医学人文教育

中国三阶段培养体系下全科医学人文教育SWOT分析

蒲 瑜[1],朱俊勇[2],马静静[3],李 源[4],徐 林[3],张吉翔[5],廖 斐[5],林丹丹[4],许 昱[6],董卫国[5]

1. 武汉大学人民医院全科医学科,湖北 武汉 430060;
2. 武汉大学公共卫生学院,湖北 武汉 430071;
3. 武汉大学人民医院老年病科,湖北 武汉 430060;
4. 武汉大学人民医院肿瘤科,湖北 武汉 430060;
5. 武汉大学人民医院消化内科,湖北 武汉 430060;
6. 武汉大学人民医院耳鼻咽喉头颈外科,湖北 武汉 430060

摘要:目的 系统分析中国“院校教育—毕业后教育—继续教育”三阶段培养体系下全科医学人文教育的优势、劣势、机遇与威胁,为构建全程化人文教育体系提供依据。**方法** 采用SWOT分析框架,结合社会认知理论与成人学习理论,对三阶段人文教育的内部要素(优势、劣势)与外部环境(机遇、威胁)进行分层剖析。**结果** 优势包括“5+3”培养体系的完整性、政策支持力度强、全科医学“以人为中心”的本质特征;劣势表现为院校人文课程设置薄弱、实践环节不足、毕业后教育偏重技术、师资人文教学能力欠缺;机遇源于“健康中国”战略转型、人口老龄化催生人文需求、人工智能赋能教育变革;威胁涉及社会认可度低、职业定位模糊、学科吸引力不足。**结论** 应实施S-O(优化机制)、W-O(强化师资)、S-T(提升认同)、W-T(增强使命)四类策略,推动三阶段人文教育有机衔接,夯实全科医学人才的人文根基。

关键词:全科医学;人文教育;三阶段培养体系;SWOT分析

DOI:10.13555/j.cnki.c.m.e.2026.05.018

中图分类号:G642.0 **文献标志码:**A **文章编号:**2096-3181(2026)05-0787-06

SWOT Analysis of Humanities Education in General Practice under China's Three-Stage Training System

PU Yu[1], ZHU Junyong[2], MA Jingjing[3], LI Yuan[4], XU Lin[3], ZHANG Jixiang[5], LIAO Fei[5], LIN Dandan[4], XU Yu[6], DONG Weiguo[5]

1. Department of General Practice, Renmin Hospital of Wuhan University, Wuhan 430060, China; 2. School of Public Health, Wuhan University, Wuhan 430071, China; 3. Geriatric Department, Renmin Hospital of Wuhan University, Wuhan 430060, China; 4. Department of Oncology, Renmin

收稿日期:2026-03-15

基金项目:武汉大学医学部教学研究项目(2024YB11);教育部产学合作项目(231107236270313)

作者简介:蒲 瑜(1996—),女,博士在读,研究方向为全科医学、医学教育。

通信作者:董卫国(1966—),男,博士,教授,研究方向为消化病学、医学教育。

许 昱(1970—),女,博士,教授,研究方向为耳鼻咽喉病学、医学教育。

Hospital of Wuhan University, Wuhan 430060, China; 5. Department of Gastroenterology, Renmin Hospital of Wuhan University, Wuhan 430060, China; 6. Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Renmin Hospital of Wuhan University, Wuhan 430060, China

Abstract: *Objective* To systematically analyze the strengths, weaknesses, opportunities and threats of humanistic education in general practice under China's three-stage training system consisting of institutional education, postgraduate education and continuing medical education, so as to provide evidence for constructing a whole-process humanistic education system. *Methods* A stratified analysis of the internal factors (strengths and weaknesses) and external environment (opportunities and threats) of the three-stage humanities education was conducted using the SWOT analytical framework, combined with social cognitive theory and adult learning theory. *Results* The strengths include the integrity of the "5+3" training system, strong policy support, and the "human-centered" nature of general practice. The weaknesses manifest as inadequate humanistic curriculum design in institutions, insufficient practical components, an overemphasis on technical skills in postgraduate education, and a lack of humanities teaching competence among faculty members. The opportunities arise from the strategic transformation of the "Healthy China" initiative, the growing demand for humanistic education driven by population aging, and the role of artificial intelligence in driving educational reform. The threats involve low societal recognition, ambiguous professional positioning, and weak disciplinary appeal. *Conclusion* Four types of strategies, namely S-O (optimization mechanism), W-O (strengthening faculty), S-T (enhancing identification), and W-T (strengthening mission), should be implemented to promote the organic integration of the three-stage humanities education, thereby consolidating the humanistic foundation of general practice professionals.

Keywords: General practice; Humanistic education; Three-stage training system; SWOT analysis

1997年,《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》首次将全科医生培养提升至国家战略高度[1]。2018年"新医科"战略为适应升级的健康需求,强调医学教育需融合科技与人文,培育兼具创新能力、医德与人文素养的新时代人才[2]。全科医学立足社区,其发展尤其依赖稳固的医患信任。然而,当前全科医学人才培养体系仍存在"重技能、轻人文"倾向,亟须推动全科医学与人文学科深度整合。全科医生与专科医生的核心区别在于全科医生以社区为范围、以家庭为单位、以人为中心,提供连续性、综合性、个体化的健康管理服务,覆盖预防、治疗、康复全过程[3]。这种"守门人"角色要求其具备更强的同理心、沟通能力、社会文化敏感性及伦理决策能力,因此全科医学人文教育具有更高的情境性与实践性要求。

中国全科医生培养采用"院校教育—毕业后教育—继续教育"三阶段有机衔接模式,各阶段人文教育目标与方式各异:院校教育重在价值塑造与知识奠基,毕业后教育重在临床实践中的内化与转化,继续教育重在经验反思与素养升华。突出三阶段分析,有助于揭示人文教育在不同阶段的相对薄弱点和需要解决的问题,为构建全程化人文教育体系提供精准对策。本研究运用态势分析法(Strengths Weaknesses Opportunities Threats, SWOT)[4],其维度划分遵循管理学经典范式,优势(S)与劣势(W)聚焦内部可控因素,机遇(O)与威胁(T)评估外部环境变量。通过分层剖析三阶段人文教育的内部与外部要素,提出针对性策略,为全科医学人文教育高质量发展提供依据。

1 中国三阶段培养体系下全科医学人文教育的SWOT分析

1.1 优势(Strengths)

院校教育阶段:国家卫健委与教育部协同推进"5+3"为主体和"3+2"为补充的全科医学人才培养模式[5]。"5+3"模式衔接本科教育与规范化培训,培养理论扎实、临床能力强的高素质全科医生;"3+2"模式培育适应基层需求的实用型人才。该体系层次分明,为人文教育的系统嵌入提供了制度保障。

毕业后教育阶段：2020年《国务院办公厅关于加快医学教育创新发展的指导意见》明确指出，需加快培养具备“小病善治、大病善识、重病善转、慢病善管”能力的防治结合型全科医学人才，并以“道术、仁术、学术、技术、艺术”为新内涵[6]。政策导向为毕业后人文教育提供了合法性支撑。

继续教育阶段：全科医学“以人为中心”“以家庭为单位”“以社区为基础”的本质特征，强调持续性、综合性、个体化健康管理，使其在人文关怀方面具有先天优势[7]。医生关注患者整体需求，通过案例教学强化医患沟通和同理心培养；整合家庭动态因素，培养个性化健康干预能力；聚焦社区环境，深植社会人文精神[8-9]。

1.2 劣势（Weaknesses）

院校教育阶段：课程设置偏重医学专业知识与技能训练，医学伦理、沟通能力及职业精神等人文课程比重偏低。2023年一项对12所医学院校的调查显示，人文社科类课程平均仅占总学时的6.8%，远低于欧美医学院校15%～20%的比例[10]。部分临床教学中存在“重技术、轻关怀”现象，学生对患者心理社会需求关注不足。评价体系侧重操作能力与理论成绩，对共情力、责任感等软实力的考核缺乏有效工具。

毕业后教育阶段：规培阶段存在一定程度的“技术至上”倾向，过度关注诊疗客观数据，相对忽视患者主体性与心理社会需求。研究发现全科医生在毕业后教育中，医患沟通与人文素质相关培训时间平均不足总培训时长的5%[11]。系统化师资培训相对不足，带教教师多为专科出身，可能缺乏全科理念与人文教学能力。

继续教育阶段：继续教育项目以技术更新为主，人文主题培训较为稀缺，缺乏对职业倦怠、伦理困境等现实问题的回应。成人学习理论指出，成人学习具有问题导向与经验反思特征[12]，当前继续教育未能充分利用全科医生的实践经验进行反思性人文学习。

1.3 机遇（Opportunities）

社会需求：2025年末，中国60岁及以上人口为32 338万人，占全国人口的23.0%，其中65岁以上人口22 365万人，占全国人口的15.9%[13]。在“健康老龄化”理念倡导下，老年康养服务日益受到重视，老年人对医疗服务需求迫切[14-15]。全科医生作为社区“守门人”，其人文素养直接影响老年照护质量与医患信任[16-17]。

技术赋能：与此同时，人工智能（Artificial Intelligence，AI）技术通过构建虚拟病例库和自适应学习系统，显著优化全科医学教育路径。AI工具可辅助人文教学，如模拟沟通场景、反馈共情表达、分析伦理决策，实现个性化学习支持[18-19]。AI的规范应用促使全科医学人文教育向精准化、动态化转型。

政策支持：《“健康中国2030”规划纲要》提出推动以治病为中心向以健康为中心转变[5]，为全科医学人文教育提供了战略导向。

1.4 威胁（Threats）

社会认知：中国医学发展长期侧重于专科领域，公众对全科医生的专业性了解相对不足。基层医疗服务提供者的服务利用率和服务能力较低，且其医疗服务质量不高。2005—2015年，初级卫生保健提供的医疗服务占比下降了7%[20]。既往研究发现云南某地50%以上的居民对全科医学的认知不够充分，对全科医生的认可度不高，对全科医生的需求低[21]。这种认知不足导致基层首诊率偏低，加剧医疗资源压力，削弱高校推进全科医学人才培养的积极性。

职业认同：由于社会认知不足及院校引导不足，部分全科医生对自身职业定位存在模糊性，未能充分理解全科医学“生理-心理-社会”医学模式的综合性特点。职业角色认知模糊将影响个体对专业学习的投入度与持续性，进而削弱对人文教育的重视程度，职业认同形成理论为医学生职业素养培养提供了理论基础。

学科发展：社会认可度偏低可能引发学科建设滞后、教育资源匮乏、医学人文教育弱化等问题，形成制约全科医学发展的恶性循环。

2 应对策略

根据国内现行医学院校教育、毕业后教育、继续教育三阶段有机衔接的全科医学人才培养体系，从以上三个阶段联合SWOT分析促进全科医学人文教育发展。

2.1 利用优势把握机遇（S-O策略）：优化体制机制，完善全科医学三阶段人文教育体系

中国全科医学教育面临基层服务能力相对不足与人文素养较为薄弱的困境，需要坚持和完善系统化的人文教育与基层实践融合。结合中国分级诊疗制度建设需求，应坚持以下路径：立足国情，借鉴国际经验，优化培养机制，强化人文教育，夯实基层服务能力与学科发展根基。例如澳大利亚通过提升职业价值、

加强政策宣传缓解人才短缺[10,22-23]。英国推行家庭医生导师制强化人文带教[24]。北欧及新西兰推行“社区为本”的医学教育,制度化实施“社区参与式学习”,增强服务基层的意识与能力。美国ACGME将“职业精神”列为核心能力并引入360度评估,中国可引入360度评估、迷你临床演练评估(Mini-CEX)等工具,量化医学生人文表现,建立以职业精神为核心的人文评价与激励机制[25]。在院校教育阶段,应构建“人文课程—临床实践—社区服务”三位一体的课程体系,将职业精神培育贯穿全程。毕业后教育阶段,引入迷你临床演练评估(Mini-CEX)、叙事医学写作等工具,量化人文表现。继续教育阶段,联合AI模拟平台,建立基于真实案例的反思性学习模块,实现人文素养的螺旋式提升。

2.2 克服劣势抓住机会(W-O策略):强化师资力量,丰富全科医学人文教育方式

全科医学人文教育贯穿人才培养全过程,师资建设是核心关键。院校教育阶段,应遴选兼具人文素养与临床经验的“复合型”教师,组建跨学科教学团队,设立“医学人文学科教研组”。通过集体备课、案例研讨与联合授课,推动医学与人文深度融合。鼓励人文教师参与临床带教,医学教师修习人文课程,实现双向知识融合。同时丰富教学形式,运用文学作品赏析、情景模拟(如戏剧演绎)等方法深化学生人文体悟,结合标准化病人(SP)、社区实践等提升沟通协作与共情能力。毕业后教育阶段,实施“全科医学人文教育教学能力提升项目”,系统培训叙事医学、医患沟通、生命伦理与跨文化医疗等内容,采用工作坊、模拟教学等互动模式,提升实效,并建立认证机制促进教师发展。继续教育阶段,建立“人文导师”制度,通过名师讲堂、读书会等形式带动团队,强化师资进修支持,依托培训、研修与交流项目提升教学水平,辅以科学评估检验成效。优化评价体系,加大人文教育成果在职称评定与绩效考核中的权重,激发教师积极性。运用AI辅助PDCA循环与双导师制,构建一体化教学模式,通过OSCE阶段性评估建立闭环反馈机制,持续规范全科住院医师培训工作,强化全科理念,实现质量螺旋提升[19]。

2.3 利用优势应对威胁(S-T策略):促进社会认同,强化全科医学人文教育

提升公众对全科医学的认知,是推动分级诊疗、实现“健康中国”战略的社会基础,必须依靠多方位宣传[26]。院校教育阶段,应组织学生深入社区,定期参与健康讲座、慢病管理志愿活动及家庭访视,在服务中增强社会责任感,同时让居民尽早了解全科医生的价值定位[27]。毕业后教育阶段,通过系统报道全科医生扎根基层、连续管理慢性病、促进健康的典型案例,并公开患者满意度数据,以客观事实塑造值得信赖的职业形象,强化全科医生在慢性病管理和健康促进中的重要作用。继续教育阶段,定期开展社会认知调查,根据反馈调整宣传策略,例如针对农村地区加强广播与村医联动宣传,针对城市社区开展线上互动科普[21]。通过强化全科医生与患者之间的长期照顾关系,使患者在医疗过程中感受到更多关怀,逐步改善社会认知。

2.4 克服劣势应对威胁(W-T策略):提升人文素养,增强全科医学职责使命

全科医学职业定位模糊在一定程度上影响了全科医生和医学生对全科医学学科的认同感。院校教育阶段,结合文学、哲学、历史等人文课程,帮助全科医学生理解职业价值。叙事医学通过文学选读、叙事分析及反思写作,帮助全科医学生内化善待生命、尊重患者的职业精神[28]。这一过程并非简单增设人文课程,而是将价值思辨融入病例讨论、床旁教学、科研训练等核心环节,为医学创新确立伦理底线、厚植人文精神,使其在服务科技强国战略的同时,始终坚守“医学为人服务”的根本属性。毕业后教育阶段,关注医学生向医生角色的心理过渡,培养正向的职业态度和责任感。增加社区医疗实践,定期撰写反思日记,通过赋予责任提升自我价值认同。继续教育阶段,引入心理健康支持和职业发展辅导,建立年度心理健康筛查制度,培训医生担任“心理观察员”,形成内部守护机制。同时,政府和医院应加强全科医学学科建设,提供更多职业发展机会,改善职业环境。通过持续性的人文教育与职业引导,促进全科医学生和全科医生逐步形成清晰的职业认同,为全科医学发展注入新动力,提升其社会地位与影响力。

3 中国三阶段全科医学人文教育体系综合评价

综合上述SWOT分析可见,中国三阶段培养体系下的全科医学人文教育,处在“制度优势尚未充分释放、内部短板相对突出、外部机遇与威胁并存”的交织状态。优势上,院校教育的“5+3”“3+2”模式、毕业后教育强调加快储备具有新内涵的全科医学人才、继续教育中全科医学以人为中心的理念,为人文

教育提供了制度与理念根基。然而,劣势同样存在:各阶段人文课程与培训比重偏低,师资储备较为薄弱,继续教育评价体系有待进一步完善。外部机遇方面,人口老龄化催生的社区照护需求和AI技术赋能的人文教学精准化转型,创造了有利条件。社会对全科医生专业性认知不足、职业认同模糊和学科发展滞后等外部威胁,又可能削弱人文教育的动力与效果。

基于上述局面,结合不同SWOT分析层面提出解决方案。S-O策略立足于利用制度优势抓住机遇,主张优化机制、完善三阶段人文教育体系,通过引入Mini-CEX、360度评估和叙事医学写作等工具,将政策导向转化为可量化的培养标准,实现人文素养的螺旋式提升。W-O策略聚焦弥补劣势以把握机遇,明确提出师资是核心关键:在院校组建跨学科教学团队、设立医学人文学科教研组,在毕业后实施人文教学能力提升项目并建立认证机制,在继续教育阶段设立人文导师制度、强化进修支持,同时把人文教育成效纳入职称评审,以激发内生动力。S-T策略则运用优势应对外部威胁,通过在院校阶段组织社区健康服务以增强学生使命感,在毕业后阶段借助典型案例报道和患者满意度数据塑造专业形象,在继续教育阶段根据社会认知调查动态调整宣传策略,从而逐步改善公众认知,强化全科医生的职业吸引力。W-T策略重点关注职业认同模糊这一劣势与威胁交汇点,提出将叙事医学、哲理思辨融入核心教学环节,以反思日记和社区实践促进角色过渡,并建立心理健康筛查与职业发展辅导机制,从知识灌输转向价值内化,筑牢职业精神根基。

上述四类策略形成了“制度完善—师资强化—社会认同—精神内化”的闭环:S-O和W-O策略旨在从供给侧夯实人文教育的制度和能力基础,S-T和W-T策略则从需求侧改善外部环境并重塑内在认同,二者共同将全科医学人文教育从附属环节逐步升级为贯穿三阶段培养全过程的素养主线。

4 结语

综上所述,全科医学人文教育的提升将有助于全科医学的高质量、可持续发展,为“健康中国”战略的顺利实施提供坚实支撑。在推行全科医学人文教育的过程中,应充分发挥三阶段培养体系的制度优势,在实施层面进一步结合国情,细化各项策略的操作路径,顺应时代潮流,抓住机遇,克服不足,最终培养出具备创新精神、优秀人文素养和扎实科学素质的全面发展的新时期全科医学人才。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突。

参考文献:

[1]武宁,程明羲,闫丽娜,等.中国全科医生培养发展报告(2018)[J].中国全科医学,2018,21(10):1135-1142.

[2]郭晓奎.对新医科的理解与认识[J].中国大学教学,2023(7):4-10.

[3]吴春容.全科医生与专科医生的区别[J].中华全科医师杂志,2002,1(1):33-35.

[4]Sebel L E, Katz E G, MacLachlan L S. A SWOT analysis of urology residency [J]. Current Urology Reports,2021,22(12):61.

[5]唐皓,陈淑英,吴敬国,等.全科医学基地建设的思考与展望[J].中华全科医学,2019,17(10):1753-1757.

[6]国务院办公厅.关于加快医学教育创新发展的指导意见[EB/OL]. (2020-09-23)[2026-03-15]. http://www.gov. cn/zhengce/content/2020-09/23/content_5546373.htm.

[7]杨信,王宏,韩建军,等.2023年世界家庭医生组织欧洲分会修订全科医学/家庭医学定义的主要内容及其意义[J].中国全科医学,2025,28(22):2712-2719.

[8]杨凯文,姜岳,赵付英.家庭访视在以家庭为单位的健康照顾中的实施效果研究[J].中国全科医学,2021,24(22):2880-2884.

[9]付强强,金花,于德华.2001—2020年中国全科医学与社区卫生研究能力发展状况与策略[J].中国全科医学,2022,25(34):4252-4258.

[10]孙忠河,柏如海,周超.高等院校医学生素质教育面临的问题及发展对策[J].中华医学教育探索杂志,2023,22(6):860-863.

[11]董卫国,朱俊勇.医学人文概论[M].北京:人民卫生出版社,2023.

[12]Taylor D C M, Hamdy H. Adult learning theories: Implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No. 83[J]. Medical Teacher, 2013, 35(11):e1561-e1572.

[13]国家统计局.王萍萍:2025年全国人口总量为140489万人人口高质量发展持续推进[EB/OL].(2026-01-19)[2026-03-15]. https://www. stats. gov. cn/sj/sjjd/202601/t20260119_1962338.html.

[14]陆杰华,阮韵晨,张莉.健康老龄化的中国方案探讨:内涵、主要障碍及其方略[J].国家行政学院学报,2017(5):40-47.

[15]胡燕利,谢家兴,吴欣娟,等.华北地区老年人康养服务需求现状及影响因素分析[J].护理研究,2022,36(21):3781-3786.

[16]Tan S T, Xin X, Wu D. ChatGPT in medicine: Prospects and challenges: A review article [J]. International Journal of Surgery, 2024, 110(6): 3701-3706.

[17]门茜儒,刘林.人工智能赋能医学教育现代化的应用挑战与现实路径[J].医学教育研究与实践,2025,33(5):641-646.

[18]朱雪波,刘建明.人工智能时代医学人文面临的挑战与机遇[J].浙江社会科学,2025(7):113-116.

[19]吴健,谭莉,肖斯柔,等.人工智能助力双导师在全科住院医师规范化培训中的应用探讨[J].中国现代医生,2024,62(36):88-90.

[20]Zhang L Y, Cheng G, Song S H, et al. Efficiency performance of China's health care delivery system[J]. The International Journal of Health Planning and Management,2017,32(3):254-263.

[21]周维钰,杨德兴,王强,等.云南省鲁甸县居民对全科医学和院前急救相关知识认知现状的问卷调查[J].昆明医科大学学报,2024,45(3):118-126.

[22]杨辉.澳大利亚全科医学危机峰会及启示[J].中国全科医学,2023,26(1):11-13.

[23]Karle H. Global standards in medical education - an instrument in quality improvement[J]. Medical Education,2002,36(7):604-605.

[24]周炜.英国全科医学体系对我国全科医学工作的启示和思考[J].浙江医学教育,2019,18(1):16-18.

[25]李政,王晨,杨宏英.浅析美国医师职业精神的教育与评价体系[J].西北医学教育,2016,24(1):48-50.

[26]曹德立,周巍,张修芳,等.基于计划行为理论和技术接受模型融合模型的全科医生参与分级诊疗意愿调查研究[J].中国全科医学,2024,27(25):3108-3114.

[27]Wang S, Yan D, Hu X M, et al. Comparison of attitudes toward the medical student-led community health education service to support chronic disease self-management among students, faculty and patients[J]. BMC Medical Education,2023,23(1):17.

[28]薛英利,薛婷,唐臻娜,等.反思性写作服务于全科医学生叙事医学能力培养实践[J].中华全科医学,2018,16(6):1011-1014.

(编辑:杨雪莹)