

“校-家-社-医”协同育人机制中的高职心理健康课程改革探索

胡金玉

钦州幼儿师范高等专科学校

DOI:10.32629/jief.v8i2.21232

[摘要] 近年来,高职院校学生心理健康问题日益凸显,传统以学校为单一主体的心理健康教育课程模式已难以适应新时代育人需求。文章立足“校-家-社-医”协同育人理念,分析高职心理健康课程改革面临的现实困境,包括课程主体单一、内容与需求脱节、家校沟通不畅、社会资源整合不足、医教衔接缺位等问题,并从课程目标重构、课程内容优化、课程实施协同、课程评价完善及保障机制建设五个维度,提出“校-家-社-医”协同育人机制下高职心理健康课程改革的实践路径,旨在构建全员、全程、全方位的心理健康教育课程新格局,为提升高职学生心理健康素养、促进其全面发展提供理论参考与实践借鉴。

[关键词] 校家社医协同; 高职院校; 心理健康课程; 课程改革; 协同育人

中图分类号: G423.06 **文献标识码:** A

Exploration of Mental Health Curriculum Reform in Higher Vocational Colleges under the "School-Family-Society-Medical" Collaborative Education Mechanism

Jinyu Hu

Qinzhou Kindergarten Teachers College

[Abstract] In recent years, mental health problems among students in higher vocational colleges have become increasingly prominent, and the traditional mental health education curriculum model, which takes the school as the sole agent, has struggled to meet the educational demands of the new era. Grounded in the "school-family-society-medical" collaborative education concept, this paper analyzes the practical difficulties facing the reform of mental health curricula in higher vocational colleges, including the singularity of curriculum agents, the disconnect between content and needs, ineffective home-school communication, insufficient integration of social resources, and the absence of medical-educational articulation. From five dimensions—reconstructing curriculum objectives, optimizing curriculum content, implementing collaborative curriculum delivery, improving curriculum evaluation, and establishing safeguard mechanisms—this paper proposes practical pathways for reforming mental health curricula in higher vocational colleges under the "school-family-society-medical" collaborative education mechanism. The aim is to build a new pattern of mental health education curricula that involves all members, covers the entire process, and addresses all dimensions, thereby providing theoretical reference and practical guidance for enhancing the mental health literacy of higher vocational college students and promoting their holistic development.

[Key words] school-family-society-medical collaboration; higher vocational colleges; mental health curriculum; curriculum reform; collaborative education

1 引言

党的二十大报告明确提出要重视心理健康和精神卫生,健全学生心理健康工作体系,这为新时代学校心理健康教育指明了方向。高职院校作为培养高素质技术技能人才的重要阵地,其学生群体具有生源结构复杂、学业基础薄弱、心理承受能力相对不足等特点,在自我认同、人际交往、学业压力与职业规划

等多重因素交织影响下,心理健康问题呈现出多发、隐蔽、易反复的特征^{[1][2]}。与此同时,传统高职心理健康教育课程多局限于校园内部的知识传授与课堂讲授,教育主体单一、课程内容与学生实际需求脱节,难以形成家庭、学校、社会、医疗机构协同联动的育人合力,导致课程育人实效有限^{[3][4]}。

在此背景下,“校-家-社-医”协同育人机制作为一种整合

学校主导功能、家庭情感支持、社会资源保障与医疗专业干预的新型育人模式,逐渐成为破解高职心理健康教育困境的重要突破口^{[5][6][7]}。

2 “校-家-社-医”协同育人机制的理论基础与现实意义

2.1 理论基础: 协同理论与生态系统理论

协同理论认为,系统内部各子系统通过非线性相互作用能够形成整体大于部分之和的协同效应^[8]。将这一理论引入心理健康教育领域,意味着学校、家庭、社会、医疗机构并非彼此孤立的教育主体,而是应当通过信息共享、资源互补、责任共担形成有机联动的育人系统。生态系统理论则进一步强调,个体心理发展是自身、朋辈、家庭、学校、社会等多层生态系统交互作用的结果^[9],学生心理健康教育服务需求呈现出跨系统、多层次的特点,单纯依靠学校难以满足学生在情绪疏导、学业困扰、人际支持等方面的多元化需求。这两大理论共同为构建“校-家-社-医”协同育人机制提供了坚实的学理支撑。

2.2 现实意义

首先,从学生成长规律看,高职学生正处于身心发展的关键转型期,其心理问题往往同时受到家庭教养方式、学校教育环境、社会支持网络以及生理健康状况等多重因素影响,仅靠学校课堂教学难以从根源上解决问题^{[10][11]}。其次,从教育治理现代化的要求看,构建家校社医协同机制契合国家关于健全学生心理健康工作体系、形成育人合力的政策导向^{[8][12]}。再次,从课程改革本身的逻辑看,将协同育人理念嵌入课程设计、实施与评价的全过程,能够推动心理健康课程由单向灌输式向体验参与式、由封闭校园式向开放联动式转变,从而增强课程的针对性与实效性^[13]。

3 高职心理健康课程改革面临的现实困境

本文引入钱闰建等对重庆市8047名大学生心理健康教育需求所做的问卷调查结果作为参照^[9]。该调查显示,学生心理健康教育服务需求总体处于中等偏上水平,且大一新生、独生子女、城市学生的需求更为突出;从需求内容看,学业困扰(均值2.38±0.91,以自评量表计)、情绪情感(3.05±0.70)与意志薄弱(3.02±0.69)位居前列;从服务人员偏好看,同学朋友(2.77±0.75)、父母家人(2.74±0.79)、学校心理教师(2.57±0.92)依次排在前三位;从服务机构偏好看,单位心理中心(2.61±0.93)、学校心理中心(2.58±0.92)、社区心理中心(2.58±0.90)需求相近,说明学生对校外社区、单位等社会化服务机构同样存在较强依赖^[9]。这一组数据从实证层面印证了大学生心理健康教育需求呈现出跨主体、跨系统的生态化特征,也从侧面反映出当前以学校为单一主体的高职心理健康课程供给模式,与学生多元、分散的实际需求之间存在明显落差。据此,本文将当前高职心理健康课程改革面临的现实困境概括为以下五个方面。

3.1 课程主体单一,协同机制尚未形成

从课程治理结构看,当前多数高职院校的心理健康课程仍以校内专职教师授课为主,课程标准制定、教材选用、课时安排、

考核方式等核心环节基本由学校单方面决定,家庭、社会机构、医疗单位基本游离于课程体系之外,未能真正参与课程目标制定、内容设计与实施评价^{[2][3]}。具体表现为三个层面:一是家庭参与的“边缘化”。家庭因对高职教育及心理健康知识存在认知偏差,加之缺乏制度化的参与渠道,往往只是被动接受学校单方面发出的信息通报(如学生心理测评结果告知),难以真正介入课程内容与实施过程,形成“学校讲、家庭听”的单向格局^{[2][4]}。二是社会力量参与的“松散化”。社区心理服务中心、专业社会组织、行业企业等虽具备一定的专业服务能力,但与学校课程之间缺乏制度化的对接机制,双方合作大多依赖临时性、活动式的合作,未能纳入课程常规教学计划^{[12][14]}。三是医疗力量介入的“表层化”。医疗机构与学校心理健康课程之间的信息互通渠道尚未打通,多数高职院校课程中鲜见执业医师或专业精神卫生人员的深度参与,预防性教育与专业性干预之间存在明显断层,“重知识传授、轻危机干预”的问题较为突出^{[6][7]}。

3.2 课程内容与学生实际需求存在结构性脱节

前述实证调查表明,学生在学业困扰、情绪情感、意志力薄弱等方面的教育需求较为突出,且服务人员和服务机构需求呈现出朋辈、家庭、学校、社区、单位等多层次分布特征^[9]。但反观现有高职心理健康课程内容,普遍存在三方面的错位:一是“重理论、轻实践”,课程内容仍以心理学基础概念、常见心理问题识别等理论知识讲授为主,情境模拟、角色扮演、朋辈互助等体验式、参与式教学内容不足,难以对接学生“同学朋友”这一最主要的求助与支持渠道需求^[9]。二是“重共性、轻个性”,课程内容较少针对高职学生在职业规划焦虑、技能考核压力、顶岗实习适应障碍、校企文化差异适应等方面的特殊心理需求进行专门设计,未能充分体现高职教育类型特征^{[11][11]}。三是“重校内、轻校外”,课程内容较少涉及如何识别和利用家庭支持、社区心理服务、单位心理中心等校外资源,学生在课堂上学到的知识难以转化为其在真实生活场景中寻求多元支持的实际能力^{[9][14]},导致课程“供给”与学生“需求”之间出现结构性错位。

3.3 家校沟通渠道不畅,协同参与动力不足

家庭作为学生心理支持的重要来源之一(在前述调查中,“父母家人”作为服务人员的需求均值达2.74,仅次于同学朋友^[9]),其协同参与的实际效能却明显不足,原因主要有三:一是认知层面,部分家长对职业教育存在“低人一等”的偏见,对心理健康问题存在病耻感或简单归因(如认为“孩子矫情”“长大自然就好了”),对课程协同参与的重视程度不够^{[2][15]}。二是渠道层面,家校之间普遍缺乏常态化、制度化的沟通平台,联系方式多依赖偶发性电话或期末反馈,缺少嵌入课程教学周期的定期互动机制,导致家庭对课程内容、学生课堂表现知之甚少,参与流于形式^{[2][15]}。三是能力层面,学校普遍缺乏面向家长的心理健康教育指导与培训,家长即便有参与意愿,也往往因缺乏科学的沟通与支持方法而“心有余而力不足”,难以将课堂内容

有效延伸至家庭场域,进一步削弱了家庭在协同育人中的实际效能^{[2][16]}。

3.4 社会资源整合力度不够,服务供给分散

调查数据显示,社区心理中心在学生服务机构需求中的均值(2.58)已与学校心理中心(2.58)基本持平^[9],说明社会化心理服务资源理应成为课程育人的重要补充,但现实中这部分资源尚未得到有效整合利用,主要体现在:一是对接机制缺失,社区心理服务中心、专业社会组织、行业协会心理服务力量等与高职院校心理健康课程之间尚未建立稳定的合作协议或课程共建机制,合作大多“一次性”“碎片化”^{[5][14]};二是资源适配性不足,部分社会机构提供的服务内容偏重成人职场心理咨询,与高职学生的年龄特点、认知水平、现实困扰契合度不高,“拿来即用”存在困难^[5];三是利益协调机制缺失,学校、社会机构、行业企业在合作中的权责边界、经费分担、成果归属等问题缺乏制度性安排,导致合作动力不足、可持续性差^{[5][14]},大量社会资源难以有效转化为课程育人的实际支撑。

3.5 医教衔接不足,专业干预与课程教育相互脱节

心理健康课程作为面向全体学生的普及性教育,其功能定位应主要在于预防与素养提升,而对于课程教学、日常观察中发现的存在心理危机倾向的学生,则需要及时转介医疗机构获得专业诊断与干预,二者本应形成“教育筛查—专业诊治”的完整链条。但从现实情况看,这一链条在多数高职院校中并未真正打通:一是信息壁垒,学校心理健康课程教师、辅导员与属地精神卫生医疗机构之间缺乏常态化的信息共享渠道,课堂中或量表测评中发现的重点关注学生信息难以及时、规范地传递给专业医疗力量^{[6][7]};二是转介通道不畅,多数院校尚未建立标准化的“课程发现—学校初筛—医疗转介”绿色通道,转介流程随意性较大,存在响应滞后、衔接脱节的风险^{[6][7]};三是专业力量参与课程不足,医疗机构专业人员较少受邀参与课程中心心理卫生常识讲授、危机识别技能培训等环节,学生及授课教师自身对心理危机识别的敏感度和专业性均有待提升,预防性教育与治疗性干预之间存在明显断层。

4 “校-家-社-医”协同育人机制下高职心理健康课程改革的实践路径

4.1 重构课程目标:从知识本位走向全人发展

课程改革应突破以往以心理知识传授为核心的目标定位,转向“以人为本、预防为主、心育德育并行、全员全程全育人”的目标体系^[11]。具体而言,课程目标应涵盖心理健康知识普及、情绪管理与压力应对能力培养、人际交往与职业适应能力提升,以及危机识别与求助能力养成四个层面,使课程真正服务于学生的全面发展与终身发展。

4.2 优化课程内容:贴近高职学生实际需求

在课程内容设计上,应结合高职学生学业基础薄弱、职业规划压力大的群体特征,将学业困扰、情绪情感、职业生涯适应等作为课程重点模块^{[1][9]}。同时,应引入家庭教育、社会实践、医疗健康等多元内容板块:一是增设“家庭沟通与情感支持”专

题,帮助学生理解并改善亲子关系;二是开发“社会资源认知与利用”模块,引导学生了解社区心理服务、社会支持网络的获取途径^{[3][14]};三是融入基础心理卫生与危机识别常识,帮助学生掌握识别自身及同伴心理异常信号的基本能力,为医教衔接奠定基础^{[6][10]}。

4.3 创新课程实施:构建“学校主导、家庭参与、社会支撑、医疗保障”的协同模式

一是强化学校主导地位。学校应发挥心理健康课程建设的主阵地作用,统筹课程标准制定、师资队伍建设与教学质量监控^{[1][9]}。二是拓展家庭参与渠道。通过建立家长课堂、线上沟通平台、家校联系手册等方式,将部分课程内容延伸至家庭场景,鼓励家长参与学生情绪支持与行为观察^{[2][4][16]}。三是引入社会协同资源。与社区心理服务中心、专业社会组织、行业企业心理服务力量建立稳定的课程合作关系,通过专题讲座、实践活动、朋辈互助小组等形式丰富课程实施载体^{[12][13][14]}。四是嵌入医疗专业支持。邀请属地医疗机构专业人员参与课程中危机识别、心理卫生知识讲授环节,并建立课程发现—学校初筛—医疗转介的绿色通道,实现预防教育与专业干预的有效衔接^{[6][7]}。

4.4 完善课程评价:建立多元主体参与的动态评估体系

课程评价应改变以往仅由学校单方面评估的局限,吸纳家庭、社会机构、医疗单位共同参与评价过程,构建涵盖学生心理素养提升、家庭参与度、社会资源利用效果、危机转介成效等多维指标的动态评估体系^{[2][5]}。通过定期问卷调查、个案追踪、协同育人满意度评估等方式,及时发现课程实施中的薄弱环节,形成“评价—反馈—改进”的良性循环机制^{[14][15]}。

4.5 健全保障机制:搭建“1+2+4+N”式协同支撑体系

借鉴现有研究提出的“1+2+4+N”协同机制思路^[8],可将课程改革保障体系设计为:以学校课程建设为“1”个核心引领,以家庭情感支持和社会资源保障为“2”翼支撑,以学校、家庭、社会、医疗“4”方主体协同联动为骨架,以“N”项具体制度(如沟通会议制度、信息共享平台、资源整合规划、危机转介流程、新媒体运营机制等)为落地保障^{[5][17]}。同时,应建立健全信息共享平台与常态化沟通机制,明确各方在课程育人中的职责边界与权责关系,避免出现职责模糊、推诿扯皮等问题^{[12][15]},并通过制度化的经费保障、师资培训与督导评估机制,确保协同育人机制长效运行^{[2][11]}。

5 结语

高职心理健康课程改革是一项复杂的系统工程,单纯依靠学校自身力量难以从根本上破解当前面临的现实困境。“校-家-社-医”协同育人机制通过整合学校的主导功能、家庭的情感支持、社会的资源保障与医疗机构的专业干预,为构建全周期、全空间、全流程的高职心理健康课程体系提供了新的理论视角与实践路径。未来,高职院校应进一步深化协同理念在课程目标、内容、实施与评价各环节的全面融入,健全制度保障与长效运行机制,推动心理健康教育课程真正实现从“独角戏”向“大合唱”

的转变,为高职学生心理健康素养的全面提升与健康成长成才提供坚实支撑。

[基金项目]

教育部职业院校文化素质教育指导委员会2025年度高职心理健康教育研究课题《“校-家-社-医”协同育人机制在高职心理健康教育中的实践路径研究》,编号:XL2025123。

[参考文献]

- [1]努尔比亚·艾合麦提.家校社协同视角下高职心理健康教育的实践路径与优化策略[A].中国高校校办产业协会终身学习专业委员会,第八届教育信息技术创新与发展学术研讨会论文集[C].喀什职业技术学院学生工作处;中国高校校办产业协会,2025:698-700.
- [2]李恬.家校社协同促进高职学生心理健康教育的实践困境与优化策略[J].教育观察,2025,14(24):110-112.
- [3]石海凤,李雨佳,苏菲,黄婷婷,邓雨婷.家校社协同推进大学生心理健康教育的路径研究[J].教育观察,2026,15(3):128-131.
- [4]张晓霞.家校共育:高职院校心理健康教育路径探究[J].华章,2024,(10):147-149.
- [5]牛亚琳.新媒体时代大学生心理健康教育“家校社医”协同机制的实践与探索[J].产业与科技论坛,2025,24(22):268-270.
- [6]刘梦迪.“家-校-医-社”协同提升高职生心理健康水平的研究[J].华章,2025,(6):36-38.
- [7]金睿譔.高职学校学生心理健康的“家校社医”协同共育路径探析[J].才智,2025,(11):149-152.
- [8]王祖洸,朱丹.基于协同理论的大学生心理健康教育家校社医协同机制构建[J].中国多媒体与网络教学学报(上旬刊),202

6,(2):113-116.

[9]钱间建,胡春梅,葛宁.生态系统理念下“家校社”多维协同高校心理健康教育策略——基于大学生心理健康教育需求的实证分析[J].西南大学学报(自然科学版),2025,47(12):11-23.

[10]陈虹,李巧.家校社协同视域下大学生心理健康建设——抑郁症的成因解析与协同防治研究[J].社会与公益,2025,(24):256-258.

[11]陈燕,陈琦.“家校社”协同构建高职学生心理健康教育体系的路径探究[J].甘肃教育研究,2025,(19):30-32.

[12]王瑞.大学生心理健康的家校社协同干预路径研究[J].黑龙江生态工程职业学院学报,2026,39(1):122-125.

[13]杨猛.大学生心理健康教育的家校社协同路径探索[J].山西青年,2025,(23):108-110.

[14]郭刚,康毕华.家校社协同视角下成教大学生心理健康教育体系构建研究[J].社会与公益,2025,(13):231-234.

[15]陈丽.家校社联动:大学生心理健康教育协作机制的实证分析——基于对广东省部分高校的调研[J].改革与开放,2025,(1):25-34.

[16]陈美霖.心理健康视域下“家校社”协同促进大学生青春健康教育的路径研究[J].公关世界,2025,(17):52-54.

[17]朱荣,王可林.高职学生心理健康教育“家校社”协同机制探索[A].北京大学出版社,首届高校辅导员名师工作室南北论坛论文集[C].重庆化工职业学院;北京未名智慧教育科技有限公司,2025:328-331.

作者简介:

胡金玉(1980--),男,汉族,河南郑州人,博士(在读),副教授,研究方向:高等职业教育。