·XXXX·

高校学生心理健康教育“家校医社”协同指标体系的构建

周恒[1,2]　罗婷[1,2]　周会婷[1,2]

[1]重庆医科大学党委学生工作部，重庆 401331；[2]重庆高校思想政治工作队伍培训研修基地暨大学生心理健康教育队伍创新发展中心，重庆 401331

通信作者：周恒，Email：40747735@qq.com

【摘要】 目的 为响应国家加强学生心理健康工作的战略需求，针对当前高校心理健康教育存在的多主体协同不足、治理机制碎片化、标准界限不明等现实困境，力图构建一套科学、系统的高校学生心理健康教育“家校医社”协同指标体系（collaborative indicators：home-school-medical-community for college mental health，CIS-MH）。**方法** 以生态系统理论为框架，采用德尔菲专家咨询法开展研究，选取重庆市高等学校、医疗机构、家庭教育及教育行政部门的相关领域25位专家进行函询论证，凝聚行业专家共识。**结果** 确立了“家校医社”协同模式的4个一级指标和46个二级指标。经过2轮咨询，所有指标的均值均大于3.50分，变异系数小于0.25，专家权威系数为0.87，协调系数显著提高（W值从0.35提升至0.44以上），这表明指标体系具有高度的专家共识、良好的信效度和可靠性。**结论** 本研究创新性地提出了CIS–MH，为构建高校心理健康教育机制提供了系统化方案，形成了可操作的“重庆范式”，为我国同类地区的相关建设提供借鉴。

【关键词】 心理健康教育；“家校医社”协同；德尔菲法；生态系统理论

【中图分类号】 R-05

基金项目：重庆市教委人文社会科学研究基地项目青少年“家校医社”心理健康教育体系与实践研究（25SKJD054）；重庆市社会科学规划项目“青少年心理疏导交叉机制的改革探索研究”（2025NDYB118）

DOI：10.3760/cma.j.cn116021-20251211-02279

Construction of the "Home-School-Medical-Community" collaborative indicator system for college mental health education

Zhou Heng[1,2], Luo Ting[1,2], Zhou Huiting[1,2]

[1]Department of Student Affairs of the Party Committee, Chongqing Medical University, Chongqing 401331, China; [2]Chongqing Ideological and Political Work Faculty Training and Research Base & College Student Mental Health Education Team Innovation and Development Center, Chongqing 401331, China

Corresponding author: Zhou Heng, Email: 40747735@qq.com

【Abstract】 Objective In response to the national strategic imperative to strengthen student mental health and to address prevalent challenges in current college mental health education, such as insufficient multi-agent collaboration, fragmented governance mechanisms, and ambiguous operational standards, this study aimed to construct a scientific and systematic "Home-School-Medical-Community" collaborative indicator system for college mental health education. **Methods** Guided by ecological systems theory, the study was conducted using the Delphi expert consultation method. A panel of 25 experts from relevant fields in Chongqing, including higher education institutions, medical institutions, family education, and educational administration, participated in multiple rounds of correspondence-based inquiry and deliberation to build professional consensus. **Results** A collaborative indicator system comprising 4 first-level and 46 second-level indicators was established. After two consultation rounds, all indicators had mean scores greater

than 3.50, coefficients of variation less than 0.25, an expert authority coefficient of 0.87, and significantly increased coefficient of concordance (W value, from 0.35 to above 0.44), demonstrating a high degree of expert consensus and good reliability and validity for the constructed system. **Conclusions** This study innovatively proposes the "Home-School-Medical-Community" collaborative indicator system for college mental health education. It provides a systematic framework for establishing a college mental health education mechanism, thereby forming an operable "Chongqing Model" that offers a valuable reference for similar initiatives in comparable regions across China.

【**Key words**】 Mental health education; Home-School-Medical-Community collaboration; Delphi method; Ecological systems theory

Fund program: Chongqing Municipal Education Commission Humanities and Social Sciences Research Base Project: "Research on the System and Practice of 'Home-School-Medical-Community' Mental Health Education for Adolescents" (25SKJD054); Chongqing Social Science Planning Project: "Exploratory Research on the Reform of Interdisciplinary Mechanisms for Adolescent Psychological Guidance" (2025NDYB118)

DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20251211-02279

促进学生身心健康、全面发展是国家战略，也是群众关切、社会关注的重大课题。而当前青少年心理问题高发、协同干预体系尚不完善的现状，使得构建系统化、可操作的高校心理健康教育协同机制显得尤为紧迫。围绕高校学生心理健康教育协同体系，现有研究已形成理论探索、实践干预与治理评估3大主要脉络。在理论层面，俞国良[1]强调应建设具有中国特色的心理健康教育、心理咨询与危机干预、社会心理支持等实践体系；林崇德和李庆安[2]系统论述了高校心理健康教育的理论内涵与外延；黄希庭等[3]探索了多主体协同模式及社区心理学体系化建设框架；张维佳和郑亚楠[4]则从精神卫生法与伦理视角分析了高校服务精神障碍学生面临的现实困境。在实践层面，各地呈现出区域化探索特征，例如，重庆市黄永宜等[5]通过质性研究方法提出青少年心理问题回归“育人本位”的重构路径；上海长宁区鞠康等[6]探索了医校干预模式。在治理与数据驱动层面，国内学者何小波和陈方方[7]开展了动态监测与智能预警研究，国际经验则包括英国、美国、加拿大的网格化协同机制[8]等。总体来看，现有研究在理念阐释和协同内容方面积累了丰富成果，但仍面临协同机制碎片化、主体权责模糊及干预效能不足等突出问题，尚未形成标准化的协同路径。基于此，本研究立足于重庆市高校实际，拟通过德尔菲专家咨询法，构建一套科学、可操作的高校学生心理健康教育“家校医社”协同指标体系（collaborative indicators: home-school-medical-community for college mental health, CIS-MH）。本研究的理论创新主要体现在：一是突破传统“家校社”或“医校”两两协同的局限，首次将家庭、学校、医院、社区4个异质性主体纳入统一指标体系，明确各自权责边界与协作节点；二是提出“育人本位”与“医疗干预”双轨融合的理论模型，兼顾发展性心理健康教育与临床干预，以回应协同机制碎片化和干预效能不足的现实问题；三是立足重庆市地方调查数据，直接对接《“健康中国2030”规划纲要》及教育部专项行动计划，实现宏观战略与微观指标的理论贯通。

1 研究设计与方法

1.1 研究设计与专家构成

本研究采用基于德尔菲专家咨询法的质性研究设计。通过目的性抽样，组建了由25名专家构成的咨询小组，成员包括：高校心理健康教育工作者10名、精神科或心理科高级职称医师6名、主管学生工作的教育行政部门科级以上干部5名，以及具备丰富家庭教育经验的高校学生家长代表4名。所有专家均在其领域内拥有10年以上工作经验且具有硕士及以上学历，确保咨询的专业性与权威性。

1.2 德尔菲法实施流程

研究流程分为以下3步：①初始指标构建：基于对《全面加强和改进新时代学生心理健康工作专项行动计划（2023—2025年）》等国家政策文件的文本分析，结合前期半结构化访谈，初步提炼出“家校医社”协同的4个一级指标与44个二级指标。其中4项一级指标共包括：A 四级预防：健康心理培养及

预防；B 三级预防：健康心理调适；C 二级预防：心理疾病防控；D 一级防控：危机干预与修复。44 项二级指标共包括 A1 舆论引导及建立媒体公约、B1 心理自助平台建设、C1 建立紧急救助基金、D1 社区救助系统等。②开展 2 轮专家函询：基于 Likert 5 点量表设计问卷，邀请专家匿名对各指标的重要性进行评分（5=很重要，4=重要，3=一般，2=不重要，1=很不重要）。指标筛选遵循“均值>3.50 且变异系数<0.25”的双重标准，若仅符合 1 项，则提交专家组审议决定。通过 2 轮匿名函询与反馈，专家意见趋于收敛。③数据分析与共识形成：使用 SPSS 27.0 软件进行统计分析，计算各项指标的均值、标准差、变异系数及专家协调系数（肯德尔和谐系数），最终形成共识性指标体系。

2　结果

2.1　专家相关系数

专家的积极系数（active coefficient），可通过问卷的回收率来体现（回收率=回收总数/发放总数），该系数反映了专家对咨询的关心程度。2 轮问卷的发放数量和回收数量均为 100%，这表明专家对本调研的关注度和积极性较高。

专家权威程度。用 Cr（reliability coefficient，Cr）表示专家的权威系数。专家的权威系数（Cr）由其对问卷的熟悉程度系数（skilled coefficient，Cs）与判断系数（consensus accuracy，Ca）共同决定，计算公式为：Cr=（Cs+Ca）/2。Cs 分别为非常熟悉（赋值为 1.0）、熟悉（赋值为 0.8）、一般熟悉、不太熟悉、不熟悉。在本研究的 25 名专家中，8 人自评为“非常熟悉”，17 人自评为“熟悉”。计算得出熟悉程度系数 Cs=0.87。这反映了咨询专家群体对本研究内容具有高度的整体熟悉度，为研究提供了可靠的专业认知基础。专家的 Ca 通过综合评估其在实践经验、理论分析、对国内外同行的了解及个人直觉 4 个方面的影响程度得出。具体而言：实践经验方面，7 位专家认为其影响“大”（赋分 0.50），18 位认为“中”（赋分 0.40），据此计算得分为 0.43。理论分析方面，10 位专家认为影响“大”（赋分 0.30），15 位认为“中”（赋分 0.20），得分为 0.24。在对国内外同行的了解与个人直觉 2 个方面，专家自评的影响程度均以“中”或“小”为主，每项得分均为 0.10。

综合以上 4 个维度，计算得出专家判断依据的整体系数 Ca=0.87。结合专家熟悉程度系数（Cs=0.87），本研究的专家权威系数 Cr=0.87。该值大于 0.70 的可接受标准，表明参与咨询的专家对本研究议题具有高度的专业权威性，其意见结果可信且具备统计学意义。

2.2　专家意见信效度

专家意见集中程度。本文采用算术平均值（*Mj*）来表示专家意见的集中程度。根据 2 轮专家咨询结果，一级指标第 1 轮均值范围为 3.60~4.80，第 2 轮为 3.72~4.84；二级指标第 1 轮均值范围为 2.72~4.88，第 2 轮为 3.64~4.88。这表明经过多轮咨询与反馈，专家对各项指标的重要性评价趋于集中，共识程度逐步提高，所构建的指标体系具备良好的专家一致性与内容效度，具体计算公式如下：

$$M_j = \frac{1}{m}\sum_{i=1}^{m} C_{ij}$$

专家协调程度。变异系数（*CVj*）和协调系数可以判别专家对各项指标的评价是否存在较大分歧，从而判断该轮专家打分结果是否可靠。具体计算公式如下：

$$CV_j = \frac{\partial_j}{M_j}$$

研究采用肯德尔和谐系数来表示协调系数 *W*（0~1）。在第 1 轮咨询中，一级和二级指标的变异系数范围分别为 0.12~0.20 和 0.07~0.31，整体协调系数 *W* 为 0.35（*P*<0.001）。经过第 2 轮咨询，专家意见的一致性显著增强：一级和二级指标的变异系数范围分别收敛至 0.10~0.18 和 0.07~0.24，整体协调系数 *W* 提升至 0.44 以上（*P*<0.001）。变异系数的缩小与协调系数的显著提高，共同证实了专家对指标体系合理性具有高度一致的理解，意见协调良好，研究结果可信。

2.3　指标体系的修订过程

评价指标的筛选标准是：若每个指标平均值的得分大于 3.50，同时变异系数小于 0.25，则认定该评价指标有意义。一级指标第 1 轮专家函询结果：4 个一级指标在第 1 轮专家函询过程中，均值均大于 3.50 分，变异系数均小于 0.25，满足指标保留条件。同时，在指标的意见及修改栏中，专家未给出关于指标的修改意见，因此暂不对指标进行修改。二级指标基于第 1 轮专家函询结果。依据预设的“均值>3.50 且变异系数<0.25”这一双重客观筛选标准，对

基于定量标准未达标的指标予以删除、新增和修改。2轮专家咨询修改情况如下：删除2个指标，新增4个指标，修改10个指标。其中，“公益社区心理活动”（均值=3.04，变异系数=0.29）与“家庭养育心态调试”（均值=2.72，变异系数=0.31）这2项指标，在重要性共识与评价一致性上均未达到保留阈值，故将其从指标体系中删除，确保了后续体系的严谨性。

基于专家共识进行指标新增，新增4项二级指标：在一级指标“A四级预防”下增设A4公益热线建设，以拓展服务可达渠道；在一级指标“B三级预防”下增设B9心理咨询专业人才培养，以夯实专业支持根基；在一级指标“C二级预防”下增设“C6配合高校开展医校联合诊断”与“C9医生入校开展学生用药指导”，以强化跨系统协同干预的实操链路。对10个指标进行术语优化，具体如下：为强调预防的常态性，将“社区动员行动”优化为A3常态化科普；为体现培训对象的全覆盖，将“专业人才培养”优化为A10全员心育科普性培养；为明确家庭干预的整合维度，将“增加家庭互动”优化为A12“知情意”三维度增加家庭互动；为更准确描述平台功能，将“AI心理自评平台建设”优化为B1心理自助平台建设；为突出评估的科学属性，将“支持入校心理评估”优化为B4支持高校开展科学化心理评估；为明晰技术整合特征，将“数据化平台建设”优化为B7多模态数据平台分析建设；为聚焦干预前期环节，将“增加服药依从性”优化为B12增加对精神类疾病识别的了解；为注入人文关怀内涵，将“帮扶社区重点人群”优化为C3关怀社区重点人群/家庭；为精准界定课堂对象与目的，将“开设家庭精神疾病课堂”优化为D6开设精神类疾病修复学学生家长课堂；为强化支持的情感维度，将“监护与支持”优化为D8监护与陪伴。同时，在第2轮德尔菲函询中，根据专家对各指标重要性评分的均数差值，运用层次分析法确定各指标权重，对照Satty相对重要性等级标度完成赋值，以此构建各层级指标的成对比较矩阵；随后通过几何平均法计算各层级指标的相对权重，并以CR值为判断标准开展一致性检验，且所有判断矩阵的CR值均满足一致性要求（CR<0.1），为该指标体系的权重量化分析提供了科学支撑。

2.4 最终指标体系

经过2轮德尔菲专家函评，专家意见呈现明显的收敛趋势。一级指标和二级指标的均值范围均有所缩小，均值都大于3.50分，变异系数都小于0.25。并且，第2轮的均值范围相较于第1轮有所提高，这表明专家意见集中程度得到提升，意见分歧减少。根据各轮专家咨询结果，最终确定了包含4个一级指标和46个二级指标的指标体系（表1）。

表1 一二级指标专家咨询结果

一级指标（标准差、平均值、变异系数、权重）	二级指标	二级指标标准差	二级指标均值	变异系数	权重
A四级预防：健康心理培养及预防（0.58，4.80，0.12，0.501）	A1舆论引导及建立媒体公约	0.47	4.84	0.10	0.061
	A2社区环境建设	0.69	4.68	0.15	0.036
	A3常态化科普	0.57	4.64	0.12	0.030
	A4公益热线建设	0.64	4.64	0.14	0.030
	A5公益医疗热线建设	0.58	4.60	0.13	0.022
	A6精神类疾病去污名化科普	0.41	4.80	0.09	0.052
	A7校园心理育人环境营造	0.33	4.88	0.07	0.075
	A8生命教育	0.58	4.80	0.12	0.052
	A9同辈支持系统	0.54	4.72	0.11	0.040
	A10全员心育科普性培养	0.44	4.76	0.09	0.045
	A11打造和谐家风	0.81	4.60	0.18	0.022
	A12“知情意”三维度增加家庭互动	0.87	4.40	0.20	0.015
	A13亲社会行为养成	0.71	4.60	0.15	0.022
B三级预防：健康心理调适（0.77，4.56，0.17，0.339）	B1心理自助平台建设	0.57	4.64	0.12	0.044
	B2法律援助	0.70	4.64	0.15	0.044
	B3大数据青少年病案分析	0.61	4.72	0.13	0.060
	B4支持高校开展科学化心理评估	0.65	4.60	0.14	0.035
	B5循环预防实践建设	0.71	4.44	0.16	0.022
	B6早期识别普查	0.59	4.48	0.13	0.029
	B7多模态数据平台分析建设	0.76	4.60	0.17	0.035

续表 1

一级指标（标准差、平均值、变异系数、权重）	二级指标	二级指标标准差	二级指标均值	变异系数	权重
	B8 构建多方合作机制	0.82	4.44	0.18	0.022
	B9 心理咨询专业人才培养	0.82	4.40	0.19	0.019
	B10 构建校内四级防控网络	0.76	4.20	0.18	0.013
	B11 增加家庭互动	0.89	3.96	0.22	0.008
	B12 对精神类疾病识别的前期知识了解	0.86	4.08	0.21	0.009
C 二级预防：心理疾病防控（0.79，3.96，0.20，0.096）	C1 建立紧急救助基金	0.89	3.72	0.23	0.004
	C2 网络监控建设	0.95	4.32	0.21	0.016
	C3 关怀社区重点人群/家庭	0.90	4.16	0.22	0.013
	C4 建档追踪	0.76	3.64	0.21	0.003
	C5 分级诊断	0.58	3.80	0.15	0.005
	C6 配合高校开展医校联合诊断	0.65	4.40	0.15	0.020
	C7 校园危机专业督导	0.76	4.08	0.19	0.009
	C8 构建医校联合和转介制度	0.65	3.80	0.17	0.005
	C9 医生入校开展学生用药指导	0.66	3.76	0.18	0.004
	C10 一对一会商机制	0.85	3.68	0.23	0.003
	C11 家校联动机制	0.78	3.88	0.20	0.006
	C12 配合专业干预	0.73	4.12	0.18	0.010
D 一级防控：危机干预与修复（0.71，3.60，0.20，0.065）	D1 社区救助系统	0.78	4.12	0.19	0.010
	D2 保险支持系统	0.62	3.84	0.16	0.004
	D3 24 小时青少年急救通道	0.78	3.76	0.20	0.003
	D4 青少年心理健康门诊及病房建设	0.91	4.00	0.23	0.007
	D5 构建危机干预联动机制	0.76	3.92	0.19	0.006
	D6 开设精神类疾病修复学学生家长课堂	0.81	3.64	0.22	0.002
	D7 返校后康复支持与心理咨询	0.90	4.32	0.21	0.016
	D8 监护与陪伴	0.78	4.12	0.19	0.010
	D9 长期跟踪	0.70	3.92	0.18	0.006

研究基于生态系统理论中“宏观—中观—微观”三级协同框架，提出高校学生心理健康教育CIS-MH。该体系充分考虑了高校学生心理健康教育在四级分级维度下的行动维度（预防—调适—防控—修复闭环），明确了主体维度（家校医社协同）的工作内涵。

3　讨论

3.1　高校学生心理健康教育“家校医社”协同指标体系

本次修订完整遵循了德尔菲法的迭代精神，指标确定源于数据驱动与专家集体共识，确保了所建指标体系的科学性、系统性与指导性，提升了“家校医社”协同指标体系的内容效度与专业权威性。一是方法学创新。构建多元主体共识的标准化路径，突破传统单一学校视角，整合高校心理工作者、精神科医生、家庭教育工作者及教育行政人员，对“家校医社”协同指标进行论证。二是理论创新。基于生态系统理论，提出CIS-MH，将抽象的“家校医社协同”概念转化为可测量的指标体系，为破解多主体协同的“黑箱”提供了关键研究工具，为实现“家庭筑基（微观）、学校主导与医疗协作（中观）、社会协同（宏观）”的系统化心理育人路径提供了完整且可操作的框架，回应了当前心理健康教育中存在的治理碎片化与标准模糊的困境。

3.2　为高校心理健康教育在“家校医社”协作实践探索提供有益建议

在宏观的政府主导方面，研究源于重庆市教育主管部门的顶层设计推动，即确立了构建政府主导、多主体联动的协同机制试点及标准研制任务。这体现了政策端在统筹“家校医社”协同机制落地中的引领作用。重庆医科大学况利教授团队牵头编制了重庆市教委发布的《重庆市高校学生心理健康工作指南（试行）》（渝教发〔2025〕1 号）。该指南以落实《全面加强和改进新时代学生心理健康工作专项行动计划（2023—2025 年）》等文件为指引，将心理健康工作专项经费纳入刚性财政预算，明确了高校心理健康工作的核心框架，涵盖预防干预机

制、师资培训体系、家校社协同模式等关键模块，重点加入了精神疾病医疗协作和医保的板块，将国家战略转化为地方实践，体现了宏观系统通过政策工具对中、微观环境的引导与规范。

在中观体系化建设方面，研究结论进一步得到了市内多所学校的证实。改革模式在市内多所高校进行尝试，高校逐步建立医校家联合机制，即学校联动重医附一院、大学城医院、市精卫中心等机构，探索学生心理疾病“筛查—预警—转介—跟踪”闭环机制；建立信息共享、干预转介的“绿色通道”，确保“家校社医”不仅联动，更能联心、联责，将政策红利转化为基层治理的实际效能。高校发起医校社联盟，对社区开展性教育，对中小学、特殊学校开展心理健康教育，这些实践体现了教育机构与社区资源的深度融合。全市开通心理热线 120 条，有 8 个案例入选教育部案例库，“家校医社协同、大中小学一体”心理育人模式已在全市形成示范效应。校园防护体系持续深化，“以德育心、以智慧心、以体强心、以美润心、以劳健心”，将心理健康融入德智体美劳全过程的思路深入人心；市内高校普遍强化心理健康防护网络，加强专业心理队伍配备，全市配备专职教师 357 名，师生比为 1 ∶ 3 500。学校联合医院，广泛针对家长、辅导员、研究生导师、寝室长、宿管、保安等开展“守门人培训”，推动心理健康工作从“局部试点”到“生态营造”，验证了本机制的可复制性与可持续性。

在微观层面的家庭筑基方面，高校不断强化家庭这一微观系统核心要素的功能，以落实《家庭教育促进法》为抓手，把家长、学校纳入学校服务清单。例如，联合举行“点亮精神 论心润心——重庆市心理健康教育示范高校家校共育系列论坛”，让家长、学校和医生同台论道，探索促进大学生心理健康的新路径，倡导共建心理健康体系，共治心理健康问题，共享心理健康成果，累计服务师生家长 5 万余人次。部分学校开设家长咨询及家长课堂，提高家庭心理健康素养，优化个体发展的最直接环境。

3.3 研究展望

本研究已初步构建了高校学生家校医社协同指标体系的工作框架，后续将深化研究，推动理论落地与实践应用。首先，聚焦实践落地与政策引领，把评估框架从理论层面转化为可操作的评价表，确保评价表的维度贴合高校心理健康教育的实际需求，提高其应用适配性。其次，推进实证研究，推动协同机制标准化建设，基于高校的主导作用制定“校医社联动合作协议”范本，明确各方的责任边界与协作流程，选取不同地区、不同类型的高校进行试点应用，通过实际数据检验家校医社协同体系的效能，最终形成可推广的实践方案，为地区高校心理健康教育协同工作提供明确指导。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

作者贡献声明 周恒：项目设计、数据收集、撰写论文；罗婷：方案优化、统计分析；周会婷：文献收集、观点提出、校对

参考文献

[1] 俞国良. 高校心理健康教育实践体系建设考量[J]. 中国高等教育, 2025(12): 45-51.

[2] 林崇德, 李庆安. 论心理健康的内涵与外延[J]. 北京师范大学学报(社会科学版), 2025(4): 85-95. DOI: 10.3969/j. issn. 1002-0209.2025.04.008.

[3] 黄希庭, 毕重增, 岳童. 试论中国社区心理学的教材与课程建设[J]. 中国教育科学(中英文), 2022, 5(1): 13-22. DOI: 10.13527/j.cnki.educ.sci.china.2022.01.005.

[4] 张维佳, 郑亚楠. 高校心理咨询中帮助精神障碍学生的困境与伦理思考[J]. 中国医学伦理学, 2025, 38(6): 765-770. DOI: 10.12026/j.issn.1001-8565.2025.06.13.
岳童, 陈红. 推进新时代中国社区心理学新形态建设[J]. 心理与行为研究, 2023, 21(1): 7-11, 101. DOI: 10.12139/j.1672-0628.2023.01.002.

[5] 黄永宜, 陈娟, 赵秀娟. 青少年心理问题“泛医疗化”风险的反思与范式重构：基于质性访谈的实证研究[J]. 西南大学学报(社会科学版), 2025, 51(5): 212-222. DOI: 10.13718/j.cnki.xdsk.2025.05.021.

[6] 鞠康, 陶华, 季卫东, 等. 上海市长宁区开展“家-校-医-社”中小学学生心理危机分类预警干预的经验[J]. 教育生物学杂志, 2022, 10(2): 113-118. DOI: 10.3969/j. issn. 2095-4301.2022.02.007.

[7] 何小波, 陈方方. 大数据环境下高校学生的心理预警机制构建[J]. 中华医学教育探索杂志, 2021, 20(6): 697-703. DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20200702-00524.

[8] Marraccini ME, McGraw CB, Henderson Smith L, et al. Information sharing between psychiatric hospitals and schools to better support adolescents returning to school following a suicide-related crisis [J]. J Sch Psychol, 2024, 106: 101343. DOI: 10.1016/j. jsp. 2024.101343.

（收稿日期：2025-12-11）
（本文编辑：邬小梅）