创造性求解的能力；劳动意识看重的是愿意俯身做事的积极态度和实践习惯；技术运用则强调善用新工具、新手段去触及真实改变。这三个指标彼此缠绕、互为支撑，也给医学人文教育改革提供了具象的思考坐标。

### 2.2. 医学人文关怀教育的核心内涵与评价维度

人文关怀，说到底是对人的生存处境、生命价值、尊严与可能性的注视与回应。落到医学领域，就是医务人员在治病之外，还能真切看见患者的心事、社会情形和精神需求，并给予有温度的照护。对临床医学生而言，人文关怀能力是在学习和临床浸润中逐渐形成，表现为能感知患者的需要、表达关爱情感、实施关怀行为的一整套内在素养。

目前国际上较为通行的评价工具是 Nkongho 编制、马芳汉译修订的关怀能力量表(CAI)，含认知、耐心和勇气三个维度，共 37 个条目，采用 7 级评分，总分介于 37 到 259 分之间，分数越高表示关怀能力越强[8]。认知维度衡量对人文关怀的觉察与理解，耐心维度检视关怀过程中的包容与坚持，勇气维度则反映主动实施关怀的胆识。该量表信效度良好，总量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.82，已成为这一领域的主流测评工具。

### 2.3. 全环境育人与临床医学生人文关怀教育的契合性

全环境育人和临床医学生人文关怀教育之间，存在着深层交互。全员育人要求多元主体协同发力，这与人文关怀能力养成所需的场域高度一致——单靠思政教师讲道理远远不够，临床老师的躬身示范、护士的日常言行、甚至患者的声音，都是不可或缺的教育资源。全程育人强调按成长节律将育人工作贯穿整个过程，正好契合医学生人文素养由浅入深、需要不间断淬炼的规律，从入学到规培，每个阶段都该有与之匹配的人文素养。全方位育人则力图打通校园、医院和社会，为人文关怀教育拓展出立体的实践舞台，使学生在不同情境里反复体认、践行关怀，最终走向知行合一。

换句话说,全环境育人强调的“多元主体协同”,不是简单地把更多人拉进来,而是为了解决一个现实困境:过去的人文关怀教育,责任往往只压在某一类人身上——比如思政老师或辅导员。结果,本该发挥作用的人,如临床带教老师、护士,甚至患者,反而成了“旁观者”。学生在课堂上学到的是“要以患者为中心”,进入临床却发现带教老师更看重技术,两种关系相互矛盾。全环境育人就是把那些分散、割裂的力量重新组织起来,通过明确分工、衔接流程和及时反馈,让各方形成正向合力,而不是相互抵抗。

此外,创新素养的三个指标也天然地可以融入人文关怀教育改革[9]。问题解决导向的训练,能推动医学生去发现和回应临床场景中真实的人文困境;劳动意识的涵养,有助于培育敬业奉献的职业精神;技术运用的升级,则为优化教育手段、提升教育精准度提供可能。

### 3. 国内外临床医学生人文关怀教育研究现状

#### 3.1. 国外临床医学生人文关怀教育研究现状

国外在医学人文教育上起步较早,体系相对成熟。他们普遍秉持一个观念:医学既是科学,也是照护的艺术,人文素养是医师核心能力不可或缺的。

在教育理念上,欧美医学院校把“以患者为中心”渗透到培养全程。国外八年制医学博士教育中,前四年的本科通识教育为人文素养打下深厚基础,进入医学院后,人文课程占比达到20%~25%,涵盖医学伦理学、医学哲学、医学心理学、医患沟通等[10]。英国、法国等也把人文教育置于与专业教育并行融合的位置,强调批判性思维、沟通能力和职业精神的塑造。教学方法上,案例讨论、情景模拟、小组共享和床边教学用得活灵活现,学生的参与度和临场感受被充分激活。哈佛大学医学院的“医生与患者”课程和约翰·霍普金斯大学的“人文查房”就是典型范例。师资方面,不少讲师兼具医学与哲学双博士学位,能够把人文内涵自然地融入专业教学,临床带教医生也大多受过系统的人文训练[10]。评价体系则强调多元,不仅考知识,更重视实践表现和人文行为,国外医师执照考试中的临床技能考核就是如此,用标准化病人来检验沟通与关怀的真实水平。

#### 3.2. 国内临床医学生人文关怀教育研究现状

国内医学人文教育起于20世纪80年代,近些年受医学模式更迭和医患关系紧张的双重驱动,逐渐受到重视。大多数院校已开设医学伦理学、医学心理学等课程,但整体来看,仍面临不少尴尬。陈琬等通过调查发现,医学生的人文关怀能力总体偏低,“重理轻文”现象根深蒂固,现有课程效果有限[1];郭红霞等对本科新生的调查显示关怀能力处于中位水平,且性别、成长环境等因素影响显著[11];崔晓红等则指出,硕士专业学位研究生的关怀能力跟临床经历和带教老师的关怀表现高度相关[12]。

在实践研究一端,护理专业走在前沿。许娟等为综合医院护理人员搭建了系统的关怀培训课程,通过讲授、演练和绩效联动,明显提升了护士的关怀能力和患者满意度[13];王双等把人文关怀嵌入临床护理教学,借助情景模拟、案例分析等手段,有效提高了实习护生的关怀实操水平[14];郝彬等从质性研究角度揭示,护理硕士在临床实习阶段对人文关怀有着真实而迫切的体验与期待[15]。相比之下,临床医学专业的人文关怀教育研究显得滞后,不仅数量少,而且多为理论推演和现状调查,缺少干预性实证和长效机制探讨。同时,我国医学人文课程课时占比只有8%左右,内容零散,教法单一,师资力量薄弱,评价偏重笔试,教育的实效性远未释放出来[1][10]。

#### 3.3. 国内外研究对比与启示

国内外研究对比显示,差距是明显的。理念上,欧美早已把人文教育视作医学教育的脊梁,国内则

仍让位于技术训练,人文教育被挤压在边角[1]。课程上,欧美丰富、系统且贯通全程,国内则“课时少、内容散、融合度低”[10]。教法上,欧美重实践、重参与,国内仍以课堂单向讲授为主。师资和评价方面,国外已趋向专业化和多元化,我国人文教师多为兼职,缺少临床背景和系统培训,评价基本围着理论考试为基础。国外经验给出的启示很直接:必须真正把人文关怀教育摆到中心位置,重新梳理课程脉络,让它和专业教育贯穿整个学程,同时沉到临床实景中去教、去学、去评,并在师资培养和多元评价上下足功夫。

## 4. 全环境育人背景下临床医学生人文关怀教育存在的突出问题

### 4.1. 教育理念偏差,人文关怀被边缘化

当下许多医学院校依然走不出,“技术至上”的惯性。目标是培养“技术能手”,人文素养被当成锦上添花的点缀,甚至被认为是占用专业学习时间的负担[1][16]。教师授课以考点为主,学生心思围着技能练习,对人文课程缺乏内在兴趣,人文关怀教育在某种程度上面临虚化尴尬。另一方面,一些教师和管理者把全环境育人简单理解为“多开几门课”,没能从深层意识到人文关怀教育是所有教育者共同任务,临床教师、护士等主体几乎没有被纳入育人共同体,理念上的落差直接导致专业教育与人文教育的割裂[2]。

### 4.2. 课程体系不完善,教学内容与方法滞后

课程是育人的基本载体,而眼下医学人文课程占比较低,仅8%左右,与欧美20%~25%的水平差距显著[10]。更麻烦的是,课程之间各自独立,内容时有重复,缺乏一贯性和进阶性,且多停留在概念层面,与临床现场的真实问题相隔甚远。人文课程又高度集中在低年级,高年级进入临床就见不到人文教育的影子,断裂感增强。教学上,课堂讲授仍是主角,照本宣科、缺乏互动,学生很难产生共情与代入感,即便部分院校尝试案例教学、情景模拟,也受师资和资源掣肘,无法常态化。

### 4.3. 培养环节脱节,全程育人机制不健全

人文关怀能力不是几堂课就能增加的,它需要在不同的学习阶段反复打磨。可惜现阶段入学教育里的职业精神启蒙偏弱,基础医学阶段的人文嵌入不成体系,临床课程阶段又几乎把人文挤得干干净净,到了实习和规培环节,带教老师主要教授技术,对学生的关怀行为很少给予系统性指导和反馈,学生逐渐只盯着疾病,不关注到人本身[1]。学校、医院与社会之间更缺乏顺畅的育人接力,学生在校园里学到的一些人文观念,常常在进入临床后被打回原形,理论与实践之间横亘着一道鸿沟。

### 4.4. 评价体系单一,无法全面反映人文关怀能力

评价是指挥棒。当前人文关怀教育评价过度依赖笔试,只能测出学生对人文知识的记忆,却测不出他们的共情深浅、关怀热度和行动勇气。评价主体基本限于思政教师和辅导员,临床带教医生、护士、患者的声音很少进入评价系统,结果难免片面。终结性评价一统天下,过程性信息缺失,学生得不到及时反馈,也就难以校准自己的行为。这样的评价体系,不仅抓不准教育的真实效果,还容易让学生误以为“背过就行”,从而淡化实践。

### 4.5. 师资队伍薄弱,全员育人合力尚未形成

人文关怀教育需要一批既懂医学又有深厚人文功底的教师,但现实是专职人文教师缺口较大,很多课程由思政或其他专业教师兼任,他们对医学的临床逻辑和真实情境缺乏体感,授课时空泛;临床教师自身人文素养参差不齐,大部分没有接受过系统的人文教育,难以在日常带教中自然传递关怀的温度。而医院护士、患者、社区成员等潜在育人力量也未被有效调动起来,全员共育的局面远未形成。

#### 4.6. 育人氛围不浓厚，全方位育人空间有待拓展

目光从课堂移开，会发现校园里的医学人文景观不够，宣传栏里多是技术突破和科研成果，医学人文的元素稀少，文化活动也多偏向学术竞技，人文类活动寂寥。医院则更关注运转效率，对人文环境的营造和教学示范病房的投入有限，学生难以在真实场景中获得人文实践的滋养。社会层面上，对医师人文关怀行为的正面传播不够，紧张的医患关系甚至让一部分学生对人文关怀的效用产生动摇，个别出现职业倦怠[1][17]。

### 5. 全环境育人背景下临床医学学生人文关怀教育改革创新实践路径

以全环境育人理念和创新素养培育要求为牵引[2][18]，针对上文点出的痛点，这里尝试从全员、全程、全方位三个维度，搭建一个“三位一体”的改革框架。需要特别说明的是，下文提出的改革路径，不是将现有做法重新分类，而是将每一项措施如何通过营造环境和协同各方，让不同的人、不同的场景、不同的阶段之间相互激活、相互增强。为了让讨论更真实，我们把目光聚焦在地方医学院校五年制临床医学专业，以此为样本，设计一套能真正融入其培养过程的改革方案。

#### 5.1. 全员育人：构建多元主体协同的育人队伍

首先，要着手充实和提升专职人文教师队伍，引进有医学和人文交叉背景的人才，并让这些教师定期到临床跟岗，使课堂能真正呼应临床的温度。其次，对临床带教老师推行人文培训制度，把医学伦理、沟通技巧、关怀理论列为常规进修内容，并将人文关怀教育表现纳入教学考核，促动他们在床旁教学中以身示教。再次，发挥护士群体的日常浸润作用，通过医院层面的系统培训提升整体人文服务水平，并遴选一批优秀护士作为学生的人文实践导师[13][19]。再者，把患者和家属请进教育场域，邀请康复患者分享就医体验，帮助学生从被照顾者的视角理解关怀的真切含义。与此同时，激励学生自我组织和朋辈互助，支持人文社团开展读书分享、关怀故事演说、志愿服务等活动，让关怀在同伴交往中自然流动。

上述多元主体的整合，其关键不在“数量多”，而在“协同有效”。为此，可以建立“人文关怀教育联席会议”制度，由学院教学院长牵头，定期召集人文教师、临床带教代表、护理骨干、学生代表及患者顾问，共同分析教育难点、协调行动步骤、共享过程性评价信息，从而将原本相互割裂的各主体真正编织成一张育人网络。

#### 5.2. 全程育人：构建贯穿医学教育全周期的培养体系

全程视角要求按照“入学 - 基础 - 临床 - 实习规培”的时序，分层递进地浇灌人文养料。入学阶段，通过医学人文讲座、校史馆参观和宣誓仪式，在学生心里埋下“医病更要医人”的种子。基础医学阶段，推动系统解剖学、生理学等课程与人文教育无缝衔接，比如在解剖课上开展“无语体师”感恩教育，在病理学中嵌入对患者心理社会层面的讨论；同时系统开设医学伦理学、医学心理学等核心人文课程，帮学生搭建起人文思考的骨架。进入临床课程阶段，大力推行案例教学和 PBL 教学，把人文议题加入进各科疾病的学习中，讲糖尿病不止于病理机制，也要讨论患者在饮食、心理、家庭支持方面的真实困境；通过医患沟通学和临床伦理学等实践课程，借助角色扮演和情景模拟，让学生反复练习如何在复杂处境中拿捏分寸。到了实习和规培，要将人文关怀纳入出科考核，让学生在全方位参与诊疗过程中累积关怀行为，并依托人文查房、关怀故事分享和反思日志，促其持续内省和提升。

具体来说，可以建一个“临床人文关怀案例库”。操作分三步：第一年基础课阶段，学生每学期在社区或门诊观察一个关怀实例，匿名写下来交给老师筛选入库；第二年临床课时，小组从案例库里抽案例，分析问题出在哪、怎么改进；第三年实习阶段，每轮转一个科室，学生至少要记录一件自己亲身参与的关怀事件，写段反思，交给带教老师确认后存档。案例库逐年累积、动态更新，既能当教学素材，也能作

为学生人文成长的过程记录。

### 5.3. 全方位育人：打造“校园 - 医院 - 社会”三维育人空间

在校园端，重塑空间的文化质感，增设医学人文景观和互动展区，定期举办医学人文节、人文论坛、艺术展演，并利用新媒体矩阵推送人文内容，让关怀气息在日常中影响学生。在医院内，选择部分病房建立人文关怀示范单元，优化服务流程，让学生跟岗观摩和参与，定期组织人文查房和关怀故事会，把关怀行为变成可学习、可讨论、可传承的组织记忆。社会端则拓宽实践平台，与社区、养老院、福利机构合作，组织学生开展健康服务、科普宣教、孤寡老人与残障儿童关爱行动，让学生在服务中感知人文关怀的社会分量。此外，强化愈后回访环节，安排学生随访出院患者，既带去健康指导，也在真实反馈中照见自己关怀行为的温度与缺口。

### 5.4. 创新课程体系与教学方法，提升教育实效性

重新整合课程模块，形成“理论必修课 + 实践必修课 + 选修课”的体系。理论必修部分包括医学伦理学、医学心理学、医学哲学等骨干课程；实践必修部分则突出医患沟通技能训练、临床伦理实践、人文关怀实训等，显著增加动手、动情、动脑的实践比重；选修模块向医学史、医学文学、艺术治疗等辐射，拓宽人文视野。

教法上要坚决走出“满堂灌”，让案例教学、PBL、情景模拟和床边教学成为主菜。每半年至少组织一次大型情景模拟，题库覆盖医患沟通、纠纷处理、临终关怀等典型场景，模拟后当即复盘讨论。同时探索 VR、AR 等新技术的融入，搭建虚拟临床人文训练平台，让学生能在安全环境下反复试错和体悟[7]。

以“医患沟通实训”为例，可设计为第四至第七学期的螺旋式课程：第四学期，围绕知情同意、坏消息告知等基础场景，用标准化病人进行一对一演练，重点训练语言规范和基本共情；第五至第六学期，引入价值冲突场景，通过小组角色轮换和辩论，训练伦理辨析与沟通策略；第七学期，结合实习真实案例，撰写包含沟通背景、对话实录、自我评价与改进计划的“沟通实录报告”，由带教医生和人文教师联合反馈。该模块总学时不少于 24 学时，其中模拟演练与反馈反思占比不低于 60%。

### 5.5. 改革评价体系，建立多元化的人文关怀能力评价机制

把评价从“一张卷子”中解救出来，形成“过程 + 终结、定量 + 定性、多方参与”的立体评价框架。评价内容不仅涵盖人文知识，更要观测关怀意识、情感倾向和实际行动，把 CAI 量表得分、患者满意度、人文实践表现、反思日记质量和志愿服务经历一并纳入[8]。评价主体应推开一扇扇窗，让学校教师、临床带教医生、护士、患者及家属、同辈都参与进来，患者满意度调查可以从沟通交流、尊重关爱、责任心、同理心和服务态度五个侧面来采集信息。过程中，为每个学生建立人文成长档案，动态追踪其变化，并将评价结果与奖学金评定、毕业考核等适当挂钩，让评价真正发挥引导和激励功能。

以实习阶段“人文关怀实践评价”为例，可设计三个维度的观察量表：一是关怀行为频率，如主动询问患者心理感受的次数、查房时使用非技术性安慰语言的频次等；二是关怀行为质量，包括情绪识别准确性、回应恰当性、对患者自主权的尊重程度；三是关怀反思深度，包括能否识别自身情绪、从患者视角理解事件、提出改进策略。三项加权计算，作为实习出科人文成绩的一部分，并与 CAI 量表前后测变化值关联验证，以持续优化评价工具。

## 6. 研究不足与展望

### 6.1. 现有研究不足

回头看，尽管相关研究在增多，但明显偏科：护理一枝独秀，临床医学专业的研究偏少，且多为一

次性横断面调查,纵向追踪和深度呈现不足[3][4]。很多探讨还局限在现象描述和原因揣测的层次,对人文关怀能力形成的内在机理、影响因素和关键节点缺乏系统剖析。研究方法上以问卷居多,质性研究和实验设计偏少,影响了结论的穿透力。不少改革设想止于纸面,缺乏实证检验,难以直接转化为教学行动。

## 6.2. 未来研究展望

下一步,研究视野要主动向临床医学专业的不同培养阶段延伸,尤其要盯紧临床实习和规培这两个人文能力成型的关键窗口,拿出符合阶段特征的培养方案。理论上,要依托全环境育人和创新素养框架,逐步凝练出具有本土解释力的人文关怀教育理论,把“黑箱”撬开,探明关怀能力到底怎样生成和强化[2][5]-[7][20]。方法上,应多管齐下,把问卷调查、深度访谈、参与观察和干预实验结合起来,开展多中心、大样本的实证研究,形成可推广的实践范式。此外,“互联网+医学人文教育”同样值得期待,借助大数据和人工智能技术开发个性化学习平台,让教育更精准地触达每一位未来医师。尤其是,本文提出的以地方医学院校五年制为情境的改革方案,后续应在真实培养场景中开展准实验研究,设置对照组,检验案例库建设、螺旋式沟通实训模块以及多元评价量表对医学生人文关怀能力的净效应,并追踪其进入临床实习后的行为转化率,从而为全环境育人模式提供实证依据。

## 7. 结论

在全环境育人的大背景下加强临床医学生人文关怀教育,不只是政策回响,更是医学教育找回灵魂的必经之路。当前最突出的问题在于理念偏狭、课程散弱、培养链条断裂、评价单一、师资不足和氛围稀薄[10]。基于全环境育人理念构建的全员、全程、全方位“三位一体”改革路径,聚焦协同队伍锻造、全周期课程重构、三维空间搭建以及教学与评价方式的同步革新,有望成为破解上述困局的有效抓手[2][7]。该路径的核心逻辑在于,不是将既有的教育要素进行重新归类与包装,而是通过“环境的系统性营造”与“主体的深度协同”,使原本相互抵消的各方力量转化为相互增值的育人合力。

未来的路还需要更多扎实的理论深耕和实践验证,唯有持续完善教育体系,才能真正培养出技艺与仁心兼修的高素质医学人才,为全民健康的目标筑牢人的根基。

## 基金项目

济宁医学院思想政治教育研究课题资助,“全环境育人背景下高校临床医学生人文关怀教育改革创新实践路径研究”(JYSZY2023009)。

## 参考文献

- [1] 陈琇,庄小鹏,周晓惠,李捷翔. 高等医学院校医学生人文关怀能力问卷调查及探讨[J]. 中国继续医学教育, 2021, 13(34): 57-62.
- [2] 申培轩. 加强学生创新素养培育助推教育高质量发展[J]. 现代教育, 2022(1): 3.
- [3] 姚远远,程雪红,杨娅娟,张秀梅,朱读伟,任春霞. 护理实习生人文关怀能力现状及影响因素研究[J]. 中华护理教育, 2025, 22(2): 198-203.
- [4] 陈瑜. 护理专业大学生人文关怀能力的现况调查与干预研究[D]: [博士学位论文]. 广州: 南方医科大学, 2017.
- [5] 辛涛,杨丽萍. 中国学生发展核心素养的生成逻辑再审视——基于“两个结合”的视角[J]. 教育研究, 2025, 46(9): 78-91.
- [6] 林崇德. 中国学生核心素养研究[J]. 心理与行为研究, 2017, 15(2): 145-154.
- [7] 黄四林,张叶,莫雷,张文新,李红,林崇德. 核心素养框架下创新素养的关键指标[J]. 北京师范大学学报(社会科学版), 2021(2): 27-36.

- 
- [8] 马芳. 四川省护理本科生关爱能力调查分析和培养策略研究[D]: [硕士学位论文]. 成都: 四川大学, 2006.
- [9] 张晓艳. 新时代大学生创新素养提升对策研究[J]. 菏泽学院学报, 2021, 43(1): 70-74.
- [10] 程瑜, 谢操. 从道德体验到关怀照料: 医学人文的理论与实践路径[J]. 中国医学伦理学, 2017, 30(6): 676-681.
- [11] 郭红霞, 陈红. 医学院校本科新生关怀能力调查[J]. 护理研究, 2019, 33(3): 527-529.
- [12] 崔晓红, 张培莉, 赵爱玲, 陈文丽, 孙慧群, 姚莉珮, 李军莉. 山西省高等院校医学硕士专业学位研究生关怀能力现状及其影响因素[J]. 医学与社会, 2020, 33(6): 131-135.
- [13] 许娟, 刘义兰, 张丰健, 官春燕, 陈睿, 胡德英, 耿力, 罗健, 鲁才红, 何娇. 综合医院护理人员人文关怀培训课程的构建与应用[J]. 护理学杂志, 2021, 36(15): 54-56.
- [14] 王双, 杨丹, 许娟, 张练, 徐玉兰, 耿力, 刘义兰. 人文关怀在临床护理教学中的实践及效果[J]. 护理学杂志, 2021, 36(10): 71-73.
- [15] 郝彬, 耿力, 刘义兰, 杨蓓, 米元元, 颜巧元, 黄海燕, 程维, 陈钊. 护理硕士专业学位研究生临床实习阶段实施人文关怀体验的质性研究[J]. 护理研究, 2021, 35(21): 3796-3800.
- [16] 吴慧怡, 李秋燕, 叶金凤, 刘秀芳, 肖兰英, 葛圆. 广西高校在校医学生人文关怀能力现状调查[J]. 卫生职业教育, 2020, 38(14): 57-59.
- [17] 耿超, 赵茜, 范彦. PISA2021 创造性思维测试的分析与思考[J]. 中国考试, 2020(5): 36-41.
- [18] 陈杰. 高等教育现代化视域下大学生核心素养及培育[D]: [硕士学位论文]. 石家庄: 河北科技大学, 2019.
- [19] 刘艾红, 王芬, 金立莉. 人文关怀行为在构建和谐护患关系中的作用及现状研究[J]. 当代护士, 2021, 28(9): 47-50.
- [20] 师保国, 刘霞, 余发碧. 核心素养视域下的创新素养内涵及其落实[J]. 课程教材教法, 2017, 37(2): 55-60.