

体医融合背景下“校-院-社”协同育人模式在慢性病康复教学中的实践探索

吕瑞芳¹

(1.吉利学院, 四川 成都 641423)

摘要: 慢性疾病已成为威胁公共健康的主要因素, 运动康复在慢病防治与康复中具有重要作用。随着“健康中国2030”战略的推进, 体医融合理念逐渐成为教育与服务改革的重要方向。然而, 传统康复教育存在学科壁垒、实践不足和社会资源利用不充分等问题, 一定程度上制约了康复人才的培养质量。基于此, 本文旨在探索“校-院-社”协同育人模式在慢性病运动康复教学中的应用路径。在研究框架的构建上, 本文以体医融合与协同育人理论为基础, 提出了由高校课程体系、医院临床实践和社区健康服务共同支撑的教学模式。实践表明, 该模式有效提升了学生的专业知识、临床技能和社会服务能力, 增强了就业竞争力。但该模式仍存在机制不稳固、师资不足和评价体系不完善等问题。“校-院-社”协同育人模式不仅有助于推动运动康复教育的改革, 也为完善慢病防治体系和落实健康中国战略提供了新的思路与实践经验。未来, 应进一步强化政策支持, 健全长效运行机制, 并积极引入数字化与智慧化教学手段, 以推动该模式的可持续发展。

关键词: 体医融合; 校-院-社; 协同育人; 慢性病康复; 教学改革

基金项目: 吉利学院“三个校园”教学改革项目(2025SGXYJG096)

DOI: doi.org/10.70693/rwsk.v1i10.1515

1 引言

慢性疾病已成为威胁人类健康和社会发展的重大公共卫生问题。世界卫生组织报告 (World Health Organization, WHO), 慢性病占全球死亡的70%以上, 心血管疾病、糖尿病、慢性呼吸系统疾病和肿瘤最为常见[1]。在我国, 慢性病患者人数持续增长, 约占疾病总负担的70%以上, 严重影响居民生活质量与社会医疗体系的可持续发展[2]。运动康复作为非药物干预的重要手段, 已被证实能有效改善心肺功能、增强肌肉健康、降低代谢风险, 促进心理健康[3-4]。基于此, 国家大力推进“体医融合”战略, 强调体育与医疗的深度合作, 以实现疾病防治和健康促进的协同发展[5]。然而, 传统康复教育仍存在理论与实践脱节、学科壁垒明显、社会资源利用不足等问题, 导致康复人才难以满足复杂的慢病管理需求。“校-院-社”协同育人模式由高校提供系统理论与科研支撑, 医院提供临床实践平台, 社区承担康复延伸与服务场景, 形成教学、科研与服务一体化机制。这不仅符合教育部关于协同育人的政策导向, 也为慢病康复人才培养提供了新路径。该模式在学术上推动学科交叉, 在教育上强化知行合一, 在社会上惠及患者, 助力健康中国战略实施。

国际上, 跨专业教育与协作实践 (Interprofessional Education & Collaborative Practice, IPECP) 已被广泛应用于慢病康复人才培养, 强调多学科协作满足人群健康需求[6]。以土耳其为例, 2022年起实施的基于ARCS-V动机模型的IPE项目, 以“慢性病管理与病人安全”为主题, 采用线上线下混合式教学, 结果显示学生在学习动机和跨专业学习准备度方面显著提高[7]。慢性病照护模型 (Chronic Care Model, CCM) 则突出社区资源、临床支持与患者自我管理的结合[8]。同时, 运动医学指南不断更新, 为心血管疾病、糖尿病和慢阻肺等患者提供循证运动处方, 推动“运动是良医”理念在公共卫生和社区推广[9]。

在国内, 国家政策文件如《健康中国2030》和《健康中国行动 (2019—2030年)》提出预防、治疗、康复和健康促进相结合的全周期理念, 为体医融合发展提供了制度支持[5, 10]。近年来, 国内学者围绕体医融合的人

作者简介: 吕瑞芳 (1996—), 女, 讲师, 研究方向为运动医学

通讯作者: 吕瑞芳

才培养、校院合作与社区康复开展探索,部分高校与医院、社区合作开设慢病康复课程和实践项目,取得积极进展[11, 12]。但现有研究仍存在不足:其一,体系化研究和长期随访有限;其二,校、院、社之间缺乏统一的能力框架和评价标准,协同运行多依赖经验推动;其三,跨学科师资不足,资源配置不均;其四,社区场景嵌入深度不够,连续性管理不足;其五,政策导向与院校课程体系之间衔接有待完善。

总体而言,国际模式在跨学科整合与评价体系建设上更为成熟,而我国的体医融合仍处于制度建设与实践探索阶段(见表1)。因此,本文拟在体医融合背景下,探讨“校-院-社”协同育人在慢性病康复教学中的实践路径,力求为康复人才培养、社区健康服务和健康中国战略的实施提供理论支持与实践范式。

表1 国内外慢性病康复教育模式比较

指标维度	国际模式 (IPECP、CCM 等)	国内模式 (体医融合探索)	特点与差距
理论框架	IPECP、CCM 模型,强调跨专业协作、连续照护	健康中国 2030,强调体医融合与健康促进	国际更注重循证与连续性,国内处于制度建设阶段
教学模式	多学科课程、社区嵌入式实践	校—院—社合作,项目化推进	国内缺乏长期机制与统一标准
课程体系	跨学科整合(医学、护理、社工、康复)	偏向康复与体育结合,跨学科课程不足	需增加健康心理、信息化模块
评价方式	能力导向、循证反馈	课程考核和实习报告为主	评价体系需进一步完善

2 理论基础与模式框架

2.1 体医融合和协同育人的理论支撑

体医融合作为健康中国战略的重要组成部分,为慢性病康复教学提供了坚实的理论根基。医学强调疾病的预防、诊断与治疗,体育学注重运动技能、体能训练和运动处方,两者在服务对象、干预方法和健康目标上高度契合。将运动训练的科学与原理与康复医学的临床经验相结合,不仅有助于患者在疾病治疗后恢复功能,还能通过运动促进身心健康,实现“治已病”与“治未病”的统一。由于慢性病具有长期性和复杂性,单一医疗干预往往存在局限性,WHO 倡导的“整体健康观”提出应从身体、心理与社会功能三个层面进行综合干预,这也为体医融合理念的发展提供了理论支撑。在此背景下,“校-院-社”协同育人模式的提出既是教育改革的现实需求,也是多学科理论发展的必然结果。该模式强调教育过程中多方主体在目标、资源和过程上的协作与共享,突出优势互补与共赢。教育学视角强调知行合一,要求学生在真实情境中实现知识与能力的统一;社会学视角突出教育与社会的互动,使协同育人不仅成为教学方法创新,更成为社会健康治理的重要环节;康复学视角则注重功能改善与社会参与,学生通过课程学习、临床实习与社区服务,能够掌握慢病评估、干预与随访等完整流程[12-13]。体医融合与协同育人共同构成了慢性病康复教育的重要理论支撑。

2.2 模式构建框架

在体医融合和协同育人理论的共同推动下,慢性病运动康复的“校-院-社”协同模式逐渐形成。高校作为人才培养的主阵地,应根据培养方案完善课程体系,突出跨学科教学,涵盖慢性病康复学、运动处方学、健康管理学和康复心理学等内容,强化学生的知识储备与科研能力。医疗与康复机构作为实践平台,承担学生的临床训练和案例教学任务,帮助其在真实康复场景中掌握疾病评估、运动干预和康复随访的技能。社区作为康复服务的延伸场所,既是学生将所学知识转化为健康服务的实践场景,也是验证教学成效的重要环节。通过健康讲座、康复工作坊、慢病干预项目,学生能够直接参与公共健康管理,提升社会服务意识与实践能力。三方通过制度化合作、双向师资聘任、资源共享和实践考核,逐渐构建起“教育链—医疗链—健康链”贯通的运行体系。该模式实现了课程教学、临床实训与社区服务的良性互动,不仅提高了康复人才培养的科学性和针对性,也为慢性病防治和健康中国战略的落实提供了可持续的教育保障。

3 实践探索与实施路径

3.1 教学目标与定位

在体医融合战略不断深化的背景下,慢性病康复教学的目标不仅局限于知识传授,更强调复合型、实践型和应用型人才的培养。按照运动康复专业本科人才培养方案的要求,教学定位应面向社会健康服务与临床康复双重需求,突出理论素养、临床技能与社会服务能力的整体融合。通过“校-院-社”协同育人模式,学生应在掌握康复基础理论和现代康复理念的基础上,能够熟练开展康复评估、运动处方制定与实施,并在社区与医疗机构中承

担慢性病健康教育与康复干预的工作。该模式的最终定位是培养德智体美劳全面发展、既能服务医疗体系又能支撑社区康复与健康促进的复合型康复人才，为健康中国战略提供教育支撑。

3.2 教学内容与课程体系

教学内容的设计坚持“理论—实践—应用”递进原则，以课程体系为核心，逐步形成多维度、模块化的人才培养路径。在理论课程方面，除开设《慢性疾病运动康复》《运动体适能》《健康管理学》等必修课程外，还结合康复学科发展趋势增设《康复心理学》《运动营养与膳食》《数字康复技术》等模块，使学生能够理解慢性病发生发展的机理，掌握运动干预和健康管理的基础理论。在实践课程方面，突出康复评估、运动处方和社区干预三大环节，同时融入传统康复治疗（推拿、拔罐、灸法）及作业疗法、言语治疗等特色内容。例如，在康复评估课程中，学生需掌握关节活动度、肌力、平衡和日常生活活动能力的测评；在运动处方制定课程中，学生需根据不同慢病患者的病情与体质制定个性化干预方案；在社区干预项目中，学生通过慢病患者健康教育、康复训练营和随访管理，形成康复知识转化为社会服务的能力。通过课程体系的纵深拓展，实现理论知识、技术技能与社会实践的全面贯通。

3.3 教学方法与形式

在教学方法上，注重多样化与创新性，强调“课堂—临床—社区”的一体化实践。课堂教学方面，采用案例教学与情景模拟，借助典型病案和虚拟情境训练，提升学生的分析能力与应变能力。在临床教学环节，学生分阶段进入不同科室，如物理因子治疗、运动疗法、传统康复岗位和相关科室康复岗位，在临床带教教师指导下，参与神经康复、肌骨康复及儿童康复等康复操作。在社区实践环节，学生通过健康讲座、康复工作坊和志愿服务，深入社区人群，承担健康教育和运动干预的任务，强化沟通技巧与服务意识。近年来，随着信息技术的发展，智慧康复教学逐渐成熟，线上平台和虚拟仿真系统广泛用于教学与考核。通过线上案例库、远程康复监测和虚拟仿真操作，学生不仅能够突破时间与空间的限制，还能获得个性化学习体验，进一步提高康复操作的准确性和规范性。

3.4 协同机制与运行模式

“校-院-社”协同机制是实践教学顺利实施的制度保障。高校在课程体系设计、教材编写、师资培养和科研训练中发挥主导作用，确保教学内容的科学性与前瞻性。附属医院和合作医疗机构则提供临床见习与实习平台，学生在不同病种和康复科室的轮转中，逐步掌握从康复评估、干预操作到康复随访的完整技能链条。社区作为康复服务的延伸场所，为学生提供慢病患者真实干预与健康教育的环境，使学生在社会服务中强化康复理念的转化与应用。三方通过签订合作协议、建立联合指导小组和共享教学资源，实现制度化与常态化协作。例如，高校与医院共同开发案例库与临床技能考核标准，社区与高校联合开展健康教育项目并反馈教学质量，医院导师与高校教师双向聘任，共同承担教学任务。通过这一机制，逐渐形成“教育链—医疗链—健康链”贯通的运行模式，推动教育质量提升与社会健康服务效益双向发展。表2展示了“校-院-社”三方在教学实践中的分工与协作关系，三方通过资源共享、双向师资、联合评价，逐渐形成完整的运行体系。

表2 “校-院-社”协同育人运行机制

环节	高校（校）	医院（院）	社区（社）	协同特色
教学资源	课程体系建设、教材编写、科研训练	临床案例提供、带教导师	健康教育资源、患者群体	教学资源共享
实践安排	理论授课、科研指导	临床见习、轮转实习、病例教学	康复工作坊、健康讲座、志愿服务	教学与服务结合
师资力量	专任教师、科研导师	临床专家、康复医生	社区健康管理人員	双向聘任与合作
质量评价	课程考核、论文评审	临床技能考核、导师评价	社区反馈、康复效果评估	多维度评价体系

4 案例分析与实践成效

4.1 实践案例

以吉利学院运动康复专业为例，该校在体医融合理念指导下，依托附属医院与地方社区共建实践教学平台，逐步探索“校-院-社”协同育人模式。学院先后与成都体育学院附属医院、四川省康复医院、简阳市人民医院、

绵阳市骨科医院等多家三甲医院签署合作协议,建立高水平临床实践基地。在实习环节中,学生需经历岗前培训、物理因子治疗、运动疗法、传统康复、作业及言语治疗等多个岗位轮转,集中实习期达24周,覆盖神经康复、肌骨康复和儿童康复等典型病种。此外,学生还进入社区承担慢性病患者的健康教育与康复指导,形成课堂教学、临床实习与社区服务的互补格局。通过制度化安排和多部门协作,逐渐构建起较为完善的实践育人案例。

4.2 教学效果与反馈

该模式在实施过程中取得了积极成效。从学生层面看,多数实习生能够较好地适应医院科室轮转,熟练掌握康复评估、运动处方制定及干预实施等技能,其临床操作能力和医患沟通能力显著提升。根据实习中期检查结果,集中实习学生的报到率和适应性均保持较高水平,医院对其实习态度、工作能力和职业素养给予了积极评价。部分学生在实习过程中因表现突出获得医院表彰,甚至收获患者及家属的书面感谢信,体现了其专业能力与职业素养的提升。从院方和社区反馈看,带教导师普遍肯定学生在康复实践中的学习热情和责任感,但也提出学生在循证思维与自主康复方案设计方面仍需进一步加强。就业流向显示,完成协同育人模式培养的学生更容易进入康复医院、社区健康服务中心或相关科研岗位,整体就业质量得到改善。

4.3 存在的问题与挑战

“校-院-社”模式在慢性病康复教学中展现出积极价值,但实践中仍面临一些问题。其一,合作机制尚不够稳定,不同医院和社区在资源供给、带教规范及考核体系上存在差异,影响了教学的统一性和持续性。其二,师资与资源不足仍是突出矛盾,尤其是兼具教学与临床能力的双导师数量有限,制约了个性化指导。其三,学生参与积极性不均衡,部分学生存在实习报告敷衍、签到不及时、主动性不足等情况。其四,实习内容与岗位匹配度不高,个别学生反映康复科轮转时间不足,部分科室与专业相关性有限,导致学习深度不够。其五,学生的职业规划与实习脱节,部分人未能合理平衡实习任务、论文撰写与未来发展需求。针对这些问题,学院和合作单位已尝试采取措施,如建立“校—院—社”三方责任协议、优化科室轮转安排、强化实习纪律管理、引入“校友邦”等信息化平台加强过程监管,并通过中期检查与师生座谈及时反馈和整改。

5 讨论

5.1 模式的优势与创新点

“校-院-社”协同育人模式在慢性病运动康复教学中的实施,凸显了多方面的优势与创新。首先是学科交叉的优势。医学与体育学在慢病康复中的深度融合,使得课程体系突破了传统的单一学科局限,形成了理论与技能与健康管理综合培养路径。学生不仅学习康复医学知识,还在运动训练、康复心理、健康管理等领域获得跨学科素养,提升了人才培养的宽度与厚度。其次是教学与社会服务的紧密结合。通过医院轮转和社区实践,学生能够将课堂所学直接应用于临床与公共健康服务,真正实现“学以致用”。

表3 协同育人模式的优势与不足

维度	优势	不足	改进方向
学科交叉	医学与体育结合,培养复合型康复人才	课程设置仍偏重本专业,跨学科不足	增加心理学、营养学、信息化等模块
实践环节	临床与社区结合,强调应用导向	社区实践持续性不足	建立长期合作机制,增强连续性
师资队伍	双导师制逐步推行,提升教学与临床衔接	兼具教学与科研能力的复合型师资不足	加强教师培训与双向流动
评价机制	初步形成课程与实践结合的考核体系	缺乏标准化和系统化评价指标	构建“知识—技能—素养”三维评价体系

实践过程中,部分学生不仅在医院得到导师表扬,还因服务态度和康复效果赢得患者的感谢信,反映出该模式对学生职业素养和社会责任感的塑造作用。最后,该模式体现了应用导向的人才培养特色。传统教学偏重理论灌输,而协同模式突出实践与就业导向,使学生毕业后能快速适应康复医院、社区健康服务中心等岗位需求,提升了人才培养的社会适配度。综上,该模式在慢性病康复教学中既展现出优势,也存在一定不足。为便于对比分析,其优劣势归纳如下(见表3)。

5.2 模式的局限性与改进方向

尽管协同育人模式具有明显优势,但在实践中仍存在一定局限性。首先,制度与政策支持不足。当前合作机制多依赖学校与个别医院、社区的项目化合作,缺乏稳定的制度化保障,导致在实践内容、带教标准和考核方式上存在差异。其次,实践环节的可持续性不足。由于经费投入有限,部分社区康复项目难以长期维持,学生在社区干预环节存在“短期介入、效果难以延续”的问题。第三,师资与资源供给不均衡。大多数附属医院和实习基地能够满足基本教学需求,但具备丰富临床经验和教学能力的“双导师”数量有限,部分学生在个性化指导和科研训练方面的支持不足。此外,教学质量评价体系尚不完善,目前评价多集中于考勤、实习报告和阶段性考核,缺乏对跨学科能力、循证思维和社会服务能力的系统化评价。因此,需要在政策层面推动校-院-社三方签订长期合作协议,在管理层面强化经费与制度保障,并在教学层面构建“知识—技能—素养”三维一体的评价体系,从而不断改进与完善该模式。

5.3 对教学改革的启示

在慢性病运动康复教育中,“校-院-社”协同育人模式对我国高等教育改革与健康中国战略的落实均具有重要启示。一方面,应进一步推动教育创新,深化跨学科课程建设,拓展数字康复、运动营养、康复心理等新兴模块,将体医融合理念贯穿人才培养全过程。另一方面,应建立长效机制和标准化运行模式。学校、医院和社区应形成常态化合作关系,在课程开发、师资培养、实习管理和质量评价方面形成制度化安排,避免合作松散和项目化短期运行的问题。同时,应加快推进信息化与智慧康复教学的应用,借助虚拟仿真、远程康复监测和案例数据库实现资源共享和精准教学,推动教育的公平性与普及性。最后,应在国家和地方层面出台相关政策,提供资金和制度支持,推动校-院-社协同育人模式的广泛推广,形成可复制、可推广的经验范式。通过这些措施,不仅可以进一步提升运动康复专业的人才培养质量,还能在慢性病防治和康复服务体系中发挥更大作用,为健康中国战略提供坚实的人才支撑。

6 结论

在体医融合背景下,探索“校-院-社”协同育人模式对提升慢性病康复教学质量和人才培养水平具有重要意义。该模式通过课程体系的优化、临床实践的强化以及社区服务的延伸,逐步形成了理论与实践结合、教育与社会互动的多元育人格局,有效提升了学生的专业知识、临床技能与社会服务能力。从教育改革与社会发展的角度看,体医融合不仅是高等教育培养复合型康复人才的重要途径,也是推动健康中国战略实施的关键环节。协同育人模式实现了教育链、医疗链与健康链的有机衔接,为社会提供了契合需求的康复人才和健康服务。展望未来,该模式仍需在制度建设、标准化运行和长效机制等方面不断完善,并进一步加强信息化与智慧康复教学的应用,以推动模式在更大范围内推广和实践。随着不断优化与深化,其在慢性病防治和康复服务体系中的作用将愈加凸显,为健康中国战略的落实提供坚实的人才与教育保障。

参考文献:

- [1] World Health Organization. Noncommunicable diseases[EB/OL]. (2024-12-23)[2025-09-15]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- [2] 国家卫生健康委员会.中国卫生健康统计年鉴[M].北京:中国协和医科大学出版社,2023.
- [3] Liguori, Gary, and American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. Lippincott williams & wilkins, 2020.
- [4] 万莲莲.体医融合背景下体育院校运动康复专业人才培养模式研究[D].武汉体育学院,2022.
- [5] 中共中央,国务院.“健康中国 2030”规划纲要[Z]. 2016-10-25.
- [6] Shuyi, Amelia Tan, et al. “Effectiveness of interprofessional education for medical and nursing professionals and students on interprofessional educational outcomes: a systematic review.” Nurse Education in Practice 74 (2024): 103864.
- [7] Başer, Aysel, and Hatice Şahin. “An interprofessional education program based on the ARCS-V motivation model on the theme of “Chronic Disease Management and Patient Safety”: action research.” BMC Medical Education 25.1 (2025): 532.
- [8] Guzmán-Leguel, Yisel Mi, and Simón Quetzalcoatl Rodríguez-Lara. “Assessment of patients’ quality of care in healthcare systems: a comprehensive narrative literature review.” Healthcare. Vol. 13. No. 14. MDPI, 2025.
- [9] Mendola, Nicole. “Exercise Evolved: Exciting New Updates in ACSM's Guidelines for Exercise Testing and

Prescription." ACSM's Health & Fitness Journal 29.2 (2025): 44-47.

[10] 《健康中国行动(2019-2030)》[J].中国组织工程研究,2020,24(36):5905.

[11] 张阳,吴友良.健康中国战略下体医融合的实践成效、困境与推进策略[J].中国体育科技,2022,58(01):109-113.

[12] 现代职业教育聂应军,赵元吉,郑湘平,等.我国体医融合高质量发展的多维逻辑、影响因素及实践路径[J].体育学刊,2022,29(03):40-50.

[13] 邵媛,顾小花,周霁,等.医养结合视域下康复技术专业人才培养路径研究[J].,2025,(26):49-52.

Exploration of the “School Hospital Society” Collaborative Education Model in Chronic Disease Rehabilitation Teaching under the Background of Integration of Sports and Medicine

Ruifang Lyu¹

¹ School of Sports and Health, Geely university, chengdu, China

Abstract:Chronic diseases have become a major threat to public health, and exercise-based rehabilitation plays a crucial role in both prevention and recovery. With the advancement of the “Healthy China 2030” strategy, the concept of integrating medicine and sports has gradually emerged as a key direction for educational reform and health service transformation. However, traditional rehabilitation education is still constrained by disciplinary barriers, insufficient practical training, and limited utilization of social resources, which to some extent hinders the quality of talent cultivation. Against this background, this study aims to explore the application of the “university – hospital – community” collaborative education model in the teaching of exercise rehabilitation for chronic diseases. Building on the theoretical foundations of medicine – sports integration and collaborative education, the study proposes a teaching framework supported by university curricula, clinical practice in hospitals, and community health services. Evidence from practice shows that this model effectively improves students’ professional knowledge, clinical skills, and social service capacity, while also enhancing their employment competitiveness. Nevertheless, challenges remain, such as unstable cooperation mechanisms, insufficient faculty resources, and incomplete evaluation systems. Overall, the “university – hospital – community” model not only contributes to the reform of rehabilitation education but also provides new insights and practical experience for improving chronic disease prevention and control as well as for advancing the Healthy China strategy. Looking ahead, greater policy support, the establishment of sustainable mechanisms, and the active integration of digital and intelligent teaching tools are needed to promote the long-term development of this model.)

Keywords:Medical-sports Integration; University-Hospital-Community; Collaborative Education; Chronic Diseases Rehabilitation; Teaching Reform