

与项目有关的实践基础、论文、著作佐证一览表

| 序号 | 姓名/单位 | 类别 | 研究成果 |
|----|-----------|------|---|
| 1 | 惠州市第三人民医院 | 实践基础 | 建立惠州市生命叙事分享中心 |
| 2 | 惠州市第三人民医院 | 实践基础 | 惠州市第三人民医院第一期叙事医学师资培养班 |
| 3 | 惠州市第三人民医院 | 实践基础 | 惠州卫生职业技术学院护理专业校外实践基地 |
| 4 | 李林枝 | 论文 | “叙事医学与急诊医护人员职业素养”发表在《中国医学人文》 |
| 5 | 李林枝 | 论文 | “人文管理在神经外科护理单元应用效果评价”发表在《全科护理》 |
| 6 | 杨晓霖 | 论文 | “叙事医学与医者叙事伦理力提升”发表在《叙事医学》 |
| 7 | 杨晓霖 | 论文 | “叙事素养提升的两大工具:文本细读与反思性写作”发表在《叙事医学》 |
| 8 | 杨晓霖 | 论文 | “叙事素养的理论基础及表现维度”发表在《叙事医学》 |
| 9 | 杨晓霖 | 论文 | “生命健康叙事与中国传统中医智慧”发表在《中国医学人文》 |
| 10 | 杨晓霖 | 论文 | “奥威尔的经典疾病叙事《穷人之死》”发表在《中国医学人文》 |
| 11 | 杨晓霖 | 论文 | “文学叙事教育对医科院校大学生思想伦理和心理素养的影响研究”发表在《南方医学教育》 |

| | | | |
|----|-----|----|--|
| 12 | 杨晓霖 | 论著 | 主编《生命的交响与变奏》，暨南大学出版社 |
| 13 | 杨晓霖 | 论著 | 主编《叙事护理与人文素养》，中南大学出版社 |
| 14 | 杨晓霖 | 论著 | 参编《叙事医学》，人民卫生出版社 |
| 15 | 杨晓霖 | 论著 | 主编《人文与叙事 文学中的医学》，暨南大学出版社 |
| 16 | 杨晓霖 | 论著 | 主编《语言-文化-叙事》，暨南大学出版社 |
| 17 | 刘萍 | 论文 | “基于通识教育与专业教育融合的外科护理实训课程设计”发表在《循证护理》 |
| 18 | 刘萍 | 论文 | “浅析护理实训教学中高职护生工匠精神的培养路径”发表在《青年时代》 |
| 19 | 刘萍 | 论文 | “慕课在护理专业教学中的现状研究”发表在《广东教育（职教版）》 |
| 20 | 蒋飞华 | 论文 | “创新型护理会诊模式的思考与临床应用”发表在《新疆医学》 |
| 21 | 蒋飞华 | 论文 | “综合护理干预对脑外伤重症监护患者肺部感染的影响分析”发表在《中医临床研究》 |
| 22 | 张秀淋 | 论文 | “基于结构-过程-结果三维质量评价模式在脑卒中康复期患者肠道管理中的应用”发表在《齐鲁护理杂志》 |
| 23 | 刘萍 | 获奖 | 论文“慕课背景下护理专业教学模式改革的沉思”在惠州市职业院校优秀论文评比中获三等奖 |
| 24 | 刘萍 | 获奖 | 论文“高职护理专业学生的焦虑水平对职业选择的影响”在惠州市职业院校优秀论文评比中获一等奖 |
| 25 | 刘萍 | 获奖 | 论文“《外科护理实训》课程设计初探——基于通识 |

| | | | |
|----|----|----|-------------------------------------|
| | | | 教育与专业教育融合的视角”在惠州市职业院校优秀论文评比中获一等奖 |
| 26 | 刘萍 | 获奖 | 指导学生参加广东省职业院校学生专业技能大赛护理技能大赛，获广东省二等奖 |
| 27 | 刘萍 | 获奖 | 指导学生参加全国职业院校技能大赛高职组护理技能赛项，获全国三等奖 |



惠州卫生职业技术学院文件

惠卫职院（2020）44号

关于公布 2020 年度惠州卫生职业技术学院 院校外实践教学基地建设 项目立项的通知

各部门：

根据《惠州卫生职业技术学院“创新强校工程”（2019-2021年）建设规划》、《惠州卫生职业技术学院教学质量与教学改革工程项目管理办法》等文件精神，深化我校教育教学改革，加强内涵建设，提高人才培养质量，经项目组申请、系部推荐、专家评审、校内公示，确认《惠州市百姓大药房医药连锁有限公司药学专业校外实践教学基地》等6项为我校2020年度校外实践教学基地立项建设项目。请各项目负责人以高度负责的态度组织开展项目的建设和研究工作，确保项目高质量、高标准、按时完成。

附件： 2020 年度惠州卫生职业技术学院校外实践教学基地
建设立项项目汇总表



惠州卫生职业技术学院党政办公室

2020年6月8日印发

附件：

2020 年度惠州卫生职业技术学院校外实践教学基地建设
立项项目汇总表

| 序号 | 项目名称 | 项目负责系/部 | 项目负责人 |
|----|----------------------------------|---------|-------|
| 1 | 惠州市百姓大药房医药连锁有限公司药学专业校外实践教学基地 | 药学系 | 侯秋苑 |
| 2 | 广州科方生物技术股份有限公司医学检验技术专业校外实践教学基地 | 医技系 | 欧阳惠君 |
| 3 | 惠州市世济堂健康管理咨询有限公司康复治疗技术专业校外实践教学基地 | 医技系 | 周燕娜 |
| 4 | 惠州市第三人民医院护理专业校外实践教学基地 | 护理系 | 何晓秋 |
| 5 | 惠州市第一妇幼保健院助产专业校外实践教学基地 | 护理系 | 唐 娟 |
| 6 | 惠州第一健康医疗管理有限公司健康管理专业校外实践教学基地 | 护理系 | 赖科林 |

叙事医学与急诊医护人员职业素养

■文 / 李林枝¹ 杨晓霖²



急诊是急危重症患者抢救的第一线。急诊科里，每一位患者都是“离群值”，急诊室医护人员不能用常规的概率思维去看待急诊患者，也不能因急促的节奏而剥离人性关怀。因而，急诊科医护人员更需具备良好的叙事素养。本文以叙事医学为框架，从医学史上的急诊危机化解故事、文学作品中的急诊叙事以及医生成为患者家属后创作的急诊回忆录等多个维度阐明急诊室医护人员应具备的包括整体判断能力、叙事沟通能力、细致观察能力、有效救治能力、哀伤辅导能力等五大方面在内的叙事素养，并提出急诊医护叙事素养对化解医患危机所具有的重要意义。

关键词 叙事医学 急诊叙事 叙事素养 危机化解

引言

每年5月27日是世界急诊医学日。“急诊”二字意为紧急情况下的治疗，而急救这一举措最早起源于战争领域。为了减少战争带来的伤亡，使伤者得到及时的治疗和照护，战场上的急救人员和急救技巧应运而生。在战争中使医疗急救得以完善的是拿破仑的御医、法国外科医生多明尼克·拉利(Dominique-Jean Larrey)，他发明了以战场急救为首要任务的救护车(Ambulance volante)。在福柯的《临床医学的诞生》(The Birth of Clinic)一书中，拉利被称作

“急诊之父”¹。

现在无论救护车、救护直升机、救护器材上都印有国际认可的急诊救护专业标志——蓝色生命之星，其六角星里的盘蛇杖是古希腊医药之神埃斯克莱皮亚斯(Asclepius)的法杖，代表治疗和痊愈；六边突出的角则分别代表紧急医疗救护的一个程序或功能。从最上面开始，顺时针方向依次为侦测、通报、回应或出勤、现场照护、运送中的照护及转送特定医疗单位诊治。

急诊是急危重症患者抢救的第一线，是门诊的后盾，也

为病房收治患者提供必要的缓冲。急诊医学的存在保证患者在突发疾病和意外受伤时，能在最短时间内得到专业、科学的救治。急诊医护人员面临的挑战不只有疾病、病人本身，还有比患者更加紧张、焦虑的患者家属。急诊室里，每一位患者都是“离群值”，急诊室医护人员不能用常规的概率思

作者单位 / 1. 惠州市第三人民医院
2. 南方医科大学通识教育部
基金项目 / 中国医药专业学位研究生教育
指委2019年“基于新型医共体的全科医学专硕培养改革与实践”阶段性成果
项目编号 / A1-YX20190306-01
通讯作者 / 杨晓霖

维去看待急诊患者，也不能因急促的节奏而剥离人性关怀。因而，急诊室医护人员更需具备良好叙事素养。

因而，叙事素养已成为评价急诊室医护人员的一项重要

职业评价指标²。本文以叙事医学为整体框架，从医学史上的急诊故事、文学中的急诊叙事以及患者家属的急诊回忆录叙事等多个维度提出急诊医护人员应具备叙事素养，主要包括

急诊现实叙事与危机化解

“现代临床医学之父”威廉·奥斯勒(William Osler)曾提出，医学是不确定的科学与可能的艺术³。这种不确定性在急诊语境下显得更加突出。急诊室既是生死一线之隔的地方，也是医疗纠纷的是非之地，每个夜晚都在上演着一幕幕悲欢离合的人生戏剧。急诊史上，许多人文主义医生前辈在处理急诊危机事件时展现出来的叙事素养和叙事智慧对我们当代急诊医生化解危机能够发挥启示作用。

一位在蒙特利尔出差的英国年轻人突发重疾，奥斯勒恰好在场，诊断其为严重天花后，立即将他送去医院。但年轻人的情况急转直下，最终不幸离世⁴。在看似普通的急救事件背后潜藏着巨大的医患危机。作为具备良好叙事素养的医生，奥斯勒不只是关注患者与治疗本身，他充分预见远在英国的患者父母一定无法接受身体强壮的儿子死于突发重疾的事实，于是奥斯勒立即给年轻人的父母写了一封信。

奥斯勒站在父母的视角上想象他们内心里充满的各种疑问。从他们的视角来看，儿子年纪轻轻在异国他乡突发重疾是非常不幸的，可是他已被送到医院，为什么急诊医生没能拯救儿

子？医护人员会不会在诊治过程中出现严重误判或者用药失误？会不会是哪个环节出了严重问题导致儿子不治身亡？离世前的儿子会不会没有陪伴，一方面饱受疾病的折磨，另外一方面在孤独中苦苦煎熬？年轻的儿子在去世时会不会特别悲惨……

在各种疑问的折磨和驱使下，年轻人的父母很可能不远万里来医院讨说法，这无疑会给奥斯勒和医院带来麻烦。然而，奥斯勒决定第一时间写信详述当时的情况。奥斯勒在信中讲述了一个细节，在年轻人生命的最后几个小时里，自己如何陪在床边听他讲家里的故事，尤其是对母亲的思念。年轻人告诉奥斯勒，生病时，母亲总是会为他诵读《以赛亚书》中的祷文，奥斯勒因此也为年轻人念诵了这段祷文，年轻人最终在平和安详中离开人世。

收到奥斯勒信件后的父母之后没在医院出现。他们收到儿子死讯时设想的种种情景与奥斯勒讲述的细节被编织到一个更大的故事空间里。这个大的叙事空间让父母看到了从他们单一视角的故事里所了解不到的事实，填补了他们的视域盲点。信中充满温情的救治环节足以让父母为之

整体判断能力、叙事沟通能力、细致观察能力、有效救治能力、哀伤辅导能力等，叙事素养是构建急诊科和谐医患关系、增强急诊医护人员职业身份认同以及开展哀伤辅导的重要途径。

感动并放弃对医疗过程中孰是孰非问题的追究。新叙事聚焦于一个令人欣慰的情节——年轻人在去世前没有遭受太多痛苦和折磨，是在安静平和和充满爱的氛围中辞世。

在这个急诊案例中，奥斯勒成功化解了潜在的医患危机。奥斯勒如果只站在专业立场上，讲述如何抢救患者，那么，悲痛欲绝的死者父母并不一定相信故事的真实性。但叙事素养高的奥斯勒并没有这样做，他首先将自己想象成年轻人父母，然后再回到自己急诊医生的视角，用人文关怀细节回应家属的诸多疑惑，化解家属的负面猜测和可能出现的过激行为，死者家属的叙事基调从对医生心怀怨气自觉转化为对他们心存感激。

在某种意义上而言，这封信将死者家属预先框定的“由于医院过失造成的不幸死亡事件”重新阐释为一个“不幸中的万幸事件”。也就是说，通过融合医患两大主体间的叙事视角，整个故事的基调实现了根本性转化。急诊医生能够专注倾听儿子讲述家人的故事的细节足以说服他们，儿子在医院接受了最好的治疗和照顾。最终，他们放弃花费

巨资，舟车劳顿，远渡重洋来破除心中疑问的决定。

通过这个故事，我们了解到在急诊语境下，医患危机极易发

生。奥斯勒运用的是一种从人文关怀思维出发的叙事调解模式，通过主动进行叙事沟通和哀伤辅导，有效改变涉事各方主体的行

为、认知、情感，成功化解了潜在的医患危机。急诊语境下，医护人员应该遇事不回避，沉着稳重地应对危机。

文学急症叙事与叙事沟通能力

许多急诊医生都具有非凡的叙事素养与虚构写作能力，他们将自己的急诊经历化为一个个扣人心弦的文学短篇故事。《急症室瞬间》（*The Blood of the Strangers*）的作者弗兰克·胡伊勒（Frank Huyler）是一位美国急诊科医生，同时也是诗人和小说家。其中一篇名为《糖》（*Sugar*）的故事，讲述两岁女孩的急诊经历⁵。故事里，年轻夫妻带着两岁女儿来到医院，孩子看上去没什么不正常，但妻子对分诊台护士说孩子表现很不正常。

医生反复观察女孩，做了基本检查，也判定确实没有异常。这时，外面有许多患者正在等待，他应该怎样做？这里有几种判断在影响急诊医生做出

决策——孩子爸爸认为孩子妈妈小题大做，过于敏感，孩子根本没什么问题；护士认为夫妻俩只是想开点免费药。如果按照这两种判断，医生就应该离开，去看别的更需要帮助的患者，但是，还有一种判断——妈妈认为医生一定要帮孩子仔细看看，孩子真的很不对劲。

医生应该听信谁？做出什么样的判断呢？年轻医生不知该如何是好，在外面其他患者的催促下，他打算离开检查室，一边走一边不经意地抛出一个问题：请问家里有人在服用药物吗？这时妈妈最快抢答了这个问题，是孩子的奶奶在服一种类似一种糖片的药物。这时，医生立即给孩子做了血糖监测，发现孩子的血糖已经低到了非

常危险的程度。年轻医生吓出了一身冷汗，差一点这个孩子的命就断送在了他的手里，而多一句问话就挽救了一条生命。

从此以后，年轻医生在行医中非常注重倾听患者及其家属讲述细节，对于健康素养不高的患者，更是主动引出故事里对诊断有益的线索，及时开展有效治疗⁶。从这个故事里，这位医生意识到聆听患者的经历和故事也是诊断证据的重要来源。尤其是在急诊语境下，具备良好叙事素养的医护人员能从患者混乱的叙事中提取对诊断有利的蛛丝马迹。胡伊勒后来继续将其急诊故事写进回忆录《无影灯下的岁月：急诊工作二十五年》（*White Hot Light*）。

作为患方的医生急诊叙事与共情能力

著名作家医生、哈佛医学院血液肿瘤学家格罗普曼（Jerome Groopman）曾言：“当我还是实习生和住院医生时，对在急诊室遇到的那些声称自己背痛得厉害的患者，往往嗤之以鼻，耸耸肩认定他们只是几个装病怠工的懒鬼。直到有一天我自己也背痛得厉害，才明白与虚弱无力作斗争是一种什么体验”⁸。然而，

医生没必要经历各种疾病才懂得与患者共情。医护人员只需要多一点阅读医生患者或者患者家属的故事，就能懂得换位视角理解他们的痛苦。

格罗普曼与同为医生的太太面对儿子发生“肠套叠”时，仍然惊慌失措。儿子经历两位医生的误诊，一位在诊断过程中未做详细观察与思考，仅凭经验直接下诊断；另一位

儿童医院的夜班医师根本没有耐心听患者家属陈述情况，以“暂无生命危险”为由，拖延至第二天。最后夫妻俩找来小儿科权威医生为儿子紧急手术，才捡回一条命⁷。

作者本身是医学院教授，亲历儿子被误诊的事件之后，他深刻地反思了医生职业。阅读这个故事，读者可以感受到即便是坚毅与冷静的医生，作

为患者家属在面临生死关头时的惊惶和恐惧。

连阅历无数、平时临危不乱的医师，遇到此种情况依旧失去理智与沉着，更遑论不曾面对生死难关的普通人。在危急时刻，医生应扮演安抚患者及其家属情绪的关键角色。毫无疑问，当焦急和慌乱成为急诊室的常态，患者及其家属极易失去判断的理智，医生更需再细致观察，详细了解病情和各方信息后作出整体判断，据此进行有效救治，并向患方解释清楚，让其了解医生的诊断根据，从而建立有依循的踏实

感，这样对于心理层面的安抚将产生积极影响。

然而，我们也应该懂得医生不是神的道理。医疗疏失永远会发生，让医生说出他们的疏失故事，可以帮助他们减轻负疚感，引导其他医护人员避免同类错误和疏失的发生，是改善急诊服务的第一步。反之，当我们对医疗失误和过错没有正确的认识，我们会陷入“认知失谐”中。在最容易发生医疗失误的急诊室里，教育者应该教给学生“万一犯错时，应该如何应对”的实践智慧，而这些智慧源自急诊室里关于医

疗失误的不同维度故事。

加拿大知名急诊医生戈德曼（Brian Goldman）在TED演讲《医生也会犯错，我们能否谈论他们犯过的错误？》中举出自己在担任急诊住院医师时经历的心脏衰竭、急性会厌炎、急性盲肠炎等的医疗失误事件。医疗错误无法完全避免。如果制度是赶出所有出错的医护人员，那么医疗领域将无人留下。戈德曼将急诊生涯故事写进《急诊室夜班》（*The Night Shift*）中，阐明急诊医生需要具备的观察力、决断力和处置力。

结语

急诊救护犹如一门现代医学人类学，急诊患者有五个“最”：最紧急、最严重、最复杂、最无助和最弱势。经验丰富的医护人员只能靠自己的现场判断实施救助，决定该执行何种急救，同时还得安抚失去意识或陷入疯狂的伤者（还有失控的家属），这既需要医护人员具备非常精湛的专业技能，也要求医护人员具备良好的叙事素养。

事实上，许多叙事素养高的急诊科医护人员也创作了许

多急诊现实主义叙事作品，他们采用人类学家的视角来展现急诊室的各自故事。如，马斯卡利克（James Maskalyk）的《我在一楼急诊室的人生》（*Letters from the Edge of Emergency Medicine*）、傅志远的《拼命：一个急诊外科医师的生死笔记》和陈维恭的《看不见的角落：急诊室里的人生故事》等。

这些急诊叙事作品对于塑造民众对生命健康和急诊医学的认知非常有益，同时对于年

轻医护人员而言，这些急诊医生教育成长叙事作品能够帮助他们快速构建职业身份认同，了解成为一名优秀急诊医生所必备的素质，认识反思写作和换位角故事分享是减少医疗失误及其带来的负疚感的重要途径。这类叙事性作品不仅帮助急诊医护人员构建整体判断能力、叙事沟通能力、细致观察能力、有效救治能力、哀伤辅导能力等综合叙事素养，还可成为开展急诊医学课程思政和伦理教育的理想文本。■

参考文献

1. Foucault M. *The Birth of Clinic*[M]. New York: Vintage Books, 1975: 74.
2. 杨晓霖. 叙事医学人文读本[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 23.
3. Olsner W, Silverman M, Murray T, et al. *The Quotable Osler*[M]. Philadelphia: ACP Press, 2003: 46.
4. Bryan CS. *Caring carefully*[J]. *Baylor Univ Med Center Proc*. 1999, 12(4): 277-284.
5. Huyler F. *The Blood of Strangers*[M]. Berkeley, Cal: Univ. of California Press, 1999: 127-131.
6. Groopman J. *A knife in the back* [N/OL]. *The New Yorker*, 2002-04-08 [2021-5-20]. www.newyorker.com/magazine/2002/04/08/a-knife-in-the-back.
7. Groopman J. *Mental malpractice*[N/OL]. *New York Times*, 2007-07-07 [2021-05-20]. www.nytimes.com/2007/07/07/opinion/07groopman.html.

• 护理管理 •

人文管理在神经外科护理单元应用效果评价



李林枝, 杨燕媚, 罗伟民

摘要 目的:探讨人文管理在神经外科护理单元中的应用效果。方法:选取医院神经外科 2019 年 11 月—2020 年 9 月收治的病人 120 例为研究对象,随机分为观察组和对照组各 60 例。对照组行常规管理,观察组行人文管理,比较分析两组管理质量、不良事件发生情况及病人满意度。结果:观察组各项护理管理质量评分均比对照组高($P < 0.05$);观察组不良事件发生率比对照组低($P < 0.05$);观察组病人满意度比对照组高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:人文管理应用在神经外科护理单元中有助于提升管理质量,减少不良事件发生情况,促进医患关系和谐发展,能积极塑造医院造福人民、增进健康的正面形象,为医院带来良好的社会效益。

关键词 神经外科;护理单元;人文管理;管理质量;满意度

Keywords neurosurgery; nursing unit; humanistic management; management quality; satisfaction

doi: 10.12104/j.issn.1674-4748.2021.24.026

神经外科收治的病人大多发病急且病情重,治疗相对较为复杂,如外伤引起的脊髓、脑部及肿瘤等神经系统疾病,并且科室主要以外科手术治疗为核心,此类病人术后极易发生并发症,使得护理工作任务繁重、难度大^[1]。临床应当高度重视护理工作,减少护理疏忽造成的医疗纠纷及危害到病人人身安全等安全事故。近些年来,在党的十九大精神和全国两会精神的背景下,各大医院也逐渐重视到护理工作质量的提升,但对于具体采用何种措施并未有统一标准^[2]。人文管理作为一种充满人文温暖的管理模式,主要核心在于为病人提供具有人文意味的医疗环境、人文关爱的医疗服务以及人文情义的医患关系等,以推进人文医学事业发展为目标而形成的新型管理模式^[3-4]。但目前用于神经外科护理管理中相关报告少有,鉴于此,本研究特将人文管理应用在神经外科护理单元中,对其临床效用价值展开分析,内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本院神经外科 2019 年 1 月—2020 年 9 月收治的 120 例病人随机分为观察组和对照组各 60 例。观察组男 38 例,女 22 例;年龄 25~78(36.13±3.48)岁;文化程度:初中及以下 16 例,高中及中专 29 例,专科及以上 15 例。对照组男 37 例,女 23 例;年龄 26~79(37.01±3.42)岁;文化程度:初中及以下 17 例,高中及中专 27 例,专科及以上 16 例。两组病人一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:①结合临床检查与

体征表现确诊为神经外科疾病;②知晓并同意参加研究;③生命体征稳定;④能正常沟通交流。排除标准:①患有危重症疾病;②伴精神疾病或认知障碍;③因自身原因中途退出研究;④临床资料缺失。

1.3 方法

1.3.1 对照组 行常规管理,主要是对病人加强治疗观察、日常生活护理以及紧急事件处理等。

1.3.2 观察组 行人文管理。①加强个人素质化管理:要求护理人员持证上岗,并注意日常穿着搭配以大方、朴素为主,积极热情地接待病人,采用亲切且通俗易懂的语言与病人沟通,保持微笑且态度和蔼,并针对神经外科护理工作制定护理理念,使护理人员牢记自身责任感、职业道德感等,并努力提高自身综合素质;由于病人、家属多对环境和治疗不了解,常会出现负性情绪,造成不配合相关操作,护理人员需及时为其介绍院内情况、治疗方案及相关注意事项等,消除其恐惧及陌生感,营造良好的就医氛围^[5-6]。②改变排班模式:应用连续性(APN)排班模式,安排 1 名办公室护理人员,工作时间为上下班;安排 5 名护理人员为 A 班,工作时间为上午 07:50~15:50,中午半小时可行交替午餐方式来实施接手术病人、更换液体等工作,由于该阶段是整天高峰期,因此需安排 4 人值班;安排 3 名护理人员为 P 班,工作时间为下午 15:00~23:00;安排 2 名护理人员为 N 班,工作时间为晚上 22:50~08:00;每个排班均工作 5 d 休息 2 d 后再继续。同时采用职责调整与配对值班模式展开护理, A 班可将病床分 2 个护理小组,并由主管护师作为组长,根据不同年资的护理人员安排工作、合理搭配以提升工作质量。同时由床旁护理人员做好病情观察、健康宣教及心理护理等护理工作^[7]。③围术期人文护理:在手术前需针对病房环境、缓解病情变化及治疗方式逐一详细地讲解,准备好手术需要的药品和仪器设备,并叮嘱与指导病人做好术前禁食和胃肠道准备;在手术中,护理人员需

基金项目 惠州市医疗卫生科技计划项目,编号:2018Y161。

作者简介 李林枝,副主任护师,本科,单位:516000,广东省惠州市第三人民医院;杨燕媚,罗伟民,单位:516000,广东省惠州市第三人民医院。

引用信息 李林枝,杨燕媚,罗伟民.人文管理在神经外科护理单元应用效果评价[J].全科护理,2021,19(24):3409-3411.

万方数据

先耐心解答病人存在的疑惑,消除其紧张和担忧感,增强医患信任感,同时严格消毒手术中使用的器械,确保手术遵循无菌标准,严格排查每个隐患,特别是在使用消毒液时,注意切勿滴入病人耳部、眼部等^[8]。指导病人行正确体位,以适用于治疗和舒适为主,避免身体突出部位受压,加强隐私保护,避免发生手术并发症;在手术后,建立跟踪制度,严格监测各项指标恢复情况,并随访病人3~6个月,告知复查时间,并做好术后并发症预防工作。

1.4 观察指标 ①护理管理:应用神经外科自制护理管理调查表,其中包括关心病人、语言沟通、护理技能及服务态度项目,每项均为0~100分,得分越高认为

护理质量越佳。②记录在病人住院期间发生的投诉、医疗纠纷及医院感染等不良事件。③采用本院自制满意度评估问卷调查表,满分100分,其中包括非常满意(≥ 90 分);满意(75~89分);基本满意(65~74分);不满意(< 65 分)。满意度=(每组总例数-不满意例数)/每组总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法 数据纳入SPSS 22.0软件分析,符合正态分布的定量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验;定性资料以百分率(%)表示,行 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

表1 两组病人护理管理质量比较($\bar{x} \pm s$)

单位:分

| 组别 | 例数 | 关心病人 | 语言沟通 | 护理技能 | 服务态度 |
|-------|----|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 观察组 | 60 | 92.31 \pm 3.15 | 95.10 \pm 2.36 | 90.17 \pm 3.14 | 94.02 \pm 2.31 |
| 对照组 | 60 | 80.15 \pm 4.56 | 81.39 \pm 3.95 | 81.30 \pm 2.95 | 81.32 \pm 3.16 |
| t 值 | | 5.697 | 6.227 | 5.220 | 7.016 |
| P | | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

表2 两组病人不良事件发生情况比较

单位:例(%)

| 组别 | 例数 | 医院感染 | 医疗纠纷 | 投诉 | 总发生 |
|-----|----|---------|---------|---------|-----------|
| 观察组 | 60 | 1(1.67) | 1(1.67) | 1(1.67) | 3(5.00) |
| 对照组 | 60 | 2(3.33) | 4(6.66) | 5(8.33) | 11(18.33) |

注:两组总发生率比较, $\chi^2 = 8.622, P < 0.05$ 。

表3 两组病人满意情况比较

单位:例(%)

| 组别 | 例数 | 非常满意 | 满意 | 基本满意 | 不满意 | 总满意 |
|-----|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 观察组 | 60 | 33(55.00) | 19(31.67) | 6(10.00) | 2(3.33) | 58(96.67) |
| 对照组 | 60 | 17(28.33) | 21(35.00) | 12(20.00) | 10(16.67) | 50(83.33) |

注:两组满意度比较, $\chi^2 = 9.886, P < 0.05$ 。

3 讨论

神经外科护理单元对病人康复进展及生活质量是直接挂钩的,而在临床实践中,护理人员是与病人接触最多的专业人员,其护理质量会直接影响到病人的临床疗效及医患关系。本院推行人文管理,促进学科发展^[9]。依据科室自身实施人文管理前后对比,着重考察人文科室医护人员的人文素养、幸福指数,业务技术能力,护理人员转岗离职率、医疗投诉纠纷等指标,考察人文管理助推科室发展的效果,旨在总结经验并在临床推广、交流和分享^[10-11]。

本次研究结果发现,观察组护理管理质量比对照组高,与游进平^[12]研究结果趋于一致,表明人文管理有助于提升神经外科护理管理质量。人文管理是一种对护理各个环节进一步人性化的护理,可促进每个环节护理质量提升,全方位拓展护理范围,并将护士与病人有机结合,充分考虑病人的自身感受和护理人员实际情况,达到护理人员工作能动性及护理质量同时提

高的作用^[13-14]。本研究中,观察组不良事件发生率比对照组低,与崔桂芹^[15]研究结果类似。提示人文管理能够最大程度上减少医院不良事件发生,避免病人投诉,发生医疗纠纷,使医患、护患关系更为和谐^[16]。人文管理体现了“以人为本、以文化人”的一种文化管理和人性化管理理念,又能更好地诠释“得到关爱的医务人员,才会更好地去关爱病人”的真谛。通过给予参与人文医院建设的相关人员及科室精神、物质上的奖励,必定能进一步调动护理人员的工作热情和积极性、主动性,形成良性循环^[17-18]。在病人入院后不断受到人文环境氛围的感染,提供服务流程优化,有助于病人更快速进行各项治疗流程,同时持续开展人文管理的系统化,有力推动医院的人文管理不断向纵深发展^[19-20]。本研究中,观察组满意度高于对照组,说明病人对人文管理比较满意,更乐意配合相关操作,从而构建良好的人文氛围,为医院增进健康的正面形象。

综上所述,人文管理应用在神经外科护理单元中

效果显著,能够明显提升护理管理质量。

参考文献:

- [1] 胡惠贤,朱敏芳,姜艳华,等.误吸风险筛查闭环路径管理在神经外科病人护理中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2020,26(32):4511-4515.
- [2] 白娟,杨健.跨理论模型与多学科协作方案在神经外科病区护理中的应用[J].海军医学杂志,2020,41(2):212-214.
- [3] 颜琪,沈洪英,蒋凌艳.护理质量敏感指标在神经外科防误吸管理持续改进中的应用效果[J].解放军护理杂志,2020,37(2):83-85.
- [4] 左春慧,梁建妹.临床专业护理安全系统在神经外科患者压力性损伤护理中的应用[J].中华现代护理杂志,2019,25(4):419-421.
- [5] 张婧,张雨,张慧青.科室护理微信平台在护理单元环节质量管理中的应用效果评价[J].中国数字医学,2020,15(1):139-141.
- [6] 单荣芳,严红燕,倪娟,等.闭环式流程管理措施在神经外科重症患者院内转运中的应用[J].中国医药导报,2020,56(31):191-194.
- [7] 陈裴裴,牟朝晖,李玉玲.风险护理在神经外科重症手术管理中的应用及对患者并发症的影响[J].中华全科医学,2020,18(11):180-183.
- [8] 张丽,李瑞英,王贺.“四室一库一站”管理模式在创建标准化护理示范单元中的效果[J].成都医学院学报,2020,15(1):124-127.
- [9] 詹显新,喻皎花,乐萃芬,等.神经外科 ICU 护理质量评价指标的构建[J].中华护理杂志,2020,55(1):84-89.
- [10] 李丽华,杜春秀,吴莉,等.神经外科护理质量敏感性指标的构建[J].护理研究,2020,34(7):1181-1186.
- [11] 曾月凤.流程优化在神经外科护理单元中的应用体会[J].现代诊断与治疗,2019,30(21):3871-3872.
- [12] 游进平.人性化护理在神经外科围手术期患者中的应用效果[J].中外医学研究,2019,17(7):108-110.
- [13] 简银菊.护理管理者对护士实施人文关怀的意义[J].中国卫生产业,2019,385(14):107-108.
- [14] 蔡新红.危急重症患者影像学检查全周期护理管理及人文关怀[J].影像研究与医学应用,2020,4(12):257-258.
- [15] 崔桂芹.人文关怀在胸外科护理管理中的应用[J].中国卫生产业,2020,416(9):49-50;53.
- [16] 张晓雷,王军.神经外科手术患者术后早期下床活动的影响因素分析[J].中华现代护理杂志,2021,27(2):227-231.
- [17] 张会娜.人文关怀护理模式在急诊护理管理中的应用及对患者负面情绪和护理满意度的影响[J].中国保健营养,2019,29(16):153.
- [18] 孙毓奇,万大海,杨远达,等.神经外科重症病人肺部感染危险因素及抗生素治疗方案的研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(5):778-780.
- [19] 李靖.我国神经外科护理质量管理的研究进展[J].中华现代护理杂志,2019,25(4):397-399.
- [20] 周元,袁慧,任兴珍.国内神经外科护理相关研究现状与趋势分析[J].护理研究,2019,33(7):1115-1119.

(收稿日期:2021-02-02;修回日期:2021-08-23)

(本文编辑 郭海瑞)

护理敏感质量指标信息化系统的构建和应用

何云霞,李爱萍,印锦,周荣,戴雨梅,蔡丽华



摘要 目的:开发基于信息化的护理敏感质量指标内网上报系统,提高指标上报质量。方法:构建护理管理信息化平台,将护理敏感质量指标、质量控制模块、不良事件上报系统、人员管理有效结合,联动医院 HIS 系统、护理文书书写系统、院感数据采集系统、财务收费等系统;实现由系统每日自动抓取护理敏感质量指标数据元,每月自动统计指标并导入质量与安全分析报告中。结果:运行护理敏感质量指标信息化系统后,上报准确性显著高于运行前,上报及汇总分析各环节耗时显著少于运行前($P < 0.01$)。结论:应用护理敏感质量指标信息化系统进行数据抓取汇总,可提高上报效率,并能及时反馈。

关键词 信息化;护理敏感质量指标;质量控制;不良事件上报;数据提取

Keywords informatization;nursing sensitive quality indicators;quality control;adverse event reporting;data extraction

doi:10.12104/j.issn.1674-4748.2021.24.027

护理质量敏感性指标是监测影响病人结果的护理管理、护理服务、组织促进等各项程序质量并进行定量评价的标准^[1];对护理结果可针对性、动态性定量测评^[2],能帮助持续改进临床护理工作质量。张华甫等^[3]调查三级医院敏感指标数据上报情况发现,存在许多共性问题,例如对数据采集、计算方法理解不准确致统计误差及数据漏报、瞒报等问题。大部分护理管

理者提倡监测护理质量敏感指标,同时也意识到缺乏信息化支持,指标各数据收集、统计、分析反馈较难^[4]。冯志仙等^[5]认为利用信息系统获取数据可便捷、有效地完成指标监测,并提升护理质量。我院自 2018 年 6 月起,结合本院的实际情况和护理人员习惯使用的模式,护理部和信息科工程师合作开发在医院内部安全网络环境下的护理质量与敏感性指标管理平台,充分利用医院现有 HIS、LIS、PACS、RIS、医惠护理、OA 办公系统等系统中丰富的信息资源,进行护理敏感质量指标原始数据的采集,并自动统计、分析反馈,实现网络环境下数据实时查询和再利用。新系统 2019 年 3 月起运行,效果良好。现报告如下。

1 资料与方法

作者简介 何云霞,李爱萍(通讯作者)、印锦、周荣、戴雨梅、蔡丽华单位:225400,江苏省泰兴市人民医院。

引用信息 何云霞,李爱萍,印锦,等.护理敏感质量指标信息化系统的构建和应用[J].全科护理,2021,19(24):3411-3414.

万方数据

叙事医学与医者叙事伦理力提升

¹杨晓霖 ²陆嘉欣 ²梁燕秋

文章编号: 2096-5893 (2023) 01-0004-06

【摘要】 作为一种后现代的医学教育和临床实践理念, 叙事医学是一个强调伦理实践的学派。作为人才软实力的重要表现, 职业叙事能力的培养已经成为健康行业人才培养的重中之重。叙事伦理力是职业叙事能力构成的核心要素, 是医者针对具有个性化生命历程和独特人生故事的主体展开存在性关怀的一种能力。本文从叙事医学与医者自我关系伦理出发, 阐述叙事医学的两大工具——文本细读与反思性写作对于叙事伦理力提升的重要价值, 继而通过叙事在医者伦理身份认同形成过程中发挥的积极动态作用, 阐明学会诱发和倾听患者的疾痛叙事是行医的道德核心。

【关键词】 叙事医学; 叙事伦理力; 职业叙事能力

Narrative medicine and the enhancement of doctors' narrative ethicality ¹Yang Xiaolin, ²Lu Jiabin, ²Liang Yanqiu, ¹General Education Department of Southern Medical University, Guangzhou 510515, Guangdong, China; ²Shunde Hospital, Southern Medical University, Foshan 528399, Guangdong, China

【Abstract】 As a post-modern concept of medical education and clinical practice, narrative medicine is a new discipline that emphasizes ethical practice. As an important manifestation of the soft power of healthcare talents, the cultivation of professional narrative ability has become the top priority of the cultivation of talents in the health industry. Narrative ethics is the core element of professional narrative competence, and it is a kind of ability for doctors to carry out existential care for patients with their individualized life courses and unique life stories. Starting from narrative medicine and self-relationship ethics, this article expounds the important value of the two basic tools of narrative medicine – narrative close reading and reflective narrative writing – for the improvement of narrative ethics, and then through illuminating the positive and dynamic role played in the process of formation of medical practitioners' ethical identity, this article also clarifies that learning to induce and listen to the patient's narrative of suffering is the moral core of practicing medicine.

【Key words】 Narrative medicine; Narrative ethicality; Professional narrative competence

基金项目: 2021年度国家社科基金后期资助项目(21FJSHB007); 2021年度南方医科大学顺德医院科研启动项目(SPSP2021024)

作者单位: 1南方医科大学通识教育部; 2南方医科大学顺德医院

作者简介: 杨晓霖(1977-), 女, 硕士, 教授。

通信作者: 梁燕秋

电子邮箱: 2268384778@qq.com

作为一种后现代的医学教育和临床实践理念, 叙事医学是一个强调伦理实践的学派。许多西方教育家都认为21世纪是“叙事能力+X能力”人才的世纪^[1]。叙事医学语境下, 职业叙事能力是实现和谐关系构建、医护职业和患

者身份认同、主体思维模式和视域差异融合的综合体现。对于医者而言，职业叙事能力体现在临床和医疗语境下医者的各维度叙事沟通力、叙事调节力、叙事调解力、叙事诊断力、叙事疗愈力、叙事伦理力、叙事复元力和叙事统整力等。其中，叙事伦理力是职业叙事能力构成的核心要素。

伦理道德的基础在于人际的“相互承认”(mutual recognition)^[2]。在中国医学教育和临床实践中，医德是最重要的职业素养。而汉字的“德”就在提醒医者必须具备职业叙事能力：能够在“彳”，也就是两个人之间建立叙事连接，这两个人可以是“医患”，可以是“医患”，可以是“医护”，可以是“医院管理者与医护人员”，也可以是“医者与普通民众”，在此基础上，“十目一行”“一心一意”地对待其他人，这才算得上具备基本的医德。在叙事医学语境下，“十目”指的是文本细读和细节观察的能力，“一心”就是全心全意专注患者及其家属的需求并及时回应的意思。

叙事伦理力是医者针对具有个体化生命历程和独特人生故事的主体展开存在性关怀的一种能力。叙事是道德研究和教学的核心，承认道德选择、行动和情感的叙事主体身份，标志着道德发展的终点。在一个医生的培养过程中，叙事思维必不可少，培养医者的职业叙事能力，就是在提升其职业伦理思政水平。本文从叙事医学与医者自我关系伦理出发，阐述叙事医学的两大工具——文本细读与反思性写作对于叙事伦理力提升的重要价值，继而透过叙事在医者伦理身份认同形成过程中发挥的积极动态作用，阐明学会诱发和倾听患者的疾痛叙事是行医的道德核心。

1 叙事医学与医者自我关系伦理

人类本质上是叙事的人，在人际和谐与健康关系渐趋疏离的当代社会，叙事是人际关系和伦理关系构建的重要载体。作为人才软实力的重要表现，叙事能力的培养已经成为健康行业人才培养的重中之重。叙事伦理是将人类伦理寓于人际交往之中的一种哲学思考和道德实践^[3]。在大健康语境下，叙事医学/叙事护理是一种以“和谐人际叙事关系”为中心的人文与临床伦理理念。

法国哲学家米歇尔·福柯(Michel Foucault)认为，一个“道德的”或者符合伦理的行动，不应该只简化为一个或一系列合乎规则、律法或价值的行动。所有的伦理行动当然都与它被履行的实际情况有关，也与行动者有关。所谓与行动者有关，指的不单是行动者的“自我意识”，而是一个“伦理主体”的自我塑造……伦理行为无法与自我活动的形式分开。在一种伦理观与另一种伦理观之间，自我活动形式间的差别并不小于价值、规则和禁制体系之间的差别^[4]。

叙事医学强调医者与自我的和谐关系，与他人构建和谐叙事关系的前提是与自我构建和谐的叙事关系，这一点与中国古代中医体系中的伦理思想有着异曲同工之妙。医圣张仲景在其著作《伤寒杂病论》自序中详细地阐明了从医的目的和行医的伦理起点，其中以“进不能爱人知人，退不能爱身知己”来说明不能“贵生”而可能导致“害生”的医生的特点。由此张仲景提出“爱身知己”与“爱人知人”思想，体现出重视人的生命和人伦关系的核心价值观。这一思想在《仲景弟子誓词》中再次得到体现：“爱身知己，爱人知人。益生曰祥，爱人为仁。”每个生命主体得首先懂得热爱自己的生命，热爱赋予自己生命的父母，热爱与

自己生命和血缘关联的亲人，才能将这种爱推向其他的人与物。

叙事医学强调医者与自我的和谐关系，这一点也与福柯的观点接近。福柯的医学伦理观认为，凝视自己就是沉思自己、关注自己、关心自己、认识自己，自己也当接受沉思、关注、关心和认识。医治患者就是关注患者的心灵，凝视患者的一切，医者凝视患者的目的是诊断和治疗患者，诊疗就是关心、关注和认识。凝视和关注他者就是关心（关注）家人、周围人、同仁、人类，医生通过诊治别人来反观、提高、改造自我。医者作为凝视主体必须通过凝视他者来实现自我凝视，关注自我就不得不关注他者。作为凝视主体的医者（自我）与作为被凝视者的患者（他者）之间具有相互依赖性。

叙事医学把苏格拉底（Socrates）的“认识自己”（know yourself）转化为“关注自己”，关注自我身心健康，维系从自我出发的各维度叙事连接，培养良好的生命健康叙事意识。叙事医学中的“关怀自己”和“关注自己”不等于“以自我为中心”的自我封闭，而是在充分形成自我叙事身份认同的基础上，培养出健康向上的阳光气质、从容乐观的进取精神以及关爱他人的服务精神，爱护自己的生命，进而懂得爱护别人的生命，在照亮自己的同时照亮周围的人，使世界更加美好和乐^[5]。医者凭借这种伦理精神，亲近患者，化解医患之间的疏离感与心理压力，发挥关注之爱，使患者的病情得以早日痊愈。

2 叙事医学的两大工具与叙事伦理力提升

中国叙事医学体系的构建是以改善民众的生命质量和医疗质量为目的的，通过提升大健康语境下医护人员的职业叙事能力，提升患者

及其家属和普通民众的生命健康叙事素养，让叙事在医院文化建设与传承、医护职业身份认同形成、疾病诊断和照护、诊断告知与医疗决策、人际沟通与危机化解、心身全人健康调节、健康促进与疾病科普、安宁疗护和哀伤辅导等方面发挥积极动态作用的临床人文落地模式。医者叙事能力的提升必须以文本细读训练为基础，以反思性写作为检验工具。而这两大工具也是医者叙事伦理力提升的重要抓手。

英国华威大学戏剧叙事与伦理道德教育专家乔·温斯顿（Joe Winston）认为“叙事化的故事讲述是掌握与传递道德知识的最佳方式”^[6]。伦理学家阿拉斯戴尔·麦金太尔（Alasdair MacIntyre）在《德性之后》（*After Virtue*）这部著作中提到，“讲故事在美德教育中具有关键作用”。马克·塔潘（Mark Tappan）和林·布朗（Lyn Brow）等学者也认为，叙事是道德研究和教学的核心，承认道德选择、行动和情感的叙事主体身份，标志着道德发展的终点。既然叙事思维是指向人的、以人为核心的思维方式，作为道德主体的人是由叙事建构的，叙事是品格形成的“忠诚道路”，那么在一个医生的培养过程中，叙事思维必不可少，培养医者的职业叙事能力，就是在提升其职业伦理思政水平。

梁启超在《论小说与群治之关系》里强调“自化其身”“入于书中而为其书之主人翁”“化其身以入书中”“去此界以入于彼界”“文字移人”等语句，阐明的正是在叙事世界里浸润对自身伦理处境和伦理选择产生的共情转移作用。这里的“自身”就是读者，“他身”则为故事中的人物即“身外之身”。当读者“化其身以入书中”时，则“此身”化为“他身”，遂由“此界”出入彼界，亦即“他境界”。梁启超因而得出故事有不可思议的伦理力量的结论，就是

说这些故事通过激发读者的情感和伦理想象，让读者对自己的选择进行伦理考量^[1]。

亚当·斯密在《道德情感论》中提到，我们无法完全复制他人的感受，只能通过“想象”最大化地理解他人的感受。医者在“遇见”自己的故事前，可以通过阅读文学经典叙事作品中的生老病死故事、疾病自传或医者教育成长叙事作品，体验和梳理他人的生命历程、内心变化和伦理选择。虚构故事中的世界为我们提供想象的空间和媒介，沉浸式的代入更能感受到人性和道德的力量。借由叙事性阅读，个人的伦理道德、心理认知、情感需求和个人价值会得到体现，对自身的伦理素养起到教化和提升的作用，个人的生活与行动也会被重新赋予意义。

医者经由反思过去与现在行为中的伦理关系，可以引导未来的伦理行动。反思性写作是反思的最高境界。《论语·里仁》曰：“见贤思齐焉，见不贤而内自省也。”意思是，见到有才德的人，就向他学习，向他看齐；见到没有才德的人，就应该自我反省，唯恐自己也有同样的毛病。“思”和“省”二字分别代表两个不同的思维层次，是一个人不断奋进的修身要道。当我们通过写作将外在的看见化为内在的自省时，才能真正领悟他人的不贤，以及可能发生在自己身上的不贤，才能引发切身伦理行为的改变。

叙事医学语境下，平行病历就是伦理反思的重要媒介，创作平行病历的过程就是伦理身份形成的过程。平行病历是一种重要的医者职业反思形式，如果医者无法具体呈现人类受苦的叙事情节，医学伦理精神就无法真正传递。要能理解并接受患者的伦理抉择，医者应当理解虽然疾病叙事有多种可能的诠释，但患者本人是叙事文本的最终作者。平行病历能够让

医者关注和剖析自我的职业态度和行为，也可以让患者更深入地理解医者。分享和传播一些具有叙事素养和悲悯情怀的医者故事，也是为构建良好的医学伦理叙事生态出一份力。

3 职业叙事能力与伦理身份认同

《中国医师道德准则》规范了医师的道德底线，提出应促使医师把职业谋生手段升华为职业信仰；医师应遵从行业自律的要求，以医师职业为荣，笃行中国医师道德准则，赢得社会的尊重，让医学文化得以传承和发扬。法国哲学家保罗·利科（Paul Ricoeur）说，没有一个清晰的身份认同（讲述“我是谁”的故事）概念，美德与伦理（也就是中国话语体系中的“思政”）就无法说清，而没有一个清晰的叙事概念，认同也将是模糊的^[7]。通过叙事所建构的自我认同里包括道德和伦理身份认同。

伦理不仅是一种认知，还应以态度、行动和修养的外在形式把对伦理的内在认知融入临床实践的各维度关系中。一位医者的伦理素养与其“科学脑”，也就是专业知识和技术水平有一定关系，但是与其“人文心”，也就是人际之间的实践智慧与叙事素养相关度更高。也就是说，叙事医学倡导的伦理实践是“以仁统术”，而非“以术统仁”。《孟子》言：“无恻隐之心，非人也。”医学是人类最高尚的事业，医生应该是伦理素养最高的一群人。只有完备的知识和技术，而无共情能力的医生绝对不是合格的医生，因此成为一位好医生的首要条件是敏于感受人的痛苦（sensitivity to human suffering）。

“人文心”对于医疗语境中的人而言是第一位的，就像“科学脑”对于疾病而言是第一位的一样。要实践人文伦理，就必须将职业叙事能力放在药物和手术刀之前。正如医学人类

学家阿瑟·克莱曼 (Arthur Kleinman, 中文名凯博文) 在《疾病的故事: 苦难、治愈与人的境况》(The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition) 中所指出的那样, 学习诱发和倾听患者的疾病叙事是行医的道德核心, 这是一种针对具有个体化的生命历程和独特故事的人的关怀伦理。医生只有设身处地地关怀患者, 才能找到最适宜的处置方法。

“关怀”(care) 意味着认同 (identify with) 这个人, 进入他独一无二的生命叙事进程, 成为对方生命故事的一部分, 并致力于维系与他们共在的关系网络, 也就是维系生命共同体和叙事共同体关系^[8]。在关怀伦理关系中, 关怀双方在进行叙事交流时是平等的, 是一种抛弃专家身份、职业身份的平等的主体关系, 不存在压倒对方或是比对方优越的感觉, 否则将不会实现真正意义上的“存在性沟通”(existential communication)。医护人员是人, 患者也是人, 两者有共同的人性品质, 这应当成为医患伦理关系的基础。

“仁”指的就是两个人之间的共同体关系。当医者愿意进入患者的生命, 就不再“以术统仁”, 而是“以仁统术”。张仲景就批评过当时社会上那些“孜孜汲汲, 惟名利是务, 崇饰其末, 忽弃其本, 华其外而悴其内”的医者。无论古今, 那些为名利而“忘躯徇物”“不惜其命”“进不能爱人知人, 退不能爱身知己”的医者没有职业道德可言。换一句话说, 作为一名医生, 如果不懂得关爱自己, 主动调节自己的心身健康, 就不可能真正做到同情和关爱其他人。

知名医学伦理与医学人文学者埃德蒙·佩莱格里诺 (Edmund Pellegrino) 认为, 医学伦理教育最重要的目的在于培养医者的悲悯情怀, 而悲

悯情怀是一个抽象概念, 落到实处就是聆听、感受和回应患者的疾病故事。持有与患者建立叙事连结之职业态度的医者, 愿意主动了解患者的痛苦, 进入他们的故事, 与之成为生命叙事共同体, 对患者产生自发的怜悯之情, 随时随地为患者着想, 协助患者舒缓痛苦与不适。

医学教育不能只是教授专业课程或技术, 医疗行业需要更多敏于观察、懂得共情、善于沟通、富于想象的医者, 在工具性价值之外, 把握医学的伦理价值。在大健康语境下, 医者的职业叙事能力已逐渐成为评价健康领域从业者的一个重要指标。除了进行故事的倾听、讲述、阅读和写作外, 医护人员还要学会为患者或家属创设故事, 对他们的人生故事进行叙事干预与赋能, 帮助患者活出新的自我形象、新关系的可能性和新的未来, 与他们建立一种更接近生命本质的伦理关系, 帮助他们寻获生命的意义。

医患关系是临床医疗实践的基石, 也是医学伦理的基石。叙事医学是一种实现与患者生命共同升华的生命伦理模式。医者的职业叙事能力是一种集批判性认知共情、推理性诊断和医学伦理决策力于一体的综合能力^[9]。中国叙事医学学者们致力于构建中国特色的叙事医学体系, 不断呼吁国内医护人员深入阅读和创作不同维度的生命伦理叙事作品, 努力营造医患和谐的伦理叙事生态, 为健康中国的实现做出自己的贡献。^②

参考文献

[1] 杨晓霖. 叙事医学人文读本 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019.

[2] ANDREW M. The compatibility of Hegelian recognition and morality with the ethics of care[J]. J

下转第 17 页

检查间隙，我询问张奶奶近期的状态，得知近一个月来她的睡眠状况有所改善，头晕也没之前频繁了。我鼓励她道：“这说明您坚持治疗有效果了，只要您积极配合、调整心态，把身体养得棒棒的，就能更好地和女儿、外孙女团聚，对吗？”张奶奶回握住我的手，那双手微微颤抖着，但十分温暖。

转眼3个月过去了，年后的神经内科诊室总是格外忙碌，中午才有短暂的安静。我在屋内远远看到张奶奶熟悉的身影，赶忙起身迎接。只见她摆了摆手，口罩也挡不住那满脸的笑意。

常规检查后，张奶奶掏出了手机，翻出一个小女孩弹钢琴的视频。“果果你看，这是我的外孙女果果，她前两天参加安大略省的钢琴比赛，拿了全省华人第二名呢！”

我放下手上的东西，蹲下来仔细聆听。一曲终了，我笑道：“小姑娘弹得真不错。她的眼睛跟您一模一样。”

张奶奶的眼睛流露出满满的疼爱与自豪，“下个月我就要飞去加拿大看她们了，不过你放心，肯定会赶回来做下次检查的。”

我向她竖了个大拇指，笑着点头。

检查结束后，张奶奶拉住我的手，“谢谢你，果果。这段时间多亏你的鼓励，让我这个孤单的老太太又感受到了家人的温暖。”

我回握住她的手，“我也谢谢您，张奶奶，是您让我明白，对于像脑小血管病这样的慢性疾病，理解和关爱是最好的辅助治疗手段，祝您这次的团聚之旅一路顺风，更希望您能早日康复！”

回顾接诊张奶奶的经历，我切身体会到医患沟通的重要价值。医患双方在医学知识水平上处于不对等的位置，医生具有专业的医学知识，是医学“专家”，而患者亲身经历了种种不适，感受到疾病带来的点滴影响，是疾病体验“专家”。恰当的医患沟通不但可以深入了解患者的疾病体验，为后续诊治提供依据，还将疾病、患者及其家庭和社会背景视作整体，有利于改善患者（尤其是慢性病患者）的身心健康状况。良好的医患沟通需要医生综合运用语言与非语言手段，通俗的话语、亲和的态度、耐心的倾听与恰当的肢体动作都能有效缓解患者的紧张及抵触情绪，拉近双方的距离。⑨

上接第8页

Brit Soc Phenomen,2019,50(4):285-304.

[3] 杨晓霖, 贾宇哲, 段娟, 等. 叙事医学与人际关怀伦理 [J]. 中国医学人文, 2022, 8(5): 13-17.

[4] FOUCAULT M. The history of sexuality[M]. New York: Vintage Books Edition, 1985: 28.

[5] 于奇智. 凝视之爱: 福柯医学的历史哲学论稿 [M]. 北京: 中央编译出版社, 2002: 120-121.

[6] WINSTON J. Drama, narrative and moral education[M]. London: Falmer, 1998.

[7] TREADOR B. Emplotting virtue: a narrative approach to environmental virtue ethics[M]. Albany: State University of New York Press, 2014: 111.

[8] WERTZ D C, Fletcher J C. Privacy and disclosure in medical genetics examined in an ethics of care[M]. London and New York: Routledge, 2002: 309-328.

[9] CHARON R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust[J]. JAMA, 2001, 286(15): 1897-1902.

叙事素养提升的两大工具：文本细读与反思性写作

¹杨晓霖 ²宝令玉 ³高玮

文章编号：2096-5893 (2022) 04-0261-11

【摘要】叙事医学强调医护患三方叙事素养的全面提升。叙事素养的提升必须以文本细读训练为基础，以反思性写作为检验工具。本文从这两大工具出发，阐述了文本细读对提升医护人员的想象力、阐释力和共情力的积极作用，以及引导患者进行疾病自传写作、开展医护人员反思性写作、鼓励医生患者撰写疾病叙事，对医患视域融合、生命和疾病认知提升的重要价值，阐明了叙事素养提升会带来主体关系、主体角色、主体身份或主体视角的变化，这也是医学人文内化的过程。

【关键词】叙事医学；叙事素养；文本细读；反思性写作

Two basic tools for narrative competence: close reading and reflective writing ¹Yang Xiaolin, ²Bao Lingyu, ³Gao Wei, 1 General Education Department of Southern Medical University, Guangzhou 510650, Guangdong, China; 2 Huaihe Hospital of Henan University, Kaifeng 475099, Henan, China; 3 School of Foreign Languages, Guangdong Medical School, Dongguan 523810, Guangdong, China

【Abstract】 Narrative medicine emphasizes enhancement of the narrative competence of the three main groups of people, namely, doctors, nurses and patients (patient families) in the clinical context. Close reading is the signature method and reflective writing is the testing tool of narrative competence. Setting the two aspects as a departure, by stating that close reading can help enhance the imaginability, interpretability and empathetic ability, the article tries to illuminate that to guide the patients to write their autopathographical narrative, the medical professionals to write reflectively about their clinical works and the patients to write their own experiences on illness, can benefit the horizon fusion and life health literacy of all these subjects involved in healthcare, and the internalization of the medical competence can bring transformative changes in terms of subjective relations, roles, identities as well as perspectives.

【Keywords】 Narrative medicine; Narrative competence; Close reading; Reflective writing

叙事医学强调医护患三方叙事素养的全面提升。总体而言，叙事医学提倡关注医护患三

大主体的故事（人际主体间的聆听），鼓励采用换视角讲述或写作的方式再现不同主体的心理、身体和疾病治疗诉求（视角融合下的反思），最终帮助主体实现身份关系的认可和接纳（健康关系中的共赢）。简言之，主体关注、视角再现和关系接纳是叙事素养的三种能力表现。在这三种能力的基础上，还有第四种更具综合性的能力，那就是反思力。

基金项目：2021年度国家社科基金后期资助项目（21F5H007）；广东省教育科学“十三五”规划2019年度高校哲学社会科学专项（2019GXJK157）广东省佛山市顺德区竞争性扶持人才项目（202104）

作者单位：1南方医科大学通识教育部；2河南大学淮河医院；3广东医科大学外国语学院

作者简介：杨晓霖（1977-），女，硕士，教授。

通信作者：高玮

电子邮箱：315123102@qq.com

也就是说,叙事素养表现为关注度、再现力、互纳力和反思力四种综合能力,这四种能力都包含双方甚至多方关系^[1]。从医生视角出发,关注度是医生关注患者的身体、故事与情感的能力;再现力是融合医患视角,构建完整的疾病故事、恰当地表达同情与关切、正确诊断疾病的能力;互纳力包括与团队协调合作、与患者融洽相处、与同事互相接纳的能力;反思力是指在疾病诊治过程中,反观自己的行为 and 态度,提升医疗服务质量和发现新的治疗方案或研究方向的能力^[1]。

叙事素养提升的两个工具——文本细读和反思性写作都会带来主体关系、角色、身份或视角的变化,这是一个医学人文精神内化的过程^[1]。换言之,叙事医学更注重素养的内化过程,而非行为的外在结果,强调的是“构建发展论”,而非简单的“行为论”。叙事医学的主体性、关系性和独特性,正好与循证医学所倡导的客观性、技术性 and 规律性形成互补,在某种意义上也就形成了人文与科学的融合。

1 叙事素养与文本细读

叙事素养的提升必须以文本细读训练为基础,以反思性写作为检验工具。文本细读能够培养医护人员倾听、再现和反思故事的能力。通过文本细读,能教会医护人员怎样细致、全面地聆听患者的故事,怎样更好地理解患者的疾苦,怎样站在患者的角度看待医疗活动。这些文学叙事方面的技巧能帮助医生更好地完成问诊,建立起医患生命共同体关系,从而更好地实现临床精准诊断和精准治疗的目的。

1.1 叙事素养与博览群书

众所周知,威廉·奥斯勒(William Osler)是具有极高叙事素养的医生的典范。奥斯勒认

为,培养叙事素养最有效的办法是将自己浸润在人文主义学者和哲学家充满人生智慧与哲学思想的伟大作品中,这与叙事医学强调文本细读是同样的意思。奥斯勒曾列出一份经典作者名单,在这些杰出先辈的引导下,他在医学生涯早期成为了一位对历史和文学涉猎广泛的狂热读者。文学经典、哲学经典和医学历史是他的最爱,他习惯睡前阅读,与“具有深厚人文素养的伟人共度一天的最后时光”^[2]。

奥斯勒建议医学生阅读经典文学作品,成长为一名富有同理心的杰出临床医生。奥斯勒认为,对医学生来说,没有什么比保持对文学的兴趣更简单的了。清晰的头脑可以通过学习科学知识和技术实现,但是培养和善内心与叙事素养的唯一途径是文学阅读。从经典的文学作品里,医学生能感受到人性和道德的力量,因此奥斯勒倡导医学生每天要花半小时以上的时间阅读和讨论文学作品,并用心良苦地列出“枕边书必读书单”。

奥斯勒为每一门课程都找到了对应的文学家:当你厌倦了解剖学,就去奥利弗·霍尔姆斯(Oliver Holmes)那里呼吸新鲜空气;当你因生理学而殚精竭虑时,就找珀西·雪莱(Percy Shelley)或约翰·济慈(John Keats)这样的浪漫主义者来开导你;当化学使你精疲力竭,那就请威廉·莎士比亚(William Shakespeare)来抚慰你;当你马上要被药理学压垮,就去找米歇尔·蒙田(Michel Montaigne),他只需要10分钟,就能让你重振旗鼓。奥斯勒认为,哲学家医生托马斯·布朗(Thomas Browne)的《医者的信仰》(*Religio Medici*)是最伟大的著作,它应该在每位医学生的手中,更应该在他们的心中^[2]。

奥斯勒建议医学生读历史上伟大人物的传记及其科学著作。在著名的传记散文集《一位

阿拉巴马学生》(An Alabama Student)的序中,奥斯勒提到:“除了主张将传记当做一辈子的阅读兴趣和日常娱乐外,我对传记叙事阅读之于教育的重要价值持有坚定信仰。”奥斯勒说,为医学带来荣耀的不是大学医学院的数目,不是琳琅满目的建筑,而是披荆斩棘的医学前辈们。他们的故事是激励当下医学生存景仰之情、怀感恩之心,投身医学事业的重要精神支柱。阅读伟大医学家的生平故事,与伟人对话,可以构建积极向上的职业认同感。

因此,奥斯勒认为用医学史上的伟人和古典人文精神感染医学生,是教育赋予人类的一份伟大礼物。在奥斯勒精神的指引下,叙事医学认为叙事素养必须以文本细读训练为实现工具,并提出“优秀的读者成就优秀的医生”,这与奥斯勒提出的“一位好医生一定要博览群书”的观念遥相呼应。作为“文学与医学升级版”的叙事医学,提倡将阅读虚构文学作品和非虚构的临床现实主义叙事作品,作为提升医学生文本细读能力、感受力及换视角讲述故事能力的重要途径^[2]。

事实上,中国古代学者早就提出“夫文学也者,人伦之首,大教之本”这样的观点。《礼记·曲礼》有言:“医不三世,不服其药”。原文注疏曰:“所谓三世者,一曰《黄帝针灸》,二曰《神农本草》,三曰《素问脉诀》,非是三者,不可以言医。”明代陈实功在《外科正宗》中的“医家五戒十要”篇中,提出“第一要”为“先知儒理,而后方知医理”。清代魏荔彤在《金匱要略方论本义·卷五》中说:“学者非读万卷书,未可轻言医”。这几位医者所言都在强调经学阅读对学医者成长的重要价值。

古代医者也提出了知识与智慧之间的区别,“儒理”能够提升医者的人文精神,成就不出现主观失误的良医。清代王士雄在《潜斋医学丛

书·言医》中提到“医家之误人有六”中的第一误人之医就是“有学无识”。冯兆张则在《冯氏锦囊秘录》里说:“凡学医必须参透儒理,儒理一通,学医自易。”恽铁樵在《伤寒论辑义按·自跋》中说,医学深处,实与儒家道家之言多相通者,故治医者必须选读《孟子》《易经·系辞》《书·洪范》《礼·月令》等。几位医者强调的是文学、哲学叙事作品对医学教育的重要价值。

王三尊在其撰于1721年的《医权初编》中提到,为医者“必须读书多,经历久”“始得其宜”“文字之医严于纪律,经历之医精乎心法。文字之医见功迟,经历之医见功速。文字之医精乎论理,经历之医精乎识症”“若二医兼之,再能灵其机变,则万举万当矣”。这里所言的“文字之医”指的是死读医书、不知变通、没有实践经验与智慧的医生,而“经历之医”是不读先古名医确论之书,只以经验为依据的医生,必须两者互补才可“万举万当”。对于年轻医生而言,不可能一开始就成为经历之医,广泛阅读与医护患不同视角的叙事性作品能帮助其积累经验。

被誉为“全世界执业时间最久的医师之一”的日野原重明也非常注重叙事修养,他认为文学阅读对于行医非常有益。医学生时代,日野原修了文学、音乐和哲学等课程,并勤于阅读、聆听各种经典作品,尤其对赖内·里尔克(Rainer Rilke)的《马尔特手记》(Die Aufzeichnungen des Malte Laurids Brigge),以及安德烈·纪德(André Gide)的小说、保罗·维尔伦(Paul Verlaine)的诗和阿希尔·德彪西(Achille Debussy)的音乐着迷。积极亲近文学、哲学与音乐,孕育内在人文涵养,为日野原日后成为医学人文大师奠定了基础^[3]。通过阅读日野原的回忆录,可以发现他不仅是内科医生和医院管理专

家，在音乐鉴赏、文学评论、诗歌散文、科普写作等方面的造诣极深。因此，可以说日野原是融医学科学与艺术于一身的奥斯勒式人文典范。

1.2 叙事素养与文本细读

医生聆听患者描述各种症状、活动、知觉、感情和事件，从中觉察出一些诊断线索的过程与阅读故事的过程实属异曲同工。也就是说，经过文本细读训练的医生能够敏锐地觉察患者故事里与诊断相关的重要信息。

亚伯拉罕·维吉斯（Abraham Verghese）医生在“TED”演讲《医生的关怀》（*A Doctor's Touch*）时，讲述了一段阿瑟·柯南·道尔（Arthur Conan Doyle）在爱丁堡医学院（Edinburgh Medical School）学医时的导师约瑟夫·贝尔（Joseph Bell）爵士为患者看病的故事。一天，贝尔医生坐诊，他让实习生们坐在屏风后面观察。一位牵着孩子的女患者被带到贝尔医生的诊室。他们之间的对话如下：

女患者：早上好！

贝尔：你从本泰兰（Burntisland）坐渡船过来，一路顺利吗？

女患者：挺好的。

贝尔：你把另一个孩子交给谁了？

女患者：我拜托住在利斯（Leith）的姐姐照顾了。

贝尔：那你到诊所是不是从弗里斯路（Inverleith Row）抄近路来的呢？

女患者：没错。

贝尔：那你还打算在油毡厂干活吗？

女患者：是的。

贝尔向他好奇的学生们解释道：“当她说‘你好’时，我听出了她的法夫（Fife）口音，而离法夫最近的渡船是在本泰兰，因此推测她是从那里过来的。你们应该也注意到她手臂上搭着一

件外套，这件外套对跟她一起来的孩子来说太小了，因此她肯定最初是带了两个孩子来的，途中将其中一个孩子托付给别人看管了。我还看到了她鞋底的泥。除了植物园，爱丁堡方圆百里内没有这种红泥，因此她肯定是从弗里斯路抄近路来这里的。最后，她右手手指有皮炎，而且这种皮炎只见于本泰兰的油毡厂工人，是一种职业病。”

在这段门诊对话中，女患者就像一个等待医生细读的文本，身上到处都是将她的故事串联起来的线索。“患者是医生必须去细读、研究和理解的文本”，但这些文本不单由器官组成，还包括充满感情的故事。除了听患者的呼吸和心音外，医生还应该倾听关于情绪及关系的故事。当积累了大量的叙事阅读经验，“懂得如何去细读和观察后，患者的身体就会变成一部能找到故事且处处有启发的手稿”。

对于具有深厚的文学阅读经验和丰富的门诊实践经验的贝尔医生而言，他能读出的有用信息比不具备这两种经验的实习生们要丰富和精确得多。贝尔医生经常向学生强调“对于医生这个职业而言，察人于微的素养非常重要，琐碎故事和细节里可能蕴含丰富的意义”。贝尔医生所提到的这种素养就是叙事素养，帮助其成为一名诊断精确并深得患者信任的名医，也是柯南·道尔笔下的夏洛克·福尔摩斯（Sherlock Holmes）在现实生活中的原型^[4]。

许多医学教育家认为，叙事作品的结构与患者讲给医生的故事在很大程度上具有相似性，医患叙事素养的形成源自其对叙事性作品进行文本细读的体验^[5]。韩启德院士也提出：“每个患者都是一部小说，当我们像读小说那样去读懂患者，就能与患者共情，从而在医疗实践中体现人文素养。”既然看病与读小说一样，

那么聆听、回应并对故事进行推断的实践智慧可以通过阅读叙事性作品来获得。

任何经典的文学作品都具有培养想象力和判断力的功能。在《写给倦怠的年轻医生》(For the Young Doctor About to Burn Out)一书中,医生、医学教育家兼作家理查德·冈德曼(Richard Gunderman)指出,“当代医学教育常缺乏想象力的滋养。”心脏科医生兼诗人约翰·斯通(John Stone)则认为:“文学帮助年轻医生培养适度的敏感性,帮助医学生找到合适的语言。文学阅读对医学生而言,就像心理疗法之于患者,提供的是情感上的宣泄、对个体的洞见和心理上的支持”“文学也是进行反思的重要载体。”

对于培养医学生而言,可以选取更有针对性的文本,如经典文学作品中的生老病死叙事[以列夫·托尔斯泰(Lev Tolstoy)的《伊万·伊里奇之死》(The Death of Ivan Illich)为代表],侦探悬疑叙事(以医生作家知念实希人的《在神酒诊所干杯》为代表)和生命伦理思辨叙事[以丹尼尔·凯斯(Daniel Keyes)的《献给阿尔吉侬的花束》(Flowers fro Algernon)为代表],以及当代作家医生创作的临床现实主义叙事[以奥利弗·萨克斯(Oliver Sacks)的《错把妻子当帽子》(The Man Who Mistook His Wife for A Hat)为代表],教育成长叙事[以塞缪尔·塞姆(Samuel Shem)的《上帝之家》(The House of God)为代表],以及患者撰写的疾病回忆录和疾病自传叙事[以葛雷格·安德森(Greg Anderson)的《凯旋的患者》(The Triumphant Patient)为例]等^[4]。

弗兰克·胡伊勒(Frank Huyler)的短篇故事《糖》(Sugar)阐明的正是故事对诊断的重要作用。胡伊勒是急诊科医生,同时也是诗人和小说家。他创作过许多短篇小说,收录在《陌生人的鲜血:来自急诊室的真实故事》

(The Blood of Strangers: Stories from Emergency Medicine)里。在《糖》中,2岁的小女孩被带到急诊室,女孩的父亲认为孩子没什么大碍,但是母亲却说孩子的状态看起来“不太对劲”。孩子不会表达,于是医生做了各种基本检查,没发现异常,孩子身上也没有受虐待的痕迹。分诊台的护士暗示医生,他们可能只是想找借口来开些免费药。此时还有患者在外等候,而孩子的生命体征完全正常,孩子父亲又催促着要离开,医生只好就此作罢。

在离开检查室时,医生随口问了一句家里是否有人服用药物。孩子母亲说孩子祖母在服用一种“糖丸”。根据她的描述,医生判断那是一种降糖药,于是马上检查了孩子的血糖,发现孩子的血糖已经低到危及生命。然后,女孩马上被安排住院。医生告诉孩子母亲,她提到的这个细节挽救了孩子的性命,他们是幸运的,在最后关头给出了诊断的关键信息。而医生“感到浑身发冷、直冒虚汗,为差一点就被错过的鲜活生命感到后怕”。在此后几十年的问诊中,这位医生时常想到这个故事,总是警醒自己多听听患者和患者家属讲述的细节,因为他们的故事里有着重要的诊断信息。

这个简短的故事说明了问诊中的每个小细节可能产生谬以千里的差别。医生多问一句话,就可能挽救患者的生命。孩子母亲没有医学常识,虽然认定孩子不对劲,但是没办法表达清楚到底发生了什么。这时,只有医生才能像侦探一样从蛛丝马迹的线索里去判定因果关联。虽然故事结局皆大欢喜,但是想一想如若不然,还是让人心生恐惧。

梁启超在《论小说与群治之关系》里强调的“自化其身”“入于书中而为其书之主人翁”“化其身以入书中”“去此界以入于彼界”“文字移人”

阐述的正是在叙事世界里浸润对自身伦理处境和伦理选择产生的共情转移作用。这里的“自身”就是读者，“他身”则为故事中的人物即“身外之身”。当读者“化其身以入书中”时，则“此身”化为“他身”，遂由“此界”出入彼界，亦即“他境界”。

梁启超由此得出故事有不可思议的伦理力量的结论，就是说这些故事通过激发读者的情感和伦理想象，让读者对自己的选择进行伦理考量。共情转移也是一种经由叙事性阅读培养起来的叙事素养，在这种与叙事作品交织融合的共鸣、共情中，读者能获得对自己的行为举止和思想心态的指导，达到治疗疾病、疗愈痛苦的目的。

文本细读训练能帮助医护提升叙事素养，叙事素养得到提升的医护人员又可以反过来更好地阐释和解读叙事性作品。叙事素养高的医护人员能将临床实践经验转换成引发反思的故事与另两方分享。叙事医学中的文本细读是积累人文和叙事素养的重要途径，没有文本细读做基础，反思性写作只是空谈。

《周易》有言，“君子学以聚之，问以辩之，宽以居之，仁以行之。”意思是学习就是不停积累知识，通过不断询问才能辩明真理，做人要宽厚，做事要仁义。在叙事医学语境下可将其解读为：经典疾病和医学叙事作品的文本细读是积累人文和叙事素养的重要途径，在此基础上从不同的视角看待自己和他人，才能明白什么是医学，什么是医学人文，才能以更宽广的胸怀与临床语境中的三大主体和谐相处，在临床工作中践行仁心仁德。

2 叙事医学与反思性写作

2006年诺贝尔文学奖得主奥尔罕·帕慕克

(Orhan Pamuk)说过：“写作，就是把内省的经验变成文字。”如果说倾诉是求助外部力量的话，写作则是发现内心的力量。书写曾经是人的本能，就像呼吸一般，但是随着时间推移，整个社会逐渐功利化和浮躁化，现代人更多地受困于作家的狭隘定义，陷入对写作的误解里。

事实上，每个人都是自己人生故事的讲述者和写作者，都有能力创作和改写自己的生命故事。法国神经病学与精神病学家鲍里斯·西宫尼克(Boris Cyrulnik)指出，生命自我修复的奥秘就在于叙事^[6]。叙事医学框架下的反思性写作训练并非简单地将经历写在纸上，而是适时运用叙事理论，引导患者进行疾病书写，引导医护人员进行换视角改写，从患者的视角来重新讲述故事，以缩小主体之间的视域差距。

如果说叙事性阅读是一种人际关系输入的话，那么反思性写作则是一种人际关系输出。在叙事理论的指引下，反思性写作是从感性到理性的转变过程，也是对复杂关系构建的反馈过程，因此反思性写作也是构建自我关系和人际关系的重要途径。反思性写作的质量反映出作者的叙事素养水平，反思性写作能力的提升也有助于提高作者的叙事阅读能力。越写收获越大，收获越大就越愿意多写，这是一个良性循环。

2.1 引导患者进行反思性写作

社会学家亚瑟·弗兰克(Arthur Frank)认为，罹患重症会使患者突然失去人生地图^[7]。突如其来的疾病会给患者的日常生活带来巨大的影响，以前的人生与现在的人生之间出现了一条明显的界限，将两者硬生生地割裂开。患者就像突然间遭遇暴风雨而失去“航行目的地和地图”的船只，患者的故事也遭遇了“叙事触礁”(narrative wreckage)，不知道将如何发展，结局怎样。

这种叙事人生地图的消失和生活意义的断

裂就像但丁·阿利基耶里(Dante Alighieri)在《神曲》(Divine Comedy)里提到的情景:“在人生中途,我发现我已迷失正路,走进一座幽暗的森林,笔直的康庄大道已然消失。”这座森林将生病之人困在山上,前有狼,后有虎,让人充满恐惧。幸运的是,但丁在被困之时,维吉尔(Virgil)犹如神兵天将一样出现在但丁面前,并答应指引但丁走出幽暗森林。这时,如果医生能够像维吉尔那样引领患者走出“幽暗森林”,患者就能重新找到人生地图和生命的意义;如果缺少维吉尔式的医生,患者只能依赖自己的叙事素养,通过撰写疾病自传来进行自救。

詹姆斯·彭尼贝克(James Pennebaker)多年研究提供的证据表明,反思性写作可以提高免疫力,降低血压、心率,缓解哮喘症状,还可以减轻焦虑和抑郁症状^[8]。有研究证明,进行写作训练可改善哮喘患者的肺功能,在等待诊疗时进行20分钟的写作训练可以改善肿瘤患者的生活质量^[9]。讲故事有助于减轻焦虑,增加整体幸福感,特别是对参与团体回忆治疗的轻度到中度痴呆患者,因此撰写疾病或人生回忆录也能缓解心身疾病的症状。

创造性书写给遭受身体和心理疾病之苦的人提供了一个有效的发泄途径,其本身具有的疗愈或舒缓功能能帮助患者重建疾病身份。丹麦著名作家伊萨克·迪内森(Isak Dinesen)认为,“人的存在就是在诉说一个故事”“如果能将苦痛当作故事的一部分,一切苦痛皆可承受”^[10]。人的身体和心理不断受到各种伤害和考验,只有故事能让我们反复治愈这些伤痛。按照迪内森的说法,“缺乏故事”会妨碍人的“生存”。

社会学家哈丽雅特·马蒂诺(Harriet Martineau)年轻时患有尿道肿瘤,被迫花六七年时间卧床休养。她以患者视角撰写的《病房

中的生活》(Life in the Sickroom)讲述了她在疾病中如何思考人生。患者描写疾病故事所使用的语言与医生日常工作中熟悉的语言风格迥异。然而,这些故事为读者提供了透过直接经历者的视角观察疾病动态变化的机会。

写作也能让重症患者找到人生意义,走出疾病叙事闭锁状态,超越疾病给人生设定的生命极限。诺贝尔奖获奖作家亚历山大·索尔仁尼琴(Alexander Solzhenitsyn)的《癌症楼》(Cancer Ward)讲述了不同背景的癌症患者在13号癌症楼里治病时发生的各种故事。索尔仁尼琴在狱中罹患胃癌,医生预言他只能活3个星期,然而他竟然完全康复,最终活到近90岁高龄。

同样,拥有诗人、作曲家、剧作家、语言学者和评论家等多重身份的安东尼·伯吉斯(Anthony Burgess)也是如此,他于1959年被诊断出患有不治之症,医生说 he 最多还能再活1年,于是他回国成为职业作家,一连出版多部小说。他没有如医生预言的那样死去,而是继续出版三十几部作品,并创作出数量惊人的“临终叙事作品”(terminal novels),一直活到76岁。从某种意义上来说,两位作家都被写作治愈了。

司马迁在《报任少卿书》中不仅提出写作对心身疗愈有积极作用,还将解其困顿之作推荐给有相同遭遇的读者阅读。写作能帮助人们从混乱、无助的情绪状态逐步转化至“认同”“净化”和“领悟”的状态,从而释放负面情绪,提高身心健康复原力。从他人或自己创作的故事中习得新观念或新视角,用以解决自身面临的现实问题。

患者撰写的非虚构疾病日记、自传或回忆录被称作“自我病理书写”或“自我病理叙事”(autopathography)。安妮·霍金斯(Anne Hawkins)在《疾病书写:患者的疾病叙事》

(*Pathography: Patient Narratives of Illness*) 一文中指出,“疾病书写不仅能清楚地说明患病时常见的希望、恐惧与焦虑,还可以作为医疗经验本身的指南,调整读者对某种疾病与治疗的期待值。就疾病的各个方面而言,疾病书写对患者的各种态度与臆断都是名副其实的‘金矿’”^[7]。

在“自我病理叙事”这一概念的基础上,彼得·格莱厄姆(Peter Graham)认为,文学家具备深厚的叙事能力,比普通患者讲述更精确简明的故事,因此将这类患者称作“元病理叙事者”,与他们的疾病经历相关的作品,也就是作家对“自我生病状态进行的深刻分析”,被称为“元病理叙事”。这类叙事作品是培养医学生叙事能力和共情能力的核心阅读材料。

笔者认为,还有一类撰写自身疾病故事的患者也可以称作“元病理叙事者”,那就是医生患者。通过阅读患者的疾病回忆录或疾病虚构叙事,医务人员可以更好地了解患者,聆听患者的心声,更好地实现医患之间的视域融合。美国文学评论家芮塔·菲尔斯基(Rita Felski)用“深层次主体间性的认可”来阐释阅读和写作的互动模式及写作过程中被讲述的主体与具身化的主体之间的双重再现关系^[11]。换句话说,就是“元病理叙事”的目的是通过讲述疾病故事,实现自己对疾病的接纳及有尊严地参与公共生活^[7]。

医生作家,如阿图·葛文德(Atul Gawande)、亨利·马什(Henry Marsh)、丹妮尔·奥弗里(Danielle Ofri)、悉达多·穆克吉(Siddhartha Mukherjee)、保罗·卡拉尼什(Paul Kalanithi)、加文·弗兰西斯(Gavin Francis)、哈罗德·克罗文(Harold Klawans)等,都认为只有仔细阅读医生叙事和患者叙事,才能走上通向医学和生命真相的正确道路。通过阅读疾病自传类叙事作品,未经历过疾病的人可以从中得到

启发,珍惜健康世界的美好;经历过疾病的人,可以升华对疾病和生命的认知;正在经历疾病的人,能从中获得面对和征服疾病的信心。

2.2 医护人员的反思性写作

医护人员的反思性写作可分为三个层次。第一个层次指医护人员与自我的对话,如写给自己的日记型叙事;第二个层次指医护人员与患者和其他医护人员的对话,如用于日常分享的平行病历;第三个层次指医护人员与自己、患者、同事、社会的对话(更多关注与社会的对话),如用于公开出版的平行病历故事集、医学教育成长叙事、医生元病理叙事、医学机构回忆录叙事等^[7]。

平行病历是反思性写作的一种。与分享患者客观信息,强调客观性、可验证性、概括性为特点的病例报告不同,平行病历以分享主体经验、重视个体情绪为主要目的,强调每位患者都可能是循证和大数据的特例(outliers),具有独特性。每个平行病历都是一个有情感、有视角、有主体参与的故事,包含时间性、独特性、人物(主体)、疾病状态(因果/偶然性)、伦理批评元素。萨克斯的多部故事集都是平行病历的典范之作。

除了构建自我关系和身份认同外,反思性写作也有助于构建良好的“学生-导师”关系。当叙事医学教育者(可能是叙事素养高的临床带教导师)对医护人员的叙事作品做出回应时,医护人员能从中获益,也能从导师的指导中获益。在这种背景下,“学生-导师”关系是一种动态的、互惠的关系,最终能够双向促进彼此医学职业的可持续和健康发展。

个人写作主要作用于自我身份构建、自我意识提升和自我行为反思,而集体叙事分享则更有利于人际关系认知和主体视域融合,医护

人员之间针对反思性写作的对话、阐释和讨论能引发更有深意和更广泛的写作行为，广泛的写作分享则能大范围提升共同职业身份人群的同情能力、自我意识和自我效能感，进而潜移默化、由内而外地改变人的外在行为。

毕业于爱丁堡医学院的著名侦探作家柯南·道尔将医学看作“冷酷的罗曼史”（Grim Romance），取得外科医师资格的威廉·毛姆（William Maugham）认为医学使他获得直视“赤裸裸的生活”的机会。毕业于莫斯科医科大学的契诃夫声称医学是他的“合法妻子”，文学是他的“浪漫情人”。而全科及小儿科医师威廉·威廉姆斯（William Williams）则将患者当作“有故事的艺术品”（the patient as a work of art）^[4]。

于契诃夫这样的医生作家而言，最让他感到有意思的不是在两种职业之间徘徊不定的感觉，而是将这两种互补元素当作一个整体去体会它们。于诗人威廉·卡洛斯·威廉姆斯（William Carlos Williams）而言，医学从来没有干扰过他的诗歌和小说创作，而是创作诗歌的养料，是他将文字付诸笔端的重要源泉。当代医生作家约翰·默里（John Murray）则认为医学与写作没有冲突，他们都是围绕着个人故事展开的研究与实践，都融合并促进了感性与理性思维的升华。

著名的医生小说家沃克·珀西（Walker Percy）将小说家称作“社会灵魂的医生”，其作品多为哲理小说，字里行间充满对生死和人性的哲思。按照珀西自己的说法，小说拯救了他的生命。珀西当时在哥伦比亚大学接受住院医师规范化培训，从未想过自己的生活会与虚构作品有什么关系。然而，不幸的是他患上了肺结核，在著名的“村舍疗养院”接受隔离治疗。孤独无助的珀西开始读故事，他发现疾病中需要面对的问题，医学无法做出解答，是文学给

了他答案。因此，他成为了一名作家^[4]。

2.3 医生患者的生命反思写作

回忆录《当呼吸化为空气》（*When Breath Becomes Air*）的作者保罗·卡拉尼什（Paul Kalanithi）是一位神经外科医师。卡拉尼什热爱古典文学，最初的志向是成为作家，对于生死的好奇让他在斯坦福大学修了文学和生物学双学位，毕业后转往剑桥大学攻读医学科学史与哲学硕士学位。然而，有个疑问始终萦绕在他的心头：人存在的意义是什么？面对死亡与衰败时，人该如何自处？当时他认为医学比文学更能解惑，便决定申请耶鲁大学医学院，一头钻进了神经外科。如此蜿蜒曲折的学习路径为他的行医生涯灌注了丰富的人文养分。

以优异成绩从耶鲁大学医学院毕业后，卡拉尼什以神经外科医师的身份回到斯坦福大学医院实习，就在最后一年担任住院总医师时，他罹患肺癌。那时他才36岁，正准备攀登人生的另一座高峰，这个如晴天霹雳一样的消息让他瞬间从云端跌落。他给最好的朋友发电子邮件，透露自己已是癌症晚期，他写道：“好消息是，我已经比两位勃朗特姊妹（Brontës）、约翰·济慈（John Keats）和斯蒂芬·克莱恩（Stephen Crane）这些文学家活得都长了。坏消息是，我还没写出什么东西来呢。”

卡拉尼什如此描述自己从医生变成患者的那一刻：“我拿到一张磁共振成像显影片，用自己医生的专业知识，很快辨认出有一大块阴影覆盖着大部分的肺部和脊椎，这肯定是癌症。我帮同事判断过上百张片子，如果在以前，我会直接标记‘癌细胞已转移，已无手术的必要’，但这次不是别人，这是我自己的检查报告……”

卡拉尼什在书中写道：“在属于我的那一片贫瘠的死亡荒原中，我迷失了，在科学研究、细

胞分子途径、无止境的生存指数曲线组成的疆域里，我漫无头绪，失去指引，于是我又回到文学里”“寻找可以解释死亡的字句，重新定义自我，希望借此往前迈进一小步”“我的濒死历程让我一度以为，关于死亡，我有了第一手经验，再也不需要间接透过文学描述与医学研究来理解它；但直到现在我才发现，为了要理解自己的直接经验，我必须用语言将它翻译出来。”

之后，卡拉尼什尽快调整自己，开始写作。

从文学院到医学院，透过他人的生死与自身的经历，在人生的最后 22 个月里，享年 37 岁的卡拉尼什医生写出了一本超精彩的回忆录。人终将一死，但似乎直到死亡迫近时，我们才开始学习怎么好好活着。面对未知与随时可能降临的人生终点，这位解救他人痛苦的医生，重新在文学与写作中找到救赎^[12]。亚伯拉罕·维吉斯在这部回忆录的前言中写道，尽管卡拉尼什医生已经逝去，但是阅读这本书时能感到他仿佛还活着，拥有无限的力量，去影响他人的生活。

医生患者撰写的元病理叙事作品不限于非虚构作品。部分作品有一定的创意性和虚构性，介于疾病文学和疾病自传之间。里查德·赛尔泽 (Richard Selzer) 承认自己在撰写《起死回生：当医生自己面临死亡》(Raising the Dead: A Doctor's Encounter with His Own Mortality) 这部元病理叙事作品时，运用了想象力构建出了一个他认为在军团病发作昏迷期间可能发生的故事，因此这个与疾病经历相关的叙事在很大程度上带有虚构性。同样，根据萨克斯的说法，他的《单腿站立》(A Leg to Stand on) 也是某种与神经疾病相关的叙事作品。

此外，元病理叙事中的医生疾病叙事也特别具有代表性，通过撰写自我病理叙事，他们

深刻意识到了临床语境下，象征人文主义的维吉尔医生的缺失，并努力在未来的医生生涯里尽量成为患者的“维吉尔”。元病理叙事传递着不同职业、身份、国别的人的共同经历，它们通过各种形式影响读者。当医生成为患者后，医生关于疾病的生命医学视角不得不与疼痛的个人视角合并，产生某种张力，激发他们通过疾病书写来反思医生这一职业及医患关系。

在大健康语境下，叙事素养已逐渐成为评价健康领域从业者的一项重要指标。除了进行故事的倾听、讲述、阅读和写作外，医护人员还要学会为患者或家属创设故事，对他们的人生故事进行叙事干预与赋能，为他们寻找生命的意义。叙事素养高的医护人员能与患者一起引出向前、向上且更厚实的故事。在新故事中，患者或家属会活出新的自我形象、新的关系和新的未来。

关于叙事素养的知识与叙事素养不是一回事。医护人员可以通过选修叙事医学或叙事护理课程，掌握关于叙事素养的知识，但并不意味着他们就具备叙事素养。叙事素养的提升必须依靠叙事文本细读和反思性写作这两种内化工具。正如哲学家、教育家、心理学家约翰·杜威 (John Dewey) 将“关于道德素养的知识”与“道德素养”区分开来一样，区分这两个概念对于把握叙事医学理念的内涵至关重要。

叙事素养体现在真实的叙事情境与人际关系中，是一种内化的、自觉的表达。而关于叙事素养的知识是一种外在的、表面的框架性知识。如果叙事医学教育忽视叙事素养的知识与叙事素养之间的内在差别，将关于叙事素养的知识等同于叙事素养，只强调叙事医学知识的传授，认定一个具备叙事素养

下转第 275 页

能恢复得比我还快。”从医者和病友的双重角度开展沟通，真正做到换位思考，将每个患者当成自己去医治，做一个技术完美、又能给予温暖的医生，这将是笔者一生的追求。

髋镜手术已经成为运动医学领域的新热点，学界对 FAI 等髋部疾病的认识也越来越全面。诊断准确率的提升、手术指征的把握、术中处理愈加规范以及术后康复的科学性，保障了 FAI 患者髋镜手术的效果。但在髋镜手术逐渐普及的过程中，仍然有一定比例的患者术后出现顽固性疼痛、不稳等并发症，甚至需要再次手术，这些都提示髋关节微创学科发展晚、体系不健全等不足，需要继续深入研究。作为一名接受了髋镜手术的髋

关节镜医生，这段难得的经历使笔者的医学观发生了转变，不再唯手术技术论，而是要平衡手术与保守的利弊，更加注重患者的感受，回归到患者的病情与需求，他们才是医学进步的本源，是医生成长的朋友。在此前提下，医学的发展和医生的成长才有意义。⑨

参考文献

[1] KUNZE K N, BECK E C, NWACHUKWU B U, et al. Early hip arthroscopy for femoroacetabular impingement syndrome provides superior outcomes when compared with delaying surgical treatment beyond 6 months[J]. *Am J Sports Med.* 2019, 47(9): 2038-2044.

上接第 270 页

知识的人就一定叙事素养高的人，必定会导致医学人文教育虚饰化、表面化，最终必然将叙事医学引向歧途。⑩

参考文献

[1] 董强, 罗兰, 杨晓霖. 叙事医学在医学教育与临床实践中的五个关键词 [J]. *医学与哲学*, 2020, 41(2): 1-6.
 [2] 张广清, 朱鸿飞, 杨晓霖. 奥斯勒的生命书写及其叙事意义 [J]. *医学与哲学*, 2020, 41(23): 1-4.
 [3] 日野原重明. 活好: 我这样活到 105 岁 [M]. 甘茜, 译. 北京: 人民邮电出版社, 2018.
 [4] 杨晓霖. 叙事医学人文读本 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019.
 [5] CHARON R. Narrative and medicine [J]. *N Engl J Med*, 2004, 350(9): 862-864.
 [6] CYRULNIK B. The whispering of ghosts: trauma

and resilience [M]. New York: Other Press, 2005.

[7] 段俊杰, 佟矿, 杨晓霖. 当医生成为病人: 受伤的故事讲述者与元病理叙事 [J]. *医学与哲学*, 2019, 40(10): 44-48.

[8] PENNEBAKER J M, CHUNG C K. Expressive writing: connections to physical and mental health [M]. New York: Oxford University Press, 2011.

[9] MORGAN N P, GRAVES K D, POGGIET E A, et al. Implementing an expressive writing study in a cancer clinic [J]. *Oncologist*, 2008, 13(2): 196-204.

[10] ARENDT H. The human conditions [M]. New York: Doubleday Anchor Books, 1959: 370.

[11] FELSKI R. Uses of literature [M]. Malden, MA/Oxford: Blackwell, 2008: 91.

[12] KALANITHI P. When breath becomes air [M]. New York: Random House, 2016.

叙事素养的理论基础及表现维度

¹杨晓霖 ²朱鸿飞 ²凌志海

文章编号: 2096-5893 (2022) 03-0168-11

【摘要】叙事医学是一种注重医疗语境下医护患三大生命主体叙事素养全面提升的医学人文落地模式。本文提出叙事医学强调医患之间的主体间性、主体心-身-病三维度的统一性、医疗语境下主体间关系的相互性与独特性四大理论基础,叙事素养表现为根据不同语境进行话语转换、通过隐喻性故事谈论生老病死、对患者/家属展开回应式聆听、有针对性地指导叙事性阅读、讲述和创作不同视角的故事、从故事中发现有利于诊断的信息、帮助患者走出叙事闭锁实现心身成长的能力等七大表现维度。

【关键词】叙事医学;叙事素养;理论基础;表现维度

Narrative competence: theoretical rationales and main dimensions ¹Yang Xiaolin, ²Zhu Hongfei, ²Ling Zhihai, *1 General Education Department of Southern Medical University, Guangzhou 510650, Guangdong, China; 2 Graduate School of Southern Medical University, Guangzhou 510515, Guangdong, China*

【Abstract】Narrative medicine is a medical humanistic landing model that focuses on the comprehensive improvement of the narrative competence of the three major life subjects in the medical context, namely, doctors, nurses and patients. Taking the four basic conceptions and the seven representative dimensions of narrative competence as a departure, this essay illuminates that the inter-subjectivity, psycho-somaticness, the reciprocity and uniqueness are the most significant features of narrative medicine and that narrative competence can be tested by the following abilities, namely, the free language code shift from scientific medical world to life world, the metaphorization of life and death, illness and health, the responsive listening, the guidance of patients' reading, the multiple perspective storytelling, the detective of diagnosis clues as well as the empowerment of patients' growth and abilities to go out of narrative foreclosures.

【Key words】Narrative medicine; Narrative competence; Theoretical conceptions; Main dimensions

20世纪末至今,许多学科开始出现叙事转向,有的学科业已完成,有的学科尚处于过渡期。叙事转向这种说法由文学与社会理论家马丁·克

赖斯沃斯(Martin Kreiswirth)于1994年提出。他指出,叙事转向已经扩张到了交际理论、认知理论、人工智能及教育学、社会学、社会心理学、语言学、数学、医学和法律等领域,成为知识形成和传播的关键一环^[1]。后现代主义思潮引导文化从支配性的宏大叙事转向个体化的微观叙事,强化了故事讲述者、见证人、生活世界和私人经验叙事在公共文化语境下所扮

基金项目:2021年度国家社科基金后期资助项目(21F5H007)

作者单位:1南方医科大学通识教育部;2南方医科大学研究生院

作者简介:杨晓霖(1977-),女,硕士,教授。

通信作者:凌志海

电子邮箱:103625003@qq.com

演的角色。

国际叙事学研究权威詹姆斯·费伦 (James Phelan) 将叙事转向视为当代思想界最重要的运动之一^[2]。20 世纪末, 当代精神医学大师欧文·亚隆 (Irvin Yalom) 重新回归弗洛伊德式叙事疗法, 构建了存在主义认知叙事疗法。2001 年, 哥伦比亚大学医学院教授丽塔·卡伦 (Rita Charon) 提出叙事医学理念, 引发了医学教育和临床实践的叙事转向。2013 年诺贝尔经济学奖获得者罗伯特·希勒 (Robert Shiller) 开创叙事经济学, 将过去依赖于抽象建模和数理统计的经济学还原到有温度、有感知的生活片段或历史场景中, 人们的故事成为解构经济现象的重要维度^[3]。

席勒在《叙事经济学》(Narrative Economics) 中提到了叙事和故事的差别: 叙事是讲述, 要考虑其中的暗示和寓意, 而故事只是对一件事的简单记录。为了勾起人的兴趣, 需要给故事增加色彩和传染性, 并赋予其更多的寓意。因此, 叙事是对一个故事的创造性理解和传播。将抽象的理论和人文观念转化为具象化的叙事, 是最好的传播和回归方式。在此背景下, 叙事与叙事素养在人文和社会科学领域引起了理论家和实践家的兴趣。

我们正生活在一个叙事的时代, 叙事比任何其他人文学科都具有更强大的教学功能。教育心理学家、认知心理学家杰罗姆·布鲁纳 (Jerome Bruner) 认为: “叙事思维模式与科学逻辑思维模式是人类两种并行不悖的思维模式, 一种思维模式不可化约为另一种思维模式, 任何一种化约都会导致我们思想丰富性的丧失。两种思维模式虽然在认知时被分离, 在实践中却是相互交织的。”^[4]他在《故事的形成》(Making Stories) 一书中谈到医生的叙事思维和叙事反思

力在医疗实践中的重要作用, 并提倡在医学的各层次教育中注重叙事素养的提升。

在中国当前的医学教育和临床实践语境中, 在众多学者的倡导下, 叙事医学已逐渐本土化, 成为提升医者叙事素养, 改善医疗质量的重要人文落地工具, 致力于在提升大健康语境下的各大大生命主体, 包括医生、护士、患者、家属和普通民众的叙事素养的同时, 让叙事在医院文化建设和传承、医护职业认同形成、科室叙事生态构建、疾病诊断和照护、心身全人健康管理、生老病死认知教育、健康促进与传播、安宁疗护和哀伤辅导等方面发挥积极的作用。

1 叙事素养的理论基础

为了提升医学生的整体素养, 体现人文元素在教育中的比重, 医学生除了要学习科学知识和专业技术之外, 还要全面提升文化敏感性、想象力和阐释技巧等方面的人文素养。英国医学总会 (General Medical Council, GMC) 在具有医学教育风向标作用的纲领性文件《明日医生》(Tomorrow's Doctor) 中, 就明确提出必须大力提升医学生的人文素养。

2012 年, 美国也在《重新平衡和融合医学教育》(Rebalance and Integrate Medical Education) 的“1 号文件”中启动了人文培养目标: 提升医学生“视觉观察、文本细读和批判, 以及口头推理与反思性写作等方面的综合能力”^[5]。这种综合能力就是叙事素养。在叙事医学框架下提升医学生的叙事素养, 医学生首先必须对叙事医学的理念有深入了解。

1.1 医生和患者的主体间性

只有承认医生和患者都是独立的主体, 才能构建医患之间的主体间性。叙事医学认为科学将人类变成物质化的客体, 只有人文的精神性和内

省性才能将人类重新拉回主体性意识当中。叙事医学视域下的“关系”是“你-我”关系，而非“他-我”或“它-我”关系，双方的主体性应该互相得到肯定与回应。

“他-我”关系很容易降级为“它-我”关系，这是一种单边的去主体化和抽象化的关系，这种关系会逐渐将自我客体化，于某种意义上而言就是“去关系化”。当与“它”建立关系时，人都会有所隐藏，从不同的角度来审查“它”，对“它”进行分类、分析、判断，然后决定“它”的位置。在“你-我”关系中，双方都不仅是被观察的客体，而是对等互惠的关系，两者的存在性被鲜活地展现出来。当人们与“你”建立关系时，会全身心地投入互动过程，毫无保留。每一个“你”，每一个关系的片刻，都会重新创造一个新的“我”。

丹·麦克亚当斯（Dan McAdams）在《生命叙事心理学》（*The Psychology of Life Stories*）中提出，透过“你的生命叙事”是了解“你”的最好办法，因为主体在叙述生命故事的过程中，会很自然地描述个人生命的成长历程、对生命境遇的认知与反应及其结果^[6]。叙事医学就是让医护人员不要忘记“人”的主体性和故事性，对患者的病情发生、发展和转向有充分的了解，能够重新阐述、为之感动、予以回应并产生自觉行动。

1.2 主体心-身-病 3 个维度的统一性

华佗遗著《青囊秘笈》指出：“善医者先医其心，而后医其身，其次则医其未病。若夫以树木之枝皮，花草之根粟，医人疾病，斯为下矣”。《素问·上古天真论》中说：“精神内守，病安从来”。嵇康在《养生论》中说：“修性以保神，安心以全身”，“使形神相亲，表里俱济也”。还有《援生四书》里提到的“养

性以全气，保神以安身”，都表明神和形对于生命健康来说缺一不可，只有神形皆安才能达到理想的生命状态。

从中医的角度来看，疾病的第一个阶段是“神”病，一切病先是“神失常”（或“心失常”），继而到“气失常”，最后才是“形失常”。也就是说，除了外伤所致的“形失常”之外，所有的“形失常”皆由“心神失常”演化而来。而外伤也会导致患者忧虑，反过来影响心神，正如《景岳全书》中提到的“病郁同存”“因病致郁”。当有形的身体进入大病状态时，这个人必定“失常”已久。

不严重的“心神失常”，只需调整自我与心身之间的关系即可痊愈，而“气失常”和“形失常”也不能忽视对心神的干预，如果失去心神干预的时机，可能导致形和气都无法再恢复如常。正如《素问·汤液醪醴论》中所言，“帝曰：形弊血尽而功不立者何？岐伯曰：神不使也。”意思是人体的形体失常有病，但是用了很多方法却不奏效，那是因为医生无法调动患者的心神来助其形体恢复正常。

叙事医学对主体心理和精神疾病的阐释与治疗都非常有益。在生物医学模式下，大量临床论述都将心理和精神疾病，如抑郁症、精神分裂症等看作需要药物干预的生物学疾病。叙事医学则将这些疾病看作涉及主体、故事、情感和人类关系的生命文化现象。叙事医学强调主体间的故事交互和情感交流。

1.3 医疗语境下主体间关系的相互性

《黄帝内经》有言：“医患相得，其病乃治。”当医生这一职业被视作重复为患者开具检查单的机器时，医生就在被客体化或物化。

尼采（Nietzsche）在《善恶的彼岸》（*Beyond Good and Evil*）中说：“当你凝视深渊时，深渊

也在凝视你。”

主体间性是一个相互的关系，当将患者当作主体的个人时，医生才是把自己也当作主体的个人；当将患者看作客体的疾病时，医生也在将自己的工作机械化，就会不可避免地产生职业倦怠，因为人毕竟不同于机器，是有情感的主体。

在故事的叙述与聆听中，人们得以窥见生命的全貌。故事中人物的境遇可能发生在任何一个人身上，当面对命运所做的种种决定与努力透过故事，让人们看见生命的动机与可能性，聆听故事的人才能从中再次体验矛盾与冲突并超越问题，进而化解种种困境。当两个主体相遇时，自我在与他者的相遇中复活。倾听故事并与患者进行故事交换，借由故事的穿透力，医患才能合力推倒隔在两者之间的高墙。

在医疗背景下，医患之间的治疗者与被治疗者、关怀者与被关怀者关系可以转化。苏珊·桑塔格 (Susan Sontag) 在《疾病的隐喻》(*Illness as Metaphor and AIDS and Its Metaphors*) 中说，

“每个人都有两本公民护照，一本代表健康国度的身份，一本代表疾病国度的身份，每个人都在两个国度居住。在疾病和死亡面前，医护人员也无法豁免。”也就是说，总有一天，人们在“健康王国”持有的“护照”会失效，会被换发“疾病国度护照”，因此医护人员为患者发声，事实上也就是为自己发声^[7]。通过聆听故事，尤其是看起来非常不起眼的个人的小故事，能够拉近医生和患者之间的距离，把医患带入一个孕育着共情的更大的世界里，通过故事的交换，治愈彼此的内心。

1.4 医疗语境下生命主体关系的独特性

生命主体关系的独特性与中医传统生命智慧观相接近。美国学者费夏莉 (Charlotte

Furth) 在《繁盛之阴》(*A Flourishing Yin*) 中把中医称作“艺术的别方”，指出中医传统治疗艺术就是把握差异进行细微的个性化处置的过程。叙事医学也认为医学是一种全面考虑患者疾病、体质和心理状况的艺术，应该重视聆听不同患者的个体化故事，根据其特异性进行个性化治疗，实现患者全人健康^[8]。这与当代医学提出的精准医学理念不谋而合。

《黄帝内经》里说的“治病”，准确地说其实应该是“治证”。“证”是指人体的一种综合状态，要了解症状必须先望闻问切，听取患者讲述生病前后的故事。古代医典里记录过名医华佗的一则故事：两个来求医的患者都是头痛，症状一模一样，但华佗对他们病症的诊断却不一样，开具了不同的药方，一个用泄方，一个用汗方，对症治疗后两人都很快恢复健康。

华佗的依据是两者不同的“证”，前者头痛为饮食所伤，属内实，用泻下法祛除食积；后者则为寒冷之邪造成，属外实，应发汗以驱散风寒。如果华佗在“辨证”的过程中不听患者讲述各自的情况，就无法精准把握他们的“证”。同样是胃口痞满，饮食不下，逐渐成脾膈病的患者，只有对其个体化的故事进行全面了解后，才知道有人是疑食恶心的食物引起的心病，有人是纯粹的生理性疾病，因此诊断结果和治疗方式完全不同。

没有两片完全相同的树叶，每个人都是独一无二的个体。柏拉图 (Plato) 说过：“医学是一种全面考虑患者体质的艺术，对每一个病例，都应该采用相应的诊治原则和相应的理性判断。”威廉·奥斯勒 (William Osler) 也说过：“生命具有特异性，没有两张一样的脸，也没有两个一样的身体。”医生应该更多地关

注患者的独特性，而不是疾病的某些特点。作为科学的医学是基于大数据、注重总结性规律的，而作为主体的人却是与众不同、无规律可循的。

2 叙事素养的多维体现

2.1 根据不同语境进行话语转换的能力

奥斯勒经常提醒医生，要与患者建立良好的关系，就必须学会暂时放弃自己的专家身份，放弃医学世界和科学世界的话语方式。如果医生只是在以糖尿病专家、肿瘤专家或骨科专家等身份对待患者，即使满腹经纶、学富五车也无法与患者建立起融洽和谐的医患关系。奥斯勒与儿童患者交往时，总是扮演成快乐的“小精灵”出现在小患者的病床前，每次问诊时使用的童话世界语言都是为小患者量身打造、充满个性化的，同时也不乏童趣和睿智，完美地弥合了医患之间沟通上的视域差距。

奥斯勒曾医治过一个患有百日咳的小男孩。一天，奥斯勒穿着全套的导师服准备去参加牛津大学（University of Oxford）的毕业典礼，路上被一位朋友拦下，这位朋友的孩子患有在当时无法治愈的百日咳。奥斯勒发现小男孩的支气管炎特别严重，而且根本不吃东西，于是小心翼翼地剥开一个橘子，分成几瓣，在每瓣橘子上涂一点糖浆，然后一瓣瓣地喂他吃。一边喂，一边用童话世界的语言告诉小男孩，这是一种神奇的水果，每天吃一些，病就会很快好起来。随后，奥斯勒走到门外对小男孩的爸爸说：“我很抱歉，您儿子的病情很糟糕，几乎没有康复的机会了”。

当奥斯勒得知穿着导师服的自己被小男孩当作神奇的魔法师般的人物后，在接下来的40天里，他每天都穿上导师服，像魔法师一样出

现在小男孩面前。小男孩每天都在期盼奥斯勒的到来，然后一边跟“魔法师”交谈，一边吃他喂的任何食物。在奥斯勒的关怀下，小男孩奇迹般地恢复了健康^[9]。

奥斯勒善于根据患者的特征与之建立不一样的叙事关系。奥斯勒放下居高临下的专家身份和医学世界语言，用最平和、简洁的叙事性语言与小男孩交流、交心，取得了小男孩发自内心的喜爱和信任。事实上，当医生用温暖友善的目光、同情智慧的语言和理解包容的态度聆听患者的故事时，和谐的医患关系就建立起来了。

2.2 通过隐喻性故事谈论生老病死的能力

还有许多关于奥斯勒运用隐喻性故事对临终患者进行死亡教育的感人故事，其中，奥斯勒晚年照顾的一名叫珍妮特（Janet）的7岁小患者的故事最具代表性。奥斯勒总是使用童话世界语言对珍妮特进行问诊，只要他到了病房，这里仿佛立刻就变成了童话般的仙境。因此，尽管珍妮特饱受疾病折磨，疼痛难忍，但她每天都在期盼着这位“精灵医生”的到来，人文素养极高的奥斯勒医生显然成了珍妮特活下去的精神支柱。

珍妮特临终前正值寒冬，奥斯勒如常来到她家，从大衣里“变出”一朵干制的红玫瑰，让珍妮特惊喜万分。接着，奥斯勒从这朵虽然经历寒冬，但是看起来仍然鲜活的干制玫瑰的视角出发，用童话世界语言将玫瑰花拟人化，讲述它如何在夏日目睹其他玫瑰逐渐凋零时感到恐惧，如何恳求奥斯勒帮助它避免那样的悲惨命运，如何被制成干花，借由另一种生命形式保有生命，又如何来到珍妮特家里带给她惊喜与快乐。奥斯勒精心准备的干制玫瑰花，对珍妮特而言是一次特别的死亡教育，珍妮特借

此初步理解了生命和死亡。在奥斯勒的陪伴下，珍妮特带着微笑平静地离开了这个世界^[9]。

在奥斯勒的学生哈佛·库欣(Harvey Cushing)为其所作的传记中，库欣引述了珍妮特母亲的话：“11月的一个清晨，死神即将降临到女儿头上，奥斯勒医生悄悄地将一朵用纸紧包着的漂亮玫瑰花从上衣口袋里掏了出来。先生为我们讲述他与玫瑰花的故事，以及玫瑰花为什么会到这里来看我的女儿……最后女儿明白了，无论是精灵还是人类，无论是玫瑰还是其他生物都必有一死，但可以变成另一种形式活着。我的女儿明白她也将像这朵玫瑰花一样，在另一个空间以另一种生命形式存在，她就这样接受了死亡现实，还反过来安慰我们，让我们不用太伤心。”

奥斯勒用即便是最鲜艳、美丽、芬芳的玫瑰花也会枯萎和死亡的故事作隐喻，让珍妮特尝试理解生命和死亡。奥斯勒的人文素养源于他多年大量阅读叙事性作品和对自我的创伤（儿子刚出生7天即夭折）成功进行自我疗愈的经历。大量临床实践证明，医护人员必须有能力先治愈自己的创伤，正如宋代刘防在《幼幼新书·自序》中所说：“未医彼病，先医我心。”医护人员只有先走进自己的生命，才能走进别人的生命。

2.3 对患者/家属展开回应式聆听的能力

马克·伊贝尔(Mark Ebell)在《融合叙事医学》(*Integrating Narrative Medicine*)一书的序言中提到：“学会真正倾听患者的故事是叙事医学的核心要义。”萨言坦尼·达斯古普塔(Syantani DasGupta)将“临床医生始终保持关注、聆听，致力于从患者的故事中学到其人生智慧的态度”称作“叙事谦卑”(narrative humility)^[9]。“叙事谦卑”指引医者对患者的生命故事保持敬畏和

开放的态度，让自己与患者一起面对疾病，成为生命进程中的共同学习者。

在有人聆听并关切地给予回应的状态下，诉说本身就有着疗效。讲述和聆听关系建立起来后，在主体互相认可、回应的生命共同体关系的状态下，生命叙事会产生新的方向与动力。古往今来，人类依靠不断诉说释放心中的疑惑与抱怨，调整对事情的想法与做法，重新出发。在每次故事交换中，陈旧的、不利于身心健康的故事会逐渐远去，让生命重新充满活力的新故事将会生成。

卡伦在《叙事医学：尊重疾病的故事》(*Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*)中提到过一位89岁的老年女性患者。老人患有高血压、乳腺癌、腰椎管狭窄症等，还伴有失眠和不可控制的焦虑，是一位持续看了卡伦门诊20年的老患者。一个偶然的的机会，卡伦引导她讲出了一个保守将近80年的秘密。原来，老人之前讲的故事是不可靠的，小时候从马背上摔下来的经历是她捏造的，真实的故事是她幼时被他人强奸。也就是说，老人闭锁在这个创伤叙事中将近80年，由起初的应激性自我保护引发的身体疾病逐渐演变成了困扰一生的慢性疾病。

把故事讲出来后，她的焦虑、失眠和心悸等症状完全消失了。卡伦通过让老人重复讲述幼年时的创伤经验并给予适时和恰当的回应，帮助老人区分过去与当下。老人把创伤经验转化成语言讲述出来，可以帮助大脑将创伤经验重新定义为“过去的事”，以后的讲述就不会每次都引发创伤时的感受。将创伤经验语言化，能帮助人们感觉自己“活在当下”。因此，聆听患者描述疼痛和创伤经验，释放经验，让这个经验“完成”，确实是一种减轻与疗愈伤痛

的方法。也就是说，在不断的对话与反思中，生命叙事的旧框架被“解构”，新价值被“内化”。

2.4 有针对性地指引患者进行叙事阅读的能力

智慧通常属于拥有丰富多样的故事并能在正确时间讲述正确故事的人。医学生应该在积累一定叙事性阅读经验的基础上，具有为患者及家属开具对其身心有益的叙事处方的能力。纳兰性德在《渌水亭杂识·卷四》中提到：“以一药遍治众病之谓道，以众药合治一病之谓医。”因此，提升叙事素养作为医治现代人“焦虑”“浮躁”“叙事素养缺失”等证的方子统称“叙事处方”。这是上升到了“道生”，而非单纯的“卫生”层面的生命智慧。

清代学者张英在《聪训斋语》中说：“书卷乃养心第一妙物。”沈复在《浮生六记》中也说：“人心至灵至动，不可过劳，亦不可过逸，惟读书可以养之。”曾国藩病重时，一位名医为其开药方时说：“岐黄（医学科学方面的著作）可医身病，黄老（人文哲学方面的著作）可医心病，曾公的病乃是起源于心病的身病，故还得治本。”因此，名医推荐其反复阅读《道德经》和《南华真经》，曾国藩最终开悟并恢复健康^[10]。

当然，具体的“叙事处方”要视不同生命主体的故事而定。医生必须尽可能多地准备故事，才能对患者产生足够的影响，进而改变他们对生命和疾病的认知，重塑自己的人生。乔治·妮娜（George Nina）的《小小巴黎书店》（*The Little Paris Bookshop*）中，主人公佩尔杜（Perdue）推荐的24部具有治愈力的经典叙事作品，被以“处方单”的方式拆解、定义、归纳出不同的疗效、治愈人群、用量、副作用等有趣又实用的信息。《小说药丸》（*The Novel Cure*）这部关于阅读疗法的书则对生理和心理的病痛一视同仁，倡

导心身疾病患者通过阅读虚构小说舒缓病痛，恢复身心健康。

《小说药丸》为读者提供了全面的人生疑难杂症和心身解疑方案——无论读者是失眠、发热、肠胃炎，还是感到伤心、沮丧，作者埃拉·伯绍德（Ella Berthoud）和苏珊·埃尔德金（Susan Elderkin）都会针对读者的“病情”，推荐一部或几部小说，帮助其缓解痛苦，如“巴尔扎克止痛膏”“托尔斯泰止血带”“萨拉马戈药膏”“乔纳森·弗兰岑”滋补品或“普鲁斯特牌泻药”等。这些小说会在读者心中产生跨越时空的共鸣，悟出摆脱困境和不良情绪的自我调节法。

叙事阅读治疗是一门新科学，而书本身就是舒缓人类病痛的“糖浆”。阅读叙事作品可以激发读者洞悉人类的共同经验或反应模式，洞悉每个人的独特之处并丰富自身的语言与思想。阅读和理解文学虚构叙事，尤其是与自身精神心理状态相关的叙事作品，可以让医护人员浸润在故事人物的心理空间中，这也是主体间互相理解的过程。

2.5 讲述和创作不同视角的故事的能力

具有良好叙事素养的医生，在谈论患者的故事时，会像阅读和创作《一千零一夜》（*Tales From the Thousand and One Nights*）一样感觉妙趣横生。奥斯勒认为，只要医生愿意去同情和关注，患者的故事中就会蕴含着文学的诗意。医生最大的悲哀莫过于在忙碌中耗尽职业热情，变成日夜不停转动的工作机器。当医生将患者视作流水线上待修理的机器时，自己也会沦为机械工作的流水线工人，职业热情逐渐耗竭。但是，如果医生能够注重倾听、记录、分享患者和家属的人生故事，关照他们的内心情感，将会找到职业的乐趣。

奥斯勒对叙事医学的一个启发是他对患者

个体性的哲学思考。奥斯勒是“视患者为人”理念的伟大支持者，他强调“好医生治病，伟大的医生治患病的人”。奥斯勒在临床中提到最多的两句话就是：“多听你的患者讲，他正在告诉你诊断结果。”“在采集病史时不问诱导性的问题，要让患者用自己的话语来表达他们的疾病”，这样才能“多关注照顾患者个体，而不是去专注于疾病的某些特点”。

在奥斯勒的倡导下，奥利弗·萨克斯（Oliver Sacks）将一个个患者的疾病故事变成了文学性极强的短篇故事，并将“谈论疾病可以像阅读和创作《一千零一夜》一样有趣。”（To talk of diseases is a sort of *Arabian Nights* entertainment.）这句话放在第一部疾病叙事作品《错把妻子当帽子》（*The Man Who Mistook His Wife for A Hat*）的扉页上。萨克斯说：“诊病时医生获得的是关于解剖和生物学方面的智慧，而在为生病的人问诊时，医生获取的是关于生命的智慧。”（In examining disease, we gain wisdom about anatomy and biology. In examining the person with disease, we gain wisdom about life. In examining the person with disease, we gain wisdom about life.）当临床医学从20世纪之前的叙事传统转向数据驱动的科学路径时，萨克斯却朝着相反的方向，采用人类学家方法，深入研究患者病历的细节，充分展现患者独特的生命故事。

事实上，不只是医学叙事传统消失殆尽，日常叙事传统也消失在了当代社会中。那种仿佛由浪漫主义画家描绘的，19世纪时人们聚集在纺纱小屋里，在幽暗的灯光下听着故事、传说、笑话的“叙事共同体”（narrative community），在21世纪已经不见踪影了。叙事医学通过提倡医生聆听患者讲述、撰写平行

病历、阅读患者视角的疾病回忆录或自传叙事作品、分享医患故事，在回归叙事传统的同时，也让医护人员将自己的职业看作更具创造性的人类活动。

2.6 从故事中侦察到对诊断有用的信息的能力

叙事医学提倡医生必须注重临床实践应有的叙事特点。患者是自己身体的直接经验者，他的讲述对诊断非常重要。故事也是证据，不倾听故事就可能出现误诊。英国医生理查德·阿舍儿（Richard Asher）于1959年发表了3篇发人深省的文章，他指出通过望闻问切从患者那里了解到的故事往往是诊断的关键信息。其中提到一名肚子痛的患者告诉医生自己有足风湿的细节，但是医生不以为意，漏诊了三期梅毒，导致产生了严重的医疗不良事件。

一名26岁的女患者被广东和上海的多家大医院诊断为食管癌广泛转移，这让生命刚刚绽放的患者深感绝望。化疗期间，一位年轻医生时常去看望这位女患者，听她讲述自己留学期间的故事。在不经意的对话中，年轻医生敏锐地捕捉到一个对重新诊断具有重要意义的信息，那就是女患者与结核病患者有过开放性接触史。然后，年轻医生召集多学科会诊，最终通过肺结核治疗方案帮助女孩恢复了健康。如果年轻医生只依赖医疗仪器设备进行诊断，而忽视患者故事中的重要信息，她未来可能一直被当作癌症患者，从此心身俱损，生命无望。

在循证医学时代，患者的主体资源被忽视的现象尤为突出。华纳·斯赖克（Warner Slack）指出，医疗保健资源中最重要，却被忽视、利用最少的资源是患者主体资源。患者是独一无二的个体，是自己身体变化最敏感、最直接的感知者，而科学证据却是千篇一律的，单靠循证医学所提供的证据（依赖科学技术和

各种检测和影像手段)很可能出现误诊和漏诊,要提升诊断能力就必须关注患者的故事。只有将患者故事纳入医疗诊断体系中被认真对待,才能减少误诊概率。

2.7 帮助患者走出叙事闭锁,实现心身成长的能力

在叙事医学语境中,一直将自己禁锢在错误认定的故事空间里,无法走出来,无法吸纳推动叙事进程的新故事情节,这种状态被称作叙事闭锁(narrative foreclosure)。叙事闭锁者一般没有良好的叙事素养,不懂得换视角看待自己和他人的故事,容易陷入心身疾病的泥潭中。在现代,心身疾病占人类疾病的70%以上。如果只是使用安眠药、抗抑郁药和其他精神类药物进行治疗,而不是针对其病因进行心身同治的话,患者很难走出叙事闭锁状态,疾病还会反复发作^[11]。

一些生命主体因为无法释怀生命进程中的一些事件,对某些人物耿耿于怀,往往会积郁成疾。只有变得心胸豁达,善于忘却,宽恕他人,才能走出疾病状况。子贡曾经问孔子,有没有一个字可以当做终身准则让自己心神安宁,孔子回答“恕”,也就是宽容的意思。“恕”的上半部是“如”,下半部是“心”,意思是要有如他人之心,即换位思考,设身处地、感同身受地为对方考虑,日本安宁疗护创始人日野原重明也有过相似的解读。

《素问·六节脏象论》里说:“心者,生之本,神之变(处)也”。“愈”字由“俞”和“心”两部分组成,意思是心底感到愉悦,也就是说疾病治愈的最终状态是将心神调至常态。《东医宝鉴》中有言:“古之神圣之医,能疗人之心,预使不致于有疾。今之医者,惟知疗人之疾而

不知疗人之心”。清代医学家尤乘则言:“疗人之疾而不知疗人之心,是犹舍本而逐末也。不穷其源而攻其流,欲求痊愈,安可得乎?”

“患”字是“申”加上“心”,“患者”即带着一串心事来寻求帮助的人。也有人将“患”字分解为“两个中心”,意思是“心身不定,左思右想,不得其中,所以生病”。笔者认为,在生命健康叙事语境下,“患”还可以分解为“两个口”“一条弦”和“一个心”,代表用一条弦将两个主体的话语和声音串起来,让它们进行交流,传递心音,直达对方内心,呼吁医护人员重视两个主体之间的故事交流和内心表达。

当一个人述说自己的故事时,隐含其中的生命旋律能被听见,能得到理解与回应,多数人能在这个过程中看见自己。一个人的生命过程内化发展出的、为生命提供意义感和统整感的自我生命叙事是生命健康的基础。在故事中关注什么,以及如何解读细节,都将影响其人生态度,也决定他如何理解曾经的自己。

《周易·系辞》所言“生生之谓易”,指的是世界和每一个人的生命叙事进程都处在不断的变化之中,这是恒常不变的真理,只有吐故纳新,才能生生不息。研究发现,自我觉察能力强和生命健康叙事素养高的人,在讲述生命中重大事件时会采用更复杂的叙事方式——从不同的角度来描述和阐述所遭遇的故事,更好地理解故事涉及的不同主体的视角和立场,改变和调整自己的态度,并能预测自我和他人未来的生命叙事进程。这样的叙事方式更有利于叙事者走出闭锁,实现成长。

总之,具有一定叙事素养的人能更好地处理主体与自我的关系,并将这种良好的关系投

射到其他关系中去。宋代《小儿卫生总微论方》指出：“凡为医道，必先正己。”叙事医学同样强调医者首先要处理好与自我的关系，这就是“正己”。生命叙事是健康人际关系（包括主体与自我的关系、主体与他人的关系、主体与社会的关系等）的调节器。

当一个人真正智慧地将生命视为一个不断发展变化的开放性故事，并且可以从多重视角理解自我故事与他人故事的差异，反思自己故事的局限性，并且主动调整和优化自己的叙事过程，把握自己生命故事的主动权和节奏，充分利用叙事进程的可能性，将从他人故事中获取的养分融入自己的叙事进程中，滋养自己的生命，就可以在遭遇挫折和困境时，避免陷入心理危机，即使短暂地陷入心理危机中，也能快速运用叙事素养突围出来。

叙事素养与医疗语境下的疾病诊断、心-身-病三位一体的全人健康、医患关系、生命意义和主体身份的构建息息相关。故事是客观的科学证据之外，参与诊断、决策和治疗的主体性证据。叙事医学不再将患者的疾病当作只是需要药物和手术干预的生物学疾病，而是将患者当作具有情感和故事诉求的生命文化主体，从心、身、病3个层次去关爱患者，帮助其实现全人健康。

叙事医学强调医护患三方叙事素养的全面提升。总体而言，叙事医学提倡关注医护患三大主体的故事（人际主体间的聆听），鼓励采用换视角讲述或写作的方式再现不同主体的心理、身体和疾病治疗诉求（视角融合下的反思），最终帮助主体实现身份关系的认可和接纳（健康关系中的共赢）。简言之，主体关注、全面再现和互相接纳是叙事素养的3种能力。在这3

种能力的基础上，还有第四种更为综合性的能力，就是反思力。

也就是说，叙事素养表现为关注力、再现力、互纳力和反思力4种综合能力。这4种能力都包含双方甚至多方关系。从医生视角出发，关注力是医生关注患者的身体、故事与情感的能力；再现力是融合医患视角，构建完整的患者故事，恰当地表达同情与关切，正确诊断疾病的能力；互纳力包括与临床团队整体协调、与患者融洽相处以及与同事相互接纳的能力；反思力是指在疾病诊治过程中，反观自己的态度、回顾疾病诊疗的细节、提升今后的医疗服务质量和发现新的治疗方案或研究方向的能力^[12]。

叙事素养的内化必须经历两个阶段：精细阅读和反思性写作，这也是叙事医学两个重要的落地工具，且后者必须以前者为基础。阅读与写作这两种行为都能帮助人们从混乱、无助的状态逐步转化至“认同”（identification）、“净化”（catharsis）和“领悟”（insight）的状态，进而提升自我觉察力与同理心，释放负面情绪，提高挫折复原力，使心灵达到恬然安适的状态。从他人或自己创作的故事中，习得新观念，融合新视角，用以解决自身遭遇的现实问题。

叙事素养不是锦上添花的奢侈品，而是必需品，是每一位医护人员的内在职业素养。精细阅读和反思性写作都会带来主体关系、主体角色、主体身份或主体视角的变化，这是一个人文内化的过程。换言之，叙事医学更加注重素养的内化过程，而非行为的外在结果，强调的是“构建发展论”，而非“行为论”。叙事医学的主体性、关系性和独特性，正好与循证医学倡导的客观性、技术性、规律性形成互补，也在某种意义上形成了人文与科学的融合。②

下转第217页

大妈叹了口气，自顾自地说道：“真是岁月不饶人，我年轻时在生产队干活可麻利了。儿女都在外地工作，去大医院也不方便。我自己感觉没什么问题，等回家吃过降压药，下午我再来量一次血压。”

范大妈走后，我一直惴惴不安，忍不住给倪大爷打了电话，坚持让他带范大妈去急诊。

倪大爷递给我的那张出院小结上清楚地写着：“急性肺动脉栓塞。”

规培时，主任常教导我们：“患者不会按照教科书来生病，相同的症状发生在不同的患者身上，可能是截然不同的疾病，相同的疾病发生在不同的人身上，临床表现也会大相径庭。”如果我没有仔细问病史、查体、翻检查报告，如果我没有坚持让范大妈去急诊，如果……

老师常说：“行医是战战兢兢，如履薄冰。”我第一次对这句话有了深刻体会。

范大妈把她的药拿出来给我看，略显无奈地说道：“以前我每天早上就只要吃1颗降压药，现在多了好几颗。”

我理解她的失落，宽慰道：“大妈，我看了你出院时复查的指标，身体暂时没什么大问题。不要想着自己要吃好几颗药，你应该想着‘每天都比别人多吃几颗糖’，这样生活才是甜甜的。”

范大妈脸上露出了笑容，说道：“王医生，你说得有道理。”

2个星期后，精神抖擞的范大妈来找我，“王医生，我来买糖了，哈哈。”

这份工作让我深深地体会到，当好社区居民“健康守门人”的职责重大。

把每一件简单的事做好就是不简单，把每一件平凡的事做好就是不平凡，希望我可以做一名合格的全科医生。⑥

上接第177页

参考文献

- [1] KREISWIRTH M. Merely telling stories? Narrative and knowledge in the human sciences[J]. Poetics Today, 2000, 21(2): 293-318.
- [2] PHELAN J. Narratives in contest or another twist in the narrative turn[J]. PMLA, 2008, 123: 166-175.
- [3] SHILLER R. Narrative economics[J]. American Economic Review, 2017, 107(4): 967-1004.
- [4] BRUNER J. The culture of education[M]. Cambridge/Mass: Harvard University Press, 2011: 125.
- [5] DOUKAS D J, MCCULLOUGH L B, WEAR S. Project to rebalance and integrate medical education (PRIME) investigators. [J]. Acad Med, 2012, 87(3): 334-341.
- [6] MCADAMS D P. The psychology of life stories[J].

- Review of General Psychology, 2001, 5(2): 100-122.
- [7] 杨晓霖. 叙事医学人文读本 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 70.
- [8] FURTH C. A Flourishing Yin [M]. Berkeley & Los Angeles: University of California Press, 1999.
- [9] DASGUPTA S. Narrative humility [J]. Lancet, 2008, 22(9617): 980-981.
- [10] 唐浩明. 曾国藩 [M]. 北京: 人民文学出版社, 2002: 10.
- [11] 杨晓霖, 田峰, 张广清. 生命健康视野下的叙事闭锁 [J]. 医学与哲学, 2020, 41(23): 10-15, 25.
- [12] 董强, 罗小兰, 杨晓霖. 叙事医学在医学教育与临床实践中的五个关键词 [J]. 医学与哲学, 2020, 41(2): 1-6.

生命健康叙事 与中国传统中医智慧

■文 / 杨晓霖

3月17日是中国国医日。中医被古人称为“生生之学”，是关于生命智慧和生命认知的古老学问。生命健康叙事则是21世纪关于生命哲学和健康人文的最新理念。本文全面梳理两种生命理念的异同，阐明中医生命哲学对构建中国特色生命健康叙事体系的启示。

首先，中医学和生命健康叙事强调的都不是单纯的疾病医学，两者都是涵盖哲学、艺

术、伦理、心理等的综合体系。其次，两者都强调治疗、养生或康复是“自内而脱之使出”的内建过程，只有调动生命个体的内在资源，方可致“心身俱安”的境界。再次，两者都强调生老病死认知教育，提倡对“生命之道”与生命健康认知的重视越早越好，以利防病于未然。最后，两者都倡导医学回归人本和人性，追求“全人健康”理念。

本文倡导中医药人文学者以叙事理念作为出发点，采用现代叙事医学理论框架和术语作为逻辑框架，对中医古籍进行全面梳理，挖掘其中所蕴含的叙事元素和叙事智慧，将研究成果译介到国外，实现东西方在医学人文领域中的深度对话，让西方更加了解中国；与此同时，向西方讲好中国的中医故事，也是构建中国叙事体系的一部分。

中医智慧中的“卫生厚生”观与生命健康叙事的“叙事调节”观

中医传统健康理念包括“卫生”“养生”“厚生”“摄生”和“道生”等不同维度和多个层次。“卫生”顾名思义，意为“保卫生命”；“厚生”的概念出现在《吕氏春秋》里，指的是重视生命意义和提升生命质量；“道生”指的是超越生死、身体的限制、疾病的状况以及年龄的限制，

高质量地过好有限度的人生，实现与自然同频共振的一种生命最高境界。如果说“卫生”更多依赖的是科学和技术的话，“厚生”和“道生”则更多依赖的是人文关怀和叙事智慧。在生命健康叙事语境下，“卫生”对应循证医学，而“厚生”和“道生”则对应叙事医学，而叙事医

学和循证医学恰好是阴阳互补的关系，是实现精准医学的必然之路。

先秦杂家认为，人基本能活到百岁以上。“天年”（100岁或120岁）是人类生命的自然寿限，但是许多人都

作者单位 / 南方医科大学顺德医院叙事医学研究中心

活不到这个岁数，是什么原因造成的呢？因为生命受到“五味”“七情”和“六欲”等种种危害和干扰，影响人最终享受自己的天年。如果能找出干扰健康和寿命的原因，并及时采取措施排除这些危害和干扰，那么人就能长寿，活到自

然的寿限。这就是“毕其数”和“长生久视”的健康境界。而这几害中，最难去的是“七情之害”。中医情志理论源远流长，先秦《礼记·礼运》便有“圣人治七情，修十义”的论述。

生命健康叙事理念引导民

众以叙事为媒介，开展生老病死认知教育，提升全人心身健康管理意识，反思自己生命故事中的叙事闭锁事件，积极构建和修复与家人、亲友和同事以及社会的人际叙事关系，运用叙事智慧调节身心健康，提升生命质量。

中医智慧中的“心身哲学”与生命健康叙事的全人健康理念

“心”是人体中最重要的器官，也是生命哲学和认知心理学关注的重要对象。《灵枢·邪客》言：“心者，五脏六腑之大主也，精神之所舍也”；《类经》曰：“神藏于心，而凡情志之属，惟心所统，是为吾身之全神也”；《饮膳正要·序》亦言：“心为身之主宰，万事之根本”。身体是心灵的外化形态。

华佗在其遗著《青囊秘录》中言：善医者，必先医其心，再医其身，而后医其病。“患”字是“串”+“心”，“患者”谓之“带着一串心事来寻求医生帮助的人”，也有人将“患”字分解为“两个中心”，谓之“心身不定，左

思右想，不得其中，所以生病”。叙事医学理念在此基础上，多了一个解释，就是“患”可以进一步分解为“两个口”“一条弦”和“一个心”，两“口”代表两个主体的话语和声音，一“弦”代表将两种声音串起来，让它们进行交流，传递心音，直达患者内心。这一解读的意义在于呼吁医护人员重视两个生命主体（医患）之间的语言交流和内心表达和情感宣泄。

“愈”字由“俞”和“心”两部分组成，意思是从心底感到愉悦，也就是疾病治愈的最终状态是将心神调至“如常”的状态。《东医宝鉴》中言：“古之神圣之医，能疗人之

心，预使不致于有病。今之医者，惟知疗人之疾而不知疗人之心”“疗人之疾而不知疗人之心，是犹舍本而逐末也。不穷其源而攻其流，欲求痊愈，安可得乎？”（清·尤乘）正如《心印经》上所言：上药三品，神与气、精。人的生命里自带三种药，就是把握自己生命的精气神的修养，内以养心，外照形躯。

明·张介宾《景岳全书·传忠录》说：“起病之因，便是病本。”强调抓住了病因，针对病因治疗，就是抓住了治疗的根本。只有真正深入患者的生命故事才能了解患者的状况，更好地进行诊断和治疗。

中医的“治未病”观与生命健康叙事中的健康教育与疾病预防

《素问·四气调神大论》说：“圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，此之谓也。夫病已成而后药之，乱已成而

后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎？”所谓“未病”，一是指没有病，二是指没有发，三是指没有传，这三

种情况都要提前预防，做到未病先防、既病防变。中医哲学与叙事医学理念都主张真正意义上的治疗必须超越病症，直

视心性。

“相由心生”不只是强调心相决定面相，还强调“身体”及其“器官”的“形貌”也由心境决定。叙事生命健康理念重新界定了“慢性疾

病”的提法，并追溯到中医的“养心”和“调心”理念中，将部分“慢性疾病”称作“心理情绪困境”或“生活习惯问题”。唯如此，才能让民众更好地认识疾病的治疗不

只依靠外在的药物，还要对产生疾病的原因有所认识，积极主动地进行内在的调整，戒掉不良习惯、纾解不良情绪，才能调回中医“常”的状态。

中医生命哲学中的“吐故纳新”与生命健康叙事中的“叙事赋能”

在叙事生命健康学语境下，积极主动地创设新的故事空间和中国传统中医学所倡导的“吐故纳新”哲学理念如出一辙。中医将生命比作是一个呼吸的过程，人就活在呼吸之间，吐故纳新，生命得以延续。呼吸是体内之气的代谢，是生命的基本节奏，吐故纳新才能让生命充满活力和意义。《庄子·刻意》有“吹响呼吸，吐故纳新”之说，即主张通过吹响呼吸与吐故纳新之类的导引之术使生命之气得以强化，从而达到尽其天年的目的。

东汉张仲景在《类经图翼·经络》中说，“吸之则满，呼之则虚。一呼一吸，消息自然，司清浊之运化”。也就是说，吐故纳新原指：人呼吸时，吐出浊气，吸进新鲜空气。吐气连着死亡；吸气连着生命。吐和纳是一种生命气息的导引，是有节奏的生命活动，是一个缺一不可的过程，只呼不纳，或者只纳不呼都会危及到生命。

在叙事生命健康语境下，

我们可以将“吐故纳新”中的“吐”理解为“倾吐、倾诉和讲述故事和宣泄压抑的情感和痛苦”；“纳”可以理解为“吸收和阐释新的故事，给自己以启示”，吐故纳新就是将压抑在内心里的陈旧故事倾吐和讲述出来，融合回应者的叙事智慧，创设出或者重新开启具有人生意义和生命色彩的新故事。在与分享故事的人展开人际叙事互动的过程中，激发自我的叙事想象力，不断展开叙事反思，并将新的故事吸纳进入自己的内心，成为帮助自己恢复形神安健的内在力量。叙事素养高的人能更好地帮助自己和他人实现“吐”和“纳”这两个过程，以达到新生的目的，叙事素养高低与人生阅历和经历及经年累月的叙事智慧积累有关，与文化背景或者学历高低无关。

吐故纳新也是“去害”和“扫除不洁”的过程。“去害”是养生之本，革故鼎新，其命维新也。“扫除不洁、神乃留处”（《管子·心术》）。“吐故纳新”意味着在“吐”

的过程中，将不利于身体健康的老旧故事释放出来，这是一个主动“去害”的过程；在“纳”的过程中，将有益于主体形神兼具的新故事的内化，是一个“趋利”的过程。人的大脑本身就具有一种“趋利避害”的本能，这是人类进化使然。生命健康叙事学倡导“不要被昨日的幽灵所萦绕而阻碍今日的生命叙事进程向前正常推进”。

也就是说，当一个人述说自己的故事，只要隐含其中的生命旋律能被听见，被好好理解与回应，人们就常常能在这个过程中换个视角来重新“审视自己的生命叙事进程”。一个人在生命过程中，内化发展出的、为生命提供意义感和完整感的自我生命叙事是维系生命健康的基础。改变自己惯有的叙事方式，即我们怎样讲述自己发生的故事，在故事中我们关注了什么，如何解读细节，影响着我们的生态度和对生命的态度，也决定我们如何能清醒地理解曾经的自我，积极创造现在崭新的自我，塑

造未来充满无限可能的自我。

“生生之谓易”，就是把世界和人生都看作不断创新的过程，让生命在不断地吐故纳新中推陈出新。在生命健康叙事学语境下，就是告诉大家“人生，要活对故事”。我们应该“戒掉”老掉牙的故事，不要继续“活在别人的故事”里，而是活出你想要的“新人生和新故事”。一个真正有智慧的人会将生命视作一个持续

向前发展的故事，会反思和不断反思他们自己述说生命的故事，从他人的故事中学习，并且介入、改变他们自己的叙事过程，以便创设新的故事和无限可能。

生命健康叙事提倡医护人员懂得如何调动患者的内在资源，引导其从一个不利于自己身心健康的故事里走出来，走进新创设的对自己身心康复有利的故事中去。这个过程

除了用传统意义上的药物和手术刀外，也可以从另外一个层面通过分享患者的生命故事，帮助其创设一个新的故事来调整情绪和内心。外科医生可以为患者赢得时间，他能够切除我们身体的任何一个部位，但是切除不了“病因”。患者只有积极参与治疗过程，主动进行心身调节，才能真正治愈疾病，这也是中医所倡导的“标本兼治”。

中国特色生命健康叙事前景展望

习近平总书记讲：“中医药凝聚着深邃的哲学智慧和中华民族几千年的健康养生理念及其实践经验，是中国古代科学的瑰宝，也是打开中华文明宝库的钥匙。”

在医学科学技术突飞猛进的当代，中医也在某种程度上经历了“去人文化”的冲击，许多经典文献中的人文元素在医学教育和临床实践中常被忽视。通过深入挖掘中医传统文献中的叙事元素与叙事智慧，能够加快生命健康叙事与中国传统文化的融合，构建中国特色叙事医学研究和教育体系，为中国百姓的心身全人健康做出自己的贡献。

《周易》有言，“君子学以聚之，问以辩之，宽以居之，仁以行之。”学习就是不断积累知识的过程，通过不断询问才能辨明真理，必须有非

常宽广的心与人相处，以仁义而行天下。这句话，在叙事医学语境下可解读为，经典疾病和医学叙事作品的文本细读是积累人文和叙事素养的重要途径。我们在阅读的基础上，会生出很多不同视角的问题来问自己或者问别人，这是一个辨明真理，理解什么是医学职业，什么是医学人文的过程，多视角地进行思考之后，才能以更宽广的胸怀与临床语境中的三大主体（医护患）和谐相处，才能将仁心仁德仁术践行到医学实践中。

我们倡导中医药人文学者以叙事理念作为出发点，对中医古籍开展文献研究，采用叙事医学理论框架和术语作为逻辑框架，如叙事医学与“中医生命哲学”、生命健康叙事与“卫生厚生”、叙事生命伦理与“贵生害生”、叙

事心身疗愈与“去害疗心”、叙事素养与“望闻问切”、叙事证据与“问诊对话与辨证施治”、创伤叙事闭锁与“困郁致病”、叙事疾病预防与“神气失常”、叙事介入与“不药为药”、叙事复元力与“生生之学”、叙事心理教育与“形与神俱”、叙事安宁疗护与“善终尽年”、叙事文本细读与“望而知之”、叙事赋能与“抒发情志”、叙事音乐疗法与“五音疗疾”、平行叙事病历与“医案医话”等，全面挖掘叙事医学与传统中医药学所蕴含的叙事智慧，鼓励国内学者和医学从业者将优秀教研成果不断译介到国外，我们要以更加开放和自信的姿态让西方了解中国，使得中国在国际医学人文领域拥有话语权，并不断展现出中国人的叙事智慧。■

奥威尔的经典疾病叙事 《穷人之死》

■文 / 杨晓霖¹ 欧阳合意² 黄向前³

著名作家乔治·奥威尔本人是肺结核患者，他曾写过一篇名为《穷人之死》(How the Poor Die, 1946)的自传式短文，讲述其在1929年落魄巴黎时，因肺结核病在一家名为“X医院”的公立医院住院的经历。奥威尔在这部作品中，以独到的眼光、生动的细节描述了这家医院毫无人性的医疗内幕。本文从小说中涉及的拔火罐叙事和去患者主体化现象两个维度对小说进行解读。从奥威尔生活的年代开始，随着医学科学技术的发展，医患关系逐渐地从主体间的关系向“主-客体关系”转变，患者的人性和尊严被现代医学忽视。

关键词 乔治·奥威尔 《穷人之死》 经典疾病叙事 火罐疗法故事 患者去主体化现象

引言

肺结核是个古老的疾病，自人类有记录以来，就有许多因感染肺结核而死亡的病例记载。在20世纪初的美国和欧洲，肺结核杀死了约七分之一的人。其中，有一位乔治·奥威尔(George Orwell; 真名埃里克·布莱尔, Eric Arthur Blair, 1903 - 1950)就是肺结核疾病的受害者。奥威尔的一生如彗星，虽然短暂但却耀眼。奥威尔是一名左翼作家，他非常关注穷人的生活状况，并对他们受到的非人性肮脏对待进行揭露。其代表作《动物农场》和《1984》是世界

文坛最著名的政治讽喻小说。可以说，奥威尔的认可度和知名度在死后远超其生前，且对后世影响深远。

奥威尔写过一篇名为《穷人之死》(How the Poor Die, 1946)的自传式短文。它讲述1929年奥威尔落魄巴黎时，因肺结核病在一家名为“X医院”的公立医院住院的经历。奥威尔在这部作品中，以独到的眼光、生动的细节描述了这家医院毫无人性的医疗内幕，讲述了这家医院如何从收治“麻风病人和死于类似传染性疾病的人”的临时病房衍变为医生利用穷人“廉价”的身体进行医学教育的地方。奥威尔认为当时的医院环境既陌生又

熟悉：陌生的是医学所应该有的人文关怀在这里变得无影无踪；而熟悉的是十九世纪医学史上无麻醉的残酷手术和医治方式的描述居然真实地发生在二十世纪初，那些当时被比

作者单位 / 1. 南方医科大学通识教育部；
南方医科大学顺德医院叙事医学研究中心

2. 南方医科大学顺德医院
3. 岭南师范学院外国语学院

基金项目 / 全国医学专业学位研究生教育指导委员会2019年研究课题“叙事医学课程建设与全科医生职业素养研究”；广东省教育科学十三五规划2019年度高校哲学社会科学专项“叙事医学的可视化与医学人文课程思政研究”

基金编号 / B1-YX20190303-03；
2019GXJK157

喻为杀人狂似的外科医生竟然出现在自己眼前。这样的情景让奥威尔想起丁尼生 (Afred Tennyson) 的《儿童医院：埃米》(Children's Hospital: Emmie, 1880)，在那间医院里，肺炎患者必须接受热水浴、拔火罐和芥末热敷等各种疗法。

在这篇小说中，奥威尔无法忍受医院对患者的各种非人待遇，当他稍微恢复了一些气力，立刻“义无反顾”地逃离了这家医院。我们认为，奥威尔在这篇小说里记叙了进入二十世纪时医学的发展状况，尤其是在医患关系上所发生的巨大变化。本文从小说中涉及的拔火罐叙事和去患者主体化现象两个维度对小说进行解读。从奥威尔生活的年代开始，随着医学科学技术的发展，医患关系逐渐地从主体间的关系向“主-客体关系”转变，患者的人性尊严被现代医学忽视。

《穷人之死》中的中医拔罐叙事

拔罐是一项已使用超过三千年的传统疗法。它的操作方法是专门将罐具吸附在需治疗部位的皮肤上，随后罐具中的吸力会将人体皮肤吸至罐内。如此留罐或走罐于皮肤表层上，则可促进该部位的血液循环、排除体内毒素，起到强

身健体的功效，它也可以治疗各式各样的疾病，包含疼痛、发炎、感染和虫蛇咬伤等。

在中国，提到拔罐的文献主要有：汉朝（公元前202年—公元220年）的《帛书》，它是一本随葬书籍，其中有关于拔罐的最早纪录；东晋医学家、文学家葛洪（公元284—364年）曾在他的《肘后方》一书里写过当时的中医会用兽角作为拔火罐的工具，该书是第一次提到医生亲自尝试拔罐疗法；公元755年的《外台秘要》一书最早描述拔罐用于治疗特定病症——结核病；清朝时期，赵学敏撰写了《本草纲目拾遗》一书，提到“火罐气”，即用火创造拔罐需要的吸力，并用竹、陶或玻璃器皿取代兽角作为工具等。此外，赵学敏也写出不同罐法的历史与起源、各样罐具的形状，以及其个别功能与应用。直至十九世纪五十年代，中国和俄罗斯的行医者都花费大量心力研究拔罐疗法。

中国人所说的“拔罐”，在西方称为Cupping。现存于巴比伦和亚述（约3000年前）的一个医生印记上，记录着“健康神尼努塔 (Ninurta, 众医神之长) 的形象，他手持一杯吸术器械，另有两个放在两柱之间”。这意味着西方在“拔罐”的运用上同样历史悠久。在公元前1500多年的《埃伯莎草纸》(Papyrus Ebers) 中，埃及记录了这种吸杯疗

法。医神埃斯克莱庇俄斯神庙的壁雕中有两个火罐吸杯。西方对拔罐益处的描述可以追溯到公元前4世纪古希腊哲学家、医学之父希波克拉底的医学论述中讨论了将火罐法用于四肢和背部的肌肉骨骼疾病、妇科疾病、咽炎和耳部及肺部疾病。

之后，西方许多医生都在行医中使用拔罐疗法。拔罐在19世纪到20世纪的早期欧洲是很普遍的理疗方式。英国著名拔罐师马普尔森 (Thomas Mapleson) 在他的《论拔罐的艺术》(A Treatise on the Art of Cupping, 1814) 一书中详细列举了适合于拔罐的各种疾病，包括中风、心绞痛、哮喘、吐血等。现代医学教育之父威廉·奥斯勒爵士 (Sir William Osler) 在1923年再版的教科书《医学原理与实践》

(The Principles and Practice of Medicine) 中推荐使用拔罐法治疗肺炎和急性脊髓炎¹。

二十世纪初之后随着对抗医学与顺势疗法两种不同的医学理念的分道扬镳，拔罐疗法逐渐被弃用，拔罐也逐渐退出西方世界的舞台。弃用的主要原因在于人们缺乏对于其运作机制的认识，而非拔罐不具实际疗效。奥威尔所描述的20世纪20年代末正是西方弃用拔罐疗法的时期。然而，在为付不起治疗费用的病人治病时，巴黎这家医院仍然在使用这种“落后于时代”的疗法。

《穷人之死》里这样描述了拔火罐疗法的情形：

“当我躺下时，我看见一个露着圆肩、砂砾色头发的小个子男人半裸着躺在对面病床上，一名医生带着学生在对他进行一种奇怪的操作。首先医生从他的黑色包包中取出一打如同葡萄酒杯的小玻璃杯，然后学生们在各个杯中燃起火柴以消耗氧气，接着将杯子扣在患者的背或胸上，杯内的真空会将皮肤拽起，成为一颗巨大的黄色水泡。过了一会儿我才意识到他们在对患者做的是一种叫拔罐的疗法，是能在年代久远的医学课本中找到的疗方……”

也许是室外的低温让奥威尔的高热得到了缓解，奥威尔得以清醒地以旁观者的视角，甚至带着些观看杂耍的意味观察他们进行这野蛮的拔罐治疗。然而，完成那个人的拔罐之后，医生带着医学生们移步到了奥威尔的病床前，一把拽着我翻过身，一言不发地就将刚才使用过，还没消过毒的火罐用到了奥威尔背上²。这让出生于上层社会，特意隐藏在下层穷苦人群中观察社会的奥威尔感到作为一个人的尊严受到极大挑战。

从《穷人之死》这个故事里，我们可以看到奥威尔对拔罐治疗的好奇与恐惧。在这所医院里，无论罹患何种疾病，一进医院都会予以火罐和芥子泥罨治疗，这让奥威尔感到不可思议。但实际上，真正让奥

威尔感到不可思议的不是拔罐治疗方法本身，而是蛮横霸道、冰冷强硬的行医者和冷漠无情、无视患者人性自尊的医学生。他们丝毫不顾及病人的身体承受能力和情感意愿，像对待没有生命的物体一样去任意摆布一个个活生生的病人。

当然，《穷人之死》里也透露了奥威尔对拔罐疗法认识的偏差。拔罐并非一种野蛮的治疗方式，用得恰当能起到很好的舒缓治疗作用。在这部作品出版几十年之后，拔罐正式作为一种科学的物理治疗方法卷土重来，被传统中医、针灸师、推拿师、物理治疗师、脊椎矫正师等高效地利用了起来。伦敦的皇家马斯登癌症中心（Royal Marsden Hospital）里的拔罐师往往具备医学博士或外科医师身份。在中医里，拔罐至今仍是缓解疼痛和处理伤口、内科疾病、妇科以及皮肤问题的一种主要医治手段。

《穷人之死》中的去主体化现象

奥威尔也是这样，他一入院，在完全没有跟医生进行任何交流的情况下，就被医生采取残忍的、无法忍受的方法进行治疗。尽管奥威尔有意反抗，却没有人理会。

紧接着第二天，一位医生带着几十个实习生和医学生来查房。虽然每天他们都在这些

病床间走动，有些病人会哀嚎着请求他们看看，帮自己治疗，但他们并不为所动，他们只会对那些患有他们感兴趣的疾病或症状非常严重的患者面前停下来，好让学生们熟悉这些疾病和症状。在这之中，奥威尔的肺部有典型的支气管啰音，他也因此被医生称作“支气管啰音的最佳标本”。医生们会在奥威尔的身边停留，让学生们排着队轮流在奥威尔的胸部进行叩诊与听诊。但在这个过程中，他们没有一个人正眼看过奥威尔，或者与奥威尔进行问候与沟通。奥威尔觉得自己在他们眼里不是一个“人”，而是一具活“标本”，那场景就像是一群小男孩将手放在一台非常昂贵先进的机器上。

当奥威尔身体稍有些好转，他开始观察病房环境和身边的其他病人。只见病房里密集地排放着几十张床位，拥挤而杂乱，空气也是腐蚀不堪。奥威尔右手边的床位是一位跛足的男性，他看起来没有太严重的问题，而且他总是第一个知道病房里谁去世了。他偶尔会将手举到头顶上，叫唤“43号”，那么就说明43号床病人去世了。

除此之外，奥威尔的大病房里还有一位重症年轻男性，但其疾病始终无法确诊，总之小便十分困难，而且哪怕一张压在他身上的被子都会让他发出疼痛的呻吟。护士每次把红色尿

壶递给他，都要站在一旁等很久，先是像马夫对马匹一样发出吆喝声，如果他再不尿，她就极为恼火地尖叫一声“尿”，他才尿出来。不久，这位病人被移到其他地方，孤独死去，不再经受小便困难的难堪。

另一位引人注目的是 57 号床病人。他入院主要是因为酗酒引起了肝硬化。病房里几乎所有人都认识这位患者，因为医生总是将他用于现场案例教学。每周有两个下午，一位严肃的医生会带着一帮学生来到病房，将 57 号推到病房中心位置。医生会将他的病号服上衣拉开，露出他肿胀的腹部，然后开始跟学生讲述。整个过程医疗团队里没有一个人跟病人说过一句话，也没有对病人微笑或点头示意，只是盯着他的腹部，对作为一个活人的患者视而不见³。似乎在某种意义上而言，教学查房的主治医师和众医学生只是将病人当成活标本和动物一样展示与摆布。

之后某一天的凌晨 5 点，临床的跛足病人扯奥威尔的枕头，把奥威尔唤醒，手举到头上，叫道“57 号”——奥威尔马上意识到肝硬化病人死掉了。在护士还没有发现之前，跛足男人宣布了他的死讯。护士到了之后，冷漠地看了一眼，继续做他们早班例行的体温检测。又经过了一两个小时，才另外来了两名护士将他的尸体用布单包裹起来，打了个结后又离开了。最后，直到

近 10 点才将他移走。

当奥威尔近距离看着这位已经死去的白人时，他想到很快这袋被包裹的“废物”将被送到尸解室里，作为“自然死亡”的案例被解剖。这个可怜的老人就像一个在风中摇曳、继而熄灭的蜡烛余烬，他的生命如此一文不名，在临死之前床前没有任何人可以告别。他只是个“数字”——57，只是医生解剖刀的“对象”。

通过阅读这部著作，我们不难看出住在这家医院免费病房里的穷人根本得不到最基本的治疗与护理，他们像在监狱里或者说就像动物一样过着没有尊严的生活，感受不到一丁点的人间温情。可以说这里的病人并没有得到真正意义上的治疗，医护人员从来不会多看他们一眼，多和他们说一句话，似乎在生命面前疾病本身才更有价值。这所医院里没有一位具有共情能力的医生、护士或医学生⁴。

《穷人之死》的人文启示

在众多文学作品里不但有因病人地位不能与病人共情的医生，更有将自己看作科学家—医生或实验室科学家的医生。从事临床工作的医生如果只注重其科学家和教学者身份，必定会让他在与病人交往中抱有疏离、客观、不近人情的态度，相较于患病的这个

“主体的人”，他们对“客体的疾病”更感兴趣⁵。这就与临床所要求的以病人为中心的理念相去甚远。这些以病人本人作为叙事者或从病人角度讲述的故事告诫医生，病人也是主体的人，作为医生首先应该关注的不是疾病的形态特征、疾病的科学描述，而是病人的情感诉求。

医患关系本应是一种纯粹的人与人之间的主体关系。然而，在科学技术高度发达的当代，医患关系变成了“主—客体关系”，被“去主体化”的患者看起来更像车间里等待维修的机器。医生哲学家雅斯贝尔斯在 20 世纪中期就阐述了技术至上时代一个关于医患关系的悖谬现象：一方面，在大量先进技术设备的帮助下，诊断更加准确，因而，病人可以得到更好的帮助；另一方面，医生依赖于这些原本是辅助手段的技术，放弃了主体间互动、对病人进行个性化了解的机会，沦为了千人一面的技术员。

其实，这种过度医疗化的发展趋势，不仅会对患者造成直接伤害，也会对医生行业带来一定的打击。从医生的角度上看，如果医生将治病救人视为纯粹的“技术活”，将很容易对自己医生职业产生倦怠。医生的职业激情一旦丧失殆尽，对病人的人文关怀就更成了奢望。在叙事医学背景下，共情是一种医护人员暂时抛弃自身的科学理性和医学语言，隐藏

自己的科学观，不用经验之谈也不带个人偏见地倾听病人故事、理解病人内心情感细节并帮助其重构个性故事，真正进入病人丰富的内心世界的的能力。

比如，作家医生、加州大学旧金山分校临床教授、预防医学研究所的创始人迪恩·奥尼希(Dean Ornish)曾研究发现：亲密的社会关系和良好的医患关系，可以促进冠状动脉疾病的治疗，甚至可以提供生命坚强的抵抗力。他因此发出感慨：“我们的心不仅是一个血泵……还是一颗情感的心，一颗心理的心，一颗精神的心。”⁶ 每个人都需要一种可以打开心扉、分享故事的亲密关系，尤其是有着生死托付之交的医患双方。

而叙事性阅读就是一个能够不断接近如此理想状态的重要途径。阅读能够让医生们走近各个不同故事的主人公，能够令他们换一个主体视角看待这个世界的林林总总，也能帮助医生们探索“科技理性和实证主义”的局限性，承认医学的不确定性和相对性，在与病人接触的过程中，自觉地、主动去了解并构建关于病人生活和患病体验的故事，真正地做到感同身受。

诗人约翰·多恩提到“生病是最痛苦的，而生病的最大痛苦来自孤独”。他在病中顿悟到所有人的生活都不是互相隔绝，而是互相连接的，他们具有关系性、情感性和主体

性，这样的思考最终引出了他那句名言——“没有人是一座孤岛”。多恩的病中之歌教导我们在临床语境下必须重视病人的精神和心理状态，想要治愈身体，必须治愈灵魂。只重视客体的身体器官，不关注主体的情感与语言诉求，不是完整的、真正意义上的治疗。

结语

事实上，奥威尔出生于英属殖民地印度，年幼时就曾饱受气管炎症状困扰，但当时并没有确定肇因到底是流感还是肺结核。之后，奥威尔在15至34岁之间至少有四次肺炎复发，受尽折磨，直到1929年才得以确诊为肺结核。自从1927年奥威尔从缅甸回国，他就开始了长达4年的流浪，辗转于英国和欧洲大陆，在酒店餐厅洗碗、在码头当搬运工、在书店卖书、在学校当教师等等⁷。正因为奥威尔的一生都亲眼目睹了强权政治下穷人的生活状况，所以他才乐于从穷困患者的视角揭示了巴黎那一间无情医院的医疗内幕。

《穷人之死》是奥威尔一生创作的五篇大师级短文之一。经过奥威尔的切身体会，我们看到确实存在着一些医护人员只是为了治“病”而机械工作。这种忽视人性，缺乏人文关怀的救治，具体表现为病房环境拥挤而肮脏，用编号代

替患者姓名，治疗过程粗暴莽撞，临终及死亡护理不及时不到位等。这些做法都给病人的身心造成更加恶劣的创伤，最终造成他们不断恶化的病情和痛苦万分的死亡。另一方面，对于医护人员本身也会承担无法挽回的损失。如此形成恶性循环，整个医疗环境乃至全社会都终将无可救药。这篇著作在当下看来，无论是医学界还是传媒界依旧是振聋发聩，引人深思。■

参考文献

1. Ghosh S K, Bandyopadhyay D. Dermatoses secondary to Indian cultural practices[J]. Int J Dermatol, 2014, 53(4).
2. Orwell G. How the poor die[M]// Orwell Reader: Fiction, Essays, and Reportage. San Diego: Harcourt, c1946: 86-87.
3. Orwell G. The collected essays, journalism and letters of George Orwell[M]. London: Penguin Books, 1968.
4. 杨晓霖. 叙事医学人文读本[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019.
5. Whatley SD. Borrowed philosophy: bedside physicalism and the need for a sui generis metaphysics of medicine.[J]. J Eval Clin Prac, 2014, 20(6).
6. Ornish D. Dr. Dean Ornish's Program for Reversing Heart Disease[J]. Noetic ences Review, 1990(1).
7. Taylor, DJ. Orwell: The Life[M]. New York: Henry Holt & Co, 2003.

文学叙事教育对医科院校大学生 思想伦理和心理素养的影响研究

杨晓霖 李绍波 黄文华 凌志海

(南方医科大学, 广东 广州 510515)

摘要: 本研究报告主要调查医科院校大学生的思想政治素养和心理素质教育方面存在的主要问题, 提出文学艺术叙事教育对医学生的思想政治和心理素质的提升具有非常重要的积极作用, 并通过阐释两者之间的关系, 试图探索当前医科院校大学生心理伦理素养教育的有效模式, 并向全国医科院校推广。

关键词: 文学叙事教育; 医学生; 思想伦理; 心理素养

1 医科院校大学生伦理教育心理素养方面存在的主要问题

四书《大学》开篇就论及中国传统的大学之道——大学之道: 在明明德, 在亲民, 在止于至善。大学首要培养的是学生的道德修养和人格魅力, 唯如此, 大学才能称之为大学。医科大学建设一方面要提升专业水平, 另一方面, 也应提升人文道德水平。

《易经·系辞》言: “形而上者谓之道, 形而下者谓之器”。“形而上之道”, 即为习近平在全国高校思想政治工作会议上提到的“立德树人”和“怎样培养人、培养什么样的人”的根本之道。“形而上之道”是大学精神所在。对于直接与人打交道的医生行业而言, “形而上之道”尤为重要。

著名的现代医学教育之父威廉·奥斯勒说, 医学必须具备清晰的头脑与和善的内心。医学生可能通过科学教育能够获得较清晰的头脑, 但怎样使(医)生具备更和善的内心, 使其具备更好的医学伦理精神、认知共情素养、叙事沟通能力和心理承受能力, 不至于迷失在技术、金钱和权力至上的诱惑中, 不至于被职业

作者简介: 杨晓霖, 女, 教授。研究方向: 叙事医学、英美文学叙事。

压力压垮? 怎样才能让大学生在大学期间实现社会化, 学会与不同的人打交道, 形成正确的伦理判断和世界观, 培养健康的人格? 这已俨然成为医学教育必须深刻反思的问题。

目前, 根据我们对在校和在培医学生的调查情况来看, 医科院校大学生在心理伦理教育方面存在的主要问题如下:

(1) 医科院校大学生专业学习期间课业繁重, 实习期间又频繁目睹各种生老病死, 一部分心理素质差的学生无法承受这两方面的压力; 除此之外, 随着社会的迅速发展、各种竞争日趋激烈, 医学生所面临的问题越来越多样化、复杂化, 如果医学生的压力应对方式不良, 则会严重影响他们的学习和生活, 甚至导致学生自杀, 这种情况近年来屡见不鲜。

2015年9月, 在对1, 122名英国医学生开展问卷调查之后, 研究者称被调查者中有30%的医学生曾接受精神治疗, 15%的医学生考虑过自杀。针对这个数据, 英国医学会学生福利委员会主席特维沙·舍斯(Twishaa Sheth)在《英国医学生杂志》(Student BMJ)上感叹, “被报道有精神疾病或是有过自杀念头的学生数目非常惊人”(“The number of students reporting mental illness or considering

suicide is shocking”)^[1],而且这些有心理问题的学生认为他们没有从大学教育和相关心理服务部门得到有效的救助。《美国医学会杂志》(The Journal of the American Medical Association, JAMA)在2016年底对来自43个国家的200名医学生进行深入调查之后,公布的数据也相当惊人^[2]。

国内也有心理学家研究表明,医科院校大学生强迫、焦虑、敌对性和偏执等症状较全国青年组常模明显突出。在此背景下,南方医科大学的叙事与人文工作室也于2017年6月在学校2015级大三学生和住院规范化培训的医生当中开展了抽样问卷调查(调查涉及18个专业的377名学生),将这份调查与新生入校时的心理测试结果进行对比,可以发现心理问题的学生比例明显增高。调查显示,182名学生(近50%)时常有焦虑感,41名学生(9%)面对压力感到无所适从,44名学生(11%)不确定自己是否有心理问题,但时常出现恐慌,调研结果与英美著名医学期刊和专家对医学生开展的调查相似,情况同样不容乐观。

(2) 医科院校大学生在职业生涯中将会面临许多伦理道德选择困境,但是当前的医学教育更注重专业学习,忽视了职业道德和生活伦理的自觉和内化教育。这样的教育现状导致医学生难以形成有效应对和处理伦理困境的能力,无法对其他人产生认知共情,导致在与人沟通和人际关系方面出现问题。

多伦多大学曾对医学生进行临床困境和伦理素养提升方面的问卷调查,结果发表在《英国医学杂志》上,调查发现医学生普遍缺乏形成正确的伦理推断和有效的伦理困境解决办法的能力^[3]。马里兰大学巴尔的摩医学院(University of Maryland School of Medicine in Baltimore)近年来的调查也显示,医学生在亲历伦理困境或遭受道德舆论谴责之后,普遍认为医学教育中急需加入伦理教育相关课程设置或活动^[4]。许多走上临床职业生涯的医生无法平衡工作与生活之间的关系,与家人相处不够融洽,工作成为解除焦虑的唯一途径,不能处理好同事关系、家庭关系、自己与社会的关系,烦躁抑郁,情绪低落,只能从职业给他带来的权利、名声和财富中获得

慰藉和寄托,这本身就是一种职业病态。

南方医科大学叙事与人文工作室也于2017年6月对南方医院规范化培训医生在临床中的道德表现做了反馈调查,许多医生认为当下的医学生在道德推断、认知共情和叙事沟通方面的能力非常不尽人意,经常出现人际交流和关系障碍、自我道德约束能力弱以及容易受不良价值观侵蚀等问题。而出现的人际关系紧张、得不到病人和同事认可等问题进一步强化了他们的焦虑感,成为造成精神压力和疾病的重要原因。

2 医学生伦理心理素养方面存在问题的原因分析

医科院校大学生在伦理心理素养方面存在一些亟待正视的问题,要切实改变医学生伦理和心理素养低下的现状,首先要分析造成这一局面的深层次原因。

(1) 目前医科院校教育受科学主义和技术主义盛行的影响,医学教育的天平严重向专业教育和科学技术教育倾斜,医学生的人文道德和心理伦理素质的培养受到一定程度的忽视,甚至被专业和科学教育挤压而遁于无形。只重其“器”(专业),而轻其“道”(人文道德素养和心理伦理素质)严重背离医科院校的办学宗旨。

(2) 技术理智教给医学生的是千篇一律的客观知识,而医学生在临床实践中遇到的却是独一无二的主观个体。医学教育更偏重医学生的科学理智(scientific rationality)训练,而忽视了医学生的叙事和语言理智(linguistic or narrative rationality)培养。医学生在医学的专业科学和技术课程里无法学到应对复杂情境的语言和认知策略。这造成当代医学生的语言表达能力和沟通素养普遍低于人文社科类学生。

心理伦理素养与叙事和语言沟通能力是分不开的。语言是希波克拉底提出的医学三大法宝中的第一宝,是用来融合医患关系、抚慰病人受伤内心重要载体。然而,当代医学教育和实践中的叙事传统丧失殆尽,非人文和非语言倾向加剧,给医学实践带来严重问题。

(3) 当代医学生在通识人文方面的修养往往低于人文社科类学生。没有人文底蕴,只有专业知识和技术的人只会将自我物化,变得精神空虚匮乏、斤斤计较、唯利是图。人文涵养教育很

重要的一方面在于文学阅读和写作,叙事阅读与写作是一种能够将心理伦理教育内化成医学生自觉行动的重要教育活动。

威廉·奥斯勒告诫医学生,“应该每天分配至少半个小时时间阅读文学作品”,“阅读和讨论文学作品应该成为医学教育的重要组成部分”。“文学教育不是医学教育的奢侈品,而是必需品”。然而,当代医学教育完全忽视了文学叙事阅读教育这一环节,极少开展文学阅读与讨论活动。这是造成医学生心理伦理素养不高的的重要原因。

3 医学生伦理心理素养培养的建议与对策

医学生不仅需要和善的内心,还需要强大的内心,不仅能够对病人自觉地产生人文关怀,还能通过人文素养抵消职业压力。针对西方医学教育科学主义和技术主义盛行的状况,西方医学教育研究者早在上个世纪末就提倡将“文学与医学”引入医科学院教学体系中。1972年,宾夕法尼亚大学医学院首设文学教授岗位。此后二十年间,西方医学院纷纷效仿(Charon, 2000)。以此为起点,“文学与医学”作为一个独立的人文医学学科和课程体系,开始逐步引入美国医科学院校。据美国医学课程设置联合指导委员会统计,1994年,30%的美国医科学院校开设“医学与文学”课程,1998年则达到74%。

二十世纪末期,有学者提出“医学与文学”的局限性,认为在叙事学理论发展的背景下,“叙事医学”更契合医学人文教育终极目标。叙事理论引导下的疾病叙事阅读和写作在提升医生的伦理素养、叙事沟通能力和认知共情水平上作用更明显。在哥大医学院的Rita Charon、卡尔加里大学的Author Frank、伦敦国王学院的Trisha Greenhalgh、圣玛丽皇家医学院Brian Hurwitz等的带动下,西方出现医学教育“叙事革命”^[5]和“叙事转向”,大多数西方医科学院校积极利用叙事理论开展以疾病文学阅读和创意写作为核心内容的教育活动。叙事医学能力业已成为评价医生从业者的一项重要指标^[6]。围绕叙事医学与医学文学教育,西方医科大学设立了相关研究机构并开始招收硕士研究生。

中国医学教育目前遇到了西方上世纪七八十年代同样的问题。因而,借鉴西方新的医学教育

理念和模式,我们认为(以融合叙事学、生命伦理、文学批评、认知心理、社会语言等跨学科知识的)文学叙事阅读教育对于医学生而言是必不可缺少的。也就是说如何理性地运用叙事人文知识与同事和工作对象等进行语言交流与如何理性地运用科学技术知识与同事和工作对象打交道同等重要,如何更高效地救助病人与如何拥有更强大的内心,懂得最大化地排解职业压力同等重要。

阅读是培养医学生伦理心理素养的第一步,是培养伦理判断力、认知共情力和心理承受力的基础。个人经历都是有限的,现实生活中的医生不可能一开始就已遇见各种不同生活经历、性格脾气的病人,虚构文学作品的阅读输入能让医生遇见形形色色的对象。医学从业者在阅读疾病叙事的过程中,对故事人物的认同以及情感的投入使得他们能与人物产生共鸣,甚至如同亲身体验似的去经历故事中发生的事情,从而锻炼自身的共情能力,最后,足够量的阅读会转换成临床实践中的共情“行动输出”。另外,在阅读时欣赏作品折射出的文化意蕴和审美指向,能帮助医学生理解疾病、生命和病人,帮助医患双方进入存在的、诗性的、超越话语的意义层面,实现自觉创造性的经验改造。

文学叙事阅读教育必须花时间去阅读,去写作、去想象、去讲述,但这是一种良性压力(eustress)。在阅读疾病叙事文本时,读者需要发挥想象力,建构出一个类似于真实世界的叙事空间。在这个充满作者和文学人物话语的空间,读者需要进行认知的转换,从自身视角转换到他者的视角,真实体验故事人物的思想和感受来设想透过他人的眼睛看世界,融入到心智解读和人物塑造中,并力求“多视角”解析人物与事件。它能够帮助医学生理解遇到的困惑,疏导不良情绪,改变不合理认知,形成积极的压力应对方式,缓解心理压力。

2015年的全球畅销书、德国作家妮娜·乔治(Nina George)撰写的《小小巴黎书店》对我们的文学叙事阅读教育模式很有启发。男主人公佩尔杜(Perdu)是一位饱读诗书且能够洞察人心的书店经营者,他将书店设在塞纳河中的一艘船上,叫“水上文学药舫”。由于具有丰富的文学作品阅读经验,他能够通过简短对话读出

每一个来船上购买书籍的人遭遇的心理困境。在“水上文学药方”上，这位文学药剂师根据读者不同的“心灵病症”，开出适合的书单作为“药方”，来疗愈那些不被人认为是病痛，也不会被医生诊断出的困扰。《小小巴黎书店》的整个故事中贯穿24本主人公佩尔杜先生推荐的、具有治愈力量的文学经典作品，他以“文学处方单”的方式，将每本书拆解定义，对不同作品的疗效、适用症、最佳疗效人群、用量、副作用等都进行了归纳。

文学叙事教育的阅读读本主要包括三大类，一是经典文学中的疾病叙事，二是由病人书写的自我病志叙事，三是当代临床现实主义叙事。临床现实主义叙事是由当代作家医生根据自己的临床经历以虚构叙事手法创作的一种新型叙事体裁。通过阅读艾略特（George Eliot）、托尔斯泰（Tolstoy）、契诃夫（Chekhov）、加缪（Camus）、托马斯·曼（Thomas Mann）等经典文学家或医生作家的文学描述，病人的生病状态或濒死经历以及医生的行医经历通过文字被有力地激发并间接地感受到；通过阅读科尔斯（Robert Coles）、维杰斯（Abraham Verghese）、萨克斯（Oliver Sacks）、葛文德（Atul Gawande）等的临床现实主义叙述，能够有效弥合医生与病人、医生与同事以及医生与社会之间的视域差距，有利于建立互相尊重、信任和理解和谐医院关系。

事实上，每个人在不同的人生阶段都会遭遇心理危机，只是不同的人应对危机的能力不同。对于经常阅读的人而言，心理问题、道德困境、人际危机和精神危机是暂时的，是可以通过内化了的自觉能力进行自我调整的。而不阅读的人，不懂得处理精神危机和心理危机，其所遭遇的任何一次危机对他的生活和工作造成的影响将会最大化、最长期化，甚至影响一生或一次就断送生命。

文学叙事教育虽然不能帮我们解决医学实践中的所有问题，却能给我们一个更好的视角，在不知不觉中影响我们的思考、逻辑、谈吐、伦理、价值观等各个方面。文学叙事教育适用范围非常广，将其引入医学人文教育的各个层次可达到以下多重目的：1）在学生当中开展文学叙事

教育活动有利于学生加快其社会化的进程，起到伦理道德教化和心理疏导作用，多视角的叙事引导更和谐的人际关系，能有效减少校园暴力和学生自杀现象；2）文学叙事教育所侧重的文本细读能力能让医生对病人的患病经历有更具体和深刻的了解，快速建立医患信任关系，提升诊疗效果；3）文学叙事教育能让医生能更好地理解病人的故事以及病人在医疗实践中承受的个人风险，意识到自身行为的影响和后果，尽量用生活世界语言与患者交流，站在患者立场上考虑问题，有效减少医患冲突；4）文学叙事教育有助于提高医（学）生叙事伦理技能，能帮助医生将医疗上最复杂的事情，运用可读性强的文字解释清楚。讲述出来和写作出来的疾病故事有助于医护人员进行深刻反思；5）文学叙事教育能让医学生更具想象力和批判思维，为医学研究开拓新视角，推动医学发展进程；6）文学叙事教育能更好地构建医生职业身份，舒缓心理压力，增强职业认同感，构建和谐的同行关系以及医生社会关系。

4 叙事医学教育模式的启示

文学作品写作和阅读都是一种叙事实践，阅读（小说和诗歌）可以让人切实感受不同的视角，以极富想象的方式验证他人的真知灼见，甚至使人脱胎换骨。经典的虚构叙事作品是对社会经验的模拟，通过阅读可以提升医学生与他人的人际交往技巧，大量阅读经典虚构作品的大学生在认知上容易与他人形成共情联结，进而形成正确的伦理道德观念，增进和谐的人际关系。

子曰：“志于道，据于德，依于仁，游于艺。”《论语·述而》。对于医学生而言，就是“专心励志学好医道（医学知识和医学技能），将自己的威信建立在自己的道德品质之上，依靠仁心仁术，让文学阅读等艺术成为一种习惯和一种娱乐。”

医科学院开办书院的目的在于调整大学教育中“道”与“器”的比例。因而，以在书院制中开展叙事医学人文教育作为基础，将文学叙事人文教育模式有体系、有层次地贯穿到整个医科大学教育，甚至医护人员的再教育中，利用叙事理论开展以疾病文学阅读和创意写作为核心内容的教育活动能使受教育的医学生或医（下转第20页）

实验室安全相关知识,把这些知识应用到实际科研工作中,提升安全技能,并且强化实验室安全的责任意识,而且在整个职业生涯中都能不断学习和更新实验室安全知识,真正做到“安全无小事,关系你我他”。实验室安全教育管理体系的完善需要一个长期的过程,需要实验室各级人员的共同努力,相信经过我们的坚持不懈,一定会构建更安全、更美好的科研工作环境,让我们的科研工作人员能安心工作,创造更伟大的科研佳绩。

参考文献:

[1] 吴润强,孙科学.高校实验室安全隐患与预防策略研究[J].科技视界,2016,(27):68-9.
[2] 范卓华,张明,穆建平.高校实验室安全管理探索与实践[J].实验技术与管理,2012,29(10):5-7.
[3] 岳丽君,周宜君,张琳霞.大学生实验室安全教育探索与实践.化学教育,2017,38(4):30-3.
[4] 李五一,谷大丰,胡放.香港高校实验室安全和环保工作考察及启示[J].实验技术与管理,2008,(09):10-2.

(上接第16页)护人员减少焦虑、降低偏见、消除心理障碍、提升想象力并增进共情和人际交往能力,提升人文综合素养,改善医患关系,促进社会和谐。

目前医学领域的中西方对话主要限于医学技术,国内文学叙事教育模式的探讨和实践可将交流拓展至医学人文教育领域。国内学者加入这一全人类话题的讨论中,可借鉴国外先进经验开创中国特色的叙事人文教育体系。在理论构建基础上可研发多层次、多功能的复合型国际化课程,开创医科院校教育特色,探索新形势下卫生人才创新培养模式。

参考文献:

[1] Student BMJ. Medical students with mental health problems do not feel adequately supported. Science Daily, 1 September 2015. www.bmj.com/company/wp-content/uploads/2014/07/student-bmj-survey.pdf.

[5] 杨健,曹亮,李来平等.化学实验室安全隐患及管理对策[J].广东化工,2016,43(16):293,288.

[6] 侯磊,邹丽颖,王欣.浅谈美国医学实验室安全教育[J].标记免疫分析与临床,2016,23(8):970-2.

[7] Occupational Safety and Health Administration U.S. Department of Labor[J]. Laboratory Safety Guidance. OSHA 3404-11R, 2011, (1-52).

[8] 周利刚.高校实验室安全教育模式探讨[J].实验室研究与探索,2013,32(8):238-40.

[9] 张海峰,张帆,刘一.高校实验室安全教育存在的问题与对策[J].实验技术与管理,2017,34(9):243-7.

[10] 解丽芳,林宏辉.在本科生物实验教学中开设“实验室安全教育”网络课程[J].实验技术与管理,2014,31(12):170-2.

[11] 唐志华.高校实验室安全管理的研究与探索[J].实验室研究与探索,2012,(4):458-60.

[12] 张志强,李恩敬.高等学校实验室安全教育探讨[J].实验技术与管理,2011,(01):186-8.

[2] Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students. JAMA 2016; 316: 2214-2236.

[3] Lisa KH, Yulia L, David WR, et al. Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development. BMJ: British Medical Journal 2001; 322: 709-710.

[4] Silverman HJ, Dagenais J, Gordon-Lipkin, et al. Perceived comfort level of medical students and residents in handling clinical ethics issues. J Med Ethics 2012 Oct 12.

[5] Scheurich, N. Hysteria and the medical literature. Perspectives in Biology and Medicine 2000, 43: 461-476.

[6] Lewis, B. Mindfulness, Mysticism, and Narrative Medicine. Journal of Medical Humanities 2016, 37: 1-17.

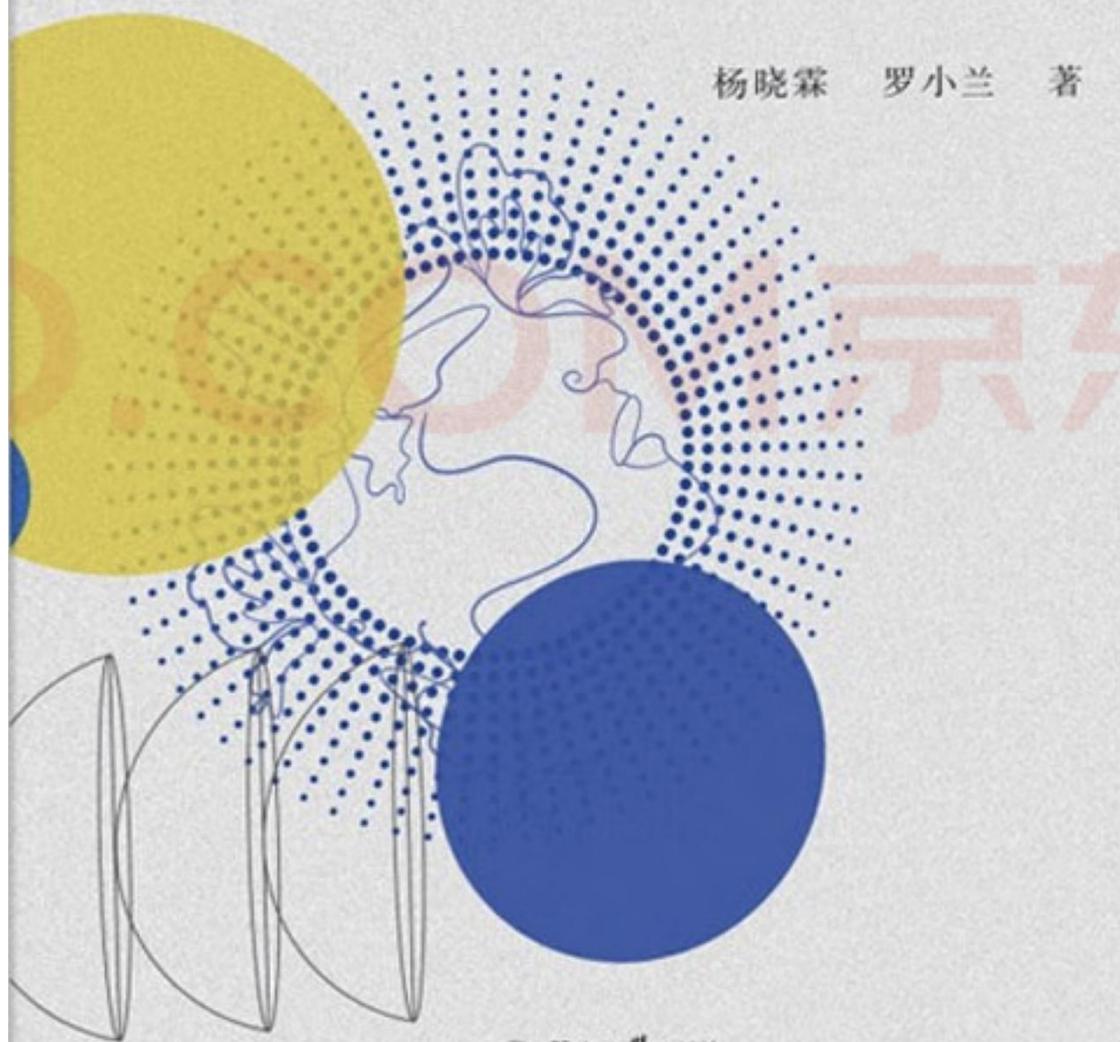
人文与叙事系列

Symphony and Variation
of Life

生命的 交响与变奏

文学家生命虚构叙事研究

杨晓霖 罗小兰 著



暨南大学出版社
JINAN UNIVERSITY PRESS

图书在版编目 (CIP) 数据

生命的交响与变奏：文学家生命虚构叙事研究/杨晓霖，罗小兰著. —广州：暨南大学出版社，2022. 4
(人文与叙事系列)
ISBN 978 -7 -5668 -3261 -0

I. ①生… II. ①杨…②罗… III. ①英语文学—小说研究—世界—现代
IV. ①I106. 4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2021) 第 233042 号

生命的交响与变奏：文学家生命虚构叙事研究

SHENGMING DE JIAOXIANG YU BIANZOU: WENXUEJIA SHENGMING
XUGOU XUSHI YANJIU

著 者：杨晓霖 罗小兰

.....

出 版 人：张晋升
策划编辑：潘雅琴
责任编辑：康 蕊
责任校对：苏 洁 黄晓佳 王燕丽
责任印制：周一丹 郑玉婷

出版发行：暨南大学出版社 (510630)
电 话：总编室 (8620) 85221601
营销部 (8620) 85225284 85228291 85228292 85226712
传 真：(8620) 85221583 (办公室) 85223774 (营销部)
网 址：<http://www.jnupress.com>
排 版：广州良弓广告有限公司
印 刷：广州一龙印刷有限公司
开 本：787mm × 1092mm 1/16
印 张：22.75
字 数：443 千
版 次：2022 年 4 月第 1 版
印 次：2022 年 4 月第 1 次
定 价：89.80 元

(暨大版图书如有印装质量问题，请与出版社总编室联系调换)

叙事护理与人文素养

主编 © 周宏珍 杨晓霖



中南大学出版社
www.csupress.com.cn

·长沙·

编委会

- 主 编** 周宏珍(南方医科大学南方医院)
杨晓霖(南方医科大学顺德医院/南方医科大学通识教育部)
- 副主编** 张广清(南方医科大学南方医院)
宋慧娟(南方医科大学南方医院)
周 霞(兼秘书)(南方医科大学南方医院)
王莉慧(南方医科大学南方医院)
陈佩娟(南方医科大学南方医院)
- 编 者**(按姓氏拼音排序)
- 白雪洁(南方医科大学南方医院)
包良笑(南方医科大学南方医院)
曹文华(南方医科大学顺德医院)
陈 婷(南方医科大学南方医院)
陈丽珊(南方医科大学南方医院)
陈伶俐(南方医科大学南方医院)
邓红玉(南方医科大学第三附属医院)
龚妮容(南方医科大学南方医院)
何晓静(南方医科大学南方医院)
黄添容(南方医科大学第三附属医院)
李 梅(南方医科大学南方医院)
李 爽(南方医科大学南方医院)
李文姬(南方医科大学南方医院)
林爱玲(南方医科大学南方医院)
刘丹阳(南方医科大学南方医院)
王一丁(南方医科大学第三附属医院)
许 梅(南方医科大学南方医院)
杨 华(南方医科大学南方医院)
杨 娟(南方医科大学南方医院)

图书在版编目(CIP)数据

叙事护理与人文素养 / 周宏珍, 杨晓霖主编. —长沙: 中南大学出版社, 2021. 9
百校千课共享联盟护理学专业融媒体教材
ISBN 978-7-5487-4317-0

I. ①叙… II. ①周… ②杨… III. ①护理学—医学院校—教材 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2021)第 016331 号

叙事护理与人文素养

XUSHI HULI YU RENWEN SUYANG

主编 周宏珍 杨晓霖

-
- 责任编辑 陈海波
责任印制 唐 曦
出版发行 中南大学出版社
社址: 长沙市麓山南路 邮编: 410083
发行科电话: 0731-88876770 传真: 0731-88710482
印 装 长沙市宏发印刷有限公司

-
- 开 本 787 mm×1092 mm 1/16 印张 14.75 字数 347 千字
互联网+图书 二维码内容 字数 45 千字 视频 67 分钟 PPT 445 张
版 次 2021 年 9 月第 1 版 印次 2021 年 9 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978-7-5487-4317-0
定 价 45.00 元
-

图书出现印装问题, 请与经销商调换

国家卫生健康委员会住院医师规范化培训规划教材

叙事医学

Narrative Medicine

主 审 金昌晓
主 编 郭莉萍

人民卫生出版社

编者（按姓氏笔画排序）

| | | | |
|-----|----------------|-----|--------------------------|
| 爻 徽 | 浙江新安国际医院 | 杨晓霖 | 南方医科大学通识教育部 / 南方医科大学顺德医院 |
| 左秀丽 | 山东大学齐鲁医院 | 官锐园 | 北京大学医学人文学院 |
| 朱利明 | 浙江省肿瘤医院 | 赵 斌 | 北京积水潭医院 |
| 刘 虹 | 南京医科大学人文社会科学学院 | 郭 伟 | 首都医科大学附属北京天坛医院 |
| 李远达 | 北京大学医学人文学院 | 郭莉萍 | 北京大学医学人文学院 |

编写秘书

李远达 北京大学医学人文学院

图书在版编目(CIP)数据

叙事医学 / 郭莉萍主编. —北京: 人民卫生出版社, 2020

国家卫生健康委员会住院医师规范化培训规划教材
ISBN 978-7-117-29390-7

I. ①叙… II. ①郭… III. ①叙述学—应用—医学—职业教育—教材 IV. ①R

中国版本图书馆CIP数据核字(2019)第297664号

人卫智网 www.ipmph.com 医学教育、学术、考试、健康,
购书智慧智能综合服务平台
人卫官网 www.pmph.com 人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

叙 事 医 学

主 编: 郭莉萍

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里19号

邮 编: 100021

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 中农印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/16 印张: 11

字 数: 372千字

版 次: 2020年4月第1版 2020年4月第1版第1次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-29390-7

定 价: 39.00元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

质量问题联系电话: 010-59787234 E-mail: zhiliang@pmph.com

Literary Medicine

人文与叙事

文学中的医学

杨晓霖 主编

 暨南大学出版社
JINAN UNIVERSITY PRESS

中国·广州

编委会

海外顾问

Julien Bogousslavsky (瑞士格里昂/蒙特勒的法尔曼医院)

Sebastian Dieguez (弗里堡大学)

Laurent Tatu (法国贝桑松大学)

Joost Haan (莱顿大学)

Claudio Bassetti (贝尔恩大学)

国内顾问

秦秀白 (华南理工大学)

黄汉平 (暨南大学)

黄文华 (南方医科大学)

张玉润 (南方医科大学)

任映红 (南方医科大学)

主 编 杨晓霖

副 主 编 熊敏娟 宁 静 贺劭丹 李晓丹 陈璇

编委会主任 陈敏生

编 委

王华峰 (南方医科大学基础医学院)

王立军 (南方医科大学珠江医院)

刘瑞林 (南方医科大学附属顺德医院)

刘 杰 (南方医科大学南方医院)

谭 剑 (南方医科大学增城医院)

图书在版编目 (CIP) 数据

人文与叙事:文学中的医学/杨晓霖主编. —广州:暨南大学出版社, 2018. 12
ISBN 978 - 7 - 5668 - 2420 - 2

I. ①人… II. ①杨… III. ①文学研究 IV. ①I0

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 142274 号

人文与叙事:文学中的医学

RENWEN YU XUSHI; WENXUE ZHONG DE YIXUE

主 编: 杨晓霖

出 版 人: 徐义雄
策划编辑: 潘雅琴
责任编辑: 潘雅琴 甄毛毛 王 玉
责任校对: 刘雨婷 邓丽藤
责任印制: 汤慧君 周一丹

出版发行: 暨南大学出版社 (510630)
电 话: 总编室 (8620) 85221601
营销部 (8620) 85225284 85228291 85228292 (邮购)
传 真: (8620) 85221583 (办公室) 85223774 (营销部)
网 址: <http://www.jnupress.com>
排 版: 广州市天河星辰文化发展部照排中心
印 刷: 佛山市浩文彩色印刷有限公司
开 本: 787mm × 1092mm 1/16
印 张: 12.375
字 数: 240 千
版 次: 2018 年 12 月第 1 版
印 次: 2018 年 12 月第 1 次
定 价: 42.00 元

(暨大版图书如有印装质量问题, 请与出版社总编室联系调换)

· 医学语言与文化研究文库 ·

总主编 王立军 吴让科

语言
文化
叙事

Language Culture Narrative

杨晓霖 主编



暨南大学出版社
JINAN UNIVERSITY PRESS

中国·广州

图书在版编目 (CIP) 数据

语言·文化·叙事/杨晓霖主编. —广州:暨南大学出版社, 2016. 5
(医学语言与文化研究文库)
ISBN 978 - 7 - 5668 - 1819 - 5

I. ①语… II. ①杨… III. ①社会科学—文集 IV. ①C53

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 091296 号

出版发行: 暨南大学出版社

地 址: 中国广州暨南大学
电 话: 总编室 (8620) 85221601
 营销部 (8620) 85225284 85228291 85228292 (邮购)
传 真: (8620) 85221583 (办公室) 85223774 (营销部)
邮 编: 510630
网 址: <http://www.jnupress.com> <http://press.jnu.edu.cn>

排 版: 广州良弓广告有限公司
印 刷: 广东省农垦总局印刷厂

开 本: 787mm × 1092mm 1/16
印 张: 18.875
字 数: 322 千
版 次: 2016 年 5 月第 1 版
印 次: 2016 年 5 月第 1 次

定 价: 48.00 元

(暨大版图书如有印装质量问题, 请与出版社总编室联系调换)

年人的自我同情能力的有效工具,衡量心理干预结果的有效指标,从而帮助我国老年人适应老化状态,提高心理健康水平,助力实现健康老龄化。本研究采用便利抽样且样本量较少,结果具有一定的局限性,未来应该进行多中心、大样本量的相关研究。

参考文献:

- [1] 宁吉喆.第七次全国人口普查主要数据情况[EB/OL].(2021-05-11)[2021-08-15].http://www.stats.gov.cn/zjtj/zdtjgz/zgrkpc/dqcrkpc/ggl/202105/t20210519_1817693.html.
- [2] 程志强,马金秋.中国人口老龄化的演变与应对之策[J].学术交流,2018(12):101-109.
- [3] SEGAL D L, QUALLS S H, SMYER M A. Aging and mental health[M]. Hoboken: John Wiley & Sons; 2018:288-423.
- [4] NEFF K D. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself[J]. *Self and Identity*, 2003, 2(2): 85-101.
- [5] GILBERT P, PROCTER S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach[J]. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2006, 13(6): 353-379.
- [6] BREINES J G, MCINNIS C M, KURAS Y I, et al. Self-compassionate young adults show lower salivary alpha-amylase responses to repeated psychosocial stress[J]. *Self and Identity*, 2015, 14(4): 390-402.
- [7] LIU L, CHANG Y, FU J L, et al. The mediating role of psychological capital on the association between occupational stress and depressive symptoms among Chinese physicians: a

- cross-sectional study [J]. *BMC Public Health*, 2012, 12 (1): 1710326.
- [8] NEFF K D. The development and validation of a scale to measure self-compassion[J]. *Self and Identity*, 2003, 2(3): 223-250.
 - [9] 陈健,燕良轼,周丽华.中文版自悯量表的信效度研究[J]. *中国临床心理学杂志*, 2011, 19(6): 734-736.
 - [10] 唐丹.简版老年抑郁量表(GDS-15)在中国老年人中的使用[J]. *中国临床心理学杂志*, 2013, 21(3): 402-405.
 - [11] 陈玲玲,曾慧.简版老年抑郁量表(GDS-15)在老年抑郁评估中的应用现状[J]. *当代护士(下旬刊)*, 2017(12): 13-16.
 - [12] 吴明隆.结构方程模型: AMOS 实务进阶[M]. 重庆: 重庆大学出版社, 2013: 1.
 - [13] 吴明隆.结构方程模型: AMOS 的操作与应用[M]. 重庆: 重庆大学出版社, 2010: 1.
 - [14] 施露露,马小红,刘兰.基于结构方程模型的宁夏地区新农合患者满意度研究[J]. *中国卫生统计*, 2017, 34(6): 947-950.
 - [15] 丰志强,尹文强,赵兹旋,等.自测健康评定量表应用于高血压患者的信效度研究[J]. *中国卫生统计*, 2021, 38(3): 353-357.
 - [16] 吴明隆.问卷统计分析实务: SPSS 操作与应用[M]. 重庆: 重庆大学出版社, 2010: 194-240.
 - [17] 李静,刘宇.护理学研究方法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 81-83.
 - [18] NEFF K D, TÓTH-KIRÁLY I, YARNELL L M, et al. Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale in 20 diverse samples: support for use of a total score and six subscale scores [J]. *Psychological Assessment*, 2019, 31(1): 27-45.
 - [19] BROWN L, HUFFMAN J C, BRYANT C. Self-compassionate aging: a systematic review [J]. *The Gerontologist*, 2019, 59(4): 311-324.

(收稿日期:2021-02-09;修回日期:2022-06-02)
(本文编辑 孙玉梅)

基于通识教育与专业教育融合的外科护理 实训课程设计

刘萍,丁彩云
惠州卫生职业技术学院,广东 512000



Curriculum design of surgical nursing training based on the integration of general education and professional education

LIU Ping, DING Caiyun
Huizhou Health Sciences Polytechnic, Guangdong 512000 China

Corresponding Author LIU Ping, E-mail: liu358322669@163.com

Keywords Fink model; surgical training courses; curriculum design; humanities; nursing education

摘要 聚焦目前我国中职护生人文精神缺失以及中职护理专业实训教学重技能轻人文的现象,本研究从通识教育与专业教育融合视角下,使用 Fink 整合课程设计模式将通识教育理念渗透到护理专业外科护理实训课程的设计中,目的是在外科护理实训教学中同时渗透人文教育,从而培养中职护生的人文素养。本研究使用 Fink 整合课程设计模式对外科护理实训课程进行通识教育理念融合的设计,完成了课程主题、课程目标、课程内容、教学方法、课时分配、评价反馈方式等要素的构建,最终形成外科护理实训课程设计方案。

关键词 Fink 模式;外科实训课程;课程设计;人文;护理教育

doi: 10.12102/j.issn.2095-8668.2022.12.023

随着人们医疗服务意识的提高,近年来我们看到

医患纠纷、护患纠纷、各种暴力袭医事件屡屡发生。医患、护患信任缺失,导致这一结果的原因是多方面的,其中人文弱化是重要的原因之一。由于护理专业具有较强的技能性,人才培养中强调实训教学。往往忽略了护理专业的人文属性。护理专业作为一门关注人的生存与发展以及健康问题的专业,与人有着密切的联系,具有鲜明的人文特点。然而长期以来我国卫生职

基金项目 广东省教育厅 2020 年中等职业教育教学改革项目,编号:GDZZJG2020275

作者简介 刘萍,主管护师,硕士研究生, E-mail: liu358322669@163.com

引用信息 刘萍,丁彩云.基于通识教育与专业教育融合的外科护理实训课程设计[J].循证护理,2022,8(12):1674-1677.

业教育的工具性导向,导致护生实训技能过硬但人文精神缺失^[1-2]。

1 外科护理实训课程中融入通识教育的意义

外科护理实训作为护理实训课程的重要分支,是培养护生外科护理学理论与实践技术操作相结合的重要部分,也是培养护生外科实践技能和外科临床思维能力以及职业素养的重要环节,外科护理实训课程作为一门实践性课程,它的技能性是显而易见,正是因为课程突出的技能性和应用性特点,容易让护理实训教学进入重技能、轻人文的误区,忽略护理实训操作的实施对象是“人”,护理实训教学中还应注重护生人文性的培养。针对我国护理实训教学中重技能、轻人文的现象,以及社会发展对护生人文素养的要求,将人文素养培养融入到护理实训课程中既是时代的召唤,也是护理人才培养的迫切需要。

2 通识教育与专业教育融合的视角下外科护理实训课程的综合设计

2.1 课程设计模式

综合课程设计模式是由美国俄克拉荷马大学博士迪·芬克提出,并于 2003 年在其所著的《创造意义深远的学习经历:大学课程综合性设计模式》一书中,详细介绍了该设计模式,也称为 Fink 模式。该模式以学生为中心,强调教育中学习者特点的重要性,在对课程进行整合设计时强调情境因素分析、学习目标的确定、设计反馈评估和教学活动这四大基本要素,与泰勒目标模式各要素之间简单的线性关系不同,Fink 模式则是将各要素整合起来,强调各要素之间的互相关联性^[3]。Fink 模式将课程设计过程分为初始、中间、完成 3 个阶段。Fink 在课程设计过程的每个阶段对应的步骤中对课程设计者提出了具体需要考虑的问题。

本研究以 Fink 模式为基本框架,在遵循专业性与人文性相结合、课程目标为导向、渗透性和体验性原则的基础上,对外科护理实训课程进行设计。首先,通过对重要情景因素分析,确定外科护理实训课程的课程背景;进而确定外科护理实训课程的有意义学习目标,并基于课程目标选择与课程相适应的反馈及评价策略以及教学活动,确定课程的主题性内容结构。根据课程目标以及学生意愿选择学生愿意主动参与的教学活动。在完成课程目标、反馈评价以及教学活动设计后,再对这 3 个课程基本要素进行整合且确保课程得到有效的整合,最终完成外科护理实训课程的设计。

2.2 课程设计具体步骤

2.2.1 课程情景因素

长期以来我国中职护理实训教学多数以单一的示

教法为主,学生在护理实训课程中的学习也大多是对教师操作的模仿、训练,这种填鸭式教学显然无法实现对护生人文精神的培养。为适应社会发展需要,培养综合素质高,专业水平过硬的护理人才是摆在我们面前的现实问题。护理实训课程是一门依据社会、行业发展对护理人才的专业技术需要,为培养护生专业技术的课程^[4]。实训课程具有极强的应用性和技能性,在课程实施过程中,容易进入只需要传授专业技能的误区,忽略了护理专业技能的实施对象是“人”。传统的护理实训课程往往过于注重专业操作技能,忽视学生人文素养、整体素质、情感认知等方面的培养。护理学作为一门人文性极强的学科,决定了护理实训课程的人文属性。通识教育与专业教育融合视角下的外科护理实训课程就是要突破传统实训课程的技能导向,实训课程除了培养学生实践技能同时还要兼顾学生人文素养、综合素质等方面的培养。传统的知识灌输是无意义的学习^[5]。

2.2.2 护理实训课程有意义的学习目标

根据学科特征、社会需求及学习者需要及认知 3 个方面分析,确定课程目标。Fink 强调有意义的学习目标,研究者在设置课程目标时应关注课程给学生未来学习工作带来的深远影响。Fink 提出的学习目标分类方法,将学习目标分为:基础知识目标、应用、综合、人文、关心和学会学习 6 个方面^[6]。本研究以此为理论依据将外科护理实训的课程目标分为六大分类。详见表 1。

2.2.3 选择合适的反馈与评价策略

Fink 认为,教育性评价由前瞻性评价、自我评价、评价目标与标准、FIDeLity 反馈组成。Fink 采用反向方式将前瞻性评价方式设计在教学活动前,这种前瞻性的评价方式可以更好地帮助教师选择合适的教学活动^[7]。在对外科护理实训课程目标分析后,外科护理实训课程中运用前瞻性评估、标准评价、自我评估以及 FIDeLity 反馈这 4 种评价策略。

2.2.4 教学活动的选择

学习是人在社会生活过程中,通过获得经验,并对个体的行为和潜能产生持续性变化的行为方式。被动的学习缺乏深入思考,学习是不可能深刻的。然而几十年甚至几百年来,教学活动的首要元素就是简明系统地讲授自己对学科知识的理解,重视对知识的传递和吸收,以被动学习模式为主,忽略学习者对知识的主动探索和深入思考。想要实现学生更加深刻的学习,就要促进学生主动学习,需要教师对教学活动进行更全面的考量。本研究根据通识教育与专业教育深度融

合的理念,培养护生专业技能与人文素养并驾齐驱的特点。

表 1 外科护理实训的课程目标

| 课程类别 | 课程学习目标 |
|------|--|
| 基础知识 | 理解并记住外科常见疾病的临床表现(如:骨折、休克、外科感染等疾病的护理措施),理解通识教育理念的内涵 |
| 技能 | 能够在理解、尊重和关心病人的基础上,分析病人的需要,运用所掌握的专业人文知识,熟练规范的完成相关护理操作(如:能够根据病人诊断对病人实施相应的护理操作) |
| 综合 | 在护理美学、礼仪、人际沟通、心理学、伦理学等学科之间融会贯通,将通识教育理念落实到护理实训教学中(如:能够运用良好的人际沟通技巧及护理心理学等相关知识,从专业及人文关怀的角度发现病人需要,有温度的对病人实施护理操作,在护理实践中凸显关爱的温暖与专业的严谨并存) |
| 人文维度 | 通过学习领悟护理专业社会意义以及护理职业的价值感(如:理解自己所学专业的个人意义和社会意义) |
| 关心 | 激发护生对护理实践的兴趣,关注外科护理发展(如:愿意主动将所学技能运用到将来工作中,对护理专业技能的学习更感兴趣) |
| 学会学习 | 提高主动学习的能力(如:运用各类课外资源,进一步学习外科护理相关知识,实现自我学习) |

针对通识教育与专业教育融合视角下的外科护理实训课程的实践性及人文特征,为了突出教学的人文特色,教师可以运用角色扮演、技能学习、情景模拟、案例分析等丰富多样的教学方法,为学生创造丰富的学习经历。以体验式教学为主,运用角色扮演、案例分析、情景模拟,标准化病人教学等方式开展教学的过程中。培养护理学生同理心,这种体验式教学可以激发学生的换位思考能力,在体验式教学过程中通过情景模拟促进学生沟通能力、实训技能、人文关怀能力的提升。

2.2.5 课程基本要素的整合

为确保各主要因素能够被恰当地综合在一起,对各因素相互之间联系的审查调整。核实课程设计初始阶段的4个基本因素是否相互支持、相互提现,设计了一个整合性检验工作表,详见表2。该表展示了该课程在重要情景因素的基础上所要达到的课程学习目标,为每种课程学习目标确定相应的反馈和评价方式,以及为实现每种课程学习目标而采用的教学方法。该表可以检验课程各因素之间的整合性,确保这些因素的综合。

表 2 整合性检验工作表

| 课程类别 | 反馈和评估程序 | 教学方法 |
|------|----------------|---------------------------|
| 基础知识 | 理论测试 | 讲授法、演示法 |
| 技能 | 技能考核、对情景模拟的评价 | 案例分析、情景模拟、角色扮演、反思性写作、小组讨论 |
| 综合 | 对情景模拟的评价、小组讨论 | 案例分析、情景模拟、角色扮演、反思性写作、小组讨论 |
| 人文维度 | 对反思性写作的评价 | 情景模拟、案例分析、角色扮演、小组讨论、反思性写作 |
| 关心 | 小组讨论、对反思性写作的评价 | 情景模拟、案例分析、小组讨论、反思性写作 |
| 学会学习 | 小组讨论、对反思性写作的评价 | 案例分析、情景模拟、反思性写作、小组讨论 |

2.2.6 设计课程结构

设计课程结构以课程整体内容为出发点,根据课程的重要概念、问题,确定课程内容的主题,并按照一定的组织顺序对这些主题进行排列。合理的课程结构有助于学生对课程内容的接受和理解,也可以帮助教师判断学生对课程内容的接受和理解情况。根据外科护理学对外科实训技术要求,确定外科护理实训课程的内容,计划安排18次课,共36学时实施外科护理实训教学。外科护理实训课程结构按照从基本主题到引申主题,从简单到复杂的顺序。基于外科护理实训课程内容,确定课程主体为手术室常用无菌技术(8课时)、常见外科护理操作技术(16课时)、常见外科疾病

的护理综合训练(12课时)3个课程主题。

2.2.7 选择有效的教学策略

为达成课程的有意义学习目标,需要把课程内容有效的组织一起。教学策略就是依据课程目标,按照一定的顺序将课程教学内容有效的组织起来的,为促进学生学习教学的一系列学习活动^[52]。通识教育与专业教育融合的外科护理实训课程是培养学生将护理理论知识与专业技能相结合的过程,高质量的护理实训教学与临床实践能力是紧密相连的,可以起到提高护生临床思维,临床解决问题的能力。它决定着培养出来的护理专业技术人才的技术水平和职业素养水准^[5-9]。鉴于外科护理实训课程的理论结合实际,切实

为病人解决问题的特点,“以问题为基础的学习”作为该课程教学策略,组织开展外科护理实训教学。“以问题为基础的学习方法”,近 50 年来以问题为基础的学习在护理教学中得到广泛运用^[16]。“以问题为基础的学习”关注理论的实际应用,强调学生的主导地位,课程围绕专业领域的真实问题设置情景,引导学生探究问题解决方式。提升学生分析问题处理问题的能力,这种教学策略很适合护理专业的教育,有利于培养高技能水平高人文素养的护理专业人才。在“以问题为基础的学习”这一教学策略指导下,外科护理实训课程拟采用情景模拟教学法展开教学。学生以小组为团队,强调团队协作,每个小组在设计模拟情景时在专业病例中融入通识教育理念,展开护理实践,在课堂上以形象、直观、生动的方式将模拟情景演绎出来。学生通过角色体验融入模拟情景中,发现问题并根据面对的问题对学科知识和学习过程反复进行反思性对话,最

后努力分析和解决问题。这不仅能够促进学生主动思考、主动学习,还可以促进学生的团队协作能力以及人际沟通能力的提升,在情景模拟过程中学生不仅能从病例中巩固理论知识和技能,还能培养学生换位思考、分析问题、解决问题的能力,有助于实现课程目标中的人文维度、关心维度以及学会学习维度的部分目标^[17]。

通识教育与专业教育的融合是职业教育发展的必然结果。本研究应用 Fink 课程整合设计模式,将外科护理实训课程进行通识教育与专业教育相融合的课程设计,构建了基于通识教育与专业教育融合视角的外科护理实训课程的课程主题、课程目标、课程内容、教学方法、课时分配、评价反馈方式等要素。最终形成基于通识教育与专业教育融合视角的外科护理实训课程的设计方案。详见表 3。

表 3 外科护理实训课程的设计方案

| 课程主题 | 通识教育与专业教育融合方式 | 教学方法 | 评价方法 |
|---------------|--|------------------------|--------------------------------------|
| 手术室常用无菌技术 | 1 体验式学习 2 小组讨论 3 手术模拟 4 反思日记 | 讲授法、观看视频、参观见习、示范法、情景模拟 | 模拟手术评分、对小组的汇报评分、对反思日记整理分析 |
| 常见外科护理操作 | 1 慎独精神的渗透 2 慎独精神的强化 3 反思日记 | 示范法、标准化病人法、观看视频、角色扮演法 | 通过对手部细菌培养菌落数进行评分、角色扮演评分、对反思日记的整理 |
| 常见外科疾病的护理综合训练 | 1 人文案例导入 2 角色扮演 3 心理活动分析 4 真实事迹导入 5 生命教育 | 标准化病人法、教育戏剧、小组讨论、反思性写作 | 对于教育戏剧表现进行评分,标准化病人对操作过程评分、对反思日记的整理分析 |

3 小结

本研究应用 Fink 课程整合设计模式,将外科护理实训课程进行通识教育与专业教育相融合的课程设计,最终形成基于通识教育与专业教育融合视角的外科护理实训课程的设计方案。

将通识教育理念融入护理实训课程设计中,有利于把人性带回护理学教育,有利于提高中职护理实训教学质量,有利于培养出适应 21 世纪护理学科和社会发展需要的护理人才,有利于护理学科发展。

参考文献:

- [1] 张亮.我国通识教育改革的成就、困境与出路[J].清华大学教育研究,2014,35(6):80-84.
[2] 李鲁,郭永松,施卫星,等.以医学人文课程为基础的全程医德教育改革与实践[J].中国高等医学教育,2000(6):25-28.

- [3] FINK L. D. Creating significant learning experiences: an integrated approach to designing college courses[M]. San Francisco: Jossey-Bass, 2003: 1-2, 62-127.
[4] 陈永芳.职业技术教育专业教学论[M].北京:清华大学出版社,2007:19-20.
[5] 于海容.叙事护理学理论构建及其课程开发与实证研究[D].上海:第二军医大学,2017.
[6] L·迪·芬克.创造有意义的学习经历:综合性大学课程设计原则[M].杭州:浙江大学出版社,2006:1.
[7] 迪·芬克,李康.大学课程设计自学指南:如何设计课程以促进意义深远的学习[J].复旦教育论坛,2008,6(1):72-80.
[8] 冯丹丹,吴学军.《外科护理学》实训教学存在的问题及对策探索[J].产业与科技论坛,2013,12(23):152-153.
[9] 何琨,吴国华.构建外科护理学多元化实训教学模式的研究[J].河南教育(中旬),2010(9):68-69.
[10] 姜安丽.护理教育学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2006:136.
[11] 白璐,王永恒,杨梅柳,等.PBL 教学模式在技能实训教学中的应用研究[J].华北理工大学学报(社会科学版),2019,19(4):110-115.

(收稿日期:2021-11-16;修回日期:2022-05-31)

(本文编辑 孙玉梅)

浅析护理实训教学中高职护生工匠精神的培养路径

刘 萍

惠州卫生职业技术学院 广东 惠州 516000

摘 要:工匠精神是从业人员对专业技术水平与职业精神极致追求的价值取向。护生作为护理行业的接班人,培养护生的工匠精神是社会发展与行业发展的客观需要。从教师队伍建设、实训基地文化建设、校企合作、教学过程等多方面将工匠精神融入护理实训教学中,提升护生专业技术水平和职业精神。对促进高职护生的培养质量具有重要意义。

关键词:工匠精神;护理实训;高职护生

一、引言

2016年,李克强总理首次提出工匠精神的理念。工匠精神理念源自古代工匠强调技艺与道德品质的精神。随着时代的发展,目前工匠精神强调专业技术水平与职业精神,是行业从业人员对品质追求的一种价值取向^[1]。工匠精神倡导的精益求精的敬业精神与护理专业学生对精湛的护理技术以及崇高的职业道德的追求高度一致^[2]。工匠精神理念的提出为护理专业人才培养提供了宝贵的思路。随着社会发展,医学模式的转变,人们对医护人员专业技术水平以及医护人员的职业素养、综合素质提出了更高的要求。培养高技能、高职业素养型人才是我国发展的现实需要,在学校护理专业教学过程渗透工匠精神培养具有重要意义。

工匠精神的培养不是一蹴而就的,它是一个循序渐进、不断深入的过程。在培养学生工匠精神时,若仅仅从理论上讲授工匠精神,往往比较空洞。护理实训教学作为护理专业教学的重要组成部分,是培养学生护理技能和职业素养的重要环节。在护理实训教学中渗透工匠精神的培养,是激发学生的工匠精神养成的重要途径。

二、培养护生工匠精神的必要性

(一) 社会发展的需要

近年来,我国医患、护患关系日益紧张,冲突事件频频发生。医患护患关系紧张,互信缺失的原因是多方面的^[3]。其中护理人员综合素质不高是重要的原因之一。随着我国经济社会发展,无论在数量上还是质量上,人们对护理人员提出了更高的要求。培养出适应时代发展行业需要的高素质技能型人才是我国护理教育的现实需要。高素质的技能型人才不仅仅体现在技能上,还要求护士有较强的职业道德、人道主义精神、工匠精神。培养具有较高工匠精神的护理人才是社会发展的迫切需要。

(二) 学科发展的需要

现代护理专业教育以培养从事临床护理、护理教育、护理管理工作的高级护理人才为目的。从国际护士誓词“我宣誓,求实进取,钻研医术,精益求精,坚定信心,忠于职守”中,可以看出护理教育培养目标与工匠精神的爱岗敬业、认真严谨、专注等内涵高度契合。护士与普通职业不同,护理学是研究并服务于人的学科,工作对象是

人,是生命,“健康所系,性命相托”,护士的举手投足都被赋予了神圣感与使命感。工匠精神作为一种价值观,能够引导学生执着追求和职业敬畏^[4]。在工匠精神的指引下,能激发护生救死扶伤、无私奉献的职业信念。将工匠精神融入护理实训教学中,有利于培养出爱岗敬业、专业技术水平高超的护理专业技术人才。

三、护理实训中培养高职护生工匠精神的途径

工匠精神的培养不是一蹴而就的,它是一个循序渐进、不断深入的过程。在护理实训教学中培养护生工匠精神也是全方位的。从师资队伍、实训基地文化氛围、院校合作、教学过程等多方面加强护生工匠精神的培育。

(一) 加强师资队伍的人文素养

随着近些年职业教育的高速发展,为适应发展需要,高职院校大量“招兵买马”,师资队伍普遍年轻化,很多高职教师都是从学校到学校,缺乏一线临床工作经验,本身在专业技能上和职业精神上都很难完美诠释工匠精神。然而,教师作为课程的主导者,言行举止都将直接影响学生。优秀教师的榜样是最有效也是最直接的说服者。想要培养护生的工匠精神,培养教师的工匠精神也极为重要。教师的工匠精神要求教师不仅专业知识扎实还有高超的专业技能,高尚的职业精神。只有教师将工匠精神根植于内心,在日后的教学工作中注重人文精神的传授,在日常教学中融入人文精神,才能培养出具有工匠精神的学生。

提升师资队伍人文素养则可以从两个方面出发,一方面可以让教师定期到临床一线进修,真正融入一线临床工作中,总结经验,提升专业技能,在实践中循序渐进地将工匠精神内化于心;另一方面,可以吸纳优秀的临床护士作为外聘教师参与教学,优秀临床一线护理人员有着多年的临床实践经验,不仅有精湛的护理技术还有高尚的职业道德。教师作为学生学习的榜样,在护理实训课程中表现出精湛的护理技术和高尚的职业道德,使学生感受到工匠精神的魅力,积极正影响着学生^[5]。

(二) 创建工匠精神实训基地文化

护理实训基地是护生在校开展实训教学及实践技能训练的场所。良好的实训基地文化氛围能够潜移默化地对学生产生较好的影响。因此,在实训基地创建工匠精神文化氛围非常有必要。传播工匠精神的方式是多样化的,可以

从以下几个方面进行。

第一,在护理实训中心举办一些以“工匠精神”为主题的活动。运用护理实训中心微信公众号定期推送国内知名的杰出护士代表的采访、事迹等。还可以在护理实训基地的LED屏幕定期播放一些南丁格尔奖获得者的采访或者是本地区行业代表人物的先进事迹,潜移默化地激发学生的职业自豪感与职业工匠精神。

第二,可以每年定期举办校内护理技能大赛。护理技能大赛是一个考验学生严谨专注、精益求精的方式。通过技能大赛的方式充分调动学生的积极性和主动性,很大程度上可以提高学生的技能并使学生对工匠精神有一个更为深刻的了解。

第三,可以定期邀请当地各大医院的护士长或者护理部主任在学校开展讲座等,让护生感受到护士这个职业的崇高与神圣。树立职业信仰,让护生对护理这个行业有更深刻的认识,提高护生对职业的认知度和归属感^[6]。在实训基地构建工匠精神文化,在工匠精神文化下对学生进行滋养熏陶。

(三) 推进院校合作,产教融合

利用卫生职业院校附属医院现有人力资源与教育教学资源,在护理实训教学中加强学校与附属医院的协作,搭建产教融合平台,共同培育出高质量护理专业人才。产教融合、院校合作是职业教育生命线^[7],高职院校可以联合附属医院,加强院校合作,协同推进高质量的实训教学。构建类似现代学徒制的模式,让校内专业教师与医院资深骨干护士共同参与实训课程的教学,分工合作有序开展护理实训教学。校内专业教师主要负责实训操作理论基础的讲解,以及具体流程的讲授及示教。医院的老师则负责指导护理方案的制定,与不同患者的人际沟通技巧,实际临床工作中需要注意的相关事项。通过这种院校合作的方式,开展形式新颖的实训课程,实现二元制育人。让医院骨干护士参与到护理实训教学中,一方面可以让实训课程内容与临床实践相对接,育人标准与医院用人标准相对接;另一方面可以应用榜样的作用,让学生更加真切地感受临床一线护士的工匠精神。这种眼见为实的真实护理工作场景能够更加强烈地深化护生内心对工匠精神的认知,激发护生的职业信仰。

(四) 在实训教学中渗透工匠精神

护理实训教学是培养学生护理技能和专业素养的重要环节,能够为工匠精神培养提供较好的学习平台。然

而,传统的护理实训大多采用演示法开展教学,片面强调技能培养、护理职业精神、工匠精神的人文类精神培养。激发学生的工匠精神养成仅凭传统实训教学方法是难以实现的,需要在实训教学采用多种教学方法与教学形式引导护生在护理实践中了解、领悟、感受工匠精神。修订实训教学方案,在原有的专业实训课程的基础上融入护理礼仪、护理美学、人际沟通等板块的知识,在专业实践的过程中培养护生的工匠精神内涵。这就要求教师在开展护理实训教学中灵活运用案例分析、角色扮演、情景模拟、反思教学等教学方法,教导学生对待模型或者标准化病人要像对待病人一样,注重培养学生认真负责、慎独、关爱热爱病人等敬业精神,将工匠精神的培养贯穿整个教学过程,强化学生对工匠精神的认识与感受。打破传统的演示法开展的护理实训教学壁垒,在实训教学中积极帮助学生克服困难,认真学习专业技能,引导学生在技能练习中关爱病人、热爱护理事业,营造以从事护理事业为荣的良好氛围,帮助学生在护理实训教学中潜移默化地养成工匠精神,并形成自身的品质。

工匠精神是全社会、全民族的价值导向和时代精神。

匠之成就,在于细致专心;匠之名扬,在于敬业执着。工匠精神的内涵与护理工作者的职业精神高度相通。高职护生作为未来护理人员的主力后备军,培养高职护生的工匠精神具有重要意义。将工匠精神理念融入护理实训教学具有重要的现实意义,在护理实训教学中融入工匠精神,有助于激发护生爱岗敬业、救死扶伤、无私奉献、精益求精的工匠精神,提高护生的职业素质。

参考文献:

- [1]王丽媛.高职教育中培养学生工匠精神的必要性与可行性研究[J].职教论坛,2014(22):66-69.
- [2]王雨佳.基于大国工匠精神的中职护理专业学生职业认同感培养研究[D].石家庄:河北师范大学,2019:1-54.
- [3]于海容.叙事护理理论构建及其课程开发与实证研究[D].上海:中国人民解放军海军军医大学,2017:1-187.
- [4]叶美兰,陈桂香.工匠精神的当代价值意蕴及其实现路径的选择[J].高教探索,2016(10):27-31.
- [5]孔宝根.高职院校培育“工匠精神”的实践途径[J].宁波大学学报(教育科学版),2016(3):53-56.
- [6]肖群忠,刘永春.工匠精神及其当代价值[J].湖南社会科学,2015(6):6-10.
- [7]李梦卿,任冀.技能型人才“工匠精神”培养:诉求、价值与路径[J].教育发展研究,2016(11):66-71.

慕课在护理专业教学中的现状研究

文/惠州卫生职业技术学院 刘 萍

一、引言

随着信息技术的发展, 课堂教学过程及教学模式发生巨大的变化。基于互联网的 MOOC (Massive Open Online Course) 教育模式, 即大型开放式网络课程, 因其开放、自由、便捷等优势受到广泛关注。根据教育部的统计数据可以看出, 中国对慕课的研究呈井喷式增长, 在国际慕课平台陆续看到很多中国高校的身影, 国内自主开发创建的慕课平台就有 10 余个, 上级的慕课课程高达 3200 余门, 人次更是达到 3300 万人次之多, 从数量上来看我国慕课占领世界第一的位置。但在护理专业慕课的开发仍处在创新发展的初始阶段, 慕课在护理教学中的优势尚待存。

本文重点从教育模式的改变、优质护理资源共享、促进护理人才培养、提高教学质量、引导学生自主学习正确使用慕课课程资源等方面综合分析慕课在护理教育中的优势, 完善慕课教学中的不足, 使其更好地与护理教育相契合, 这对促进护理专业人才培养及促进护理教育改革具有重要意义。

二、慕课在护理专业教育中的应用

1. 国外的应用现状

慕课起源于国外, 在国外的护理教育中, 相对来说应用较早。根据三大慕课平台 edX、Coursera 和 FutureLearn 上的统计数据可以看出, 至 2014 年 4 月止, 慕课平台开设的医学类相关课程共计 99 科, 护理相关课程较少, 只有为数不多的一些在慕课平台开课。像杜克大学、奥古斯尼亚大学等还为护理专业本

科开设了相关慕课课程, 学生在选修该护理专业课程就可以拿到相应的学位。

2. 国内应用现状

在我国, “慕课”起步晚, 并且在基础教育中应用较多, 在护理教育中的应用较少见。在上海交通大学创立的“好大学平台”中仅可见 1 门护理课程, 2014 年我国成立了中国医学教育慕课联盟, 创建了首个医学类慕课平台, 随后由上海交通大学护理团队开发的首门护理慕课——《常见慢性病的健康管理》也诞生了。随着医学类慕课平台的创建, 也相应地促进了慕课在护理专业的发展。目前, 在各大慕课平台对护理类相关课程进行检索, 发现开设护理课程的慕课平台也越来越多, 说明护理专业领域对慕课的关注度也越来越高。

三、慕课在护理教育中的优势及不足

1. 慕课在护理教育中的优势

(1) 优质课程资源共享

慕课平台多是由来自各校教师或者教师团队精心设计和编排的精品课程, 课程具有系统性和完整的课程结构, 利用慕课平台既能保证课程质量, 又能节约教育成本。目前, 国际通过 Coursera、FutureLearn、edX 等平台实现了优质课程的共享, 国内的高校也逐渐建设慕课共享平台, 高校之间共同开放在线课程, 学生可实现跨校选课, 实现突破时间、空间的限制, 实现全球优质资源共享, 既能促进教育公平, 又可推动院校之间的交流合作。

(2) 教学形式新颖

慕课教学模式的最突出特点就是

翻转课堂, 与传统教学模式相比, 突出学习过程中学生才是主体, 真正以学生为中心, 让学生的选择更加多样化, 通过互联网平台进行教学, 学生按照自己的兴趣、能力、时间安排, 学习需要的课程, 满足不同学生的需求。慕课这种教学模式具有大规模、开放、不受时间、空间限制, 重点强调“互动开放”, 相比传统教学模式, 提供学生多样化选择, 同时也能够为高层次学生提供高质量、高灵活度的资源, 学生可以借助慕课平台了解和学习国内外最前沿的护理新理论和新技术, 扩大护理知识面。

2. 慕课在护理教育中的不足

(1) 课程内容单一

在 2017 年的统计结果发现, 目前国内有 11 个慕课平台, 共有 61 门护理学慕课课程, 其中, 本科 45 门、高职 13 门、中期 3 门, 研究生课程未上线, 大多集中在本科学历, 不同学历课程内容和数量相差较大, 整体来说, 课程内容和数量还有待开发, 而且慕课平台上的课程大多是专业知识方面的问题, 缺乏面对面的互动, 缺乏人文性以及社会性, 护理学作为一门人文性极强的学科, 不利于护理专业学生人文关怀教育。另一方面, 护理专业是一门实践性很强的专业, 网络在课堂缺乏实践操作技能教学, 不利于学生实践操作能力的提升。

(2) 学生学习自主性强

虽然慕课的注册率很高, 但目前首次注册慕课的学生中, 只有少数的学员完成了他们的课程。因为慕课的注册是零门槛, 很多学生心血来潮就进行了注

册并相信自己能够完成课程,可是在缺少了老师督促、学校的规章制度制约、同学之间的竞争压力等原因导致慕课平台上课程的完成率较低。据统计,即使在斯坦福大学、麻省理工学院这些高等学府,慕课的完成率也不高,退课率甚至高达80%~95%。慕课作为一种在线远程教育,没有严格的考勤制度,没有传统的课堂纪律要求,缺乏对学习过程的学习者的自主学习能力的提出了更高的要求。

(3) 课程质量难保证

传统学校教育中,一个班学生人数大约为20~100人,而慕课是大规模的,学生在线人数可高达十几万。这么大规模的学习人数,学习者的专业基础、学习能力参差不齐,对课程的理解程度也就深浅不一。这样大规模的教学也就做不到因材施教,难以保证课程的教学质量。虽然慕课平台采用了一些现代的计算机辅助评价及分析手段来提高教学质量,但网络在线课程始终缺少面对面的交流,缺少教学反馈、缺少教师上课经历等,所以慕课还远不足以保证每个学生的学习质量。

四、慕课背景下我国护理教学模式改善策略

(1) 充实教学资源

目前,我国护理领域的慕课课程还是以专业理论知识为主,内容较单一。护理学作为一门应用型学科,护理慕课课程应该以培养适合社会发展的应用型护理人才为目标,合理调整理论和实践比例和课程设置,应用慕课增加补充课堂教学中理论性强,内容空洞无临床实例支撑等缺陷,提供与临床护士共同开发的理论和实践相结合的多样化学习资源,保证教学内容与临床现状高度一致。丰富课程内容,提高课程质量。鼓励专业教师与临床护士组建团队,共同开发形式多样内容丰富的慕课课程。在课程内容上不应局限于专业知识,还

要兼顾人文教育、实践技能等方面的教学资源。

(2) 创新护理专业教学模式

护理学是一个人文性、系统性很强的学科。具备全面性、系统性,因此要求学生必须以人为本,考虑问题从人的整体性出发。然而,我国护理教学以传统讲授式的教学模式为主。传统的教学模式教学与内容单一,重知识轻实践应用,教学内容偏旧,教师多限于知识的讲授,这种教学方式我们俗称填鸭式教学。它的弊端在于忽略了学生学习的自主性、创造性和学生的认知主体作用。容易导致学生缺乏评判性思维、应变能力差、不爱思考、思维局限。这与我国护理教育培养高素质、应用型、创新型高技能人才的目标不相符。

随着社会和科学的发展,人们对卫生服务也提出了更高的要求。高素质护理人才资源短缺的现实需求和护理人员综合素质不高的现状之间的矛盾日益凸显。护理教育面临着巨大的挑战,护理教育不只是培养掌握护理学基本理论和专业技能,从事护理工作的高级技术应用性人才,还要培养具有高尚职业道德和良好职业素养和较强综合能力的护理人才。慕课的高端在线精品课程,有助于培养综合素质较高的护理人才,但慕课课程通常没有标准化的教学内容,课程非结构化,容易导致学生对疾病的认识缺乏系统性,而且学习过程中缺乏人文性。将慕课与传统教学模式相融合,探索全新教育模式,为我国护理教育改革带来新思路。

(3) 规范慕课学习评价体系

传统教学模式一般以期末考试、课堂作业等形式去了解学生对所学知识的掌握情况。慕课学生规模大,传统的课堂作业及期末考试难以监管到慕课学生,因此不能用传统的单纯结果评价方法来评价。而且慕课教学强调过程评价。动态评价是考核学生对知识掌握的重要方法,护理学作为一门实践性较强的学科,更多是关注学生是否能学以致用,

掌握护理知识能否应用到实践中,单纯结果评价无法真实了解到学生对知识的掌握及学生的综合能力。

国外有研究者使用自动化作业评价系统或“标准同行评议”的方式对学生作业进行评价,也有研究者使用这两种相结合的方法。我国在护理慕课教育中,可以参考各种多样化的评价方法,同时也可以借鉴国外的一些评价方法,结合我国护理教育现状及护理学专业特点,制订出适合我国护理专业学生的评价体系。

(4) 提升学生学习自主性

学生自主性差,慕课课程完成率,成为慕课发展过程中一大挑战。因此要保证慕课课程教学质量,如何提高护理学生的学习自主性成为亟待解决的问题。要提升学生的学习自主性,可以从入校的职业理想信念教育工作开始,调动学生的求知欲,加强学生的理想教育,塑造积极享受的校园文化,加强通识教育,培养学习者的自律精神。

五、小结

慕课作为远程在线教学模式的新产物,被誉为“印刷术发明以来教育最大的革新”和“未来教育曙光”,它不仅将免费优质的学习资源分享给全球学生还提供持续多样的学习支持服务,给护理教育带来了新的形势和挑战。目前,我国护理慕课教育还处在发展和建设的起步阶段,还存在评价体系不完善、课程内容单一、学习质量难以保证等问题。面对这些问题,我们只有在充分结合我国护理教育实际的基础上,大胆借鉴国外先进的理念与方法,探索出适合我国国情,符合我国护理学专业特点的新型护理教育模式,从而推动慕课在我国护理教育的发展。

参考文献:

[1]李玉玲,吴筱筱,陈京立.慕课的发展及其在护理教育中应用的思考[J].中华护理教育,2015,12(4):317-320.

大学生科技创新实验

——薄荷橘皮空气清新剂的设计研究

文/广东茂名健康职业学院 李宝艳 魏日程 卢成芳 梁 阳 林艺斌

一、研究背景

随着人民生活水平的逐步提高,人们对自身所处的环境品质有了更高的要求,淡雅清新的环境可以使人心情愉悦,于是空气清新剂这一产品应运而生。空气清新剂作为应用在环境卫生领域的一类化工产品是在二十世纪开始流行的,现在空气清新剂的使用也越来越普遍,卧室、卫生间、办公室、车上等空间或场所常用它来增香,改善空气味道。

目前,市面上出售的空气清新剂品种繁多,归纳起来主要有三种类型,分别为气态、液态和固态。气态的空

气清新剂又分为臭氧和负离子两种类型;液态的空气清新剂主要是在有机溶剂中将人各种不同香料而制成;固态的主要有熏香及卫生香两类,市场上出售的空气清新剂主要由乙醇、水和香精等成分组成,并且大多数会含有甲醛、二甲醚、石油蒸馏物、雾体催化剂等添加剂。这类空气清新剂消除异味的方式一般是通过散发自身的“香气”来掩盖空气中的异味,通俗地说就是该类空气清新剂单纯依靠混淆使用者的嗅觉来“淡化”周围空气中的异味,在未能真正消除异味的同时可能还会造成居室空气的二次污染,这类空气清新剂的化学成分如果长期

被人体接触,有可能会诱发呼吸系统的疾病,造成呼吸困难,也会损害人的脑组织,还可能让人的眼睛感到不适。对于过敏者而言,若是直接接触到皮肤,会产生皮肤红肿和皮肤的不适反应,严重者甚至会诱发麻疹。

鉴于以化工成分为主制成的空气清新剂在使用过程中出现的诸多弊端,本研究课题旨在研发一款具有抗菌与驱蚊效果,适合现代居家环保人士使用的天然空气清新剂。我们的科研小组采用药食两用的中药材为主要原料制作的产品,安全可靠,符合现代人们追求天然绿色健康的生活理念。

[2] 陈磊,林桂香,袁超,等. 我国医学高职高专护理专业开放课程建设研究[J]. 护理学报, 2014, 21(19): 10-12.

[3] 赵琼玲, 蔡月兰, 蔡林兰, 黄芬, 李玲, 汤珂, 魏芳. 慕课在护理教育中应用研究进展[J]. 护理学报, 2014, 21(15): 26-29.

[4] 袁廷, 何国, 周伟, 等. 慕课教学在我国医学教育中的发展前景与挑战[J]. 中国继续医学教育, 2015, 7(27): 29-31.

[5] 杨伟超, 周立勤, 袁圣要, 刘兰心, 靳云鹏, 于颖屏. 慕课(MOOC)应用于我国八年制医学教育的可行性探讨[J]. 西北医学教育, 2015, 23(02): 207-

209, 219.

[6] 陈雅丹, 何伟超, 袁晓峰, 等. 护理MOOC资源建设性课程的健康管理课程的开发及其应用[J]. 解放军护理杂志, 2016, 33(10): 63-67.

[7] 王惠冰, 蔡巧元. 国外慕课发展及其对我国护理开放课程建设的启示[J]. 护理学杂志, 2010, 30(9): 73-76.

[8] 史奇斌, 杨译. MOOC: 模式带给我国开放课程的启示[J]. 中国教育信息化, 2011(3): 6-10.

[9] 陈文祥, 闫开阳, 王舒. 慕课时代, 你准备好了吗?[J]. 商业教育(上旬刊), 2013(9): 22-23.

[10] Wilson A. What is mobile learning? [M]. Springer: Learning Sci-

ences Research Institute, 2007: 7-11.

[11] 王传, 廖松松, 吴学晓, 等. 我国医学类慕课课程建设现状调查[J]. 中华护理教育, 2014, 15(1): 30-32.

[12] Moran S M, Bransford B, Auer M M. To edit Moore, or not? That is no longer the question. [J]. Educ, 2011, 32(1): 69-72.

[13] 沈永波. 信息化教学模式与传统教学模式的比较[J]. 中国教育信息化, 2001(04): 26-28.

[14] 黄震. 慕课应引发一场学习革命[J]. 文汇报, 2011-04-09(005).

责任编辑 何丽华

·护理栏目·

创新型护理会诊模式的思考与临床应用

蒋飞华, 曾丽清, 陈遂华

(惠州市第三人民医院重症医学科, 惠州 516001)

摘要:目的 探讨创新型信息化远程护理会诊制度在临床中的应用。方法 2015年7月-2016年7月期间,我院采用创新型信息化远程护理会诊制度参与院内会诊80例,同期对照院内采用传统会诊制度会诊患者80例。比较两种护理会诊处置时效性、人员参与度、患者满意度比较等,以评价创新型信息化远程护理会诊制度在临床中的应用效果。结果 创新型会诊制度的处置时效性为(2.98±0.41)h,人员参与度为(6.41±2.19)例,患者满意度为(97.32±6.22)分、护理会诊效果为93.75%、医护满意度为(96.44±6.09)分。传统会诊制度相关指标依次为(10.87±3.29)h、(3.27±1.02)例、(86.98±4.02)分、85.00%和(84.61±4.51)分,各个指标比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 创新型信息化远程护理会诊制度处置时效短,参与人员较多,患者有着较高的满意度。

关键词: 护理会诊; 信息化; 远程会诊

中图分类号:R472 文献标识码:A 文章编号:1001-5183(2017)05-554-02

随着医疗技术的发展、进步,护理会诊模式也在发生的改变。创新型护理会诊制度的特点在于人员限制化、权限限制化、高度信息化、会诊全程化。通过创新型护理会诊制度建立健全,将提高护理会诊效率,提高临床护理水平,改善患者疾病的转归,搭建起初级护理人员学习和交流的平台,为信息化技术与医疗和护理的对接和融入提供了新的思路 and 尝试,为医疗护理改革突破充实了新的内涵^[1,2]。本次研究从医院信息系统和护理会诊的实践出发,创建创新护理会诊制度,规范流程和实践操作,以提高护理会诊的效率和质量。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2015年7月-2016年7月期间,我院采用创新型信息化远程护理会诊制度参与院内会诊80例,其中内科会诊21例,外科会诊18例,妇产科会诊14例,儿科会诊11例,急诊科会诊9例,其他科室会诊7例。同期对照院内采用传统会诊制度会诊患者80例,其中内科会诊19例,外科会诊17例,妇产科会诊17例,儿科会诊15例,急诊科会诊7例,其他科室会诊5例。

1.2 研究方法 我院采用创新型信息化远程护理会诊制度参与院内会诊80例,同期对照院内采用传统会诊制度会诊患者80例。比较两种护理会诊

处置时效性、人员参与度、患者满意度比较等,以评价创新型信息化远程护理会诊制度在临床中的应用效果。

1.3 观察指标 处置时效性:记录从会诊发出时间至会诊结束的时间。人员参与度:记录每次会诊参加的人员。医护人员和患者满意度:采用调查问卷的方式,满分100分,分值越高表示满意度越高。护理会诊效果通过康复的患者在全部患者中所占的比例进行评价。

1.4 统计方法 应用SPSS19.0统计软件进行统计数据。计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

研究结果显示:创新型会诊制度的处置时效性为(2.98±0.41)h,人员参与度为(6.41±2.19)例,患者满意度为(97.32±6.22)分、护理会诊效果为93.75%、医护满意度为(96.44±6.09)分。传统会诊制度相关指标依次为(10.87±3.29)h、(3.27±1.02)例、(86.98±4.02)分、85.00%和(84.61±4.51)分,各个指标比较,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1,2。

3 讨论

目前我国医疗水平和技术飞速发展,综合性医院的发展方向是专科划分越来越细,临床护士的专

基金项目:惠州市科技计划项目(2015Y168)

作者简介:蒋飞华,女,主管护师,研究方向:重症医学护理及护理管理。

表1 两组患者处置时效性、人员参与度和患者满意度的比较

| 分组 | 处置时效性(h) | 人员参与度(例) | 患者满意度(分) |
|---------|-------------|------------|-------------|
| 创新型会诊制度 | 2.98± 0.41 | 6.41± 2.19 | 97.32± 6.22 |
| 传统会诊制度 | 10.87± 3.29 | 3.27± 1.02 | 86.98± 4.02 |
| t 值 | 8.319 | 4.003 | 4.719 |
| P 值 | <0.05 | <0.05 | <0.05 |

表2 两组护理会诊效果、医护人员满意度的比较

| 分组 | 护理会诊效果(%) | 医护满意度(分) |
|--------------|-----------|-------------|
| 创新型会诊制度 | 93.75% | 96.44± 6.09 |
| 传统会诊制度 | 85.00% | 84.61± 4.51 |
| t 或 χ^2 | 11.329 | 4.086 |
| P 值 | <0.05 | <0.05 |

科护理水平也不断提高^[4]。但当病人发生非本专科的并发症、多器官功能障碍以及应用非专科药物、仪器设备时,护理质量就面临着处理经验不足的挑战,护理效果常得不到最佳保证。因此,需要建立与完善护理会诊制度,保障对病人实施安全的护理操作,切实提高护理质量。临床实践证明,解决这些问题的最佳方法之一就是实施科内以及科室之间的护理技术协作,进行必要的护理会诊。

创新型信息化远程护理会诊制度的特点在于人员限制化、权限限制化、高度信息化、会诊全程化,其具体实施方案如下:(1)人员层次限制和规范管理。依据护理年限、知识学历水平、业务技术能力将护理人员分为普通护理人员、护理精英和护理专家。不同人员设定不同的角色权限全员参与护理会诊。不同人员随着能力水平的变化可进行不同角色的调整和转换。(2)会诊权限限制化。设定人员角色后给不同角色设定会诊权限,主要分为三个护理会诊管理版块—初级护理会诊、重点护理会诊(或专科会诊)、危重疑难护理会诊。(3)高度信息化处理。依据本课题组对目前国内护理会诊流程和模式的研究,结合目前信息技术的发展提出多层次创新型信息化远程护理会诊制度,其制度创新是核心优势,但是信息技术是该创新的基础和保障。目前我院的 HIS 系统和 OA 办公系统已完成对接,通过网络技术和架构,采用以计算机和网络为基础进行医学数据(包括文本、图像、声音等)的传输、处理、查询、显示,通过信息系统总结病例,不仅更全面的展示实验室结果,并能传输影像学资料,能更全面的展示患者的病情。我院的办公电脑还能链接万方

等数据库,使专家在会诊时也能通过资料的查询是会诊内容更加翔实。创新的护理模式在远程会诊是需审核和电子签名,以往的会诊单往往因为时间的关系,尤其是大会诊,记录往往需要延后一段时间,记录上缺乏主持者的签名,新的会诊模式很好的解决了上述问题。(4)会诊全程化。本研究组提出的护理会诊制度,非常强调连续性和全程性,需要护理精英针对护理问题和会诊意见实施结果进行跟踪反馈,并及时更新,跟踪随访的责任落实到人,从制度上解决会诊缺乏连续性的问题。

我院采用创新型信息化远程护理会诊制度,本次研究结果显示,创新型护理会诊制度处置时效性为(2.98± 0.41)h,人员参与度为(6.41± 2.19)例,患者满意度为(97.32± 3.19)分,护理会诊效果为93.75%、医护满意度为(96.44± 6.09)分,较传统会诊模式有着明显优势。创新型信息化远程护理会诊制度有着以下的优势,减少护理并发症的发生,杜绝护理缺陷^[5]。提高危重病病人的护理质量,增强解决问题的时效性。提高护士的专业知识和技能,促进护理学科的发展。建立护理会诊制度是护理管理工作中转变观念的创新实践。实施护理会诊可以合理配置护理资源,达到资源共享,促进学术交流和新技术、新技术的推广应用,提高护理质量和危重病病人的整体抢救水平。

总之,创新型信息化远程护理会诊制度处置时效短,参与人员较多,患者有着较高的满意度。

参考文献:

- [1] 王丽,李继平.我国护理会诊的发展现状与建议[J]护理管理杂志,2010,10(2):104-106.
- [2] 刘运梅,马金秀,陈莹,等.基于循证护理的 PICC 置管患者护理会诊模式的研究与应用[J]护理管理杂志,2014,14(3):217-218,226.
- [3] 董丽,杨佳.专业化规范化护理会诊在深化优质服务中的应用[J]检验医学与临床,2016,13(5):672-673,674.
- [4] 杨萌萌,薛桂芬,芬兰,等.多学科团队协作护理会诊模式在全腹腔镜术后病人中的应用[J]护理研究,2014,28(5):574-575.
- [5] 张文芳.护理会诊在促进临床专科护士发展中的应用[J]中国实用护理杂志,2010,26(19):68-69.
- [6] 王亚丽,牛艳萍,刘志,等.落实护理会诊制度 提高整体护理质量[J]中国卫生质量管理,2015,22(4):83-84.

[收稿日期:2016-11-07]

(本文编辑:马雯)

综合护理干预对脑外伤重症监护患者肺部感染的影响分析

Effect analysis of comprehensive nursing intervention on pulmonary infection in patients with severe brain injury

蒋飞华 曾丽清

(惠州市第三人民医院, 广东 惠州, 516000)

中图分类号: R248.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2016) 18-0089-02 证型: IDGB

【摘要】目的: 观察分析综合护理干预对脑外伤重症监护患者肺部感染的影响。方法: 选取我院2014年2月—2015年2月收治的80例脑外伤重症监护患者, 运用双色球随机分组法分为观察组($n=40$)及对照组($n=40$), 对照组患者给予常规护理, 观察组患者实施综合护理干预, 对两组患者护理干预效果及肺部感染情况进行分析。结果: 观察组患者肺部感染率为10.0%, 低于对照组42.5%; 观察组患者护理满意率95.0%, 高于对照组62.5%, 差异显著($P<0.05$)。结论: 在脑外伤重症监护患者治疗中, 实施综合护理干预, 可减少肺部感染, 加快康复速度, 提高患者满意率, 值得临床推广应用。

【关键词】脑外伤; 重症监护; 肺部感染; 综合护理干预; 干预效果

【Abstract】 Objective: To observe and analyze the effect of comprehensive nursing intervention on pulmonary infection in patients with severe brain injury. Methods: 80 ICU patients with severe brain injury, admitted to our hospital from February 2014 to February 2015, were randomly divided into the control group and the observation group, with 40 cases in each group. The control group was given conventional nursing while the observation group received comprehensive nursing intervention; the intervention effect and pulmonary infection of patients in two groups were analyzed. Results: The pulmonary infection rate of the observation group was 10.0%, which was lower than that of the control group, 42.5%; the satisfaction rate of the observation group was 95.0%, which was higher than that of the control group, 62.5%, the difference was statistically significant ($P<0.05$). Conclusion: Applying comprehensive nursing intervention on pulmonary infection in ICU patients with severe brain injury could reduce the pulmonary infection, promote the recovery, improve the patients satisfaction and it was worthy of clinical popularization.

【Keywords】 Brain injury; ICU nursing; Pulmonary infection; Comprehensive nursing intervention; Intervention effect
doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2016.18.042

脑外伤是临床常见急重症之一, 脑外伤后患者常伴有严重并发症, 若治疗不及时或不当, 将影响患者身体健康和生命安全。脑外伤后, 为解除呼吸功能失常或分泌物堵塞下呼吸道所致的呼吸困难, 需要行气管切开术, 加上重症监护室(ICU)具有一定的特殊性, 在所有科室中发生病毒、细菌感染率较高, 尤其是肺部感染, 直接影响预后^[1]。在脑外伤治疗过程中实施护理干预, 有利于避免或减少并发症发生, 改善预后。本文收集了80例脑外伤重症监护患者临床资料, 探讨综合护理干预的临床效果, 现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组80例脑外伤重症监护患者为我院2014年2月—2015年2月所收治, 男性43例, 女性37例, 年龄21~75岁, 平均年龄(32.76±2.38)岁; 受伤原因: 交通事故伤39例, 高处坠落伤28例, 摔伤12例, 其他1例; 颅内血肿41例, 硬膜下血肿24例, 脑挫裂伤13例, 其他2例。纳入标准^[2]: 结合临床症状, 经头颅CT或MRI检查, 确诊为脑外伤; 均入住ICU; 无气管切开禁忌证; 知晓研究内容, 家属签署知情同意书。根据随机分组原则, 将80例患者分为对照组和观察组各

40例, 两组患者基线资料比较, 均衡性较高($P>0.05$)。

1.2 研究方法

对照组患者给予常规护理, 定期消毒、杀菌ICU, 严格执行无菌操作, 避免交叉感染。指导患者遵医嘱使用抗生素, 定期复查。观察组患者实施综合护理干预, 具体措施为: ①心理护理。脑外伤重症监护患者不仅需要承受生理不适, 还承受着巨大的心理和精神压力, 对治疗产生不利影响。护理人员应了解患者心理负担出现的原因, 有针对性实施心理疏导, 积极主动与患者交流, 及时开导患者, 为其讲解治疗成功案例, 有条件者可用邀请有治疗经验的患者现身说法, 尽可能缓解患者负面情绪, 帮助其建立战胜疾病的信心。同时向家属说明配合临床工作的重要性, 并积极安慰和鼓励患者, 建立家庭支持系统, 缓解患者孤独、抑郁情绪, 以便于更好地接受治疗。②健康教育。重症监护患者衣食住行都应该按照护理人员指导进行, 对患者实施健康教育, 向其介绍重症监护室特殊性、管理特点、可能发生的并发症、注意事项、防治措施等, 可缓解患者对陌生环境的恐惧心理。健康教育可以让患者认识到可能出现的并发症, 做好充分准备, 并积极配合医护人员进行每项活动, 为

临床治疗奠定基础。③体位护理。根据患者实际情况，嘱咐患者卧床休息，血压正常者，将床头抬高 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ，有利于减轻脑水肿^[3]。脑外伤患者应及时更换体位，协助患者定时翻身，按摩受压部位，从而减少压疮等发生率。④病房护理。定期对ICU进行彻底消毒、杀菌，及时处理患者使用过的器械物品，定期进行微生物采样检测，将细菌菌落数控制在正常范围，避免环境污染、气流不畅导致肺部感染。严格制定探视制度，加强参观、探视人员管理，减少室内过多人员流动，避免污染病室空气。病房应保持绝对的安静，尽可能减小仪器噪音，为患者创造一个舒适、安静的治疗环境，使患者保持轻松的心情，加快康复速度。⑤呼吸道护理。脑外伤后可引起呼吸障碍、面部肿胀，易诱发肺部感染。护理人员应密切患者生命体征变化情况，尤其观察呼吸情况，判断是否发生气道受阻，保持呼吸道通畅，避免痰液阻塞气道。早期进行痰细菌培养和药敏试验，必要时给予小剂量激素，降低毛细血管通透性^[4]。及时清除口腔分泌物，吸痰时应避免交叉感染，做好气管切口护理，呼吸困难患者可给予吸氧治疗，减轻并发症。⑥饮食护理。在治疗过程中，应注意患者每日所需的营养量，根据患者体质、病情、饮食习惯，制定科学合理的饮食计划，确保每日必要的维生素、营养，保持肠道功能健康。指导患者采用生理盐水漱口，保持口腔清洁，减少口腔细菌、病毒感染。在治疗及护理过程中，一旦出现感染状况，应及时反馈给医生，采取正常的处理方法，加快恢复速度。

1.3 评价指标

详细统计两组患者肺部感染发生率。采用我院护理满意度调查问卷^[5]，由患者或家属填写，满分为100分，非常满意：评分 ≥ 90 分；基本满意：评分70~89分；不满意：评分 < 70 分，护理满意率=（病例总数-无效例数）/病例总数 $\times 100.0\%$ 。

1.4 统计学方法

详细收集整理本组研究所得数据，建立数据库，计数资料和计量资料在SPSS19.0统计学软件包中进行数据处理和分析，前者通过 $[n(\%)]$ 表示，后者采用 $(\bar{x} \pm s)$ 描述，采用 χ^2 检验计数资料，通过 t 检验计量资料， $\alpha=0.05$ 为检验水准，如果检验结果为差异 $P < 0.05$ ，则表示其存在统计学意义。

2 结果

2.1 肺部感染发生率

对照组患者出现4例肺部感染，比例为10.0%。观察组患者发生17例肺部感染，比例为42.5%，差异具有统计学意义（ $\chi^2=27.2801, P=0.0000$ ）。

2.2 护理满意率比较

观察组患者护理满意率相比于对照组显著提高（ $P < 0.05$ ），差异存在统计学意义，详情见表1。

表1 两组患者护理满意率比较 [n, (%)]

| 组别 | 非常满意 | 基本满意 | 不满意 | 护理总满意 |
|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 观察组 | 23 (57.5) | 15 (37.5) | 2 (5.0) | 38 (95.0) |
| 对照组 | 12 (30.0) | 13 (32.5) | 15 (37.5) | 25 (62.5) |

注：与对照组相比， $P < 0.05$

3 讨论

随着我国临床医疗技术不断提高，急救医学水平、重症监护水平得到了较大的提升，挽救了大量患者生命，但并发症发病率随之增加。脑外伤具有发病急、病情凶险、变化快等特点，致残率和病死率较高，除做好急诊急救外，还应实施护理干预，减轻并发症，加快康复速度。常规护理模式仅仅围绕治疗效果开展，干预效果欠佳。随着临床医学模式的转变，“以人为本”的护理理念深入人心^[6]，逐渐取代了常规护理模式。综合性护理干预主要对患者心理、生理、生活、社会等做出规划性护理方案，弥补了常规护理缺乏针对性、全面性的不足，实施精细化护理干预，使患者得到更加标准化、精细化、人性化护理，最终提高护理质量。

我院针对脑外伤重症监护患者实施综合性护理干预，形成了以心理护理、健康教育、体位护理、病房护理、呼吸道护理、饮食护理等为内容的护理方案^[7]，有效缓解患者负面情况，纠正患者及家属错误认知，避免其误听误信，积极配合临床工作；根据患者实际情况维持恰当的体位，定期消毒、杀菌病房，严格执行无菌操作原则，保持呼吸道通畅，确保每日摄入营养量，从而增加患者抵抗力和耐受力，减少医院感染率。

从本组研究结果来看，观察组患者肺部感染率低于对照组，其护理满意率高达95.0%，较对照组62.5%显著提高，说明加强脑外伤重症监护患者实施综合护理干预，有利于降低肺部感染率，加快患者康复速度，减轻身心痛苦，提高护理满意率，获得了患者及家属的好评，值得临床推广应用。

参考文献：

- [1]熊亚琴,蔡小敏.胸部创伤患者预防肺部感染护理干预[J].中医临床研究,2013,5(12):100-101.
- [2]吴洪磊,李洪斌.中西医结合治疗重症颅脑损伤并发肺部感染的临床研究[J].中医临床研究,2015,7(25):120-121.
- [3]任珂.护理干预对重症监护病房患者气管切开后并发肺部感染的影响[J].中国现代药物应用,2014,09(21):199-199.
- [4]刘永明.颅脑外伤重症监护患者合并肺炎的危险因素分析[J].中外医疗,2014,14(29):18-19,26.
- [5]蒋峰.颅脑外伤重症监护患者合并肺炎的危险因素分析[J].医学信息,2015,17(42):21-21.
- [6]王艳,张英,孙培芳,等.对发生肺部感染的重症监护室患者实施全天候综合优质护理干预的效果观察[J].当代医药论丛,2015,22(6):115-116.
- [7]姜岩.综合护理干预对脑外伤重症监护患者肺部感染的影响[J].甘肃科技,2015,31(14):143-144.

作者简介：

蒋飞华，女，湖南永州人，大学本科，主管护师，ICU护士长，研究方向：重症患者护理。

编辑：白莉 编号：EB-16031016F（修回：2016-03-31）

基于结构-过程-结果三维质量评价模式在脑卒中康复期患者肠道管理中的应用

张秀淋, 邓艳红, 卢 兰

(惠州市第三人民医院 广东惠州 516002)

【摘要】目的:探讨基于结构-过程-结果三维质量评价模式在脑卒中康复期患者肠道管理中的应用效果。方法:选取 2019 年 6 月 1 日~2020 年 11 月 30 日收治的 84 例脑卒中康复期患者为研究对象,采取电脑随机数字表法分为研究组 50 例和对照组 34 例。对照组采用常规护理进行肠道管理,研究组在此基础上采用结构-过程-结果三维质量评价模式的肠道管理。比较两组肠道功能障碍的恢复效果,干预后 15、30 d 评估两组日常生活活动能力(ADL)、不良情绪[采用汉密顿焦虑量表(HAMA)]及生活质量[采用健康调查简表(SF-36)]。结果:研究组肠道功能障碍恢复总有效率高于对照组($P<0.05$);干预后,两组 ADL 评分、HAMA 评分优于干预前($P<0.05$),且研究组优于对照组($P<0.05, P<0.01$);干预后,两组 SF-36 评分高于干预前($P<0.05$),且研究组高于对照组($P<0.05, P<0.01$)。结论:将基于结构-过程-结果三维质量评价模式用于脑卒中康复期患者肠道管理中,可提高肠道功能恢复效果、生活质量,改善 ADL 及焦虑状态。

【关键词】脑卒中康复期;肠道管理;结构-过程-结果模式;三维质量评价模式

中图分类号:R473.54 文献标识码:A DOI:10.3969/j.issn.1006-7256.2021.17.046 文章编号:1006-7256(2021)17-0128-03

脑卒中又称脑血管意外,是一种急性脑血管病引起的局部功能障碍,具有起病急、发病率高、病死率高、复发率高等特点,以功能障碍症状和体征为主要临床表现。由于其病因复杂多样,应早发现、早诊断,并根据不同脑卒中类型及个体情况制订相应的治疗方案,进行早期康复训练和预防复发^[1]。但部分脑卒中康复期患者出现不同程度的排便中枢损害,扰乱控制排便反射的交感及副交感神经所支配的功能,导致神经源肠出现,引起失禁、便秘等并发症,已成为神经康复科必须思考和亟待解决的问题。国内较多文献报道,脑卒中后患者便秘护理,缺乏对脑卒中后肠道方面的系统评估、诊治与干预措施^[2]。裴理辉等^[3]提出采用结构-过程-结果三维评价模式可提高护理质量,有助于提高老年肺癌患者自我管理效能感、生活质量、患者满意度。基于此,我们对 50 例脑卒中患者采用分析结构-过程-结果三维质量评价模式,以探讨在肠道管理中的应用效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2019 年 6 月 1 日~2020 年 11 月 30 日收治的 84 例脑卒中康复期患者为研究对象。纳入标准:①均符合脑卒中相关诊断标准^[4],且均处于脑卒中康复期者;②语言、视觉、听觉等功能正常,且临床资料完整真实者;③入研究前均知情同意并签署同意书。排除标准:①合并肌肉或骨骼疾病者;②合并恶性肿瘤或严重传染病者;③严重智力障碍者;④其他重要脏器功能损害者。采取电脑随机数字表法分为研究组 50 例和对照组 34 例。研究组男 30 例、女 20 例,年龄 30~75(47.76±13.53)岁;受教育年限 8~14(10.25±3.12)年;脑卒中类型:脑出血 20 例,脑梗死 18 例,蛛网膜下腔出血 6 例。对照组男 20 例、女 14 例,年龄 31~76(46.85±12.08)岁;脑卒中类型:脑出血 15 例,脑梗死 12 例,蛛网膜下腔出血 3 例。

[基金项目]惠州市医疗卫生类科技计划项目(编号:2020Y261)。

梗死 4 例,蛛网膜下腔出血 3 例。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 方法 对照组采用常规护理进行肠道管理,具体操作如下。①心理护理:患者易出现焦虑、抑郁等悲观情绪,医护人员给予心理疏导,及时解决患者生活、心理上的需求,必要时可通过讲解以往成功案例使患者树立治疗信心,强化其治疗依从性。②生活护理:密切观察患者病情变化,定时监测患者血压、呼吸、心率、脉搏等各项生命体征;协助患者取卧位或半坐卧位,营造良好的排便环境,使患者提前勿下床活动进行功能锻炼,以促进肠道功能恢复。③饮食指导:应遵循少量多餐、定时定量的原则,右肛门正常排气后给予流质、半流质饮食,如小米粥、牛奶等,逐步过渡至普通饮食,最终恢复至正常饮食,控制钠盐及动物脂肪的摄入,勿食油炸、辛辣、生冷等一切刺激性食物;并鼓励患者多饮用温开水,每日摄入量应>2000 ml。研究组在对照组的基础上给予结构-过程-结果三维质量评价模式进行肠道管理,由我院神经康复团队计划以 Donabedian 结构-过程-结果三维质量评价模式为理论框架,在检索国内外文献、专家会议、德尔菲专家咨询基础上,形成脑卒中康复期患者肠道管理的方案。具体如下:①干预前准备工作。成立临床肠道干预团队,成员包括医生 1 名、治疗师 1 名、护士 3 名,其中 1 名是心理护士;制订肠道管理方案、工作方案,重点集中于入院肠道评估、干预措施的实施等方面。②结构干预措施。患者入院 24 h 内由小组成员进行肠道评估,包括肛门指检、腹部情况等;常规护理,包括生活护理、饮食指导、心理护理等,如对照组所示;根据患者评估结果,给予直肠指力刺激技术、直肠成套训练技术、盆底肌训练技术,气囊导管扩肛技术等个性化护理干预措施,以及根据失禁情况给予患者合适的护理材料干预,达到功能恢复或自我管理的结果。③过程管理。小组成员落实对结构-过程-结果三维质量评价模式的培训,由专科护士组织小组成员进行多次培训,

并通过理论和临床操作考核方法对护理流程进行评估,确保标准化护理正常进行;加大健康教育力度,通过知识手册、视频、图片、幻灯片等形式,向患者、家属讲解有关卒中、肠道障碍知识,提高其疾病认知度,并通过现场访谈或问卷调查对患者、家属卒中、肠道障碍等知识掌握程度进行评估,若患者存在相关问题或疑问,及时给予正确解答,以确保良好的护理质量;患者出院后通过电话、微信、QQ 等方式进行随访,使医护人员及时了解患者情况,做好相关评估。④结果管理:通过评估结果分析护理质量,制作数据管制图,由医生对异常指标进行检测,如肠道功能、排便功能、心理状态等,并通过小组交流讨论分析原因,制订相应措施。

1.3 观察指标 ①评价两组肠道功能障碍的恢复效果,其临床效果指数 $SE = (干预前评分 - 干预后评分) / 干预前评分 \times 100\%$,治愈:腹胀、便秘等症状消失,效果指数 $\geq 85\%$;显效:症状明显减轻,效果指数 $60\% \sim 84\%$;有效:症状好转,效果指数 $30\% \sim 59\%$;无效:症状无改善或恶化,效果指数 $< 30\%$ 。②分别于干预前、干预后 15、30 d,记录两组日常生活活动能力(ADL)^[6]、汉密顿焦虑量表(HAMA)^[7]及健康调查简表(SF-36)评分的变化,其中 ADL 包括进食、洗澡、穿衣、控制大便、控制小便、如厕等,总分 100 分, > 60 分者为良,生活基本自理; $40 \sim 60$ 分者为中度功能障碍,生活需要帮助; $20 \sim 39$ 分为重度功能障碍,生活依赖明显; < 20 分为完全残疾,生活完全依赖。采用 HAMA 评估干预前后焦虑症状的改善情况,总分 ≥ 29 分,可能为严重焦虑; ≥ 21 分,有明显焦虑; ≥ 14 分,肯定有焦虑; ≥ 7 分,可能有焦虑; < 7 分,无焦虑症状。采用 SF-36 量表对生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康等方面评估两组生活质量,总分 100 分,得分越高表明生活质量越好。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计学软件处理数据。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验;计数资料以例、百分比表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组肠道功能障碍恢复效果比较 见表 1。

表 1 两组肠道功能障碍恢复效果比较

| 组别 | n | 治愈 | | 显效 | | 有效 | | 无效 | | 总有效 率(%) |
|------------|----|-------|-------|----|-------|----|-------|----|-------|-------------|
| | | 例 | % | 例 | % | 例 | % | 例 | % | |
| 研究组 | 50 | 15 | 30.00 | 21 | 42.00 | 10 | 20.00 | 4 | 8.00 | 92.00 |
| 对照组 | 34 | 9 | 26.47 | 12 | 35.29 | 5 | 14.70 | 8 | 23.53 | 76.47 |
| χ^2 值 | | 3.986 | | | | | | | | |
| P 值 | | 0.046 | | | | | | | | |

2.2 两组干预前后 ADL 评分比较 见表 2。

表 2 两组干预前后 ADL 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 干预前 | 干预后 15 d | 干预后 30 d |
|-----|----|------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 研究组 | 50 | 52.43 \pm 5.78 | 63.78 \pm 5.96 ^{''} | 78.46 \pm 4.38 ^{''} |
| 对照组 | 34 | 53.42 \pm 6.03 | 60.52 \pm 4.01 ^{''} | 70.25 \pm 5.51 ^{''} |
| t 值 | | 0.757 | 2.787 | 7.590 |
| P 值 | | 0.451 | 0.010 | <0.001 |

注:与同组干预前比较, '' $P < 0.05$

2.3 两组干预前后 HAMA 评分比较 见表 3。

2.4 两组干预前后 SF-36 评分比较 见表 4。

表 3 两组干预前后 HAMA 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 干预前 | 干预后 15 d | 干预后 30 d |
|-----|----|------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 研究组 | 50 | 13.11 \pm 3.58 | 10.15 \pm 2.79 ^{''} | 7.25 \pm 1.56 ^{''} |
| 对照组 | 34 | 13.63 \pm 3.08 | 11.62 \pm 3.05 ^{''} | 8.79 \pm 2.13 ^{''} |
| t 值 | | 0.691 | 2.282 | 3.825 |
| P 值 | | 0.492 | 0.025 | <0.001 |

注:与同组干预前比较, '' $P < 0.05$

表 4 两组干预前后 SF-36 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 干预前 | 干预后 15 d | 干预后 30 d |
|-----|----|------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 研究组 | 50 | 52.78 \pm 3.45 | 62.48 \pm 5.96 ^{''} | 77.12 \pm 5.18 ^{''} |
| 对照组 | 34 | 53.66 \pm 4.09 | 60.02 \pm 4.52 ^{''} | 72.44 \pm 4.85 ^{''} |
| t 值 | | 1.064 | 2.039 | 4.169 |
| P 值 | | 0.291 | 0.045 | <0.001 |

注:与同组干预前比较, '' $P < 0.05$

3 讨论

卒中是由于脑局部血液循环障碍,导致患者神经功能缺损,症状持续至少 24 h,以肢体无力、感觉障碍、吞咽障碍等为主要临床表现,卒中后可损害脑排便中枢,肠道功能,引起神经源性肠道功能障碍。另外,卒中后肢体无力而制动使患者胃肠蠕动减慢,导致营养不良,进而加重肠道功能障碍,严重影响患者整体康复。此外,常发生失禁性皮炎、血压增高、再发中风等并发症,进一步降低患者生活质量^[8-9]。因此,规范有效的肠道管理对卒中康复期患者尤为重要,Donabedian 提出的结构-过程-结果三维质量评价模式在急性心肌梗死患者抢救、产前体质量管理、COPD 和食管癌患者延续护理中的应用,可评价医疗和护理服务质量,达到持续改善护理服务质量的目,应用效果满意,以促进患者康复,提高生活质量^[10]。为此,本研究以三维质量评价模式为理论框架,在检索国内外文献、专家会议、德尔菲专家咨询基础上,形成标准化的卒中肠道管理的流程、干预措施,构建卒中患者管理指标体系,为卒中患者康复期肠道管理提供科学依据。

本研究结果显示,研究组肠道功能恢复效果、ADL 评分优于对照组 ($P < 0.05, P < 0.01$),表明结构-过程-结果三维质量评价模式应用于肠道管理中,可提高患者肠道功能,提升其自控能力。究其原因,可能是采用以结构干预、过程管理、结果管理为主的护理措施,建立质量监控体系,将三维质量评价模式作为理论基础,按步骤实施延续性护理,使其成为一种规范标准的护理手段,通过提前准备所需要的人力资源、设备资源、硬件条件等,并落实医护人员对结构-过程-结果三维质量评价模式的掌握情况,以提高护理质量,保证延续性护理的顺利实施;细化管理流程,加强健康教育以扩大患者知识面,提高其治疗依从性,对促进功能恢复具有积极作用;根据肛门指检、腹部情况等肠道评估结果,找出患者可能存在的问题,并制订个性化护理干预措施,达到功能恢复或自我管理的结果,同时采用数据管制图分析护理质量,评价临床效果,可判定护理工作是否成功,有助于医护人员制订更加完善的干预措施^[11]。与刘敏杰等^[12]的研究结果具有一致性。此外,研究组 HAMA、SF-36 评分优于对照组 ($P < 0.05, P < 0.01$),表明结构-过程-结果三维质量评价模式在改善患者心理状态、生活质量方面作用满意。可能原因是患者出院后通过电话、微信等方

式实施随访护理,利用互联网技术加强质量监控,实现医院-家庭-社会的无缝式个性化指导,使医护人员能随时了解患者病情变化与心理状态,以及时给予相应措施,不仅加强了医护人员与患者之间的沟通联系,还能监督患者培养良好的生活习惯,提高其自护能力,对改善预后情况、护理质量具有重要意义^[15]。与王丹等^[14]的研究一致。

综上所述,将结构-过程-结果三维质量评价模式应用于脑卒中康复患者肠道管理中,不仅能提高肠道功能障碍的恢复效果,还能改善焦虑状态及生活质量,值得推广。

参考文献

- [1] 田丹枫,唐志超,彭敏,等.司国民辨治缺血性脑卒中恢复期经验[J].辽宁中医杂志,2018,45(1):31-33.
- [2] 王朋倩,吴茵,张森,等.基于“病机结合病理,药性结合药理”临证模式的柴胡加龙骨牡蛎汤防治缺血性脑卒中思路探讨[J].中国中药杂志,2018,43(12):2448-2453.
- [3] 裴理辉,柴宇霞,王月芹,等.结构-过程-结果三维质量评估模式在老年肺癌患者术后延续性护理中的效果[J].中华现代护理杂志,2019,25(27):3523-3527.
- [4] 中华医学会第四届全国脑血管病学术会议.各项脑血管病诊断要点[J].中华神经内科学杂志,1996,29(6):379-380.
- [5] 张宁,林乐清,张旭仙,等.肠内营养支持联合三联活菌对 ICU 脑卒中患者肠道菌群的影响[J].广东医学,2019,40(12):1781-1783.
- [6] 庄卫生,李弯弯,钱宝廷,等.A 型肉毒毒素注射治疗卒中后肌张力障碍的临床观察[J].中华物理医学与康复杂志,2019,41(8):579-583.
- [7] 郑双双,黎普刚,陈洁,等.重复经颅磁刺激联合认知行为疗法对卒中后疲劳患者疲劳程度的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2020,42(6):511-514.
- [8] 陈金莹,罗云英,朱珍萍,等.早期肠内管养联合益生菌对重症缺血性脑卒中患者肠道菌群及免疫功能的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2019,26(3):328-332.
- [9] 杨志宏,罗晓雅,沈晓玲,等.小续命汤对急性脑缺血再灌注大鼠肠道屏障的影响及肠道菌群结构特征分析[J].中国药理学与毒理学杂志,2019,33(9):96.
- [10] 黄英,王媛,罗文坚,等.结构-过程-结果三维评价模式在急性心肌梗死急诊抢救中的应用[J].护理研究,2017,31(25):3174-3176.
- [11] 黄馨瑶,周丽娟,李雪玉,等.基于三维质量结构模式的肝癌经肝动脉化疗栓塞术后护理质量评价体系构建[J].现代预防医学,2018,45(17):3243-3247.
- [12] 刘敏杰,张兰凤,刘淳淳,等.采用结构-过程-结果三维质量评价模式实施延续护理的实践[J].中华护理杂志,2015,50(1):74-78.
- [13] 蒋文春,温贤秀,顾凤娇.应用德尔菲法和层次分析法构建病区安全用药管理质量评价标准体系[J].中国卫生事业管理,2019,36(3):44-47.
- [14] 王丹,吴柳,张小冯,等.结构-过程-结果三维质量评价模式应用在 COPD 患者延续护理中的效果[J].中华现代护理杂志,2016,22(2):156-159.

本文编辑:姜立会 2021-06-01 收稿

呼吸机集束化综合管理在预防新生儿呼吸窘迫综合征 VAP 中的应用

金向群,陆 瑶,明申秋

(咸宁市中心医院 湖北科技学院附属第一医院 湖北咸宁 437100)

【摘要】目的:探讨呼吸机集束化综合管理在预防新生儿呼吸窘迫综合征呼吸机相关性肺炎(VAP)中的应用效果。方法:将2017年1月1日~2018年6月30日实施常规护理的42例新生儿呼吸窘迫综合征患儿纳入对照组,将2018年7月1日~2019年12月31日在常规护理基础上实施呼吸机集束化综合管理的43例新生儿呼吸窘迫综合征患儿纳入研究组。两组均干预1个月,比较两组干预期间VAP发生情况、干预前后血气指标[包括动脉血氧分压(PaO₂)、动脉血二氧化碳分压(PaCO₂)、氧合指数(PaO₂/FiO₂)、血氧饱和度(SpO₂)]。结果:研究组VAP发生率低于对照组(P<0.05);干预1个月后,两组PaO₂、PaO₂/FiO₂、SpO₂均高于干预前(P<0.05),且研究组高于对照组(P<0.01);干预1个月后,两组PaCO₂低于干预前(P<0.05),且研究组低于对照组(P<0.01)。结论:呼吸机集束化综合管理应用于新生儿呼吸窘迫综合征患儿中的效果较好,能有效降低VAP发生率,改善血气指标,利于患儿康复。

【关键词】呼吸窘迫综合征;呼吸机集束化综合管理;新生儿;呼吸机相关肺炎;血气指标

中图分类号:R473.72 文献标识码:A DOI:10.3969/j.issn.1006-7256.2021.17.047 文章编号:1006-7256(2021)17-0130-04

新生儿急性呼吸窘迫综合征患儿的病情一般较为严重,多为急性起病,病情发展也较为迅速。同时该病患儿会出现顽固性低氧血症,呼吸窘迫伴有胸闷、咳嗽、血痰等症状,严重时因缺氧出现意识模糊甚至死亡,威胁新生儿的生命健康。

临床针对新生儿呼吸窘迫综合征的治疗往往选择实施机械通气来纠正新生儿的缺氧状态,降低病死率^[1]。但因为缺乏较为理想的管理措施,常规护理下很容易引发呼吸机相关性肺炎(VAP)等并发症,降低机械通气效果,不利于患儿预后^[2-4]。

荣誉证书

刘萍老师的论文《慕课背景下护理专业教学模式改革的沉思》在2019年惠州市职业院校教师优秀论文评比中，荣获教学类**三等奖**。

特发此证，以资鼓励。

惠州市教育局

2020年4月

荣誉证书

刘萍老师的论文《高职护理专业学生的焦虑水平对职业选择的影响》在2020年惠州市职业院校教师优秀论文评比中，荣获综合类**一等奖**。

特发此证，以资鼓励。

惠州市教育局

2021年5月

荣誉证书

刘 萍、丁彩云 老师的论文《《外科护理实训》课程设计初探——基于通识教育与专业教育融合的视角》在 2021 年惠州市职业院校优秀论文评比活动中，荣获 **一等奖**。

特发此证，以资鼓励。

惠州市教育局
2022 年 4 月

获奖证书

2021-2022 年广东省职业院校技能大赛学生专业技能竞赛

护理技能 赛项（高职组）

获奖院校 惠州卫生职业技术学院

获奖学生 张妍

指导教师 刘萍

获奖等级 二等奖

广东省教育厅
二〇二二年七月

获奖证书

广东省代表队

在2022年全国职业院校技能大赛高职组护理技能赛项
比赛中荣获团体赛三等奖。

学校名称：惠州卫生职业技术学院

选手姓名：莫小捷、张妍

指导教师：向晚莉、刘萍

ChinaSkills

全国职业院校技能大赛组织委员会

二〇二二年五月

编号：202208308