

儿科住院医师叙事能力培养：现状、问题与路径重构

陶佳琪¹ 周庆² 杨卫霞^{*1}

1.南通大学附属医院小儿内科，江苏南通 226001；2.南通大学附属医院教育培训处，江苏南通 226001

【摘要】立足生物-心理-社会医学模式转型背景，本文聚焦儿科住院医师叙事能力规范化培养，梳理当前儿科住院医师在叙事认知、实践与共情层面存在的显著短板，从医学教育体系、临床实践生态及深层次文化认知三个维度，深入剖析制约叙事能力发展的障碍，构建涵盖理念重塑、课程重构、教学创新、综合评价与支持保障的系统化解决方案。方案以平行病历与反思性写作为核心实践载体，配套叙事医学工作坊、多元化的评价反馈体系及专项师资队伍与数字化支持平台建设，同步梳理落地实施难点与应对策略，展望与人工智能技术融合、跨学科合作等未来方向，以期为我国儿科医学人文教育改革提供理论支撑。

【关键词】叙事医学；叙事能力；儿科住院医师；医学教育；

【中图分类号】R-4；C975

1 儿科住院医师叙事能力培养现状审视

叙事能力是叙事医学核心素养，是指医护人员倾听、解读、共情并回应患者疾病叙事的综合能力。儿科患儿语言、情绪表达能力不足，疾病信息多依靠家长转述、患儿行为观察间接获取，医师需兼顾客观诊疗与家庭心理、社会背景解读，叙事能力是儿科医师必备核心能力^[1]，但国内儿科住培阶段叙事能力培养整体存在明显不足。

1.1 叙事认知存在显著盲区与偏差

现有调研数据显示，儿科医师普遍存在叙事医学认知盲区与认知偏差。2019年一项调查显示，仅26.9%儿科医师听过叙事医学，完整系统学习相关理论者仅7.7%，而88.5%医师熟练掌握循证医学相关知识，人文叙事相关学习存在显著缺位^[1]。2021—2022年覆盖2145名医务人员的横断面研究显示，仅16.69%医师系统接受叙事医学培训并熟悉相关理论，36.50%医师无法区分平行病历的叙事属性，受访者叙事知识维度得分率49.62%，态度、实践维度得分率分别为47.18%、41.43%^[2]。2024年针对482名住培医师及实习医师的专项调查显示，叙事医学知识平均分仅49.32±11.72（满分70），41.49%医师仅粗浅了解叙事医学概念，临床实践得分143.87±23.52，整体处于中等偏下水平，住培体系存在重技术、轻人文的结构性失衡^[3]。同时，多数住院医师与带教教师存在认知误区，将叙事能力简单等同于良好服务态度、日常聊天，未认识到其是包含深度倾听、多元叙事解读、共情回应、持续临床反思的标准化临床思维工具，直接导致叙事训练流于形式，难以实现沟通技巧向人文临床思维的转化^[4]。

通信作者：杨卫霞，电子信箱：ywx20061332@163.com

1.2 临床叙事实践存在多重短板

认知层面的短板直接体现在日常临床诊疗行为中。当前儿科病史采集普遍呈现“去故事化”特征，问诊以标准化提问为主，仅快速抓取体征、症状、既往史等诊疗必需信息，忽略了疾病对患儿生活、学习、心理行为的影响，以及家庭照护压力、经济负担等社会心理线索^[5]。医患沟通以单向信息告知为主，医师重点输出检查、用药、治疗方案，缺少双向情感交流，难以捕捉家长语言背后的恐惧、焦虑、无助，错失建立医患情感联结的机会。多数医师具备基本同情心，但难以转化为针对性共情行为，安慰话术模板化、同质化，无法结合不同家庭的实际处境给出个性化情感回应^[6]。

1.3 培养体系配套支撑缺失

现行儿科住培制度缺少叙事能力培养配套支撑体系，存在系统性缺位。住培规范仅对人际沟通、职业素养作出笼统要求，未明确叙事能力可落地、可量化的培养细则与考核标准。少数培训基地开设人文沟通课程，仅以单次讲座、零散案例讨论形式开展，未匹配住培轮转周期，理论知识无法迁移至高压、复杂的真实儿科诊疗场景。在制度层面，住培轮转、技能操作考核、病历书写、收治量占据医师绝大部分工作时间，叙事训练无固定教学课时专项师资、专项经费支撑，被视作临床附加工作，优先级远低于临床技能、理论考试，医师与教学管理者主动投入叙事训练的动力不足^[7]。

综上，儿科住院医师叙事能力培养存在个体认知、临床实践、培训体系全方位短板，若不进行系统改革，将持续制约儿科医疗服务质量与儿科医师长期发展。

2 儿科住院医师叙事能力培养问题深层剖析

叙事能力薄弱是医学教育体系积弊、临床实践生态异化以及社会文化认知偏差共同作用下的产物。对其进行深层剖析，是寻求治本之策的必然要求。

2.1 医学教育体系的结构性缺陷

传统医学教育以生物医学模式为底层逻辑，核心课程以解剖、生理、病理等自然科学为主人文社科课程课时占比极低，长期标准化、还原论式教学塑造医师“治疗躯体疾病为医学核心”的固有认知，叙事、共情等人文思维持续边缘化^[8]。主流教学模式以课堂讲授、标准化示教、模仿练习为主，属于脱离真实场景的静态知识传递；叙事能力高度依赖场景化体验式、反思式训练，需要通过真实病例实践、小组反思、导师反馈循环内化能力。当前住培体系极少开展平行病历深度复盘、角色扮演情感模拟、多视角病例研讨等教学活动，青年医师缺少安全空间练习家庭冲突沟通、坏消息告知、自我情绪疏导^[9]。住培考核体系高度量化，评价核心为理论成绩、操作通过率、病历规范度、收治人次等显性指标，倾听质量、共情深度、情感洞察力等叙事核心能力难以量化打分，单一功利化考核导向大幅降低基地、带教老师、住院医师投入叙事训练的内在动力，形成恶性循环^[10]。

2.2 临床实践生态的现实挤压

国内儿科医疗资源供给紧张，门诊单患儿诊疗时长仅 8—10 分钟，医师首要任务是快速筛查危重症、完成标准化诊疗流程，叙事医学要求的深度倾听、家庭叙事挖掘难以实现^[7]。电子病历、标准化诊疗路径提升诊疗效率的同时，割裂医患面对面交流，流水线式诊疗将患儿同质化处理，压缩个体化人文关怀空间，医患关系简化为标准化服务供给关系^[11]。带教师资层面同样存在短板，高年资医师均成长于传统生物学教育体系，临床诊疗技术扎实，但自身叙事实践未形成标准化教学方法；医院未开展叙事教学专项师资培训，即便重视人文关怀的导师，也缺少系统化指导青年医师开展叙事训练的能力^[12]。

2.3 社会医学文化与认知的深层桎梏

医疗行业长期推崇客观、量化的科学标准，叙事医学主动接纳主观情感，重视疾病意义构建，与主流科学文化存在内在冲突，常被质疑弱化了医学专业性^[13]。医疗机构绩效考核侧重短期可量化收益，新技术、论文产出成果直观快速，提升叙事能力带来的患者信任度提升、医师职业幸福感提升、医疗纠纷风险降低等往往是长期隐性收益。在短期绩效导向下医疗机构管理者和医师个人都缺乏投入叙事训练的主观意愿^[14]。

可见，儿科住院医师叙事能力短板是教育理念、管理制度、行业文化交织形成的系统性问题，仅靠单一环节无法取得理想效果，必须推行多维度协同、整体性改革。

3 儿科住院医师叙事能力培养的系统化路径

针对现存多重矛盾，需构建贯穿住培全周期、权责清晰、配套完善的一体化的叙事能力培养体系。

3.1 理念重塑

确立叙事能力核心胜任力定位，在儿科住培标准中增设独立叙事能力条目，细化三条核心要求：完整采集患儿疾病叙事；识别并妥善回应家属情绪及社会照顾需求；熟练运用平行病历完成临床反思^[15-16]。叙事能力养成循序渐进，按年级设置分层目标，分层培养规划见表 1。

表 1 儿科住院医师叙事能力分阶段培养目标

培养阶段	时间	核心目标	关键任务	考核产出
启蒙期	一年级	唤醒叙事意识	识别患儿及家长叙事线索，完成平行病历 4-6 份	认知自评，病历提交率≥90%

续表 1 儿科住院医师叙事能力分阶段培养目标

培养阶段	时间	核心目标	关键任务	考核产出
深化期	二年级	深化叙事实践	书写平行病历每年≥10份，反思报告每年≥8篇，主动参与病例讨论	病历质量评分，讨论发言记录
整合期	第三年	整合叙事智慧	独立主持讨论≥2次，整理叙事作品集	综合考核达标，作品集归档

3.2 课程重构与教学方法创新

搭建平行病历书写、反思性写作、文本精细阅读三大核心课程模块。各亚专科轮转期间每人完成 1-2 份平行病历纳入出科考核，配套书写指南，导师批阅侧重情感感知与反思深度^[17]。建立儿科专属叙事素材库，推行结构化反思写作，引导医师复盘沟通冲突、职业困境，兼顾自我疏导与专业成长^[18]。收集儿童慢病手记、医疗文学、影视片段开展文本精读，训练情绪叙事解读能力^[19]。配套多元实操教学：常态化开设叙事医学工作坊，围绕坏消息告知、家庭冲突沟通开展模拟演练；改革传统病例讨论，同步提交平行病历摘要，多视角复盘诊疗决策；招募慢病、罕见病患儿家属进课堂分享就医经历，强化共情感知^[20-21]。

3.3 综合评价与反馈机制

构建发展导向多维评价体系，各维度指标、工具、权重见表 2。

表 2 儿科住院医师叙事能力多维评价指标体系

评价维度	评价内容	评价工具	权重
叙事认知	核心概念掌握和价值认同	知识测试+态度量表	15%
平行病历	叙事完整性、反思深度、情感真实性	从叙事完整性、情感真实性、反思批判性、视角多元性 4 个维度进行赋分	25%
反思写作	自我觉察力、与专业成长的联结度	设立描述性反思、对话性反思、批判性反思标准评分	15%

10.12201/bmr.202607.00048V1

表 2 儿科住院医师叙事能力多维评价指标体系

评价维度	评价内容	评价工具	权重
沟通共情	倾听能力、情感识别与回应能力	医患沟通技能评价量表	20%
多方反馈	团队人文表现、家长满意度	问卷调查（含护/患/伴/自评）	15%
过程参与	出勤率、讨论参与与质量	参与记录+导师观察日志	10%

全周期收集评价数据，每轮转阶段出具个性化成长反馈报告，明确薄弱环节与训练方案。

3.4 支持保障与资源建设

组建叙事医学专项师资团队，开展系统化教学培训，叙事带教折算教学工作量，成果纳入评优、职称晋升激励^[12]。建立分层管理机制：院教培处统筹经费与师资培训；儿科教学主任负责月度督导；专职导师一对一批阅病历；教学秘书归档教学数据。每年 1—2 月完成师资培训，3—11 月常态化开展工作坊与病历批阅，12 月年度复盘考核，设置专项人文经费并纳入科室绩效。

编制标准化教学手册、平行病历范文集，搭建线上数字化教学平台，整合写作、互评、范文库功能，电子病历端口嵌入平行病历录入通道^[22]。教学查房设置 3 分钟固定叙事分享环节，简化行政文书，保障医患深度沟通时间，由医疗组长落实、教学主任月度抽查。科室定期举办叙事征文、人文案例评选，设置叙事文化墙展示患儿手绘、优秀平行病历摘录，营造人文叙事氛围^[23]。

4 挑战、对策与未来展望

4.1 实施过程挑战与应对策略

资源供给不足时，将叙事训练嵌入现有轮转、查房、病历体系，利用碎片化时间开展微型研讨，院级划拨专项经费减轻额外负担^[1]。针对传统医学理念阻力，持续收集培训后家属满意度提升、纠纷下降的临床实证案例，表彰优秀人文医师，转变科室固有认知^[7]。针对质性评价标准不统一问题，统一导师评分培训，优化分级量表，以发展性评价替代单一打分排名^[10]。4.2 未来发展方向展望

依托自然语言处理可自动解析平行病历的情感与反思内容，减轻导师批阅压力；VR 仿真场景可供医师反复演练医患沟通，但 AI 仅为辅助，无法替代真实共情^[22]。当前数字化工具

10.12201/bmr.202607.00048V1

分为两类：其一为病历情感分析大模型，自动标记共情缺失、家庭叙事疏漏，提升教学与反思效率^[24]；其二是VR患儿交互系统，模拟家长焦虑、患儿抗拒等冲突场景并即时给出沟通改进建议。两类工具均配套线下研讨、手写平行病历硬性要求，防止学员过度依赖算法、削弱人文实践能力^[25]。推动文学、心理学、社会学跨学科协作，丰富共情训练、家庭背景解读教学模式^[9]。开展大样本长期对照研究，量化叙事医学对治疗依从性、家属满意度、医师职业倦怠、医疗纠纷的改善效果，完善循证支撑，为全国推广提供数据依据^[26]。

5 结语

儿科住院医师叙事能力培育是回归医学人文本质的系统性变革，是重塑兼顾诊疗技术与心灵抚慰的完整临床实践模式。改革推进需要教育管理者、临床科室、一线医师多方协同。通过多层级配套改革持续完善叙事培养体系，才能培育兼具诊疗实力与人文温度的儿科医师，全方位提升儿童医疗卫生服务质量。

参考文献：

- [1] 李平甘, 张丽娜, 梁立阳. 叙事医学教学法在儿科住培医师中的应用[J]. 中国继续医学教育, 2019, 11(25): 25-28.
- [2] Guo T, Sun Y, Li G. Knowledge, attitude, and practice regarding narrative medicine among chinese medical personnel: an online cross-sectional survey. *Comput Math Methods Med*. 2022;2022:3329360.
- [3] Lv Y, Rao J, Li Y, et al. Knowledge, attitudes, and practices of resident physicians and intern physicians on narrative medicine. *Sci Rep*. 2026 Jan 20;16(1):5836.
- [4] 赖登明, 金静宜, 俞爽, 等. 新时代我国儿科医学教育面临的机遇与挑战 [J]. 中华医学教育探索杂志, 2024, 23(3): 289-293.
- [5] 陈明敏, 刘颖, 任菁菁. 叙事医学在全科医学领域的应用现状与进展 [J]. 中华医学杂志, 2020, 100(8): 635-637.
- [6] 田万通, 王宏伟. 基于"共情能力"的叙事医学教学法在全科住培医师儿科规培中的应用研究 [J]. 现代医院, 2025, 25(8): 1295-1299.
- [7] 金贞爱. 关于儿科学发展融入叙事医学理念的思考 [J]. 中国当代儿科杂志, 2024, 26(4): 325-330.
- [8] 万莉萍, 李文, 李倩. 叙事医学在儿科临床教学中的应用与研究 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2024, 22(3): 1-3.
- [9] 杨荆, 李利华, 洪仕君. 医学生医患沟通能力培养路径探析 [J]. 西部素质教育, 2019, 5(1): 68-69.
- [10] 朱炬, 陈焕文. 叙事医学在临床实习中的应用及效果评价研究：以胸外科为例 [J]. 中华医学教育探索杂志, 2023, 22(8): 1201-1205.
- [11] 潘云菲, 徐寅, 高翔, 等. 叙事医学教学在全科住院医师规范化培训中的应用 [J]. 全科医学临床与教育, 2022, 20(10): 910-912.
- [12] 余佯洋, 徐丁丁, 王子梅, 等. 基于叙事医学的人文医学实践教学体系建构——以《温暖的医学》课程为例 [J]. 医学与哲学, 2024, 45(1): 46-50.
- [13] Tseng T C, Kuo P Y, Lin M J, et al. Narrative medicine in pediatric medical education and patient care: a scoping review [J]. *Tzu Chi Medical Journal*, 2025, 37(2): 167-174.
- [14] 陈晓彤, 俞方, 沈雁, 等. 美国布朗大学 MLMS 项目对我国医学院校实践叙事医学的启示 [J]. 中华医学教育杂志, 2025, 45(6): 476-480.
- [15] 高等学校叙事医学实践教育联盟专家组. 中国叙事医学体系构建共识 [J]. 中国医学伦理学, 2023, 36(11): 1177-1179.
- [16] 王俊芬, 李跃. 基于 CBL 的教学病例讨论在消化内科住院医师规范化培训中的应用实践 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2024, 29(1): 116, 封 113.
- [17] 万琼, 刘维静, 支玲. 叙事医学平行病历叙述模式和类型探究——以《叙事医学》为例 [J]. 广东医科大学学报, 2025, 43(1): 27-33.

- [18] 杨燕, 单芳, 周逸萍. 反思性写作的研究进展及伦理维度 [J]. 医学与哲学, 2021, 42(1): 40-43,53.
- [19] 孙凤杰, 佟德民, 蔺增榕, 等. 叙事医学联合 PBL 与 CBL 整合模式在儿科学医患沟通中的应用 [J]. 中国高等医学教育, 2020, (12): 111-112.
- [20] 杜燕军, 陈望花, 何明媛. 情景模拟联合叙事医学在肿瘤学临床教学中的应用研究 [J]. 科教导刊, 2025, (26): 86-88.
- [21] 中华预防医学会叙事医学分会. 平行病历质量评价专家共识(2025) [J]. 医学与哲学, 2025, 46(2): 79-80.
- [22] 程珊, 丛林, 胡文东, 等. "AI+教育"时代背景下医学实践课程教学模式现状与改革趋势 [J]. 医学新知, 2024, 34(8): 950-956.
- [23] Denecke K, Reichenpfader D. Sentiment analysis of clinical narratives: a scoping review. [J]. J Biomed Inform, 2023, 140: 104336.
- [24] Eysenbach G. The role of ChatGPT, generative language models, and artificial intelligence in medical education: a conversation with ChatGPT and a call for papers[J]. JMIR Med Educ, 2023, 9: e46885.
- [25] Antel R, Abbasgholizadeh-Rahimi S, Guadagno E, et al. The use of artificial intelligence and virtual reality in doctor-patient risk communication: a scoping review[J]. Patient Educ Couns, 2022, 105(10): 3038-3050.
- [26] 叶云婕, 黄紫薇. 叙事医学的发展现状及前景 [J]. 循证医学, 2015, (2): 108-112.