

# “健康中国2030”背景下和谐医患关系的提升路径——叙事医学对不合理医疗的纠偏<sup>▲</sup>

赵婷<sup>1</sup> 骆庆萍<sup>1</sup> 郭莉萍<sup>2\*</sup>

(1 广西医科大学人文社会科学学院、广西医科大学叙事医学研究中心,广西南宁市 530021;

2 北京大学医学人文学院、北京大学医学部叙事医学研究中心,北京市 100191)



郭莉萍,北京大学科学技术史专业理学博士,现担任北京大学医学人文学院院长、北京大学医学部叙事医学中心主任,曾任美国国立卫生研究院客座研究员。先后赴美国得克萨斯大学医学院、英国剑桥大学等知名大学访问。研究方向为叙事医学和医学人文教育。率先把叙事医学系统地引入国内,主译叙事医学研究领域的奠基之作《叙事医学:尊重疾病的故事》,主编国家卫生健康委员会《叙事医学》;参编国家卫生健康委员会“十四五”规划教材《临床医学导论》(第2版),编写“叙事医学”和“职业与素养”两章,叙事医学首次进入临床医学类教材;担任“北京大学叙事医学丛书”主编;撰写的叙事医学系列文章先后被《新华文摘》《光明日报》《文摘报》等转载;主持编写《中国叙事医学专家共识(2023)》,推动我国叙事医学持续发展。学术兼职包括中华预防医学会叙事医学分会副主任委员、中国健康促进与教育协会健康与人文分会副主任委员、北京整合医学学会叙事医学分会副主任委员、北京医师协会安宁疗护专业专家委员会常务委员等;担任《叙事医学》杂志副主编,《中国医学伦理学》编委会副主任,以及《医学与哲学》、*The Asian Journal of Medical Humanities* 等杂志编委。

**【提要】** 叙事医学是叙事学、文学与现代医学的交叉学科,提倡通过细读文学作品、撰写平行病历等方式来培养医务人员倾听、解释和回应故事的能力,从而促使医学人文真正走入临床实践。不合理医疗包括医疗过度与医疗不足,其原因可纳入知识、经济和关系3个领域。本文主要总结叙事医学在知识、经济和关系3个领域中对不合理医疗的纠偏作用,即在知识领域形成对循证医学的补充作用、在经济领域对医疗消费主义的修正作用、在关系领域对医患共同体的重塑作用,并探索在新形势下叙事医学如何赋能医院管理及构建和谐医患关系,从而为促进医院高质量发展提供新的思路。

**【关键词】** 叙事医学;不合理医疗;知识领域;经济领域;关系领域;医患关系;医院管理

**【中图分类号】** R-052 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2024)09-1293-07

**DOI:** 10.11675/j.issn.0253-4304.2024.09.01

## Improving path of harmonious doctor-patient relationship in the context of “Healthy China 2030”: correction of irrational medical treatment by narrative medicine

ZHAO Ting<sup>1</sup>, LUO Qingping<sup>1</sup>, GUO Liping<sup>2</sup>

(1 School of Humanities and Social Sciences, Center for Narrative Medicine Research, Guangxi Medical University, Nanning 530021, Guangxi, China;

2 School of Medical Humanities, Peking University, Center for Narrative Medicine Research, Peking University Health Science Center, Beijing 100191, China)

**【Abstract】** Narrative medicine is an interdisciplinary subject of narratology, literature and modern medicine, and it advocates methods such as perusing literary works and writing parallel medical records to cultivate the abilities

▲基金项目:广西高等学校千名中青年骨干教师培育计划人文社会科学类立项课题(2023QGRW014)

第一作者简介:赵婷,博士,副教授,研究方向为医学人文。

\*郭莉萍为通信作者。

of medical personnel to listen, interpret and respond to stories, so as to promote medical humanities actually into clinical practice. Irrational medical treatment includes over medical treatment and inadequate medical treatment, and its causes can be divided into three domains: knowledge, economy and relationship. This paper mainly summarizes the role of narrative medicine in correcting irrational medical treatment in three fields of knowledge, economy and relationship, namely, to complement evidence-based medicine in the knowledge field, to revise medical consumerism in the economic field, and to reshape the doctor-patient community in the relationship field. It also explores how narrative medicine can empower hospital management and how to build a harmonious doctor-patient relationship in the new situation, so as to provide novel ideas for promoting high-quality development of hospitals.

**【Key words】** Narrative medicine, Irrational medical treatment, Knowledge field, Economic field, Relationship field, Doctor-patient relationship, Hospital management

近年来,如何延长生命并提高生活质量成为人们关注的热点,医学在其中的重要性愈发凸显。随着科学技术的发展,医学研究的领域不断拓展,从杀灭细菌、修补器官到调控基因、雕塑生命,医学已然成为新的“上帝之手”。诚如法国哲学家米歇尔·福柯所言,“政治的目标逐渐地转向了投资生命:生命开始被各种各样的权力、技术所包围、保护。”当这只新的“上帝之手”挥舞超越了合理的范畴,便制造出新的矛盾。诞生于21世纪之初的叙事医学试图解决这种矛盾,使医学人文真正走入临床实践,让医学回归初心。叙事医学是由叙事学、文学与现代医学交叉组成的新兴学科,旨在通过细读文学作品、撰写平行病历等方式培养医务人员倾听、解释和回应故事的叙事能力。叙事医学进入临床实践的核心价值体现在对于当前不合理医疗的纠偏作用。本文通过分析叙事医学在知识、经济和关系3个领域中对不合理医疗的纠偏作用,探讨叙事医学在新形势下构建和谐医患关系、促进医院高质量发展中的作用。

## 1 不合理医疗的定义

不合理医疗的反面是合理医疗。那么,何为合理医疗? Elshaug 等<sup>[1]</sup>将合理医疗界定为病情需要的、患者想要的、临床有效的、可以获得的、公平公正的、合理应用资源的、能够帮助患者达到最佳健康水平的医疗措施。在这个标准中,可以体现医患共同体的模式,部分依据由医方建立,如“临床有效的”,部分依据必须由患方提供,如“患者想要的”,部分依据由社会确立,如“公平公正的”,而其余的大部分依据则由医患双方共同确立。Elshaug 等<sup>[1]</sup>还指出不合理医疗包括医疗过度与医疗不足两个方面。医疗过度是指采取不能延长生命或提高生活质量的、弊大

于利的治疗;医疗不足则是指未采取延长生命或提高生活质量的成本-效益更好的医疗措施。不合理医疗现象的出现未必完全由医方造成,亦有可能与患者、社会等因素相关。因此,合理医疗的标准更加具体、清晰,不合理医疗则处于合理医疗标准范畴的两端,而目前国内学界对不合理医疗论述较少,尚未形成明确的概念界定。

## 2 不合理医疗的危害

医疗过度 and 医疗不足都可能影响患者的生命健康。例如,目前国内针对宫颈上皮内瘤变普遍采用的治疗方式是手术切除,但由于部分地区病理实验室技术较为落后,医方为了防止漏诊,许多宫颈柱状上皮异位病例被诊断为子宫颈上皮内瘤变,而患方也可能由于对宫颈上皮内瘤变的不良转归过于担忧而倾向选择手术治疗。实际上,过度手术治疗可损伤宫颈的结构与功能,不仅可能造成部分患者不孕,还可能影响患者机体的免疫系统,增加流产或早产的风险<sup>[2]</sup>。此外,医疗过度还可能造成医疗资源的巨大浪费,加重患者的经济负担。同时,医疗过度也可能导致医疗腐败的滋生,并进一步激化医患矛盾,从而导致优质医疗人才流失而造成恶性循环。医疗不足亦可能影响医疗安全。以心脏康复为例,心脏康复被认为是心脏病患者的核心干预措施之一,持续、有效的心脏康复对心脏疾病患者的预后具有积极影响。但 Beswick 等<sup>[3]</sup>调查发现,在符合心脏康复条件的的心脏疾病患者中,约80%的患者未参加心脏康复,而在已参加心脏康复的患者中,多达40%~50%的患者中途退出,患者对心脏康复的依从性普遍较低。医疗不足会导致病情误判和治疗不及时,使患者错失最佳治疗时机,对患者预后产生较大影响,并可能造成医疗服务质量下降和医疗安全问题。

### 3 不合理医疗的原因

导致不合理医疗的原因可大致归为“知识”“经济”和“关系”3个领域<sup>[4]</sup>。

#### 3.1 医疗过度的原因

3.1.1 知识领域:一是过高的健康标准。WHO将健康界定为完满的身体、精神和社会福乐状态,而不仅指没有疾病或虚弱。这样的健康标准往往忽略每个个体的差异性,若认定未达此标准即为疾病或亚健康状态从而寻求或实施治疗,可能导致人们的健康焦虑,从而造成医疗过度。二是知识的不平衡。这主要体现在医务人员与患者之间的知识不平衡。以消化内科常见疾病胃炎的治疗为例,使用抗生素治疗是目前临床上普遍存在的情况,但长期使用抗生素不仅容易产生耐药性,而且容易产生多种不良反应<sup>[5]</sup>。然而患者由于缺乏相应的医学知识,无法判断医疗过度所造成的危害。此外,知识的不平衡还体现在部分医务人员具备的科学知识与人文知识不平衡,重视循证医学证据但忽略个体的情感。例如,部分医务人员只关注肿瘤患者的瘤体大小,而不关注患者的癌痛程度及突然面对重大疾病所导致的生活质量变化等问题。

3.1.2 经济领域:一是医保政策因素。不合理的支付方式、参保者不直接支付医疗费用、成本分担后参保者缴纳比例较低等原因,都有可能造成医疗过度。二是医药政策因素。由于医药价格管制和曾经的“以药补医”不合理制度,导致个别医务人员因收入水平受限而倾向于通过医疗过度增加个人收入。三是消费主义价值观。资本推动消费主义已渗透人们生活的方方面面,医疗市场也难以避免。医疗消费主义正是消费主义在医疗卫生行业的具体表现,其是指将医疗服务本身当作目的的不正当消费,原因包括医院和医务人员的主观过度医疗和患者对医疗资源的主观过度消费<sup>[6]</sup>。经济效益是医院、制药企业、新闻传播媒体等经营的目标之一,然而公立医院的价格管制又与消费主义的价值取向产生矛盾。医疗市场的特殊之处在于信息的不对称性和效果的不确定性,这为逐利冲动创造了空间。以常见的轻型急性病毒性上呼吸道感染为例,从以患者为中心的角度出发,合理医疗应当是“多休息、多饮水、清淡饮食”,因为该病是自愈性疾病,过多的治疗和检查都只会增添药物副作用和经济负担,但某些医方出于经济效益的目的,或患者为求心理安慰,致使医生开具一系列不必要的医疗检查和药物,从而导致医疗过度。

3.1.3 关系领域:一是医方的自我保护。当医生面对紧张的医患关系,可能会选择扩大检查和治疗的范围、回避有效但风险较大的医疗行为来降低医疗纠纷的可能性<sup>[7]</sup>。二是患者的不信任。当患者对医务人员缺乏信任时,有可能选择主动性医疗过度行为,以求在消费中获取安全感。三是医患沟通的不充分。造成医务人员警惕和患者怀疑的原因,既有个体间的性格与观念差异,也有整个社会的低信任水平<sup>[8]</sup>,但具体到医疗行为中,都可体现为医患沟通的不充分。正是由于沟通不畅,医患之间无法建立信任,医患双方均无法传递合理医疗中的各方依据,最终在医疗过程中发生认知偏差。

3.2 医疗不足的原因 医疗不足的原因则相对简单,主要由医疗知识不足(知识领域)、经济能力欠缺(经济领域)及沟通不充分(关系领域)导致。例如,患者可能因为治疗方案相对复杂、缺乏医学常识、对疾病认识程度不足或者经济能力有限等因素,未能有效执行医嘱。医务人员则可能由于对新知识的学习不足、担心出现不良反应或医患沟通不充分,而未能给予患者更合理的医疗诊断与治疗。镇痛药的使用即为典型的例子,王薇等<sup>[9]</sup>开展的北京市多中心癌痛状况调查(FENPAI4090)显示,2011年中重度癌痛患者的比例为65.82%,略低于1992年的调查结果(70.7%),但明显高于美国1992年的调查结果(42%);高达81.26%的患者认为“人们很容易对止痛药物上瘾”,同时23.5%的医生也担心药物成瘾的可能性。但实际上,阿片类缓释药物发生成瘾性的风险极低,这种难以克服的恐惧心理或许与认知水平、缺乏宣教等因素有关,最终导致对于癌痛治疗不足。值得注意的是,近年来,医患沟通不充分已逐渐成为导致医疗不足的主要原因,因为在医疗纠纷案件中,越来越多的患者将与医务人员的交流隔阂作为案件证据,例如医务人员未能详尽告知关于治疗的注意事项等。

### 4 叙事医学对不合理医疗的纠偏

在以上的3个领域之中,叙事医学均可以发挥灵活而有效的纠偏作用。

4.1 在知识领域对循证医学的补充作用 循证医学的核心思想是应基于现有最充分的临床研究证据做出医疗决策,这标志着医学从经验走向理性,是现代医学的里程碑。然而,仅依靠循证医学是否能满足现代医疗的需求仍是人们争议的热点。循证医学的本质之一是统计,基于大量的随机对照试验通过Meta分析等手段构成证据链条,以消除个体差异。

然而对于具体的个体,被消除的个体差异则导致不够精确的缺点。循证医学的本质之二是实证,通过独立可重复的实验互相佐证,体现科学的理性权威。然而对于生活视域中的个人,科学的权威性与扩张性是对感性与直觉的压缩与排挤,但感性与直觉却是由基本的人性张力所决定的。医疗决策中的一些偏差正是由于医务人员忽视患者的独特性而寻求普适性的治疗指南,而叙事医学则凸显每名患者的独特性、不可替代性和不可比较性<sup>[10]</sup>。由此可见,前述造成不合理医疗的大部分知识领域原因与循证医学的特性密不可分,而叙事医学恰恰关注的是生活视域中的个体,关注个体差异、感性与直觉及“生存交往”。因此,叙事医学可以作为循证医学的有益补充。

Lyotard<sup>[11]</sup>将知识分为科学知识叙事知识两大类。科学知识建立在相互对立的二元论基础之上,其与身体的感受完全分离,认为人的身体是一个需要医务人员用知识修补的机器;而叙事知识围绕叙事性和身份认同的互惠性展开,强调人的整体性,是医师与患者共同述说、编写和探索疾病叙事的知识。Charon<sup>[12]</sup>将叙事知识定义为人们通过认知、象征和情感的方式来理解故事的意义和重要性的知识,指向的是参与者或观察者对情境的本土化、个性化理解。只有具备叙事知识,能够倾听和表达患者的疾病叙事,才能共情患者的痛苦并寻找缓解患者痛苦的合适方法。

医疗过程的首要环节是患者主诉环节。大多数患者并不擅于运用科学语言提供证据,主诉通常是以故事形式的呈现,由生活语言进行传递,除了疾病信息,还必然涉及社会、情感和心理因素等内容,不仅包含患者对疾病的理解、判断,还包含患者对医学的认识与期待,即“患者想要的”。然而在医务人员询问病史的过程中,这些信息经过滤后仅剩医学证据。叙事医学的特征之一为因果偶然性,其认为叙事有情节,情节可以帮助我们找到意义。实际上,临床实践是一个情节化的过程,诊断本身就是努力将事件置于不连贯的情节上<sup>[13]</sup>。医务人员需要将患者主诉中能够展现疾病发生和发展的各种情节相互串联,寻找其中的因果关系。换言之,对于掌握临床实践技能的医务人员,要全面了解患者以获得完整的叙事信息,必须先学会聆听患者的故事,通过将细读作为日常训练,形成主动吸收他人故事和情感的思维方式,并培养对文本细节和结构进行解读分析的能力,便能从患者的叙述中快速筛选出正确的病史,再将之转化为合乎医疗逻辑的理性序列,从而做出正确的诊断。因此,医务人员的记录应该由“术

语+数据+叙事”组成,其中疾病术语及数据的证据由循证医学提供,叙事中患者对医学的期待应由叙事医学提供,这体现了科学领域与生活领域的交融。其次是医务人员解释环节。医务人员收集和判断循证证据之后如何解释循证证据,这基于对患者及家属的充分了解。叙事医学的独特性要求医务人员关注患者的个体差异性,倾听患者的叙事,从而了解患者的疾病世界、情感世界,获取用于制定医疗决策的客观真实依据。通过叙事能力的训练,医务人员既可以提高“听”的能力,也可以增强“说”的能力,在“术语+数据+叙事”的话语模式中,善用类比、象征、隐喻等叙事技巧,或辅以绘画等非语言的叙事方式,以解释循证证据,从而确保患者在充分知晓各种选择的利弊后做出最终决定。例如,在叙事照护中,主体间通过运用带有隐喻意义的叙事处方,建构医患之间的生命叙事共同体关系<sup>[14]</sup>,拥有叙事能力的医师,能够给予患者及其家属获得疾病教育和参与医疗决策的权利,有益于提高患者治疗依从性甚至改善疾病预后<sup>[15]</sup>。最后是医疗措施执行及反馈环节。患者在医疗活动中的切身体验具有独一无二的特性,而这正是临床中医患之间认识、情感、伦理和行为冲突的重要根源之一。因此,应当时刻关注患者对诊疗的感受、需求,并将其与医方所提供的循证证据结合后用于共同佐证何为“合理医疗”,从而对现行医疗措施进行调整。叙事医学的特征之一是主体间性,该特征认为世界是互动的,在诊疗过程中个体自我都是由对方的认知所建构的。经过叙述、倾听和反思,医务人员才能真正与患者共情,从专注疾病治疗转向对患者的关怀。陈豪等<sup>[16]</sup>认为,时间是医学的轴心,倾听、识别、关怀都需要时间。而叙事医学的另一特性时间性与主体间性密不可分,因为有了医患主体间的交流,患者才能从“生病时间”回归到“生命时间”。时间性的把握是重要的叙事能力,其有助于医务人员了解医学应当减少疾病带来的时间断裂感和空间割裂感,不应过早或匆忙实施诊疗,而是通过反馈与调整,协助患者维护身体和人格的同一性和稳定性<sup>[17]</sup>。

由于医学知识有限,患者及其家属未能理解疾病的特点、严重性及治疗的必要性,当其所经历的事件与“合理医疗”的标准发生矛盾时,容易产生医患矛盾。医务人员如何“听”到患者家属的需求,并用生活语言解释科学依据从而弥合医患之间的知识鸿沟,需要的正是叙事能力。通过叙事医学陪伴、倾听、观察的方法<sup>[18]</sup>,了解患者的身体、心理、灵性的需求,能够在治疗疾病的同时缓解患者及其家属的

焦虑情绪,从而改善患者的生命质量。

4.2 在经济领域对医疗消费主义的纠偏作用 临床上曾出现低价优质传统药品短缺或断货的情况。戴岱等<sup>[19]</sup>研究发现,2002年1月至2007年6月期间,人民日报等41家媒体报道的短缺药品品种数累计72种。例如,甲巯咪唑片是治疗甲亢的常见药,2013年其在国内部分地区出现短缺,甚至全城“一盒难求”,究其原因因为长期以来该产品市场价格偏低,制药企业缺乏生产积极性,早已停产或半停产<sup>[20]</sup>;国产疏嘌呤片在临床上具有良好的抗肿瘤效果,为治疗维持期白血病患者主要药物,然而在2017年,国内仅6家制药企业有资质生产疏嘌呤片,其中3家因原材料价格上涨、药品定价低廉等原因已停产多年,另外3家则处于暂时停产或停产不久的状态,这一状况导致患儿家长不得不购买价格更高的进口药物<sup>[21]</sup>。上述药品临床效果良好,且可减轻患者负担、减少资源浪费,应该是“病情需要的、患者想要的、临床有效的、可以获得的、公平公正的、合理应用资源的、帮助患者达到最佳健康水平的医疗措施”<sup>[1]</sup>。但部分低价优质的传统药品利润较低而存在停产短缺风险,渐渐退出市场<sup>[22]</sup>,这正是消费主义的滥觞在医疗市场中的体现。

消费主义是指消费的目的不是为了满足实际需要,而是不断追求被制造出来、被刺激起来的欲望的满足<sup>[23]</sup>。关注拥有而非存在,是对消费主义价值观支配下的人生观的精确表述<sup>[24]</sup>。当医疗文化呈现功利主义的导向时,医务人员错误地评估自我与他者之间、自我与社会之间的关系,使得共情的主客体之间产生隔阂。而叙事医学则截然相反,其出发点与落脚处不在物质世界,而在精神世界,既不限于医者,也不限于患者,而是“以关系为中心”的实践。叙事医学的特征之一主体间性即体现为医患关系中自我与他者两个主体在医疗过程中的共情、疏离、误解、重现与复活,而叙事医学中的倾诉与倾听、对苦难文学的阅读、平行病历的书写、共情与反思等措施,都是对医患主体间性的发掘。叙事医学的三要素之一再现,便是医务人员通过对叙事作品的细读、平行病历的写作、对患者话语的聆听与反刍,以及对患者所处的情景的重新构建,从而拥有沉浸的体验并与其产生共鸣,通过同情以重获对苦难、人性的敏锐洞察力,对患者正遭受的疾苦施以关注和体察,从而建立和谐的医患关系。通过叙事能力的培养和叙事实践的参与,医务人员能够更重视患者的主观感受,更深刻地理解患者当下所处的情境,对患者的共情能力得到深化,进一步认识到医务人员的伦理责

任,提升自己的职业精神和生命价值观。对医务人员叙事能力的塑造并非强迫式的,并非全然以患者为中心的,而是以关系为中心,医务人员亦可从中获得良好的医患关系、职业体验及职业倦怠对抗能力。这一塑造过程也并非一蹴而就,而是在长期的阅读、写作、倾听与反思的过程中逐渐形成。可见,叙事医学是从精神世界和关系世界出发,促使医方对医疗消费主义产生持久性积极抵抗。

医疗市场的专业性决定了医务人员不可替代性,医疗信息的不对称性则导致患者处于相对弱势和被动地位。患者及其家属医学专业知识的不足甚至匮乏使其无法完全理解医务人员的专业建议及方案,对疾病的恐惧与对医务人员的不信任相互叠加,造成患方出现迷信高端技术设备、盲目就诊于高等级医院和专家、短时间内重复诊疗等错误医疗认知,进而引起患者主导的医疗资源过度消费。叙事医学主张以“人”为中心,在患者叙事中对患者的故事进行解构和重构,倾听患者对医疗活动的现实需求、共情患者对医疗的情感需求、理解患者对医疗的期待,致力于构建医患间平等的伙伴关系,促使患者对医方的信任回归正常水平,从而减少患者因医疗信息缺乏、医疗观念落后所滋生的主动的医疗消费主义行为。

4.3 在关系领域对医患共同体的重塑作用 随着科学技术的飞速发展,曾经的医患共同体被内部力量和外部力量撕裂。其中,内部力量是指医学性质的改变,即自然科学的权重快速增大,而医学人文精神、人文关怀往往被忽略,其可撕裂医患情感共同体。现代医学面对疾病的时候,更习惯于从职业的专业性角度对疾病进行解释说明,而患方会因主观感受被压抑而产生强烈的被忽略感,医患双方真正的想法往往与各自所主张的需求不一致,因此医疗纠纷往往难以调解。外部力量是指医学外部环境的扭曲,包括待完善的医疗保障制度、消费主义的价值观等,其可削弱医学人文精神,撕裂医患道德共同体。医患情感共同体和道德共同体的撕裂进一步导致医患利益共同体破裂,患方将医方置于对立面,医方则从自身利益作为出发点进行医疗决策,从而导致不合理医疗。因此,医学回归初心需要重建医患共同体。叙事医学的伦理性特征便是对医学职业精神的确认与解读<sup>[25]</sup>。叙事医学中的伦理叙事倡导人性应该优于技术,主张超越传统医患之中的契约关系,使医务人员重新思考自身对患者的伦理责任,其本质是利他主义。

叙事医学的核心是建立关系<sup>[26]</sup>。人是由故事构

成的生命文化主体,因此医患之间的本质关系是叙事关系。叙事医学的伦理性特征尝试跳出医患之间潜在的对立关系,以主观情感为纽带建立以主体间相互交流为基础的尊重、理解、共情的伙伴关系。在叙事医学中,归属关系是关注、再现的结果。在临床实践中,通过持续有效的手段提升医务人员共情能力,从而消除医患之间的猜疑,建立医患之间归属关系,是回归医学救死扶伤初心的有效途径。通过叙事医学,医务人员将可以在叙事文本中回望医学发展史,理解医学“是随着人类痛苦的最初表达和减轻这份痛苦的最初愿望而诞生的”<sup>[27]</sup>,使医学回归人道主义的初心,建立医患道德共同体。通过叙事医学,使医务人员主动走出科学世界,进入患者的生活世界进行“生存交往”,弥合医患之间由于观念、知识、角度不同而造成的差距。在叙事医学中,患者在医务人员的视野中被还原为整体的人,而非分离的器官组织;医务人员在患者的视野中也还原为真实的人,而非科学的权威代言人。叙事医学将系统论与还原论结合、理性与感性结合、科学与人文结合,从而建立起情感共同体。从韩启德院士所倡导的“让患者自述1分钟”,到在临床医患互动中促进医务人员“在场”及与患者建立关联的5种方法<sup>[26]</sup>,再到医患共同决策中的双向交流,叙事医学提供了新型而有效的工作方式,以改变单纯生物医学的思维方式<sup>[28]</sup>。叙事医学的来源之一关系性医学认为:医学的本质是医患之间的互动<sup>[29]</sup>。通过重建医务人员与患者之间关系,医务人员能够关注患者的独特性及复杂性,采取的医疗行为可达到疗愈患者的目的,减少因无效沟通产生的精神内耗,个人的医疗价值得到充分的尊重和体现,有利于职业自信心和社会责任感的提升。由此,在医患沟通中,医方与患方都可以立足于自身立场充分地提供关于“合理医疗”的依据和标准,即使产生矛盾,也可以通过充分的沟通以同理对方的观点最终达成共识,从而形成利益共同体,共同避免“不合理医疗”的发生。

## 5 叙事医学赋能医院管理,构建和谐医患关系

循证医院管理受到循证管理思维的限制,通常强调科学证据的规范性和可量化性。因此,医院管理者与医务人员之间往往是基于职业而非人性和价值层面形成关系,忽视了主体间人性关系构建。该类型的关系延伸至医务人员与患者之间则会导致部分医务人员只关注与专业有关的疾病信息,而忽略

与患者之间的情感联系,这可能加重医患矛盾,进而影响医疗质量。

《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议》明确提出,“十四五”时期经济社会发展要“以推动高质量发展为主题”<sup>[30]</sup>。2021年6月,国务院办公厅印发《关于推动公立医院高质量发展的意见》,提出“构建公立医院高质量发展新体系”公立医院<sup>[31]</sup>。自此,公立医院改革进入高质量发展新阶段。《“健康中国2030”规划纲要》提出“加强医疗服务人文关怀,构建和谐医患关系”及“提升医疗服务水平和质量”<sup>[32]</sup>。在此基础上,南方医科大学叙事医学团队提出将叙事赋能于医院管理,以及“叙事医院管理”的概念,旨在激发国内医院管理者聚焦叙事理念,通过将叙事医院管理与循证医院管理互补以实现医院高质量发展<sup>[33]</sup>。叙事医院管理在大健康和“新医科”的背景下,以“叙事”作为框架,将医院视为人与人之间交流的特殊组织而非疾病检测和治疗机构。通过构建医院叙事生态,提升管理者和医护人员的叙事调解能力,融合医务人员之间,以及医务人员与患者、社会、自我之间的多维视域差距,促进医院各维度和谐关系的建立,从而实现医院高质量发展的目标。近年来,尽管我国医疗领域已逐渐转向人本主义叙事,但是从叙事的角度提升医院管理质量的相关研究仍然不多。北京大学医学部和南方医科大学自2008年开始启动叙事医学研究并逐步实现叙事医学的在地化发展,但在叙事医院管理方面仍没有统一的论述。其中,南方医科大学的叙事医院管理以“叙事联盟医院”为中心,向外辐射形成医院管理“叙事转向”的规模效应。

## 6 结 语

尽管目前中国的叙事医学临床实践中仍存在不少问题亟待解决<sup>[34]</sup>,但相信叙事医学可以克服循证医学的不足,通过关注医务人员细读能力的提升,在知识领域形成对循证医学的有益补充,共同构成“术语+数据+叙事”的医疗话语模式,关注被忽略的个体与感性;在经济领域可对医疗消费主义进行修正,通过再现提升共情能力,以锚定精神世界和关系世界,抵抗消费主义价值观对医疗领域的侵蚀;在关系领域可促进医患共同体的重塑,通过归属而建立关系,使被内部与外部力量撕裂的医患共同体回归情感、道德、利益共同体,实现对不合理医疗的纠偏,形成

其临床核心价值,成为现代临床医学的重要组成部分。叙事医院管理作为一种新的医院管理理念,本质是一种良性循环的管理理念,也是一种既关注医务人员全人健康,又将这种“全人健康”观念通过医务人员传递给群众的人文管理模式<sup>[33]</sup>,相信在公立医院发展与改革中,叙事医院管理将会展现出强大的力量。

## 参 考 文 献

- [1] Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, et al. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care[J]. *Lancet*, 2017, 390(10090): 191-202.
- [2] 钱德英. 子宫颈上皮内瘤变治疗过度与不足得失分析[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2011, 27(7): 515-519.
- [3] Beswick AD, Rees K, West RR, et al. Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: literature review[J]. *J Adv Nurs*, 2005, 49(5): 538-555.
- [4] Saini V, Garcia-Arnesto S, Klemperer D, et al. Drivers of poor medical care[J]. *Lancet*, 2017, 390(10090): 178-190.
- [5] 罗强勇. 消化内科常见临床不合理用药问题的分析与对策[J]. *中国社区医师*, 2019, 35(3): 14, 18.
- [6] 胡思宇. 从医疗消费主义回归理性医疗[J]. *医学与哲学*, 2020, 41(14): 56-58.
- [7] 张旭林, 杨龄坚, 徐永清. 过度医疗的边界与伦理审视[C]//中华医学会·中华医学会医学伦理学分会第十九届学术年会暨医学伦理学国际论坛论文集. 大连: 中华医学会, 2017: 251-253.
- [8] 吕小康. 风险社会中的医患共同体建设[J]. *南京师大学报(社会科学版)*, 2022(3): 68-77.
- [9] 王 薇, 曹邦伟, 宁晓红, 等. 北京市癌痛控制20年进步与挑战——北京市多中心癌痛状况调查(FENPAI4090)[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2014, 20(1): 5-12, 17.
- [10] 刘玉玲, 谭占海, 甘代军, 等. 叙事医学在医疗决策中的价值启示及路径探析[J]. *中国医学伦理学*, 2021, 34(6): 757-761.
- [11] Lyotard JF. *The postmodern condition: a report on knowledge*[M]. Minnesota: University of Minnesota Press, 1984: 20-21.
- [12] Charon R. *The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust*[J]. *JAMA*, 2001, 286(15): 1897-1902.
- [13] Charon R. 叙事医学: 尊重疾病的故事[M]. 郭莉萍, 译. 北京: 北京大学出版社, 2015: 1.
- [14] 陈 雪, 景坚刚, 杨秋梅, 等. 生命健康语境下的隐喻叙事——以儿童疑难疾病为例[J]. *中国医学伦理学*, 2022, 35(12): 1371-1375, 1393.
- [15] 王 伟, 答 嵘. 叙事医学在提高神经外科住培医师临床沟通能力中的作用[J]. *继续医学教育*, 2022, 36(7): 85-88.
- [16] 陈 豪, 徐 嘉. 叙事与医患共同体的形塑: 评《叙事医学: 尊重疾病的故事》[J]. *文化学刊*, 2022(3): 39-42.
- [17] 袁 曦. 叙事医学中时间性的意义和临床价值[J]. *医学与哲学*, 2023, 44(8): 14-18.
- [18] 刘京本, 戴 云, 王子钰. 叙事医学与灵性照顾——构建有温度的社区医疗团队[J]. *叙事医学*, 2020, 3(2): 102-106.
- [19] 戴 岱, 江 滨, 韩 晟, 等. 我国短缺药品现状调查分析[J]. *中国药房*, 2010, 21(9): 785-787.
- [20] 佚名. 以高度的责任感确保群众用药需求——多部门协作保障小品种常用药“甲硫咪唑”市场供应[Z/OL]. (2014-02-07) [2024-07-10]. [https://www.gov.cn/gzdt/2014-02/07/content\\_2581123.htm](https://www.gov.cn/gzdt/2014-02/07/content_2581123.htm).
- [21] 佚名. 白血病患者国产廉价救命药出现“断货”, 李克强批示: 特事特办![Z/OL]. (2017-11-20) [2024-07-10]. [https://www.gov.cn/guowuyuan/2017-11/20/content\\_5241067.htm](https://www.gov.cn/guowuyuan/2017-11/20/content_5241067.htm).
- [22] 丁一磊. 我国医药产业供给侧结构性改革的对策分析[J]. *中国医药工业杂志*, 2019, 50(12): 1509-1513, 1529.
- [23] 杨 魁, 董雅丽. 消费主义文化的符号化解读[J]. *现代传播*, 2003(1): 131-133.
- [24] 刘福森, 蓝 海. 消费主义文化价值观的后现代解读[J]. *自然辩证法研究*, 2002, 18(9): 61-64.
- [25] 李 飞. 中国叙事医学实践的反思[J]. *医学与哲学*, 2023, 44(8): 8-13.
- [26] 郭莉萍. 以叙事医学实践促教学医院医学人文教育[J]. *医学与哲学*, 2022, 43(6): 36-39, 51.
- [27] 阿尔图罗·卡斯蒂廖尼. *医学史(下)*[M]. 程之范, 甄橙译. 南京: 译林出版社, 2013: 8.
- [28] 邹明明, 陶俊杰, 杨晓霖, 等. 990名医务人员叙事医学认知调查报告之一[J]. *医学与哲学*, 2021, 42(22): 1-6.
- [29] 郭莉萍, 王一方. 叙事医学在我国的在地化发展[J]. *中国医学伦理学*, 2019, 32(2): 147-152.
- [30] 佚名. 中共中央关于制定国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标的建议[EB/OL]. (2020-11-03) [2024-06-30]. [https://www.gov.cn/zhengce/2020-11/03/content\\_5556991.htm](https://www.gov.cn/zhengce/2020-11/03/content_5556991.htm).
- [31] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见(国办发[2021]18号)[EB/OL]. (2021-06-04) [2024-06-30]. [https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-06/04/content\\_5615473.htm](https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-06/04/content_5615473.htm).
- [32] 中共中央、国务院. 中共中央国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》[EB/OL]. (2016-10-25) [2024-06-30]. [https://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content\\_5124174.htm](https://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm).
- [33] 杨晓霖. 叙事医学赋能医院管理与高质量发展[J]. *医学与哲学*, 2022, 43(21): 45-49, 72.
- [34] 肖思莹, 江长青. 叙事医学在中国的临床实践: 现状、问题与对策[J]. *中国医学伦理学*, 2022, 35(4): 362-367.

(收稿日期: 2024-06-07 修回日期: 2024-08-10)