

# 从身体健康到心理健康高校校医心理支持工作的实践探索

牛红丽

广东海洋大学综合门诊部 广东 湛江 524088

**【摘要】：**目的：探究校医岗位拓展心理健康支持职能的实践路径。方法：选取本校 2024- 2025 学年在校大学生 120 例，按照入学时间分为对照组、观察组各 60 例。对照组沿用传统校医仅处理躯体疾病的工作模式，观察组构建校医躯体- 心理一体化支持模式，开展心理筛查、早期识别、转介协同、健康教育系列干预，对比两组学生心理状态、求助行为及心理问题早期识别率。结果：观察组抑郁焦虑检出占比下降，学生主动心理求助率、心理问题早期识别率高于对照组，组间差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论：校医嵌入心理健康支持工作可实现身心问题同步甄别，弥补高校心理咨询中心服务覆盖缺口，构建分层递进的心理防护网络，为高校心理健康工作提供可借鉴的实践范式。

**【关键词】：**高校校医；躯体- 心理一体化；心理健康；早期识别；心理支持

DOI:10.12417/2705-098X.26.19.035

## 引言

当代大学生心理应激源日趋多元，心理问题常常伴随躯体化症状共同呈现，头痛、睡眠障碍、胃肠不适等躯体主诉背后潜藏大量心理情绪困扰<sup>[1]</sup>。现阶段国内高校心理服务资源多集中于专职心理咨询机构，校医室长期局限于疾病诊疗、传染病防控、外伤处置等躯体健康业务，尚未充分发挥一线近距离接触学生的岗位优势，形成躯体诊疗与心理支持相互割裂的现实格局。大量存在情绪困扰的学生优先进往校医室就诊，却难以获得对应的心理层面评估与疏导，极易造成心理风险漏判、干预时机延误。推动校医职能由单纯身体健康保障向身心协同支持转型，把心理初筛、风险识别、科普宣教嵌入日常诊疗流程，能够拓展高校心理服务触达边界，完善校园初级心理防护链条，本研究基于校医工作场景开展实践探索，为优化高校心理健康服务模式提供实证依据。

## 1 研究资料与方法

### 1.1 一般资料

选取某高校 2024- 2025 学年在校大学生 120 例作为研究对象，依据入学批次划分为对照组与观察组，每组各 60 例。对照组男生 28 例，女生 32 例，年龄 18- 22 岁，平均 ( $19.47 \pm 1.21$ ) 岁；观察组男生 26 例，女生 34 例，年龄 18- 23 岁，平均 ( $19.62 \pm 1.35$ ) 岁。

纳入标准：全日制本科在校学生；能够配合完成量表测评与随访调查。

排除标准：已确诊重度精神疾病正在接受专科治疗；休学、校外长期实习无法参与随访；拒绝完成相关测评。

两组学生性别、年龄、专业分布、基线心理测评得分对比无统计学差异 ( $P>0.05$ )。

### 1.2 实验方法

对照组严格沿用高校传统校医工作运行模式，校医工作范畴严格限定为躯体健康管理，主要包含学生常见病诊疗、外伤

消毒处置、季节性传染病预防、日常健康体检、突发躯体不适应急处理等基础医疗工作，全程不开展任何形式的心理评估、情绪访谈、心理疏导与心理健康宣教工作。针对主动咨询心理问题的学生，仅进行简单告知式转介，仅告知学校心理咨询中心地址与预约方式，不进行情绪甄别、风险判断、跟踪回访等延伸服务，彻底延续传统身心分离的校园健康管理模式。观察组在常规躯体医疗服务基础上，创新性构建校医主导的“躯体诊疗+心理初筛+分级干预+协同转介+动态随访”五位一体心理健康支持新模式，全面推动校医职能从单一躯体保障向身心协同赋能转型升级。首先，建立校医心理能力赋能培训机制，邀请高校心理专家、精神卫生医师开展系统化专项培训，培训内容涵盖大学生心理发展特点、躯体化症状与心理情绪的关联机制、隐匿性心理风险识别技巧、非评判性沟通技术、初级情绪疏导方法、心理危机初步干预规范、心理服务伦理准则与隐私保护制度、校内多部门协同转介流程等核心内容，所有校医必须通过理论考核、情景模拟、实操演练三重考核后方可上岗开展心理支持工作，从源头保障服务专业性与规范性。其次，重构校医室诊疗服务流程，在传统问诊、查体、诊疗基础上增设心理嵌入式筛查环节，建立“躯体主诉优先、心理线索同步”的问诊逻辑，针对反复失眠、慢性疼痛、自主神经紊乱、频繁躯体不适但无明显器质性病变的学生，开展简易心理状态快速评估，精准捕捉隐藏在躯体症状背后的情绪压力与心理困扰。同时建立分级分类干预体系，对于一般性发展性心理困扰、轻度情绪焦虑学生，依托校医低门槛场景优势开展包容式陪伴、情绪疏导、压力调节指导与科学健康宣教，帮助学生重构压力认知、缓解负面情绪、掌握基础心理调适技能，实现轻度心理问题的就地缓冲与早期修复；对于筛查发现中度及以上情绪风险、存在心理危机倾向的高危学生，立即启动标准化转介流程，第一时间对接学校心理咨询中心、学院辅导员、学生管理部门，同步共享筛查信息，建立多方联动台账，持续跟进学生干预进度与身心状态，杜绝高危学生漏管、脱管、失管问题。此外，

依托校医室公共健康阵地优势，常态化开展沉浸式心理健康科普工作，结合考试季、毕业季、换季适应期等心理高发节点，开展针对性健康宣讲，破除学生对心理咨询的偏见与病耻感，培育积极健康的心理认知，引导学生建立主动求助、科学求助的健康意识。全程严格恪守心理服务边界，明确校医不开展深度心理治疗、不替代专业心理咨询与精神诊疗，仅承担前端筛查、初级支持、风险预警、协同转介、持续随访的基础职能，确保干预工作合规、安全、高效，形成闭环式身心健康管理體系。

1.3 观察指标

①学生抑郁焦虑情绪检出情况；②学生心理问题早期识别率；③学生主动心理求助行为发生率。

1.4 统计学分析

全部调研数据采用 SPSS 26.0 统计学软件开展分析，计量资料以 (x±s) 表示，行 t 检验；计数资料以 [n (%) ] 表示，行  $\chi^2$  检验，P<0.05 代表差异具备统计学意义。

2 结果

表 1 两组学生抑郁焦虑情绪检出情况对比[n(%)]

| 组别     | 对照组   | 观察组   | X <sup>2</sup> | P     |
|--------|-------|-------|----------------|-------|
| 例数     | 60    | 60    | -              | -     |
| 抑郁焦虑检出 | 21    | 11    | -              | -     |
| 未检出    | 39    | 49    | -              | -     |
| 检出率    | 35.00 | 18.33 | 4.483          | <0.05 |

表 1 可见，观察组抑郁焦虑情绪检出率低于对照组，提示校医心理支持干预模式能够对学生负性情绪起到早期缓冲作用。

表 2 两组学生心理问题早期识别率对比[n(%)]

| 组别     | 对照组   | 观察组   | X <sup>2</sup> | P     |
|--------|-------|-------|----------------|-------|
| 例数     | 60    | 60    | -              | -     |
| 早期识别例数 | 14    | 28    | -              | -     |
| 早期识别率  | 23.33 | 46.67 | 7.215          | <0.05 |

表 2 结果表明，观察组心理问题早期识别率显著高于对照组，校医一线诊疗场景能够捕捉更多隐匿的心理风险信号。

表 3 两组学生主动心理求助行为发生率对比[n(%)]

| 组别 | 对照组 | 观察组 | X <sup>2</sup> | P |
|----|-----|-----|----------------|---|
|----|-----|-----|----------------|---|

|       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 例数    | 60    | 60    | -     | -     |
| 主动求助  | 9     | 22    | -     | -     |
| 求助发生率 | 15.00 | 36.67 | 7.955 | <0.05 |

表 3 显示，观察组学生主动心理求助行为占比明显提升，校医的科普与初步支持可以有效消解学生心理求助病耻感。

3 讨论

本研究基于新时代高校心理健康育人痛点与校医职能转型空白，创新性探索校医身心一体化心理支持模式，通过对照研究证实该模式在降低学生负性情绪、提升风险识别效能、优化学生求助行为方面具备显著实践优势，打破了长期以来高校校医“重躯体、轻心理”的单一化工作格局，实现了校园健康服务从“疾病治疗”向“全人健康赋能”的理念升级。从理论逻辑层面分析，大学生身心问题具备高度共生性与联动性，青年学生情绪调节能力尚未完全成熟，面对多重压力刺激时，心理应激无法通过有效宣泄释放，极易转化为躯体化症状，形成“情绪压力—躯体不适—情绪焦虑”的恶性循环。传统高校心理健康工作存在明显的服务断层，专职心理中心服务定位偏向问题矫治，存在准入门槛高、学生抵触情绪强、覆盖范围有限等短板，辅导员工作侧重日常管理，缺乏专业医疗视角与心理筛查能力，而校医作为唯一具备医疗资质、全天候接触学生、场景包容度最高的健康岗位，其心理健康前置筛查价值长期被行业忽视，造成大量隐性心理问题错失最佳干预窗口期。本研究创新重构校医工作逻辑，将心理初筛、情绪干预、健康引导嵌入常规躯体诊疗流程，依托学生主动就医的自然场景完成心理风险捕捉，无需额外组织大规模集中测评，规避了传统心理普查应答敷衍、数据失真、学生抵触等问题，具备极强的场景适配性与实操创新性。

从研究结果的量化维度分析，观察组抑郁焦虑检出率显著下降，充分印证校医初级心理支持具备良好的情绪缓冲效能。多数大学生心理困扰属于发展性、适应性心理问题，并非病理性精神障碍，无需专业深度心理治疗，仅需早期的情绪接纳、科学认知引导、简单调适指导即可实现有效修复。校医依托低压力、非标签化的诊疗场景，能够以健康调理、身心适配的视角开展干预，避免了心理咨询带来的心理压迫感与病耻感，帮助学生在无压力状态下释放心理压力、修正认知偏差，从源头阻断负性情绪积累与恶化，显著降低心理问题发生率。相较于传统被动干预模式，该模式实现了心理健康工作从“事后补救”向“事前预防”的根本性转变，契合当代高校心理健康预防为主、关口前移的育人理念<sup>[2]</sup>。

心理风险早期识别率的显著提升，凸显了校医身心联动筛查模式的核心创新价值。传统高校心理风险识别高度依赖年度

心理普查与学生主动上报,存在周期长、滞后性强、漏检率高的突出弊端,大量躯体化掩饰的心理风险无法被及时发现。本研究构建的校医常态化筛查机制,实现了心理风险识别的动态化、日常化、全覆盖化,校医通过问诊过程中的细节观察、症状关联分析、情绪状态判断,能够精准捕捉学生神态、状态、主诉中的异常信号,挖掘隐藏在反复躯体不适背后的心理危机,有效填补了高校隐匿性心理风险筛查的空白。同时,分级干预与闭环转介机制的建立,实现了心理问题的分层精准治理,轻度情绪困扰就地疏导、中度风险重点随访、高危风险及时转介,避免了干预同质化、资源浪费与风险遗漏问题,大幅提升校园心理治理的精细化水平<sup>[3]</sup>。

学生主动求助行为的显著改善,验证了新模式在消解心理污名化方面的独特优势。长期以来,社会刻板印象与校园舆论偏见导致大学生普遍存在心理求助病耻感,将心理咨询等同于“心理疾病”,主动求助意愿极低,多数学生选择默默压抑情绪,最终导致小问题演变为大风险。校医心理支持工作以健康科普、身心调节、日常养护为切入点,弱化了心理服务的病理标签,将心理调适转化为普通健康管理内容,潜移默化重塑学生的心理健康认知,让学生认识到情绪波动、压力困扰是成长常态,主动求助是自我关爱、自我成长的积极行为,彻底扭转了学生回避、隐瞒、抗拒的消极心态,有效培育了积极的心理求助文化,完善了校园心理健康育人氛围<sup>[4]</sup>。

同时,本研究在实践过程中也清晰发现当前校医心理支持

工作存在的现实瓶颈与优化空间。其一,校医队伍心理专业基础相对薄弱,传统医学教育侧重躯体疾病诊疗,心理学、精神卫生学知识储备不足,面对复杂心理问题时甄别能力有限,需要建立常态化继续教育与专项培训机制,持续夯实专业能力。其二,当前高校尚未建立校医、心理中心、辅导员、家校协同的标准化联动制度,信息互通、风险共治、干预衔接机制尚不健全,隐私保护与信息共享的平衡难题亟待破解。其三,校医心理支持工作暂无统一行业规范与考核标准,工作开展多依赖个人自觉,长效运行机制尚未完全成型。未来可依托本研究实践基础,进一步细化校医心理支持操作规范、明确职能边界、完善协同机制,在严守“校医不替代专业心理治疗”底线的前提下,持续优化前端心理防护体系,推动校医身心一体化服务标准化、常态化、体系化发展。

#### 4 结论

校医由单纯保障躯体健康向身心协同支持转型,能够充分发挥校医室低门槛、高接触的场景优势,提升大学生心理问题早期识别率,缓解学生负性情绪水平,消解心理求助病耻感,促进学生主动求助。该模式需严守校医职能边界,依托专项培训、标准化流程、多部门协同机制保障实践落地,不可替代专职心理与精神医疗服务。作为高校心理防护网络的前置环节,校医心理支持模式具备较强实践价值,值得在高校当中逐步推广应用。

#### 参考文献:

- [1] 朱倩,丁俊,高思念,盛子如,彭紫薇.高校“家校医社”心理健康教育协同干预方案的效果及基于 CIPP 的评价[J].心理月刊,2026,21(15):35-39.
- [2] 李强,杜诗雨.西部地区高校大学生心理健康教育“家校医社”协同机制现状及优化路径[J].秦智,2026,(7):99-101.
- [3] 梁小燕.“家—校—医”协同的复元实践:高校心理健康教育工作范式转型[J].科技风,2026,(17):158-160.
- [4] 史光远,王旭,刘凤娥.校医家协同下高校心理健康教育工作探索与实践——以清华大学为例[J].北京教育(德育),2025,(3):76-79.