



教育生态学视域下医学通识教育的整合困境 与重构路径

范 鹏, 王 洁, 喻荣彬, 张永杰

南京医科大学教务处, 江苏 南京 211166

摘 要: 面对“人文关怀”与“数字智能”协同发展的医学教育新趋势, 通识教育需从边缘辅助转向核心育人范式。文章以教育生态学理论为依据, 剖析了医学通识教育在价值、技术与制度层面的内在逻辑。研究发现, 当前存在的“课程模块化悖论”“教学协同失灵”等问题, 根源在于系统内“认知—实践—制度”三大整合功能的失调。为此, 文章从课程、教学、制度三个维度进行医学通识教育范式重构, 以期为数字智能时代的医学通识教育改革提供参考。

关键词: 通识教育; 医学人文; 教育生态学; 范式重构

中图分类号: G642.3

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2026)04-432-007

doi: 10.7655/NYDXBSS260033

一、研究背景

(一) 时代背景

21世纪以来, 医疗领域正经历一场深刻的变革, 其显著特征是“技术突破”与“人文回归”的交织并进^[1]。一方面, 人工智能、大数据等技术以前所未有的深度和广度渗透至健康全链条, 推动医学实践向“精准化”“智能化”“个性化”方向跃迁。另一方面, 伴随技术而来的医患关系物化、生命伦理边界模糊、健康不平等加剧等挑战日益凸显, 社会公众对“有温度的医疗”的需求愈发迫切。这种时代张力要求医学教育超越“技术工具理性”的单一导向, 实现向“以人为本”的回归。

在此背景下, 通识教育作为培育医学生批判思维、伦理判断、社会担当、文化理解与跨学科整合能力的重要载体, 战略地位日益凸显。长期以来, 通识教育在医学院校中常被视为专业教育的补充, 处于课程体系的次要位置。然而, 在数字智能时代, 医学实践所面对的情境已超越单一学科所能应对的范畴。通识教育不应再停留于宽泛知识的传授, 而应成为贯穿医学人才培养的核心线索。通识教育和专业教育也不再是对立的, 而是相互融合、相互补充、缺一不可的, 专业教育是“人”, 通识教育是

“魂”, 两者紧密结合才构成完整的“全人”^[2]。

目前, 国内医学院校的通识教育在理念定位、内容设计、方法运用与制度保障等方面, 与上述目标存在明显差距。课程体系呈现“拼盘化”倾向, 各模块之间缺乏有机联系, 且与医学实际场景脱节; 教学方法虽引入新的形式, 却常与临床实践、技术工具及评价体系衔接不畅, 导致“学用脱节”; 资源分配存在结构性问题, 经费支持不足、跨学科师资短缺、实践平台薄弱等现象较为普遍, 制约了通识教育的实际成效。表象背后反映出医学通识教育生态在整体上未能实现系统内部认知、实践与制度三方面的有效整合。

(二) 文献综述

国内外关于医学院校通识教育的研究已形成一定积累, 为本研究奠定了基础, 也提供了进一步深化的空间。国外研究起步较早, 侧重于三大方向。一是价值定位, 从反思技术理性转向强调培养“完整医生”, 并日益关注数字伦理、健康公平等新兴议题; 二是课程实践, 涌现出如课程整合、叙事医学等模式, 但多聚焦于微观教学层面的案例探索; 三是制度评价, 强调通识教育需纳入顶层设计, 但对成效的测量仍多局限于表层指标。总体而言, 研究呈现实证性强、关注整合的特点, 但系统性理

基金项目: 江苏省高等教育教改研究立项课题“医学院校通识教育体系构建研究”(2025JGYB502)

收稿日期: 2026-01-21

作者简介: 范鹏(1984—), 男, 河北沧州人, 硕士, 助理研究员, 研究方向为高等教育; 张永杰(1977—), 男, 江苏宜兴人, 博士, 教授, 研究方向为高等教育、解剖学, 通信作者, zhangyongjie@njmu.edu.cn。

论框架支撑相对薄弱,且对技术重塑教育生态的探讨尚不充分。国内研究近十年发展迅速,主要集中于两大层面。一是问题诊断,大量研究揭示了课程边缘化、医学与人文割裂等现实困境,为理解现状提供了依据,但多停留于现象描述,对深层制度与文化机制的剖析不足;二是路径探索,借鉴国际经验提出了模块化课程、问题驱动教学法(PBL)融合等改进方案,具有实践价值,但多为局部优化,缺乏对“课程—教学—制度”协同改革的系统设计。近年来,虽有研究尝试引入跨学科理论,但往往停留在概念移植层面,未能与医学教育的特殊性深度结合。综合来看,现有研究在理论深度、系统视角和时代回应性上存在明显局限。多数成果缺乏强有力的理论工具,难以揭示问题背后的系统性根源;分析视角侧重于单一要素,缺乏整体生态观照;对数字智能时代通识教育范式的根本性变革探讨不足。

本研究以教育生态学为核心理论框架,系统审视医学院校通识教育的困境与重构路径。提供了一套“生态位”“能量流”等概念工具,解析了系统失衡的深层机制;超越了局部改良,从“认知—实践—制度”三重整合的生态系统视角提出整体性范式重构方案;通识教育将数字智能技术作为关键变量,探讨“技术增强型”通识教育新生态的实现路径,弥补了现有研究不足。

(三)研究思路

本研究总体上围绕“困境为何—成因何在—如何重构”这一逻辑链条展开。理论部分,阐释教育生态观对医学通识教育的启示,分析医学通识教育系统各要素之间的相互作用与依赖关系,揭示其生态失衡的根源。问题诊断部分,论述“课程模块化悖论”如何根源于认知整合的缺失,“教学协同失灵”如何反映实践整合的不足,以及“资源结构性错配”如何暴露制度整合的薄弱,揭示表象问题背后的系统性根源。路径设计部分,基于生态系统的平衡与协同原则,提出“课程重构”“教学创新”和“制度保障”三位一体的改革路径,构建一个技术增强型、生态和谐的医学通识教育新形态。

二、理论框架

(一)教育生态学的理论视角

教育生态学最早由美国教育家劳伦斯·克雷明于1976年提出,提倡运用生态学的系统观、联系观、平衡观、动态观来考察教育问题^[3]。核心观点是将教育视为一个由多种要素相互作用、相互依存而构成的复杂、开放的生态系统。任何要素的变化都会引发连锁反应,影响整个系统的平衡与功能。

医学院校通识教育生态系统包含院校、学生、

医院、社区、技术平台以及社会文化背景等多元主体。主体间通过物质流(如经费、设备)、能量流(如教师精力、学生学习动力)和信息流(如知识、评价反馈)进行持续交换。系统的健康状态,取决于内在平衡性与适应性,即系统能否有效应对内外部变化,维持各要素间的和谐关系。从生态学角度看,当前医学院校通识教育的各种问题,是系统内部出现“生态位”重叠(如课程内容重复)、能量流动受阻(如师资激励不足)及系统与外部环境适应不良(如与社会需求脱节)等“生态失衡”的表现。

选择教育生态学作为核心理论,源于该理论与医学院校通识教育问题深度契合。理论的系统整体观能有效解析课程、教学、制度等要素相互作用的生态,揭示“课程模块化”“资源错配”等困境。动态适应性为理解通识教育如何回应数字智能时代等外部环境冲击提供了分析框架。同时超越问题诊断,强调“生态位优化”“能量流畅通”等原则,为“价值—技术—制度”三重整合的范式重构提供了直接、系统的路径指引。

(二)通识教育生态系统的整合机制

一个健康的通识教育生态系统的良性运行,依赖于内部关键“生态链接”的有效建立。借鉴生态系统中物种间物质与能量交换的紧密关联,本文提出系统的核心功能体现在以下三个层面的整合(图1)。

1. 认知整合

这是系统内部信息流动与知识融合的过程。在健康生态中,不同学科知识应像生态系统中的物种一样,相互依存、协同进化。当前医学通识教育中,“医学科学知识”与“人文社会科学知识”往往处于割裂状态,缺乏有效的“知识循环”。认知整合打破了学科壁垒,围绕真实医学问题或临床情境,构建跨学科的知识网络,促进医学生形成技术理性与价值理性相统一的整体认知。

2. 实践整合

这是系统能量流动从认知向行动转化的关键环节。医学的本质属性是社会性和人文性,医学的终极价值是医学人文价值^[4]。实践整合强调在真实或高度仿真的情境中学习,使人文教育从“关于实践的思考”转变为“在实践中的思考”,内化为学生稳定的行为模式和职业习惯。这要求教学设计能够促进理论知识与临床实践、技术应用与人文关怀的有机融合。

3. 制度整合

这是系统资源流动与规则协调的支持保障。医学院校通识教育的发展,需要院校、医院、社区、企业、政府等多主体的协同参与。制度整合通过设计合理的规则、机制和结构,将分散资源和行动者有效组织起来,形成一个目标一致、责任共担、利益

共享的治理共同体,为认知整合和实践整合提供持续的动力和稳定的环境。

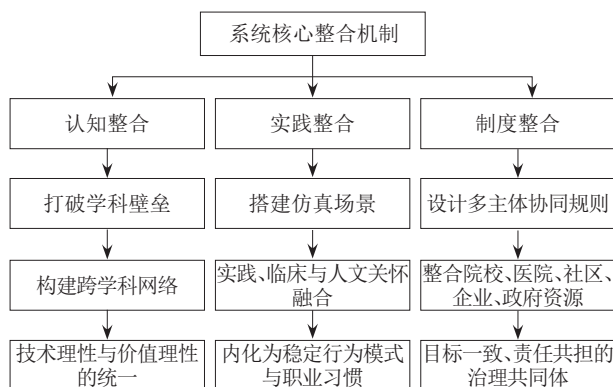


图1 医学通识教育系统核心整合机制

三、医学院校通识教育的现实困境

医学院校通识教育的诸多问题,是生态系统在“认知—实践—制度”三个层面整合功能普遍弱化甚至缺失的集中体现。

(一)课程的模块化悖论

为追求知识的覆盖面,当下很多通识课程体系被机械划分为“人文艺术”“社会科学”“自然科学”等几大模块。模块间缺乏内在联系,课程内容与医学专业场景脱节,导致知识广度有余而深度不足。常表现为以下三种状态。

1. 知识拼盘化

从课程设置上看,许多医学院校通识课程目录,几乎与综合性大学无异。“音乐鉴赏”“西方美术史”等课程直接移植而来,教学内容、案例和讨论议题很少经过“医学化”的过滤与重构。这种“去医学语境”的课程设计,使得人文社科知识被视为外在于医学实践的“通用装饰品”,学生难以建立起“人文—医学”的认知连接。已有调查显示,有64.06%的受访者认为通识教育是专业教育的附属或陪衬^[5]。

2. 低年级集中化

从教学安排角度看,大量通识课程集中在大学第一和第二学年,到高年级阶段仅有少量医学衍生类课程,这样的时间安排使得通识教育无法贯穿整个大学阶段^[6]。某“双一流”医学院校的通识课程安排数据显示,大一、大二开设通识课程占比达82.7%,大三降至14.3%,大四及实习阶段仅3.0%。低年级学生尚未系统接触医学专业知识,难以深刻理解通识课程中的医学背景和现实意义,而高年级学生开始面临真实临床情境和伦理困境,但又缺乏人文社会科学知识的指引。这种“学”与“用”的脱节,人为割裂了知识学习与知识应用的完整周期。

3. 学科话语壁垒

在现有医学通识教育师资中,大部分教师属于

临床医生,虽然在医学领域具有深厚的专业知识,但通常不具备丰富的跨学科背景,尤其在数智时代教师无法全面地了解人工智能、大数据、知识图谱等现代科技在医学教育中的应用^[7]。解决这一问题的有效思路是引导教师在专业课教学中渗透人文精神,倡导教师在人文类必修课中融合国家要求和医学人文内容^[8]。但在缺乏有效沟通机制和共同工作平台的情况下,双方很难协同设计出实现认知整合的跨学科课程。

(二)教学实践的协同失灵

当前通识教育的教学方法改革,存在“形式创新而实质滞后”的问题。尽管PBL、团队为基础的学习(TBL)等创新教学形式被引入课堂,但其应用常与医学实践脱节,主要有三种表现形式。

1. 教学方法与临床情境的适配不足

很多医学院校采用单一的教学方法,忽视发挥学生的主体地位。一项面向某医学院不同年级的临床卓越医学生通识教育课程实施现状的调查显示,430位学生中有228位表示教师上课时以传统讲授为主^[9]。虽然许多通识课程中常采用PBL教学方法,但案例设计多存在“去临床化”倾向;即便是医学相关案例也常被简化,剔除了临床实践中的复杂性、不确定性等因素。这种教学方式,无法有效模拟真实临床决策面临的挑战,学生习得的解决方案往往难以迁移到现实工作中。

2. 技术应用与教学目标的融合缺失

随着智能技术的应用,许多医学院校虽购置了先进设备,应用却常停留在“演示”层面,缺乏与教学目标的深度整合。甚至部分医学院校的医学通识教育课程,采用传统的讲授式教学方法,导致教学内容陈旧,缺乏创新性,没有与时俱进地更新课程内容,使课程内容缺乏科学性与时代性^[10]。

3. 评价体系与人文胜任力的测量盲区

有效的实践整合需要相应的评价体系来保障和引导。当前的通识教育评价,仍以考察知识记忆和理解的“结果性评价”为主,对于核心人文胜任力的“形成性评价”不足。即使部分课程尝试引入实践评价,也往往缺乏清晰、可观察、可衡量的行为指标。

(三)资源配置的结构性错配

通识教育的发展,离不开持续、稳定的资源投入。当下该领域普遍存在的经费投入不足、师资队伍结构性短缺、实践基地虚化等问题,暴露了系统“制度整合”层面的困境。

1. 经费投入的边缘化与短期化

在医学院校资源配置优先排序中,通识教育通常处于边缘位置。其投入经费占总教学经费的比例,远低于专业课程和临床技能培训。有限的经费常呈现“短期化”倾向,用于举办一次性讲座或短期

活动,对于需要长期投入的跨学科课程开发、教学团队建设、教学平台升级、实践基地建设等关键领域,则投入不足。

2. 跨学科师资的培养滞后与激励缺失

实现认知整合和实践整合,要有一支既懂医学又懂人文、既善于理论教学又熟悉临床实践的跨学科师资队伍。当前医学院校师资结构与此要求相去甚远。教学经验相对不足且毕业于非医学院校的年轻教师承担较多的通识教育任务,是许多医学专业院校的普遍现象,而且激励机制不足,教师投入大量时间和精力去开发跨学科通识课程、设计与临床紧密结合的教学活动,但往往难以在职称晋升、绩效考核中获得应有的认可和回报。

3. 实践基地的协同机制虚化

实践场域是通识教育实现实践整合不可或缺的组成部分。然而院校与实践基地间缺乏稳定深入的协同机制。对临床医师而言,指导通识教育实践,往往被视为额外的负担。对实践基地而言,因为资源有限、目标不清,将学生实践活动简单化为体力劳动。这种协同机制的虚化,使实践资源无法有效整合。

四、范式重构

针对上述由“认知—实践—制度”整合缺失导致的系统性困境,采取整体性、协同性的改革策略,从课程、教学、制度三个维度,提出构建“技术增强型”通识教育新范式的具体路径,尤其对课程体系的内在逻辑、内容重构与教学时序等关键环节进行细化设计(表1)。

(一)课程重构

破解“模块化悖论”的关键,是从“知识覆盖导向”转向“问题整合导向”,围绕数智时代医学实践

面临的社会—技术—伦理议题,重构课程生态。重点建立“纵向衔接、横向关联”的课程逻辑,即低年级注重奠基与唤醒,高年级侧重深化与整合,重新组织课程内容,形成有机融合的课程体系。

1. 重点理顺课程逻辑

打通纵向递进逻辑。基础层(大一)聚焦“认知唤醒”,开设“医学人文导论”“健康社会史”等课程,搭配“医疗职业启蒙工作坊”,帮助学生建立对医学本质、医患关系的初步认知;整合层(大二、大三)围绕“问题探究”,以“医学智能社会议题”为核心设置跨学科核心课,实现人文、技术、医学知识的深度融合;应用层(大四、实习阶段)侧重“实践转化”,将通识模块嵌入临床课程,让学生在临床场景中活用通识知识。

梳理横向关联逻辑。学科内形成“理论+案例+实践”链条,如“艺术模块”以“医学美学”为理论基础,搭配“临床沟通礼仪实训”;学科间建立“议题串联”机制,围绕“健康公平”联动多学科课程开展跨学科研讨;校地协同关联医院、社区、企业设计“真实问题项目”,打通课堂与行业壁垒。

2. 全面重塑课程内容

在核心层,开设跨学科核心课程。核心课程承担知识奠基功能,可通过学科交叉整合,将不同学科领域的基础理论与经典文本重新编排^[1]。内容筛选上,遵循三大标准:一是医学场景适配性,所有内容经过“医学化重构”;二是时代需求回应性,新增数字智能相关内容,强化社会热点议题;三是能力进阶适配性,基础层侧重认知类内容,整合层侧重方法类内容,应用层侧重实践类内容。围绕“医学智能社会议题”这一核心,采用“双主讲”或“多主讲”模式,由医学专家、人文社科专家、技术专家甚至政策制定者共同设计和授课。课程内容不再按

表1 医学通识课程体系逻辑

纵向/横向	学科内关联(理论+案例+实践)	学科间关联(议题串联)	校地协同关联(设计真实问题项目)
基础层 (认知建立)	核心课程:医学人文导论、健康社会史等; 形式:医疗职业启蒙工作坊等; 目标:建立医学本质、医患关系初步认知	核心课程:以医学智能社会议题为核心; 形式:PBL教学、VR情景模拟等; 目标:实现人文、技术、医学知识深度融合	合作主体:企业+医院+社区; 形式:设计真实问题项目; 目标:打通课堂与行业壁垒
整合层 (知识融合)	核心形式:通识模块嵌入临床课程; 形式:临床实景教学、项目实操; 目标:临床场景中活用通识知识	核心策略:基于复杂病例的跨学科讨论; 目标:培养系统性思维与批判性分析能力	核心策略:引入行业标准与真实数据; 目标:将通识素养转化为解决实际社会健康问题的能力
应用层 (实践创新)	核心策略:基于临床路径的反思性实践; 目标:在专业实践中体现人文关怀与伦理决策	核心策略:多学科团队协作(MDT)模拟; 目标:解决涉及医学、法律、伦理的复杂现实议题	核心策略:社区健康干预项目; 目标:服务社会,实现知识的社会价值转化

学科知识逻辑排列,而以一系列环环相扣的“问题链”或“项目”来组织。以“算法偏见与医疗公平”课程为例,该课程面向临床医学专业大三学生,由临床、伦理、数据科学教师团队共同执教,探讨人工智能在医疗决策中的伦理与社会影响。课程围绕真实医疗人工智能案例构建“问题链”,依次通过“案例导入—协同知识探究—数据集偏见检测分析—伦理辩论”四个模块,引导学生从现象认知过渡到伦理决策。考核采用“小组项目(60%)+反思报告(40%)”的形成性评价方式,重点评估学生的跨学科整合能力与伦理判断力。

在嵌入层,将通识模块融入专业课程。打破通识教育与专业教育在时空上的隔离,将通识教育元素系统“嵌入”到高年级专业课程中。着力构建通识教育和专业教育相协调、相统一的关系,使通识课程与专业课程相互支撑^[12]。例如在“外科学”中嵌入“手术机器人应用的伦理”模块;在“内科学”中嵌入“慢性病管理中的医患关系”模块等。这些模块由专业教师与人文教师合作设计实施,占专业课程的一定课时比例,并纳入课程考核。

在项目层,开展跨学科实践项目。通识教育课程要更加注重课程设计,采用更能激励学生学习的教学方式,提高学生的学习效果^[13]。鼓励开展跨学科远程合作项目和科技网络活动等,让通识教育和专业教育相互交融、相互适配^[14]。学生跨专业组建团队,在导师指导下,围绕跨学科课题,综合运用多学科知识,进行实地调研、方案设计、社区实践和反思总结。

3. 精准改进现存问题

针对“知识拼盘化”问题,组建跨学科课程开发团队,梳理医学核心议题反向设计内容;推行“课程包”制度,围绕核心议题打造系列微课程包;建立内容审核机制,杜绝与医学场景脱节的“纯通用型”课程。

针对“学用脱节”问题,采用本地医院匿名化案例,摒弃抽象案例;将实践环节学分化,要求学生完成至少2个跨学科实践项目并纳入学分;建立“教学—临床”联动机制,组织通识教师深入临床、临床医师参与课程设计。

针对“学科话语壁垒”问题,开展跨学科师资共建培训,颁发跨学科教学资质证书;推行“双师共授”模式,核心课程由不同学科背景教师联合执教;建立每月常态化教学研讨会,形成“问题—研讨—解决方案—反馈”闭环。

4. 合理安排教学时段

为避免“低年级集中化”弊端,核心课程应贯穿本科教育中期(如大二、大三),同时优化整体时序。大一全年为基础认知阶段,以理论讲授、案例研讨和行业讲座为主;大二、大三为深度整合阶段,

采用PBL教学、虚拟现实(VR)情境模拟和跨学科研讨形式;大四、实习阶段为实践应用阶段,以临床实景教学、项目实操和复盘反思为主。针对实习阶段学生时间碎片化问题,推行“微课程+弹性打卡”模式,配套线上答疑与线下集中复盘。

(二)教学创新

数智技术融合能为医学通识教育提供多维度的创新路径,包括创新课程设计、转变教学方法、完善评估与反馈机制^[15]。教学方法的创新应利用技术手段,深度融合虚拟与现实。

在认知阶段,利用VR/增强现实(AR)技术构建高保真情境。例如开发“临终关怀决策VR模拟系统”,学生“进入”一个虚拟的家庭场景,与患有晚期疾病“患者”及其“家属”深入沟通,体验情感冲突,做出艰难决策。系统记录学生的沟通模式、决策时间、情绪反应等数据。这些沉浸式技术,将理论和场景拉近到学生面前,提供安全、可重复的“认知实习”机会。

在实践阶段,推动虚拟认知向真实行动的迁移。实践阶段是教学模型的核心环节,它将在虚拟环境中构建的理论知识、价值观念和初步技能,置于真实或高度仿真的临床与社会场景中进行检验、应用与深化。这一阶段,学生利用“医院科室数字孪生模型”等平台进行精准规划与模拟推演;同时在真实场景中引入移动终端与物联网设备,实现数据采集与实时反馈,强化在真实场景中的技术应用与人文关怀。

在反思阶段,促进深度内化与能力循证评估。本阶段强调利用人工智能等技术,提升反思的深度、个性化程度与评价的科学性。学生提交结构化反思报告,人工智能自然语言处理技术可对文本进行深度分析,为学生提供个性化反馈建议。建立“通识教育成长档案”,自动记录并加密存储学生在学习过程中产生的关键数据等,为学生提供审视自我成长的全面视角,也为升学就业提供“软证明”。

(三)制度保障

课程重构与教学创新的有效实施,离不开强有力的制度保障,要构建一个能激发多元主体内生动力、保障资源有效供给、促进系统协同进化的制度环境。

1. 建立导向清晰的通识教育评价机制

制度整合的核心在于通过评价与激励的杠杆,引导教师、学生乃至参与单位的行为与通识教育的目标保持一致。对教师而言,改革评价体系是突破口。设立通识教育专项职称评审通道,将“跨学科课程开发”“通识教育实践指导”纳入核心评价指标,并赋予与专业科研、教学成果同等权重。提高通识课程教学工作量折算系数,设立通识教育专项

教学绩效奖励。将通识教育建设纳入教师培训全过程,通过提升学历、进修访学、互派交流等方式,提升和改善自身在知识结构及教学能力方面的不足^[16]。对学生而言,完善学习成果评价与发展性激励。将学生在通识教育中的表现,特别是实践项目成果、反思档案评价等,纳入综合素质评价体系,并与推优、评奖乃至医师资格考核的实践技能评价建立关联。推广使用成长档案,使其成为反映学生综合素养的“第二张成绩单”。

2. 构建多元、可持续的资源保障机制

资源保障方面,设立院校“通识教育专项发展基金”,用于课程建设、师资培训、技术平台运维与实践基地建设。积极拓展社会资源,与相关企业、基金会合作设立专项基金,支持通识教育创新项目。建立“区域医学院校通识教育联盟”,推动优质课程资源共享、学分互认,减少重复建设,提升资源使用效率。协同治理方面,建立以通识教育管理委员会为中心的管理机构^[17],负责顶层设计、资源协调、质量监控等。与附属医院、社区实践基地签订合作协议,将临床医师、社区人员指导通识教育实践计入其工作量考核,并给予适当报酬或荣誉激励。建立定期联席工作会议制度和质量反馈闭环,确保协同机制的有效运行。

五、结论与启示

本研究基于教育生态学理论,系统论证了新时代医学院校通识教育从“辅助环节”向“核心范式”转型的必要性与紧迫性。研究指出,当前通识教育面临的“课程模块化悖论”“教学协同失灵”与“资源结构性错配”等困境,本质上是生态系统在“认知整合”“实践整合”与“制度整合”三大功能上出现系统性失衡的集中体现。为应对挑战,本研究构建了一个以“价值—技术—制度”为特征的医学通识教育新范式。该范式以“医学智能社会议题”为锚点重构课程矩阵,以“认知—实践—反思”模型创新教学路径,并以“评价—激励—治理”联动机制夯实制度保障。目标上,从知识碎片转向素养赋能;模式上,从机械叠加转向有机融合;定位上,从边缘依附转向核心引领。该范式的落地,依赖于院校、教师与政策层面的协同努力。院校要进行顶层设计,将通识教育提升至学校发展的战略核心,加大投入并主动构建与医院、社区、技术企业紧密协同的育人共同体。教师要实现角色转变,积极提升自身跨学科素养与技术整合能力,从知识传授者转变为学生成长的引导者、课程的设计者和教育的创新者。政策上要加强引导,将通识教育质量纳入医

学教育认证核心指标,鼓励跨学科师资培养、课程创新和教学研究。

参考文献

- [1] 柳云,边林. 论医学新质技术群崛起对现代医学结构的冲击[J]. 医学与哲学,2026,47(1):8-14
- [2] 伍慧丽,闫军. 浅谈通识教育对实习医学生的重要性与实践路径[J]. 医学教育管理,2018,4(4):300-304,317
- [3] 劳伦斯·A.克雷明. 公共教育[M]. 宇文利,译. 北京:中国人民大学出版社,2016:20-60
- [4] 李芳,李义庭,刘芳. 医学、医学教育的本质与医学人文精神的培养[J]. 医学与哲学(A),2009(10):66-68
- [5] 谢冰澜. 高校医学通识教育的发展现状及路径探索[J]. 延边大学学报(自然科学版),2024,50(3):123-129
- [6] 黄一帆. 浅析医学专业院校通识教育困境及应对建议[J]. 赤峰学院学报(哲学社会科学版),2018,39(9):37-41
- [7] 李运福,徐菲,李婷. 国际教育领域人工智能研究热点分析与启示[J]. 中国教育信息化,2023,29(2):27-41
- [8] 张玥,于智恒,钱文溢,等. 通识教育视阈下医学教育课程的设计与实践[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2020,20(3):293-296
- [9] 李轶,张美玲,龚荷诗. 医学院校卓越医生通识教育课程实施实证研究——以新乡医学院为例[J]. 河南科技学院学报(社会科学版),2019,39(10):80-84
- [10] 樊敏,王晓锋,刘金花,等. 人工智能在“新医科”医学教育中的应用研究[J]. 智慧健康,2023,9(8):41-45
- [11] 徐奕来,孙宁. 高校通识教育对学生精神成长的影响机制及优化路径探索[J]. 科教导刊,2025(22):116-118
- [12] 张文莲. 中国式现代化进程中地方本科高校通识教育的价值意蕴及优化路径[J]. 呼伦贝尔学院学报,2025,33(4):33-36
- [13] 张宏志,王虹,徐惠,等. 基于核心素养培养的医学院校通识课程教学改革研究——以“为学为事为人”课程为例[J]. 高校医学教学研究(电子版),2023,13(6):56-61
- [14] 岳李,王晶一. 高校通识教育高质量发展面临的挑战与行动进路[J]. 江苏高教,2025(8):120-124
- [15] 焦玉涵,李佳芮,孙宏亮. 数智时代医学通识教育创新发展研究[J]. 产业与科技论坛,2025,24(10):80-82
- [16] 朱立涛. 新时代医学院校通识教育路径探析[J]. 中国高等医学教育,2023(10):7-9
- [17] 李晓波. 高校通识教育管理体系建设研究[J]. 南宁师范大学学报(哲学社会科学版),2021,42(4):76-89

(本文编辑:姜鑫)

Integration dilemmas and reconstruction pathways of medical general education from the perspective of educational ecology

Fan Peng, Wang Jie, Yu Rongbin, Zhang Yongjie

Academic Affairs Office, Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China

Abstract: In response to the emerging trend of coordinated development of humanistic care and digital intelligence in medical education, general education needs to shift from a peripheral supporting role to a core educational paradigm. Based on the educational ecology theory, this paper analyzes the internal logic of medical general education at the levels of value, technology, and institutions. The study finds that current issues, such as the paradox of curricular modularization and the failure of teaching collaboration, originate from the dysfunction of the three integrative functions within the system, namely cognition, practice, and institutions. Accordingly, this paper constructs a tripartite integration mechanism of values, technology, and institutions and proposes an integrated curriculum model centered on medical issues in intelligent societies. It further explores new teaching pathways that blend virtual and physical elements, with collaborative institutional safeguards, aiming to provide references for reforming medical general education in the era of digital intelligence.

Key words: general education; medical humanities; educational ecology; paradigm reconstruction