

· 医学人文 ·

从医学人文到健康人文:基于社会-生态系统的 价值体系与韧性治理

张 玥¹, 邵佳妮¹, 王锦帆¹, 鲁 明², 赵妍双²

(1. 南京医科大学医学人文研究院, 江苏 南京 211166; 2. 南京医科大学学科建设与发展规划处, 江苏 南京 211166)

[摘要]在全面推进“健康中国”建设与弘扬社会主义核心价值观的背景下,传统医学人文的封闭性治理模式面临健康资源分配失衡、文化认知冲突与数据壁垒等多重挑战。研究基于社会-生态系统理论,提出医学人文的现代性演进必然转向以“人民健康为中心”的健康人文生态。通过对健康人文进行价值认知与重构,构建包含价值维、要素维、过程维、管理维的“四维”治理框架,并建立相应的分析模型与测量指标。特别强调医学是实现健康的手段,而全民健康才是人文治理的终极价值归宿,进一步提出了中国式韧性治理的行动路径:一是加强多元主体合作促进机制,彰显团结协作的社会主义制度优势;二是推进健康人文治理全链条数据标准化,服务于国家治理体系与治理能力现代化;三是创新健康人文价值的显性测度方法,强化质量导向与责任意识。

[关键词]医学人文;健康人文;健康治理;社会-生态系统

[中图分类号]R-05 **[文献标志码]**A **[文章编号]**1001-8565(2026)09-1220-07

DOI:10.12026/j.issn.1001-8565.2026.09.12

From medical humanities to health humanities: value system and resilience governance based on social-ecological system

Zhang Yue¹, Shao Jiani¹, Wang Jinfan¹, Lu Ming², Zhao Yanshuang²

(1. Institute of Medical Humanities, Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China; 2. Department of Discipline Construction and Development Planning, Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China)

Abstract: Against the backdrop of comprehensively advancing the construction of a “Healthy China” and promoting the core socialist values, the traditional closed governance model of medical humanities is confronted with multiple challenges such as imbalances in health resource allocation, cultural-cognitive conflicts, and data barriers. Grounded in social-ecological system theory, this study argued that the modern evolution of medical humanities inevitably shifted toward a health humanities ecology centered on “people’s health.” Through the value recognition and reconstruction of health humanities, a “four-dimensional” governance framework comprising the value, element, process, and management dimensions was constructed, and corresponding analytical models and measurement indicators were established. It particularly emphasized that medicine represented a means to achieve health, whereas universal health constituted the ultimate value destination of humanistic governance. Furthermore, action pathways for Chinese-style resilience governance were proposed. First, it was necessary to strengthen cooperation promotion mechanisms among multiple stakeholders, thereby highlighting the institutional advantages of socialism in terms of solidarity and collaboration. Second, it was essential to promote data standardization across the entire chain of health humanities governance, thus serving the modernization of China’s national governance system and governance capacity. Third, it was vital to

[基金项目] 国家社科基金“医学院校课程思政与思政课程协同育人模式创新及成效评价研究”(24VSZ133)

[作者简介] 张玥,女,研究方向:人文医学、健康教育;赵妍双(通信作者),女,研究方向:学科发展与医学教育

innovate explicit measurement methods for health humanities values, thereby reinforcing quality orientation and responsibility awareness.

Keywords: medical humanities; health humanities; health governance; social-ecological system

在健康中国战略纵深推进与全球公共卫生危机迭起的双重语境下,医学人文正经历从个体伦理关怀向群体健康正义的范式转变。传统医学人文的“医患二元”封闭系统已难以应对健康资源分配失衡、文化认知冲突、数据壁垒固化等复杂治理挑战,亟需通过价值体系扩容与治理框架升维实现系统性突破。相较于医学人文较为局限的因果关系,健康人文更加注重关联关系,因而体现出更加自主、立体的理论建构和观念自治^[1]。研究基于社会-生态系统(social-ecological system, SES)理论框架,回溯医学人文价值认知的历史演变,解构医学人文向健康人文转型的价值重构,并尝试构建健康人文治理现代化框架与路径,从而为《“健康中国2030”规划纲要》制度优势向治理效能转化提供积极建议。

1 医学人文走向健康人文的历史演进

1.1 德性伦理与朴素整体观的奠基

古希腊的希波克拉底誓言以其“不伤害”原则与“为病人利益着想”的承诺,奠定了西方医学伦理的基石;盖伦等先哲则从自然哲学出发,将健康视为人体内部“四体液”与外部环境的动态和谐的概念。而中国古代儒家“仁者爱人”的伦理思想深深浸润传统医德,《黄帝内经》不仅构建了“天人相应”的整体医学观,更将“医乃仁术”奉为准则,强调医者的仁爱之心与济世之责。因此,早期人们对医学人文认知的核心是医者个体的德性修养及与之相随的整体生命观,医学实践被视为承载着崇高道德使命的技艺,健康被理解为个体内部及个体与自然的朴素协调。

1.2 主体觉醒与医学人文学科化的勃兴

文艺复兴以来,医学知识体系开始走向实证和理性,然而也埋下了人的身体走向“碎片化”“客体化”的隐患。从此时起历经18世纪的启蒙运动,直至生物医学模式占据明确主导地位,医学深入微观的程度达到前所未有的深度。在中国,中医同样面临着保留人文内核与吸收现代科学方法的复杂处境和自我调整。从世界范围来看,人文医学学科因医学陷入技术主义及可能的异化危机而得以在

20世纪中叶兴起,医学人文从最初单方面强调医者仁心走向与尊重患者并重,医学人文初步形成了对抗纯粹技术主义的学理化力量。但这一时期的人文主要体现在医疗场景内,即狭义的医患之间,还未能将医学人文置于复杂社会结构和系统中予以审视。

1.3 健康人文概念与现代性生态转向

世界卫生组织(WHO)在1948年对健康进行定义,明确“健康不仅为疾病或羸弱之消除,而系体格、精神与社会之完全状态”^[2],首次明确将社会维度纳入健康范畴。1977年美国内科医生恩格尔(G.L.Engle)提出“生物-心理-社会”为核心的医学模式,进一步强调心理因素和社会环境在疾病发生、发展和转归中的关键作用。随着生物、心理和社会成为世界公认的现代医学模式代名词,各国人民开始关注经济、社会、文化、心理等“健康社会决定因素”(social determinants of health, SDH)^[3]。最为著名的便是福柯(Michel Foucault)用对临床医学的“凝视”的话语化方式^[4],深刻剖析知识与权力在现代医学实践中的复杂关系,进一步动摇了生物医学模式隐含的“技术中立”规则。与此同时,生物医学模式逐渐显露出局限——完全以疾病为中心可能导致过度医疗,在应对慢性病成为主要健康威胁和健康不公平加剧的全球性挑战中,生物医学模式显得越来越力不从心。不仅如此,气候变化、环境污染等全球生态危机对人类健康造成了前所未有的系统性威胁,人们逐渐形成了健康共识——健康无法脱离自然和社会环境而独善其身。由此“同一健康”(One Health)理念^[5]得以诞生,该理念强调人类健康、动物健康和环境健康三者密不可分、相互依存,尤其是要将环境健康纳入公共卫生的核心议程。

上述对医学走向健康的科学认知不断推动着医学人文价值发生现代性的生态转向,人们对医学人文的认知正在演变为健康人文。这一演变清晰地呈现出从个体德性聚焦,到人际与社会关怀,最终指向人与“社会-生态”系统共生共荣的内在逻辑。从医学人文到健康人文的演进,不仅是范畴的拓

展,更是价值目标的根本转向:医学是实现健康的手段,健康才是个体与社会发展的终极追求。

2 基于社会-生态系统的健康人文价值认知与重构

社会-生态系统概念最早产生于 20 世纪 90 年代可持续发展研究之中,认为从社会-生态角度去探究知识系统的转变,可以创造一种新的认识论基础,以便更好地研究广泛社会与生态系统间非线性、多嵌套的耦合关系。1998 年伯克斯(Berkes Fikret)和福克(Folke Carl)将社会-生态系统概念转变为分析框架,以探讨复杂系统的“社会-生态”核心问题^{[6]2}。2004 年以来,相关研究更加关注关键变量及其相互关系,尤其是诺奖得主奥斯特罗姆(Elinor Ostrom)及其合作者^[7]于 2009 年提出的诊断型框架——制度分析与发展框架(Institutional Analysis and Development, IAD),不仅实现了变量从“可识别”到“可提取”的延伸,而且在一定程度上为社会-

生态系统之间的复杂互动提供了生态学、社会学、经济学等多学科融合的分析框架平台,并成为系统属性、综合治理和公共政策研究方面的重要理论。目前 SES 分析框架在一级变量上主要集中于资源系统、资源单位、治理系统和行动者,二级变量则因为应用领域需求而存在较大差异^[8],但并不影响人们将之作为医学自然生态与人文社会生态互动耦合的支持性理论框架,来探讨医学应该如何应对未来不确定性和复杂的系统韧性。

2.1 健康人文价值认知

科学认知医学人文走向健康人文的价值拓展,需要从健康社会生态系统去揭示医学在社会、经济、生态不同领域流动、应用及价值实现的底层逻辑,需要从医学生态系统与健康社会系统的互动中寻求社会-生态交互作用的解释力,从而构建社会-生态视域下医学人文走向健康人文的分析模型(详见图 1)。

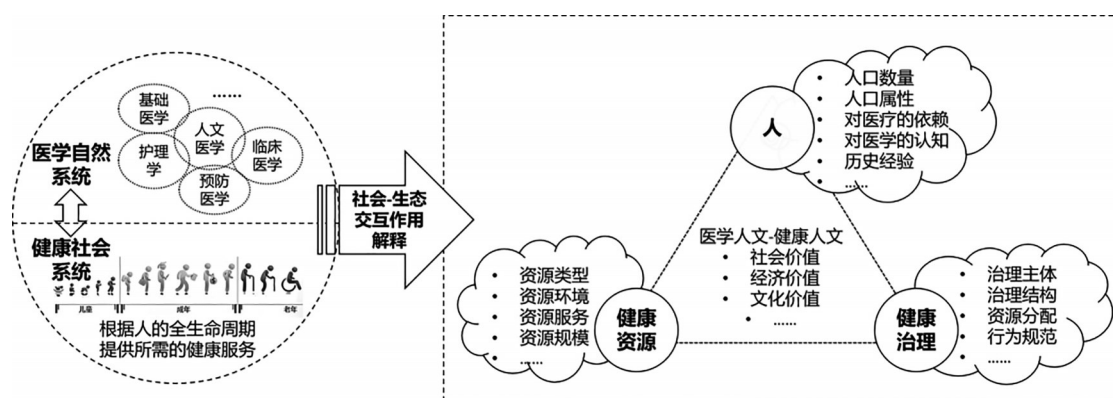


图 1 健康人文的社会-生态系统分析模型

如图 1 所示,医学自然系统以传统生物医学模式为旨归,强调医学学科范畴内子学科的各自发展和协调发展;健康社会系统不再拘泥于生物医学,而是将心理、社会、经济、文化等社会多因素纳入人的全生命周期进行考量。医学自然系统与健康社会系统的应然关系可形成社会-生态交互作用解释逻辑:在人、健康资源和健康治理的三维框架中,所有相关变量都无法仅仅局限在医学学科内部,而是走向健康社会的视野。具体表现在,第一,医学自然系统为健康社会系统提供基础性支持,从而产生医学的社会、经济、文化等价值。医疗置于任何国家都是国民必需的生态产品,医学学科的健康发展本身就是医学人文价值体现的自然过程。虽然健康中国旨在推进全民健康素养提升,但在中国居民

健康素养水平不均衡、不充分的现实中,医学仍然扮演着生态核心角色。第二,健康社会系统对医学生态系统的作用明确且深远,甚至直接影响着医学人文价值实现。这种作用体现着两重性:如果健康导向是错误的,将会导致社会人群对医学和健康的认知走向愚昧,如迷信保健品和健康谣言;如果健康导向是科学的、方法是有效的,将会显著提高整个社会健康知识和行为技能水平,甚至通过自然的解决方案就可以提升社会生态韧性。第三,医学自然系统和健康社会系统二者相辅相成。地区居民健康水平直接关联地区社会、经济、科学、文化价值实现,相较于医学显性特征而被低估的隐性的健康管理、公共卫生,将会是国家和地区整体健康发展的前提条件。因健康促进而得到发展的社会、经

济、科学、文化价值又会反过来作用于社会健康,并促进健康人文价值更大实现。

2.2 健康人文价值重构

宏观来看,医学自然系统支撑社会医疗和科学显性发展,健康社会系统提供隐性共享的健康教育与传播。但如何重构二者协同的生态价值?如何形成可测量或可评估的人文价值?健康人文价值重构及其测量变量,将会成为政府、社会、医疗机构、大学、媒体等相关利益者共同参与,并进行调控分配的重要依据。

研究第一步联合 WHO 健康社会决定因素框架(SDH)与相关的中英文学术文献,提取环境因素和社会结构因素中涉及健康人文的要素,尤其是将社会和社区网络及健康差距要素纳入群体健康研究。同时结合中国本土化语境,将《“健康中国2030”规划纲要》《医学人文关怀提升行动方案(2024—2027 年)》等政策文件中的相关元素进行提取,包括健康与社会的协调、健康服务均等化、覆盖全生命周期、健康监测与健康教育体系、非医疗健康干预、中医药传承创新、加快转变政府职能、健康医疗大数据应用、健康法治建设等。再将上述多因素梳理整合,形成多元健康人文价值测算关键特征初级指标。第二步邀请来自江苏、北京、山东、四川、广东的三甲医院、社区医院、医学院校和卫健部门副高职称以上医生、教师或管理人员 18 人,通过德尔菲法完成两轮专家论证,两轮专家权威系数(Cr)分别为 0.88 和 0.91,修正后的指标体系通过验证性因子分析(CFI=0.92, RMSEA=0.04)。

最终形成的关键特征指标体现了结构性指标、过程性指标和结果性指标混合,显性指标与隐性指标共融的制定特点。其中社会价值权重最高(0.401),显示出健康人文对传统医学人文的超越——即从个体关怀转向社会公平,不论是 WHO 的健康社会决定因素还是健康中国战略,都将健康公平和医疗人文服务覆盖作为重要内容。从专家打分来看,经济价值权重(0.265)略高于文化价值(0.220),一方面健康人文经济价值衡量需要呈现 GDP 导向,尤其是在医疗费用无序增长和医保资金人文效能配置问题上;另一方面文化资本对健康产出的隐性贡献也被纳入考虑,尤其是传统中医药文化和文化认同对健康行为的内驱力构成了具有

中国特色的文化价值。最后,系统协同将政策性因素和地区性差异纳入系统考量,体现出一定的发展性差异。

研究在关键特征指标基础上,采用层次分析法(AHP),继续由上述 18 位专家以 1~9 的标度形式对各级指标打分,并对打分结果做如下处理:①构造判断矩阵。由专家对同一层次指标进行两两比较,给出它们相对重要性的判断值,全部指标经过两两判定之后,形成比较判断矩阵 $D=(d_{ij})_{n \times n}$ 。②层次单排序及其一致性检验。求解出判断矩阵 D 的最大特征值 $\lambda_{\max}$,利用公式 $Dv=\lambda_{\max}v$ 解出 $\lambda_{\max}$ 所对应的特征向量 v , v 经过归一化后即为一层次相应指标对于上一层次某指标相对重要性的排序权值,再进行层次单排序的一致性检验。③层次总排序及其一致性检验。把经过层次单排序获得的权重向量进行综合,得到各指标对总目标的相对权重,并逐层进行一致性检验。指标体系及权重如表 1 所示。

3 基于社会-生态系统的健康人文治理框架

健康人文治理不是医学单一学科领域的问题,而是跨学科、跨部门、跨区域的复杂社会-生态工程。基于上述理论分析模型和价值指标体系,可以进一步建立健康人文适应性治理框架。

3.1 治理行动框架

价值维是健康人文治理的核心,为达成可持续发展目标下的健康发展,必须深刻认识和理解健康人文在社会、经济、文化等多方面的价值。要素维是健康人文治理的基础,多元价值和人群健康诉求的差异性增加了健康人文治理的复杂性和动态性。过程维强调系统分析其相关因素,从策划到支持和运行,再到评测和改进串联起健康人文治理全链条。管理维包括组织机制、管理方式、数字化治理和组织文化,是驱动健康人文治理持续改进的动力。与医学人文治理框架体系相比,健康人文“四维”治理框架在目标、对象、载体、方式等方面都有较大的拓展(详见表 2)。以全生命周期为导向的健康人文治理强调从医患个体走向社会群体、从医院病房走向社会场所、从静态规则走向韧性调节,从而促进全民健康高质量发展和健康韧性提升,进一步实现健康人文社会-生态系统构建。

表1 健康人文多元价值测算关键特征指标(A)

一级指标 (B)	核心内涵	权重 (Wi)	关键特征二级指标(C)	二级指标解释	权重(Xi)
社会价值 (B1)	健康公平与社会凝聚力	0.401	区域健康素养差异系数(C1)	不同区域居民健康知识掌握程度的离散状况	0.120
			基层医疗人文服务可及性(C2)	居民获取人文关怀服务的地理/经济可及性	0.105
			健康社区参与指数(C3)	社区居民参与健康促进活动的频率与质量	0.090
			医患信任度(C4)	医患双方在诊疗过程中达成的互信程度	0.086
经济价值 (B2)	健康投入产出效能 优化	0.265	人文关怀成本—健康产出弹性系数(C5)	单位人文关怀投入带来的健康改善率	0.112
			预防性健康行为经济价值当量(C6)	预防行为(如疫苗接种)可避免疾病经济负担折现值	0.073
			健康人力资本贡献率(C7)	健康人群相较亚健康人群在劳动生产率等方面的超额贡献百分比	0.051
			医疗纠纷损耗占医疗支出比(C8)	医疗纠纷导致的直接赔偿、行政成本及声誉损失占机构年度运营支出的比例	0.029
文化价值 (B3)	健康文化认同与传播深度	0.220	健康文化符号渗透程度(C9)	健康相关文化符号在公共空间、媒体内容、日常话语中的出现密度与认同度	0.055
			媒体健康叙事正向率(C10)	媒体报道中符合科学理性、倡导积极健康观的内容占比	0.079
			传统医学文化传承度(C11)	中医药等传统健康知识的存续程度	0.047
			健康生活方式践行率(C12)	居民每日健康行为达标天数占比	0.039
系统协同 (B4)	健康—医学系统耦合效能	0.114	社区医疗资源协调度(C13)	医疗机构与社区健康资源在空间布局、服务内容、人群覆盖上的匹配协同程度	0.051
			健康政策生态位宽度(C14)	政策体系覆盖健康社会决定因素的广度	0.022
			多元主体参与度(C15)	多主体参与健康治理的多样性及均衡度	0.031
			健康信息流网络密度(C16)	承担跨系统健康信息中转功能的机构/平台服务人口占比	0.010

表2 健康人文治理与医学人文治理的比较

治理维度		传统医学人文治理		健康人文治理		理论转变		政策映射案例	
价值维	核心	个体医德伦理	群体健康正义		从义务论伦理		浙江整体智治县域“健康大脑”		
	焦点	医患关系和谐	健康资源公平		到能力正义				
	目标	减少医疗纠纷	消除健康鸿沟						
要素维	主体	医疗机构和医务人员	相关利益者包括政府/社区/企业/媒体等		从封闭系统		上海“健康云”数智平台		
	对象	患者群体	全民健康生态		到开放复杂系统				
	载体	医学伦理委员会	健康人文数字中台						
过程维	治理流程	线性	循环		从计划控制		粤港澳“健康湾区”		
	关键节点	人文教育、临床伦理	健康预警、文化反馈		到适应性治理				
	周期	静态年度评估	数据驱动迭代						
管理维	方式	行政指令、制度约束	价值引导、算法治理		从科层管控		三明医改的“健康效益”		
	工具	医务人员行为规范	健康人文价值仪表盘		到算法赋权				
	激励	精神荣誉为主	人文效能分配						

在价值维度,以阿马蒂亚·森(Amartya Sen)可行能力平等理论为代表的非福利主义反对单一性的资源分配和福利机会,强调个体实现其功能(如健康、教育等)所需的功能性活动组合,主张通过社会整体能力提升促进平等和正义。举例来说,目前浙江省推行的“健康大脑”体系以县域数字化医共体为单位,构建县乡村三级健康地图,形成区域疾病图谱与个人健康画像,旨在实现全民全程筛、防、管、治全流程数字化健康管理,其推广的“浙医互认”“浙里急救”“浙里护理”等重大应用就是从义务

论伦理转向能力正义理论的积极实践。

在要素维度,奥斯特罗姆等^[7]提出的多中心治理认为在政府、市场之外可以引入第三个中心——社会。构建政府、市场和社会三维框架下的多中心供给模式,可以有效克服单一靠市场或政府来实现健康公共服务供给不足,多中心和自发性的第三部门(社会)有助于公民参与意愿的表达和参与途径的实现。复杂适应系统(Complex Adaptive System, CAS)理论同样关注“具有适应性的主体”与系统共同的演变和进化^[10]。上海“健康云”数智平台是全

国首个采用“政企合作,共建共享”建设方式打造的城市级医疗健康服务的一站式总入口,构建了“医、药、防、养、康、护、健”健康生态服务群,形成了第三部门参与系统健康人文治理的有效尝试。

在过程维度,健康人文治理体现出文化与数据层面的适应性治理要求。在“一国两制”背景下,粤港澳三地医疗标准壁垒如何打破,需要在共建大湾区健康人文规则的适应性治理下,以文化适应促进“数据过河”。随着“健康湾区”被写入《粤港澳大湾区发展规划纲要》,粤港澳三地医疗卫生领域的合作不断走向纵深,如“长者医疗券大湾区试点计划”“大湾区跨境直通救护车试行计划”“港澳药械通”和医生资质互认等措施,体现出以政策创新与规则衔接促进机制壁垒破除的“湾区样本”。

在管理维度,福柯从生命权力(bio-pouvoir)中提炼治理哲学,强调生命质量和生命平等,并将生命政治、技术治理纳入国家治理之中。未来一定时间内数字手段将取代大量工作而加剧或放大生命不平等,但另一方面数字治理术如何通过多方行动去动态地接近平等状态,尤其是虚拟现实两个互补的世界如何让所有生命主体尽可能平等地享有^[11],是健康人文治理走向数字化需要面临的现实。因此,传统人文在管理上的科层管控必须结合时代发展转向数字赋能和算法赋权。三明医改作为国家医药卫生体制改革走向纵深的试点,实现医疗、医保、医药“三医联动”,尤其将医生收入与医疗服务质量、患者满意度、健康绩效等考核指标挂钩,以韧性换弹性,形成健康人文产出,构建起一套以“健康效益”为核心评价标准、覆盖“全生命周期”的数字化、智能化慢性病协同管理体系。

3.2 治理行动路径

3.2.1 探索健康人文协同治理模式,构建社会-生态下的合作促进机制,发挥多元主体能动作用

面对世界卫生健康的全球性挑战,用社会-生态系统下的合作促进机制激发并提升多元主体能动性是核心策略。超越医学单一学科范畴,进一步纳入社会学合作促进理念,强化健康人文多元价值与价值传播,经由“自下而上”和“自上而下”相结合的政策手段,促进社会公众将健康治理的主观认知转变为实际行动,形成从参与到合作、从合作到反馈的良性循环,才能不断优化健康治理的系统效能。

另一方面,在多元主体合作机制设计中,应高度重视社会价值(权重 0.401)的引领作用,将健康公平、基层医疗人文服务可及性(C2)、区域健康素养差异系数(C1)等关键指标纳入合作目标体系,通过政府、社区、企业、媒体等多方协同,打造信息平台、引入多方对话,切实缩小健康鸿沟,提升健康资源分配的正义性。

3.2.2 构建健康多维感知观测体系,推进人文治理全链条数据标准化,打造协同治理决策平台

数据标准化建设应以社会价值为导向,优先实现健康素养、基层服务、社区参与等核心社会价值指标的动态监测与跨系统共享,打破数据壁垒,为健康公平治理提供精准数据支撑。一方面,可依托当前医学与理工、人工智能等相结合的新医科背景,将医学人工智能、大数据分析、数字建模等前沿技术纳入健康治理,通过数据互通,形成对居民全生命周期健康核心要素的精细化和动态性评价。另一方面,还要进一步提升健康治理相关部门的信息化管理水平,规范机构间、区域间的数据标准化要求,打破“数据孤岛”,促进健康数据共享,尤其是实现国家和地方省市各级健康管理机构或部门之间的信息互通互动,目前已有超大城市健康大数据治理的针对性研究^[12]。将健康人文视为健康治理的重要组成部分,进一步强化人工智能在医学人文和健康人文中的开发与应用,定期发布以医学人文或健康人文为主题的发展报告、在《中国居民健康素养监测情况》年度报告中纳入更具操作性的健康人文知识和行为要求等。

3.2.3 借助人工智能前沿信息技术,创新健康人文价值显性测度方法,提升公众健康认知水平

疾病治疗和健康管理的平衡点在于社会公众能够全面认识健康人文的多元价值。在治理从个体走向群体的复杂社会-生态图景中,人类健康的普遍性与差异性及其不确定性,尤其是人的“温度”需求,成为健康治理的最大难点。因此,在价值测度方法创新中,首先要立足健康社会价值的显性化表达,将健康叙事、社区参与指数、医患信任度等指标进行可视化呈现,具体可通过可视化技术展现全生命周期健康机理、打造健康教育虚拟资源池等做法,提升公众对健康人文社会维度的认知,推动形成“健康是共同目标”的社会共识;其次应创新健康

传播服务流,并将其纳入政策工具箱,刻画政策导向和实施对健康人文服务流的正负效应,增强健康政策推行的社会支持度和地区服务可及性,为政策调整和优化提供数据支持,进而从人文角度构建健康中国战略下的医患命运共同体。

4 结语

本研究通过价值体系重构与治理框架设计,明确了以医学为手段、以健康为目标的健康人文治理方向。未来研究应进一步深化健康人文价值的量化应用,尤其发挥社会价值指标的指挥棒作用,推动健康中国从制度优势向治理效能转化。

[参考文献]

- [1] 段志光.大健康人文:医学人文与健康人文的未来[J].医学与哲学,2017,38(6A):6-9.
Duan Z G. One health humanities: the future of medical humanities and health humanities [J]. Medicine and Philosophy, 2017, 38(6): 6-9.
- [2] 苏静静,张大庆.世界卫生组织健康定义的历史源流探究[J].中国科技史杂志,2016,37(4):485-496.
- [3] 程静,李洁雪,张冬梅,等.国外将健康的社会决定因素纳入医学教育对我国的启示[J].医学与哲学,2024,45(9):66-69.
Cheng J, Li J X, Zhang D M, et al. Incorporating social determinants of health into medical education abroad: implications for China [J]. Medicine and Philosophy, 2024, 45(9): 66-69.
- [4] 张旭.福柯的医学考古学:关于身体空间、医学话语与生命死亡的知识考古学[J].华东师范大学学报(哲学社会科学版),2025,57(3):8-16.
Zhang X. Foucault's medical archaeology of medicine: an archaeology of knowledge about body space, medical discourse and death [J]. Journal of East China Normal University (Humanities and Social Sciences), 2025, 57(3): 8-16.
- [5] 万家欢,曾特清.“同一健康”与生态治理的学理契合与实践[J].医学与哲学,2024,45(11):13-17.
Wan J H, Zeng T Q. Theoretical integration and practice of “one health” and ecological governance [J]. Medicine and Philosophy, 2024, 45(11): 13-17.
- [6] Berkes F, Carl F; , with the editorial assistance of Johan Colding. Linking social and ecological systems: management practices and social mechanisms for building resilience [M]. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 1998: 2.
- [7] Ostrom E. A general framework for analyzing sustainability of social-ecological systems [J]. Science, 2009, 325(5939): 419-422.
- [8] 焦雯璐,李宇薇.社会-生态系统框架研究综述:发展动态、研究方法与应用领域[J].生态学报,2024,44(20):8968-8983.
Jiao W J, Li Y W. Reviewing the social-ecological systems framework: development dynamics, research approaches and application fields [J]. Acta Ecologica Sinica, 2024, 44 (20) : 8968-8983.
- [9] 阿玛蒂亚·森:论经济不平等/不平等之再考察[M].王利文,等,译.北京:社会科学文献出版社,2006.
- [10] 易承志,杨胜梅.数字化转型如何提升超大城市韧性:基于复杂适应系统理论和构型理论的组态分析[J].甘肃行政学院学报,2025(1):32-45.
Yi C Z, Yang S M. How digital transformation enhances the resilience of megacities: analysis based on complex adaptive system theory and configuration theory [J]. Journal of Gansu Administration Institute, 2025(1): 32-45.
- [11] 柳亦博.以“生命政治”之名:在数字时代重思福柯的治理术[J].理论与改革,2024(1):85-96.
Liu Y B. In the name of “biopolitics”: rethinking Foucault's governmentality in the digital era [J]. Theory and Reform, 2024(1): 85-96.
- [12] 肖若晨.健康大数据:超大城市治理的机遇与挑战[J].河南社会科学,2024,32(11):104-113.
Xiao R C. Health big data: opportunities and challenges in the governance of megacities [J]. Henan Social Sciences, 2024, 32(11): 104-113.

收稿日期:2025-07-23

修回日期:2026-06-23

编辑:商丹,杜苗苗