College and Job 职业教育发展, 2026, 15(11), 171-178
Published Online November 2026 in Hans. https://www.hanspub.org/journal/ve
https://doi.org/10.12677/ve.2026.1511476

预防医学专业本科生导师制的实践与探索

陈哲昕，段万里，陈佳晖，陈镜伯，常文军*

海军军医大学公共卫生与生物安全系，上海

收稿日期：2026年10月8日；录用日期：2026年11月3日；发布日期：2026年11月13日

摘　要

预防医学人才培养强调群体思维、现场实践与科研能力，以课堂讲授和集中实习为主的传统培养方式，已难以为每名学生提供持续的个性化指导与科研训练机会。我系自2021年起在预防医学专业本科生中推行导师制，从导师遴选聘任、师生双向选择、过程管理与考核激励三个环节完善制度设计，按“适应－成长－提升”三个阶段组织递进式指导，并将职业素养与课程思政融入指导全过程。实践表明，导师制在提升学生科研参与度、现场实践能力和专业认同感方面取得了初步成效；同时也存在导师投入不均衡、学生主动性不足、保障条件不充分等问题。文章结合实践提出改进思路，以期为同类院校预防医学专业推行本科生导师制提供参考。

关键词

本科生导师制，预防医学，人才培养，科研训练

Practice and Exploration of the Undergraduate Tutorial System in the Preventive Medicine Specialty

Zhexin Chen, Wanli Duan, Jiahui Chen, Jingbo Chen, Wenjun Chang*

Faculty of Public Health and Biosafety, Naval Medical University, Shanghai

Received: October 8, 2026; accepted: November 3, 2026; published: November 13, 2026

Abstract

Talent training in preventive medicine emphasizes group-based thinking, field practice and research capacity. The traditional training mode, which relies mainly on classroom teaching and concentrated practice, can hardly provide every student with continuous individualized guidance and

*通讯作者。

文章引用: 陈哲昕, 段万里, 陈佳晖, 陈镜伯, 常文军. 预防医学专业本科生导师制的实践与探索[J]. 职业教育发展, 2026, 15(11): 171-178. DOI: 10.12677/ve.2026.1511476

research training. Since 2021, our department has implemented an undergraduate tutorial system in the Preventive Medicine specialty. The system has been improved in mentor selection and appointment, two-way choice between mentors and students, and process management with assessment and incentives. Guidance is organized progressively in three stages, namely adaptation, growth and improvement, with professional quality and ideological-political education integrated into the whole process. Practice shows that the tutorial system has produced preliminary results in improving students' research participation, field practice ability and professional identity. Meanwhile, problems such as unbalanced mentor engagement, insufficient student initiative and inadequate supporting conditions remain. Improvement ideas are proposed to provide reference for similar institutions.

Keywords

Undergraduate Tutorial System, Preventive Medicine, Talent Training, Research Training

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

预防医学以“环境–人群–健康”为基本模式，以人群为主要研究对象，运用医学及相关学科的理论和方法研究环境因素对健康影响的规律，制定疾病预防与健康促进措施[1]。这一学科属性决定了预防医学专业人才培养的两个基本要求：一是形成以群体为单位的思维方式，善于从人群层面发现、描述和解释健康问题；二是具备较强的现场实践能力，能够独立开展现场调查、资料收集与统计分析。

近年来，随着“健康中国”上升为国家战略和“新医科”建设的推进，社会对公共卫生人才的需求发生结构性变化，既需要掌握扎实专业知识的应用型人才，也需要具备科研创新能力的复合型人才[2]。从教学实践看，预防医学专业的本科培养仍面临一些现实困难：专业课程门类多、理论性强，卫生统计学、流行病学等课程学习曲线较陡，学生在低年级容易产生方向上的困惑；课间实习与毕业实习时间有限，难以照顾到每名学生的个性化需要；本科生科研训练多以大学生创新创业训练计划项目或学科竞赛为单一载体，参与面偏窄，过程指导不足[3]。这些困难的实质，是规模化教学与个性化培养之间的矛盾。

本科生导师制正是在这一背景下进入医学人才培养体系的。它通过为每名学生配备相对固定的指导教师，在学业适应、专业启蒙、科研训练和职业规划等方面提供持续、个性化的引导，弥补了辅导员制度侧重日常管理、任课教师侧重知识传授的不足[4]。导师制源于 14 世纪牛津、剑桥大学的学院制传统，在我国医学教育中的推行已有近二十年，多数医学院校建立了各具特色的实施方案，但针对预防医学专业的专门实践与系统总结仍不多见[5]。已有系统综述提示，稳定的导学关系对学生专业身份的形成具有持续影响，这为在本科阶段尽早建立师生指导关系提供了依据[6]。

国外关于本科生导师制的研究大体沿两条线索展开。一条是概念与功能的界定。Kram 提出的导师功能理论把导师的作用区分为职业支持与心理社会支持两个维度，前者包括赞助、曝光、教练与保护，后者包括角色示范、接纳与确认、咨询与友谊[7]。这一区分至今仍是分析导师制作用机制的基本框架。另一条是关系质量的影响因素。近十余年的研究出现两个转向：一是从单一的师徒配对转向发展性网络，承认一名学生可以同时从多位指导者处获得不同类型的支持；二是从关系是否存在转向关系质量如何，关注指导频率、任务结构、互惠程度与导师的指导胜任力。相关研究提示，导师制的效果并不自动随制

度建立而产生，其实现程度取决于指导是否有明确的任务结构、是否嵌入真实的学术活动、以及导师是否接受过基本的指导训练。

我国高校推行本科生导师制大体始于 21 世纪初，最初以学分制改革和书院制建设为背景，此后逐步扩展到医学、农林、师范等专业院校，制度形态差异较大。医学领域的实践以临床医学专业为主，组织形式多为低年级配学业导师、高年级配科研导师的两段式安排，研究内容集中在实施现状调查、满意度评价与优化策略三个方面[3]。已有调查反复发现三类共性问题：制度设计与资源配置不匹配，指导频次难以保证；学生对导师制的功能认知不清，参与多处于被动状态；考核偏重可计数的形式指标，难以反映指导的实际质量。就预防医学专业而言，专门的实践总结与系统研究仍然有限，且多为单校经验介绍，较少引入教育理论的解释框架[1]。这构成本研究的切入点。

我系自 2021 年起在预防医学专业本科生中推行导师制，在制度设计、阶段实施和育人融入三个方面进行了探索。本文在描述制度安排与实施过程的基础上，结合学生与导师两方面的反馈，讨论实施效果、存在问题及其生成机制，并说明本研究的局限与推广时需要注意的适配条件，以期为同类院校提供可参照的经验，也提供可规避的问题。

2. 导师制的组织设计与制度保障

2.1. 导师遴选与聘任

导师队伍的构成直接决定指导质量。我系在遴选时把握三条标准：一是有稳定的研究方向和主持的在研课题，能够在科研训练中为学生提供真实的题目和必要的经费支持；二是具备副高级及以上职称，或经考核认可的青年骨干教师，保证有余力、有意愿投入本科生培养；三是有良好的师德师风，近三年教学考核合格且无教学事故。选拔采取个人申报、院系审核的方式，实行聘任制，聘期两年，考核合格者续聘，考核不合格者不再聘任。

2.2. 师生双向选择与合理配对

学系推行全员覆盖的指导安排，导师与学生的配对通过双向选择完成。在每年新生入学后，我系会向全体新生公布导师的研究方向、在研课题、指导要求和联系方式，学生根据个人兴趣填报志愿，导师通过志愿了解学生的基础和意愿，双方达成一致后正式配对，未能配对的学生由学系根据研究方向调剂。每名导师指导学生不超过 3 名以保证指导质量。学生进入毕业设计阶段，由同一导师继续担任毕业设计指导教师，省去重新适应的时间。

配对时还需考虑方向匹配。对某个研究方向感兴趣的学生，优先匹配有相应课题的导师。如此安排，学生在后续的课题参与、现场实践和毕业设计中能够形成相对连贯的知识积累。

2.3. 过程管理与考核激励

学系建立了“月度小结–学期汇报–年度考核”的过程管理机制。设计制作了专门的培养记录册，要求导师每月至少与学生交流一次，形式可以是面谈、课题组学术例会或文献研讨，并做好记录存档；每名学生每学期至少在课题组内完成一次文献汇报或进展汇报。

考核采取定量与定性相结合的方式。定量方面，主要考察指导记录完整率、学生参与科研项目和学科竞赛的比例、毕业设计质量等指标；定性方面，主要参考学生评价和导师互评。考核结果与教师年度评优、职称晋升和工作量认定挂钩，对成绩突出的导师在评优评先中优先考虑；学生如在科学研究、创新发明、各级各类学科竞赛中表现突出，可获得荣誉学分，是评优评先、研究生录取、毕业分配等的重要参考。

3. 分阶段递进式的指导实践

预防医学专业学制五年，学生的知识结构和成长需求在不同阶段差异明显。据此，我系把指导内容按“适应–成长–提升”三个阶段递进安排，使导师的指导与课程进度、实践环节相衔接。

3.1. 适应阶段(大一至大二)：学业引导与专业启蒙

这一阶段的重点是解决“入门”问题。学生在低年级以公共基础课和基础医学课程为主，接触专业课程的机会少，对预防医学的内涵和职业去向缺乏直观认识，专业认同感不足的情况比较普遍。导师的作用主要体现在三个方面：一是帮助建立专业认知，通过入学后的师生见面会介绍学科定位、就业方向和研究领域，并组织实验室开放日以及疾病预防控制中心参观等活动，让学生尽早看到专业工作的真实场景；二是指导学习方法，重点提示卫生统计学、流行病学等课程的学习规律，帮助学生克服畏难情绪，为后续专业课学习打好基础；三是引导文献入门，从科普性文章和中文综述入手，逐步过渡到专业文献，帮助学生形成对预防医学学科专业的初步理解。

3.2. 成长阶段(大三)：科研训练与创新实践

大三是专业核心课程集中开设的阶段，学生已经修完卫生统计学、卫生化学、卫生微生物学等课程，具备了参与科研的基本条件，指导重点是科研训练。

一是文献研读。导师结合课题组的研究方向，指定中英文文献各若干篇，组织学生进行文献汇报。考虑到学生阅读英文文献存在困难，通常先从中文综述和学位论文入手，再过渡到英文原文，采取“学生主讲、导师点评、研究生补充”的方式，通过反复训练提高学生的文献检索与批判性阅读能力[8]。

二是技能训练。依托实验室和课题组，指导学生掌握现场调查问卷设计与质量控制、生物样本采集与处理、常用统计软件操作等基本技能。与临床医学以细胞和动物实验为主的训练路径不同，预防医学的科研训练更强调现场调查与数据处理，导师通常会安排学生跟随课题组进入社区、企业或监测点，参与真实的调查工作，使学生在解决实际问题的过程中理解研究设计的意义[9]。

三是项目与竞赛。鼓励并指导学生参加全国大学生生命科学竞赛、全国大学生基础医学创新研究暨实验设计论坛、全国仿真创新应用大赛等学科竞赛。选题由导师把关，但主张由学生自己提出，导师的作用是帮助学生把模糊的想法转化为可以研究的问题，并指导其完成申请书撰写与答辩准备。项目立项后，导师按开题、中期、结题三个节点检查进度，要求学生自己撰写报告、自己汇报结果，教师只在方法层面提出修改意见。这一过程中，学生经历的是从发现问题、设计方案到解释数据的完整链条，所得超过单纯的技能训练。近三年，本专业本科生在各类学科竞赛中获奖 17 项，以第一作者或主要参与者发表论文 33 篇。

3.3. 提升阶段(大四至大五)：现场实践与毕业设计

大四、大五进入专业实习和毕业设计阶段，指导重点转向综合能力的形成。

一方面，结合专业实习安排在疾病预防控制中心，由校外导师负责现场带教，指导学生学习传染病监测与报告、职业卫生现场检测与评价、食物中毒调查处置等实际工作流程。校内导师则帮助学生把现场遇到的实际问题提炼为可以研究的题目，实现实践与研究的衔接。

另一方面，毕业设计实行“真题真做”，题目多来自导师的在研课题或实习单位的实际需求，避免脱离实际的空泛选题。导师在选题、开题、数据分析、论文撰写各环节全程指导，学系同时组织中期检查和预答辩，把控进度与质量。

4. 在导师制中融入职业素养与课程思政

导师制的价值不止于知识和技能。预防医学的工作对象是人群，许多工作的成效要在较长时间之后才能显现，这要求从业者具备较强的责任意识、协作意识和实事求是的科学态度。导师在指导过程中的言行本身就是一种教育。按照“全员育人、全程育人、全方位育人”的要求，我系有意识地把职业素养和思政元素融入指导过程[10]。

4.1. 以现场为课堂，涵养职业认同

公共卫生工作的价值感往往来自对人群健康改善的直接感知。导师在带学生参加职业病危害因素监测、职业健康检查资料整理等工作时，会有意识地让学生接触尘肺病、职业中毒等典型案例，了解这些疾病给患者家庭带来的影响，理解“预防为主”工作方针的现实含义。学生由此更容易从“我学的这门课有什么用”转向“我能为人群健康做什么”，专业认同感随之增强。

4.2. 以真实事件为案例，强化责任担当

近年来我国公共卫生体系在重大突发公共卫生事件防控中经受考验，也为育人提供了鲜活的素材。导师在指导过程中，会结合流行病学调查、风险沟通、信息发布等具体环节，与学生讨论专业判断与公共责任之间的关系，引导学生理解公共卫生工作者在突发事件中应有的担当。同类研究也表明，贴近真实情境的导学互动能够显著增强学生的职业角色认同[11]。这类讨论与学生的科研训练、现场实践紧密结合，少有空泛说教的痕迹，学生的接受度较高。

4.3. 以学术规范为底线，培育科学精神

科学研究的底线是数据真实、过程可重复。导师从学生进入课题组之初就明确要求：实验记录和原始数据必须完整保存，不得随意剔除或修饰数据，不得挑选符合预期的结果。在现场调查中，还要特别注意知情同意和隐私保护，涉及人的研究须履行伦理审查程序。这些要求看似琐碎，却是科研诚信的具体体现。通过日常的严格要求，学生逐步形成严谨、审慎的工作习惯。

5. 实施成效、机制分析与问题反思

5.1. 初步成效

导师制实施以来，专业在几个方面出现了积极变化。一是学生的科研参与面有所扩大，以本科生为主要参与者的项目和竞赛成果数量上升。二是学生的现场实践能力得到锻炼，在实习中能够较快适应疾控和职业病防治机构的日常工作节奏，实习单位对学生“上手快、肯动手”的评价增多。三是专业认同感有所增强，学生座谈中反映“对专业前景有信心”的比例提高。四是师生关系更加紧密，不少学生遇到学业或职业困惑时，会选择先向导师求助。这些变化说明，导师制在预防医学专业具有现实的生命力，问题不在于要不要做，而在于如何做得更实。

5.2. 机制分析

从社会认同理论的角度看，专业认同的建立不是课堂讲授的自然结果，而是在群体成员身份被反复确认为有价值的过程中完成的。预防医学的学生在低年级接触专业场景的机会有限，对公共卫生工作者这一身份缺乏具体表象，认同感偏弱有其现实原因。导师制提供的正是这一表象：导师带学生进入疾病预防控制中心、职业病防治机构和企业现场，让学生在真实工作情境中看到这一群体在做什么、依据什么作判断、承担什么责任。当学生参与职业病危害因素监测、整理职业健康检查资料时，他所接触的不

只是知识，还有这一群体的行为规范与价值取向；导师作为群体中具有代表性的成员，其言行构成了可供效仿的样本[12]。这也解释了一个看似矛盾的现象：学生对专业的信心，往往不是在课程成绩提高之后增强，而是在某次具体的现场工作之后突然增强。情境学习理论对此给出的补充是，学生从边缘性参与开始，逐步承担更核心的任务，身份也随之从旁观者转变为参与者[13]。

5.3. 存在的问题

从实施情况看，导师制仍存在一些需要正视的问题。这些问题一部分来自学生的匿名反馈，一部分来自导师在座谈中提出的困难，两者指向的方向并不完全一致。

其一，导师投入存在差异。部分导师承担较重的临床或科研任务，指导频次难以保证，个别学生反映与导师见面机会偏少。这与相关调查研究的结果一致[14]。

其二，学生主动性不足。部分学生把导师制理解为一项行政安排，缺乏主动沟通的意识和习惯，低年级学生尤为明显，个别学生甚至从未主动联系过导师。

其三，保障条件不够充分。本科生科研的场地和经费有限，校外导师的责权界定不够清晰，参与指导的稳定性有待提高。考核激励的力度也有限，难以充分调动所有导师的积极性。

5.4. “不成功”经验的个案分析

为减少自我评价带来的偏差，我们以匿名方式收集了学生对指导不满意的具体情形，也记录了导师在指导中遇到的实际困难。以下个案取自近三年的培养记录、学期座谈和学生匿名反馈。这些个案不能代表总体，但比统计数字更能说明制度在哪些环节容易失效。

学生一侧的困惑集中在两类情形。第一类是联系中断。一名学生在反馈中写道，配对后的第一个学期只见过导师两次，导师长期在外执行任务，自己不知道该不该打扰，久而久之便不再联系。第二类是角色误认。部分低年级学生把导师等同于辅导员，咨询的多是选课、内务和时间安排，导师回应简短，学生便判断导师不关心自己；实际上双方对导师制应当承担什么功能，从一开始就没有明确对过。

导师一侧的困难同样具体。一是精力约束。一名同时承担研究生指导、本科教学和科研任务的导师反映，每月与三名学生各谈一次并不难，难的是谈话之外还要为每人设计一条可行的训练路径；在事务集中的月份，培养记录册上的内容存在事后补记的情况。二是评价导向的偏移。由于考核看的是记录完整率、见面次数等可计数指标，部分导师把精力放在留痕上，把材料做齐与把学生带好并不总是一回事。

把这些不成功的经验放在一起看，可以发现一个共同点：制度提供了配对关系，却没有同步提供维持关系所需的任务、时间与激励。当导师与学生之间缺少共同的活动载体时，指导就容易退化为礼节性的见面；当考核只测量可观察的行为时，导师的理性选择便是完成记录而非投入指导。这一判断提示，改进的重点不应只是增加指导频次，而应放在重建任务载体与调整评价取向上。

5.5. 改进思路

针对上述问题，可从以下方面改进。

第一，优化导师队伍结构，探索“导师组”制。由 1 名校内主导师、1 名研究生助理和 1 名校外现场导师组成指导小组，分担文献指导、技能训练和现场带教等不同环节，缓解单个导师精力不足的问题，同时让学生在本科阶段就能获得研究生的近距离指导[15]。

第二，加强学生端引导。在新生入学教育中讲清导师制的意义和具体要求，明确师生双方的权责，并把学生在导师制中的参与情况纳入综合素质评价，从制度上促使学生主动使用这一资源。对低年级学生，宜在配对之初以书面形式明确双方的权利与义务，包括每学期最低交流次数、学生应主动提出的问

题类型，把模糊的期待变成可执行的要求。

第三，完善激励与保障。把本科生指导工作量纳入职称评审和绩效认定，设立专项经费支持本科生科研，明确校外导师的职责、权利和待遇，提高其参与的稳定性和积极性[16]。校外导师的责权需要通过合作协议明确，包括带教工作量的认定、指导津贴的标准与考核方式，把依赖个人关系的合作转为制度化的合作。

第四，重建指导的任务载体，调整评价取向。可计数的过程指标仍有必要保留，但应降低其权重，增加对学生实际产出的评价，如是否独立完成过一次完整的文献汇报、是否在毕业设计中独立提出过研究问题，并在学生匿名评价中增设“是否得到具体帮助”一类条目。评价周期也应与培养周期匹配，避免以学期为单位考核需要两三年才能显现的效果。

5.6. 研究局限与推广的适配性

本研究属于实践总结，未设置对照组，也没有实施前后测，效果判断主要依据培养记录、竞赛与论文产出、实习单位反馈和学生座谈，缺少标准化测量工具。文中所引的获奖与论文数据，也只能说明产出数量的变化，不能证明变化由导师制单独引起。其次，本研究的研究周期较短，导师制自 2021 年推行至今不足五年，首届学生刚刚进入毕业阶段，其升学、就业与职业发展情况尚无法追踪。导师制的作用具有滞后性，专业认同的稳固、科研习惯的养成往往要在毕业之后若干年才能显现，以在读期间的表现评价制度成效，存在高估或低估的可能。另外，作者本人既是制度的设计者与执行者，又是研究者，存在自我评价的偏差，虽然引入学生匿名反馈和导师困难叙述在一定程度上起到了对冲作用，但仍不能完全消除。

基于上述局限，本文所描述的模式在推广时需要作情境化的调整。在研究型大学，科研资源充足、生师比相对较低，制度框架大体可以直接移植，但需防止指导重心滑向科研产出而忽略低年级的学业适应。在地方应用型院校和教学型院校，导师主持课题的比例较低，一对一配对的资源基础不足，较为现实的选择是导师组或朋辈导师，把指导重心放在学业规划、课程学习方法与职业发展上，科研训练可依托校际合作或实习单位完成。在学制为三年的高职高专，适应、成长、提升三阶段需要压缩为两段，把科研训练与毕业设计合并安排，否则阶段划分容易流于形式。在军事院校和行业特色院校，毕业去向相对确定，职业规划指导的权重可以下调，而职业素养、作风养成与应急处置能力的培养应相应加强；校外导师环节则高度依赖行业单位的配合意愿，需要通过合作协议而非个人关系来维持。

6. 结语

预防医学专业的本科生导师制，本质上是在规模化培养的框架内，为每名学生保留一条个性化成长的通道。实践证明，只要制度设计到位、过程管理落实、育人目标明确，导师制能够在科研训练、现场实践和职业认同等方面发挥课堂教学难以替代的作用。下一步，我们将继续完善导师组的运行机制，扩大校外导师的参与面，探索把导师制与课程教学、实践教学更紧密地衔接起来，为培养适应健康中国战略需要的公共卫生人才积累经验。

参考文献

[1] 段军超, 于洋, 李阳, 等. 导师制在预防医学本科生培养中的实践和体会[J]. 基础医学教育, 2017, 19(7): 502-504.

[2] 于洋, 王继, 李阳, 等. 提高医学专业本科生科研素养的探索与思考——以毒理学基础课程为例[J]. 医学教育管理, 2025, 11(3): 276-281.

[3] 黄艺稀, 刘亦珂, 徐佳雨, 等. 我国医药院校本科生导师制实施现状与对策探析[J]. 中华医学教育杂志, 2024, 44(10): 733-738.

[4] 郭贝贝, 张运昌, 王柄凯, 等. 医药类专业本科生导师制度的实践及优化策略[J]. 教育进展, 2024, 14(4): 179-183.

[5] 韩钰, 嵇翔. 我国临床医学本科导师制的优势及发展现状综述[J]. 中国卫生产业, 2025, 22(2): 154-157.

[6] Krishna, L.K.R., Ravindran, N., Kwok, H.Y.F., *et al*. (2025) The Impact of Mentoring Relationships on Professional Identity Formation in Medical Education: A Systematic Review. *BMC Medical Education*, **25**, Article No. 576. https://doi.org/10.1186/s12909-025-07158-y

[7] Kram, K.E. (1985) Mentoring at Work: Developmental Relationships in Organizational Life. Scott, Foresman.

[8] 曹咏, 温颖, 林树锃, 等. 本科生创新科研人才培养策略与实践: 以广东医科大学本科生循证医学课题组为例[J]. 中华医学教育探索杂志, 2023, 22(10): 1505-1509.

[9] 张巧, 杨银峰, 倪月莉, 等. 基于医学生科研创新能力培养的“导师制”教学实践及探索[J]. 中国生物化学与分子生物学报, 2025, 41(3): 470-480.

[10] 董春阳, 刘铄. “三全育人”理念下高校本科生导师制的理论价值和实践探索[J]. 北京科技大学学报(社会科学版), 2024, 40(2): 49-55.

[11] Pölczman, L., Jámbor, M., Győrffy, Z., Purebl, G., Végh, A. and Girasek, E. (2024) A Qualitative Study of Mentors' Perceptions and Experiences of a Near-Peer Mentoring Program for Medical Students. *Frontiers in Education*, **9**, Article ID: 1372697. https://doi.org/10.3389/feduc.2024.1372697

[12] Tajfel, H. and Turner, J.C. (1979) An Integrative Theory of Intergroup Conflict. In: Austin, W.G. and Worchel, S., Eds., *The Social Psychology of Intergroup Relations*, Brooks/Cole, 33-47.

[13] Lave, J. and Wenger, E. (1991) Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/cbo9780511815355

[14] 杨静静. 临床医学专业本科生导师制实施现状分析与对策[J]. 现代教育与实践, 2025, 7(24): 75-77.

[15] 陈渤文, 武珂卉, 魏佳, 等. 导师责任制在医学生本硕贯通培养模式中的实践与思考[J]. 国际老年医学杂志, 2024, 45(1): 121-125.

[16] 陈微, 王星星, 韩春红. 高校本科生导师制的实践调查及优化策略[J]. 卫生职业教育, 2023, 41(24): 5-8.