

叙事医学视角下安宁疗护病房中医患互动的研究进展

孙琪梦 周燚奎 徐焕玢 何雨亭 万琴
(南昌医学院,江西南昌,330000)

版权说明: 本文是根据知识共享署名 - 非商业性使用 4.0 国际许可协议进行发布的开放获取文章。允许以任何方式分享与复制, 只需要注明原作者和文章来源, 并禁止将其用于商业目的。

摘要: 自美国哥伦比亚大学内科医生兼文学学者丽塔·卡伦在 2001 年提出叙事医学后, 叙事医学逐渐被运用在各类患者上; 随着医疗理念的不断更新, 安宁疗护也逐渐成为医疗体系中不可或缺的部分。叙事医学和安宁疗护都注重医护人员与患者之间的交流互动, 以更好地把握患者的情感需求。本文对安宁疗护病房中医患互动的开展方式进行范围综述, 通过系统检索 2018 - 2025 年中英文文献 43 篇, 分析家庭会议、灵性照护等不同的医患互动措施的实施情景、应用效能以及实践局限性, 并提出各医患互动措施的未来发展方向及临床实践建议, 旨在为国内医护人员开展相关研究, 为医护人员在安宁疗护病房中进行医患互动提出可行的参考。

关键词: 叙事医学; 安宁疗护; 医患沟通

DOI: <https://doi.org/10.62177/fcdt.v1i4.602>

一、引言

随着医疗理念的不断更新, 安宁疗护逐渐成为医疗体系中不可或缺的部分, 它聚焦于为终末期患者提供全面的照护, 旨在提升患者生命末期的生活质量, 给予他们温暖与尊严^[1]。叙事医学最早是由美国哥伦比亚大学内科医生兼文学学者丽塔·卡伦在 2001 年提出, 作为一种新兴的医学理念, 强调医护人员通过倾听、理解患者的故事, 深入把握患者疾病体验背后的情感、意义与需求, 这为安宁疗护的发展提供了新的视角与方法^{[2][3]}。在安宁疗护病房中, 良好的医患互动是实现有效照护的关键。有效的医患互动

作者简介: 1. 孙琪梦 (1990—), 女, 博士在读, 副教授, 研究方向: 叙事缓和医学; 2. 周燚奎 (2006—), 男, 南昌医学院 2024 级口腔医学专业学生; 3. 何雨亭 (2006—), 女, 南昌医学院 2024 级口腔医学专业学生; 4. 徐焕玢 (2006—), 女, 南昌医学院 2024 级口腔医学专业学生; 5. 万琴 (1985—), 女, 博士在读, 主治医师, 研究方向: 老年医学专业; 通讯作者: 万琴 E-mail: 2841148703@qq.com。

基金项目: 江西省高校人文社会科学研究青年项目“叙事医学视角下门诊医患沟通的话语模式研究”(编号: JC23202), 主持人: 孙琪梦; 南昌医学院科技创新团队“传统文化与叙事医学团队”(编号: NYTD202414)。

不仅能让患者感受到关怀与尊重,还能使医护人员更精准地了解患者需求,从而提供更适宜的医疗服务。然而,当前在安宁疗护病房开展医患互动的过程中仍存在诸多问题。一方面,传统的医疗模式侧重于疾病的生理治疗,忽视了患者的心理与情感需求,导致医患之间的沟通流于表面,难以建立深度信任关系。另一方面,医护人员在面对终末期患者复杂的情绪与心理问题时,缺乏有效的沟通技巧与应对策略,无法充分满足患者的精神需求^[4]。基于此,从叙事医学视角深入探究安宁疗护病房开展医患互动的措施具有重要的现实意义。目前,针对叙事医学视角下安宁疗护医患互动措施的系统综述较少,缺乏对各措施本土化实践的整合分析。本论文旨在系统梳理该领域的研究进展,分析现有措施的优势与不足,以期为进一步优化医患互动模式、提升安宁疗护质量提供理论支持与实践参考。

二、安宁疗护与叙事医学的关系

(一) 安宁疗护和叙事医学都是人文医学的有机组成部分

人文医学属于当代医学体系的重要部分之一,是医学发展到一定时期产物的必然产物^[5]。人文医学旨在回归人与生命的完整性,实现人性化医疗,拒绝将患者视为单纯的生理个体。人文医学既是对医学古老传统中“人文属性”的回归,也是标志着现代医学体系走向成熟^{[6][7]}。叙事医学作为叙事学和医学的新兴交叉学科,强调医生不仅需要具备治病救人的专业技能,更需具备叙事能力,才能达到更好的医疗效果^[3]。虽然目前《现代汉语词典》中并没有对安宁疗护的释义,但根据字面意思安宁疗护可理解为通过一系列舒缓躯体及情感症状的支持性治疗与护理,以缓解终末期患者痛苦为目的,最终达到使患者提高生命质量,实现舒适、平静、有尊严的死亡的效果^[1]。通过以上描述,我们不难发现,叙事医学与安宁疗护的践行过程中,无不闪烁着人文医学的光芒,彰显着人文医学的魅力。因此,叙事医学和安宁疗护都属于人文医学^[5]。

(二) 叙事医学的叙事能力与安宁疗护的沟通、尊重和关怀有一致性

叙事医学的叙事能力与安宁疗护的沟通、尊重和关怀紧密相连,高度统一。叙事医学的基础是叙事,它强调医护人员对患者故事的倾听、理解与回应,通过这种方式,深入洞察患者疾病背后的情感与经历,叙事能力的强弱直接影响叙事医学的实践效果,也决定了安宁疗护中沟通的深度与质量^[8]。在安宁疗护中,叙事能力发挥着至关重要的作用。当患者处于生命终末期,身心承受着巨大痛苦,内心充满对未知的恐惧与对人生的不舍。此时,医护人员运用叙事能力,主动与患者展开深入对话,耐心倾听他们的过往经历、内心感受,这便是有效沟通的开端。通过倾听,医护人员能真切地感受到患者的需求,从而尊重他们的每一个选择,无论是关于治疗方案的抉择,还是对生命最后时光的安排,都给予充分的尊重。而关怀则体现在叙事的全过程,医护人员专注的倾听、真诚的回应,让患者在生命的尽头感受到被重视、被关爱。这种基于叙事能力的关怀,并非流于表面的安慰,而是深入患者内心,给予他们精神上的支持与慰藉,让患者能够有尊严、平静地度过人生最后的阶段,实现叙事医学与安宁疗护在理念与实践上的完美融合^[9]。

三、资料与方法

(一) 数据库及检索策略

运用计算机检索生物医学相关中英文全文数据库或文摘库,主要有SCI pub,维普数据库,中国知网和万方数据库,以“叙事医学 AND 安宁疗护 AND 医患沟通”为中文检索词;以“narrative medicine” AND “palliative care” AND “Doctor-patient Communication”为英文检索词,检索题目或摘要中包含这些检索词的文献,使用布尔运算逻辑符“OR”“AND”,通过计算机检索并追溯纳入文献的参考文献进行二次

扩大检索，检索从 2018 年 10 月至 2025 年 2 月 5 日的中英文文献。

(二) 文献纳入与排除标准

纳入标准：①病人和家属均≥ 18 岁；②家庭会议服务对象是临终病人和家属；③家庭会议有安宁疗护专业背景人员参加。排除标准：①重复发表的文献；②数据不完整无法提取的文献；③因研究团队语言限制，排除非中、英文文献。

(三) 文献筛选与资料提取

数据提取由两名研究者独立进行，意见不一致时两人商讨，未达成一致意见时由第三方裁决。由两名研究者依据文献的纳入标准和排除标准独立进行筛选。通过阅读题目和摘要进行初步筛选，摘要没有提供足够信息时，审阅全文。意见不统一时进行商讨，未达成一意见由第三人裁决。参考已有的家庭会议综述，制定数据提取表格，数据提取内容包括文献的作者、发表时间等基本特征和家庭会议筹备和召开过程中的相关信息。

四、结果

(一) 文献检索结果

通过数据库检索和引文追溯，共检索文献 707 篇（英文 32 篇，中文 675 篇），去重后剩余文献 542 篇，通过阅读文献标题和摘要进行初步文献筛选，之后查阅全文复筛，最终纳入文献 43 篇，包括英文 11 篇和中文 32 篇。文献筛选流程见图 1。

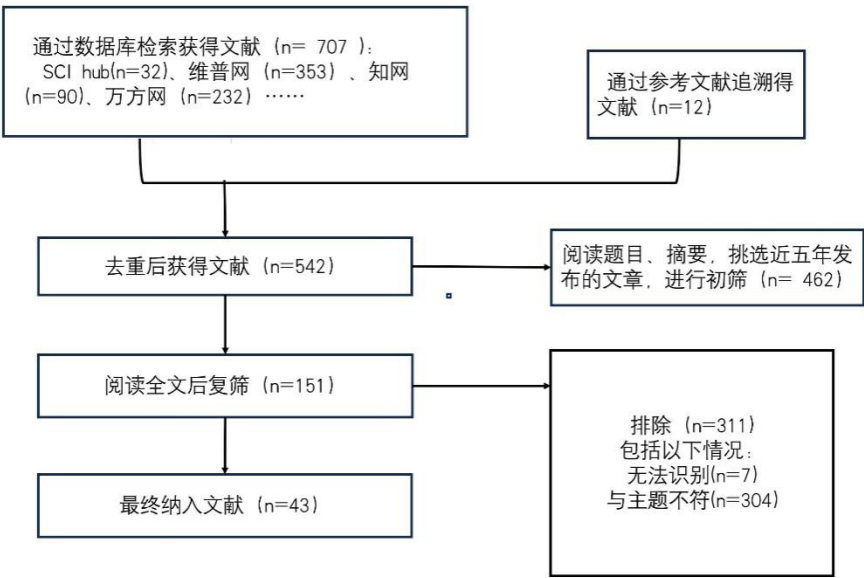


图 1 文献筛选流程图

(二) 系统综述分析结果

1. 哀伤辅导

哀伤辅导是实施安宁疗护的一个主要方法，其核心在于“叙事见证”与“哀伤重构”。哀伤是安宁疗护过程中不可避免的情绪反应，其有关死亡命题引起的一系列沉重反应甚至可能成为家属们一生无法走出的潮湿^[10]。苏孟宇^{[11][12]}等人认为，恰当的哀伤辅导有助于患者及家属树立正确的哀伤理念，缓解患者家属的负面情绪，有助于他们排解负面情绪，化解悲伤。因此，医护人员运用叙事能力进行对家属进行哀伤辅导非常有必要。叙事医学强调“倾听与见证”，在哀伤辅导中，医护人员倾听家属讲述逝者的故事，让家属用语言勾勒逝者的生命画卷（共同经历、未竟心愿、愧疚遗憾），赋予逝者生命新的意义，同时给

予家属以共情和支持，协助家属在叙事中整合哀伤体验，帮助家属找到继续生活的方向^[10]。

哀伤辅导可以由专业医师、心理治疗师、社会工作者、护士等完成，灵活度高^[13]。通过在安宁疗护过程中开展哀伤辅导，一方面，医护人员能增强他们的职业价值感学习，加深对哀伤辅导知识与技能的理解。当身边亲友经历亲人离世出现哀伤情绪时，他们可以予以一定的指导，利于增进医护人员与亲友的关系及亲人和自己的身心健康^{[11][14]}。另一方面，哀伤辅导可以有效推动安宁疗护服务的开展，提升国人的死亡质量以及患者家属的接受度，有助于安宁疗护目的的实现^[14]。

哀伤辅导是叙事医学“关注”个体独特经历、“再现”情感复杂性、寻求“归属”的深刻体现。当然，我国哀伤辅导的实践过程中仍然存在一些局限，例如哀伤辅导更多地关注的是患者及家属的情绪治疗，而更少关注临床上患者的治疗。此外，哀伤辅导的流程还不尽完善，将来需要进一步研究从而不断完善哀伤辅导的实施过程。

2. 家庭会议

家庭会议是国际安宁疗护的重要环节之一，也是是安宁疗护的不可或缺的常规实践，目前已在全世界被广泛应用于安宁疗护领域^{[15][16][17]}。家庭会议通常被视为一种医护人员与患者和家庭照顾者传达信息，评估病人和家属的需求，给予情感支持，讨论护理目标和计划护理策略的有效方法，大多数情况下由安宁团队和家庭成员共同参加^{[15][18]}。

过往研究以及实践表明，家庭会议有利于促进医患合作、改进患者家属关系、节约医疗成本，且能有效降低终末期癌症患者 PI 发生率^{[19][20]}。同时，家庭会议可以有效推动安宁疗护的执行。叙事医学践行通过会议，家属及相关医护人员能够明确自身的职责，照护团队成员之间能通力合作给予患者全方位的照顾与指导，且通过会议有助于多方人员达成共识，避免安宁疗护照护期间出现分歧^[21]。整个家庭会议过程不仅传递信息，更是在共同构建关于患者生命末期意义的家庭叙事。

然而，对于家庭会议我国本土化研究仍然较少，更多地仍然是对外国研究实践方法汉化，更缺少本土化的满意度评估工具，未来建议学者将家庭会议的展开与我国“生死文化”和“孝文化”融合，如结合“临终前家庭团聚”的传统，在家庭会议中增加“家族故事回顾”环节，强化家属对患者生命意义的认同，打造出更加适合我国患者的家庭会议流程以评价工具。

3. 灵性照护

灵性照护是叙事医学在安宁疗护中“探索生命终极意义”的直接应用。灵性照护是指医护人员针对患者及家属在生命末期阶段的精神需求提供的支持：医护人员通过深度倾听患者的故事、担忧和信仰表达，运用提问和共情，协助患者回顾生命历程、发现自身价值、寻找自身慰藉，最终达至内心的安宁与和解。在终末期患者的灵性照护中，医护人员需通过叙事能力捕捉患者对“生命意义”的隐晦表达——正如在对一位终末期肺癌患者实施灵性照护时，医护人员倾听患者的故事，通过提问的方式引导患者看见自己的闪光之处，认识到自己的价值，发现生命的意义，痛苦有了很大的缓解，这正是沟通、尊重与关怀的具体体现^[22]。笔者总结了以下患者倾诉自己的灵性需求的方式：1. 表达对死亡的恐惧^[23]；2. 渴望得到他人的关爱；3. 想要完成未完成的心愿；4. 需要宗教信仰或心灵寄托。具体措施如下表：

表 1 患者倾诉自己灵性需求的方式

患者需求的具体表现	医护人员的照护策略
表达对死亡的恐惧	不加评判地倾听患者关于死亡的担忧或回忆，通过共情回应缓解恐惧。
渴望得到他人的关爱	通过日常交流传递关怀，让患者感受到被重视和陪伴。
想完成未完成的心愿	协助患者梳理心愿清单，联动多学科团队或家属共同协助实现。

患者需求的具体表现	医护人员的照护策略
宗教信仰或心灵寄托	尊重患者的宗教信仰，若患者无明确宗教信仰，可结合中国传统儒、道家思想，帮助其寻找心灵寄托。
寻找生命末期的意义与价值	通过引导性叙事回顾引导患者回顾生命中的重要经历，协助其发现自身价值，赋予剩余生命新的意义。

面对患者的灵性需求，医护人员应不加评判地倾听患者的故事、担忧或回忆，通过询问，聊天等方式提供情感共鸣，协助患者找到生命末期的意义，在有限的时间内寻得心灵的安宁和圆满，达到安宁疗护的目的。此外，医护人员可以从宗教信仰及中国传统儒、道家思想角度出发，提供给患者更加个性化的照护^[24]。

4. 多学科诊疗模式

多学科诊疗模式（Multidisciplinary Team, MDT）是核心实践方式，通过整合不同专业领域的资源，为患者提供全面、个性化的照护。多学科协作诊疗式安宁疗护干预通过采用不同学科诊疗与人文关怀相结合的方式，从多方位、多元化给予患者医疗服务^[25]。叙事医学的“整体观”推动多学科团队从“疾病治疗”转向“人的照护”，使不同学科人员通过共同倾听患者的生命叙事，理解其症状背后的情感与意义。赵丹丹^[26]认为，多学科协作诊疗式安宁疗护干预可有效改善终末期肿瘤患者的营养状况，有一定的临床应用价值。安宁疗护不仅提高了患者的生活质量，还改善了家属的心理应激水平，使家属以更平和的心态面对患者的情况^[27]。

笔者归纳出应用多学科诊疗模式的团队应该具备由心理咨询师、营养师、康复师、药剂师、理疗师组成的综合性治疗团队。团队成员各司其职，例如，疼痛管理需医生调整药物，心理咨询师处理疼痛引发的焦虑。推荐医护人员借助中医治疗手段，例如芳香疗法，五行音乐治疗法以减轻患者的痛苦，安宁其心灵。同时，建议不同专业背景的成员注重“照护全人”理念，加强整合各自倾听到的患者的故事片段，定制出以患者为中心的个性化照护方案

5. 人生回顾

人生回顾是 Bulter 在 1974 年首次提出的，是具有目的性，且按照一定的框架结构对过往进行的回忆，通过疼痛评估及梳理患者未完成的心愿、未解决的遗憾，赋予新的生命意义^[28]。人生回顾本身即是叙事医学“生命叙事重构”的直接实践。医护人员引导患者通过回顾自己的生命历程，回味悲喜，看见生命的价值，看见个体与他人之间的联系，帮助患者走出自我情绪的低谷，收获满足。翁志超^[23]认为，以家庭参与为特点的陪伴式人生回顾干预在安宁疗护服务中有明显的优势，患者可以借助家庭的共同回忆重识自我，看见自己的价值；同时促进家庭连接，改善患者的生存环境。

笔者总结，生命回顾的实施方式基本包括以下几种：1. 医护人员通过开放式提问引导回忆，通常可以借助一些具有纪念意义的老物品触发患者的回忆。2. 医护人员鼓励患者通过绘画，写作，录制视频的方式表达生命故事。3. 医护人员组织家庭齐聚，家人共忆往事，强化亲情纽带。此外，在进行人生回顾时，面对患者无法释怀的遗憾，医护人员应注意让患者亲近的人了解情况，以达到良好的安宁效果。

6. 尊严疗法

尊严疗法（Dignity Therapy, DT）是一种简单易行的个体化心理治疗干预^[29]。国外学者研究一致认为 DT（Dignity Therapy, DT）能够提升患者的尊严感、缓解患者的心理痛苦，最终提升患者的生命质量^[30]。目前已在加拿大等多个国家实施并取得了良好效果^[31]。尊严疗法的核心是“让患者成为自己生命故事的主导者”，这与叙事医学“赋权患者叙事”理念高度一致。目前，我国患者尊严护理领域的研究尚处于起

步阶段^[30]，随着我国老年化趋势的加重、全球化经济的发展，人们生活品质 and 需求的提高，越来越多的人开始重视生命的尊严^[29]。尊严疗法重点在于鼓励临终期患者表达内心真实感受，引导回顾一生中有意义的骄傲瞬间，传递感悟和正能量给家人，从而给予患者真正意义上的精神支持^[32]。但是在不同文化背景下，尊严疗法的适用性不同，因此，在将尊严疗法正式引入我国安宁疗护实践之前，应在引进其基本概念和模式的基础上对其进行本土化创新^[33]。家庭尊严疗法是一种由治疗师引导，以患者为中心，患者和家属共同参与的谈话疗法^[34]，首都医科大学的陈芷谦^[41]团队对其进行改良，增加了“四道人生”——“道谢、道爱、道歉、道别”，将其融入干预方案，并新增了“感恩感谢”和“道歉谅解”2 个主题，从而形成适合中国的家庭尊严疗法。目前较为适用的是模式如癌症晚期患儿全方位个体化尊严维护照护模式：以患儿为中心，以家庭为单位的全方位个体化尊严维护照护模式^[35]。

基于尊严疗法的安宁疗护能够实现患者身体、心灵、社会、精神等多方面、全方位照护，与常规安宁疗护相比，更注重增加患者生命重量，维护其人生尊严^[36]。

表 2 叙事医学视角下安宁疗护主要医患互动措施比较

措施	核心叙事功能	叙事医学关联点	主要适用情境 / 对象	主要挑战
哀伤辅导	叙事见证	归属	患者逝世前（主要针对家属）	需要处理家属间叙事冲突
家庭会议	集体叙事 共同决策	关注－再现－归属	病情告知、决策点、照护计划调整	病情告知、决策点、照护计划调整
灵性照护	探寻终极意义 心灵和解	关注－归属	患者表达灵性需求或存在深层痛苦	受文化宗教差异影响大
多学科诊疗 （MDTI）	共享叙事 整合照护	关注－再现	复杂症状、需求管理	时间协调成本高
人生回顾	生命叙事重构 意义发现	再现－归属	有回顾意愿、存在未了心结的患者	对患者健康状况有要求
尊严疗法	赋权叙事 遗产继承	赋权－再现－归属	希望留下信息、寻求生命总结的患者	文化适应性需本土化创新

五、讨论

本文探讨的哀伤辅导、家庭会议、灵性照护、人生回顾、多学科诊疗模式（MDT）以及尊严疗法等医患互动方法，在安宁疗护实践中均显示出积极的效能。从叙事医学的视角审视，这些措施本质上都是对“关注、再现、归属”核心理念的具体实践，其有效性很大程度上依赖于医护人员运用“倾听－理解－回应”的叙事能力，深入患者的生命故事，共同探寻疾病与死亡背景下的意义与价值。然而，每项措施在叙事功能的侧重、实施情境及面临的挑战上存在差异。下文将着重分析各项措施与叙事医学理论的具体关联，并系统比较其异同，以期更清晰地把握其应用价值与发展方向。

哀伤辅导的核心在于“叙事见证”与“意义重构”。医护人员运用叙事能力，倾听家属讲述逝者的故事（共同经历、未竟心愿、愧疚遗憾），理解其情感脉络，回应以共情和支持，协助家属在叙事中整合哀伤体验，赋予逝者生命新的意义，找到继续生活的方向（归属感）。这正是叙事医学“关注”个体独特经历、“再现”情感复杂性、寻求“归属”（与逝者关系的新定位）的深刻体现。不过，这样的方法就存在工作和患方上的问题^[37]，工作上如工作倦怠和工作负荷的问题，医护人员长期深度倾听沉重的人生故事，若缺乏有效的自我叙事反思（如督导、同伴支持），易导致共情疲劳和职业倦怠，这也凸显了在叙事医学实践中关注医护人员自身叙事健康的重要性。安宁疗护病房中疾病终末期患者占大多数，工作繁杂且强度高，护士可能无暇顾及家属的情绪，有时在护理过程中仅与家属简单交谈，难以展现哀伤辅导的效

果^[37],这也是目前哀伤辅导工作开展的难点所在。患方上如患者家属在问题上的分歧与矛盾,如部分家属因“是否告知患者真实病情”产生分歧,需医护人员提前介入协调,增加哀伤辅导的难度;以及受我国文化影响,越接近死亡,临终患者及家属在灵性方面的需求越大^[38]。患方上还涉及到病龄和病程的问题,患方家属不仅承担着照顾患者责任还面临着随时失去亲人的痛苦,尤其是照顾病程长、年龄大且病情较重的患者,家属已接受患者不可治愈的事实,易出现爱心疲乏^[37]。在未来的实施过程中,可采取如建立哀伤辅导团队等制度,以优化哀伤辅导的效果。

家庭会议是叙事医学“集体叙事”与“共同决策”的典型场景。医护人员引导家庭成员讲述患者的故事(如治疗的期望、对“善终”的隐性期待),倾听各方观点,理解家庭动力和价值观,回应以信息澄清和情感支持,促进基于共同叙事的医疗决策和照护目标达成。这个过程不仅传递信息,更是在共同构建关于患者生命末期意义的家庭叙事(再现与归属)。但是,家庭会议的召开时机、成本和病人能否参加家庭会议尚不明确。目前,安宁疗护家庭会议的成本尚不明晰,为医疗保险和政府补贴额度的制定带来一定的困难^[16]。并且,在安宁疗护的临床实践中,家庭会议召开时机差异性大,需要进一步研究明确何时召开家庭会议更能满足病人和家属的需求^[16]。研究表明,病人出席家庭会议时,病人的愿望会被更多地提及和关注,但阻碍了家属的情绪表达和医务人员提及无法控制的症状^{[39][40]}。

在哀伤辅导上可以在以下方面进行下一步研究:关注做哀伤辅导医务人员的心理健康,完善和健全哀伤辅导培训课程,加强安宁疗护护士哀伤辅导能力培养,重视患者及家属的个性化需求,普及死产教育相关知识^[37]。

人生回顾是叙事医学“生命叙事重构”技术的直接实践。医护人员引导患者系统回顾生命历程,回味悲喜,讲述重要事件和关系。通过这种结构化的叙事过程,帮助患者看见自己的价值、贡献和与他人的联结,整合未完成的遗憾,赋予剩余生命乃至整个生命历程新的意义(再现与归属)。这不仅是回忆,更是主动的意义创造过程。尊严疗法的核心——“让患者成为自己生命故事的主导者”——完美契合叙事医学“赋权患者叙事”的理念。通过治疗师引导的访谈,患者主动讲述其一生中最珍视的时刻、想传递的智慧与爱、未说出口的“道谢、道爱、道歉、道别”。这份被记录和传承的“遗产性叙事”,不仅极大提升了患者当下的尊严感和意义感(归属感),也是对其生命独特性的终极“再现”与肯定,为家属提供永恒的慰藉。其未来发展方向,目前都是集中在终末期患者身上,而后可发展成针对各个年龄段的人生回顾和尊严疗法方案^[41],以及探索更适合我国国情的人生回顾和家庭尊严干预方案^[42]。

MDT模式的成功运行高度依赖“共享叙事”。叙事医学的“整体观”要求团队成员共同倾听患者的生命叙事,理解其症状背后的情感、社会和精神维度的意义。不同专业背景的成员通过交流各自“倾听”到的患者故事片段,整合形成对患者需求的“整体再现”,从而制定出真正“以患者故事为中心”而非仅以疾病为中心的个性化照护方案,实现从“治病”到“照护全人”的转变。

目前家庭会议在内容上缺乏对病人和家属心理状况和灵性需求的关注,缺乏对安宁疗护理念的应用,未来可增加与此相关内容的研究^[16]。上文提到家庭会议缺少本土化满意度评估工具,建议结合我国“孝文化”“集体决策”传统,开发包含“家属参与度”“文化适应性”维度的评估量表。结合我国“孝文化”“集体决策”传统,能在家庭会议中深化“家族故事回顾”环节,正是将本土文化叙事资源融入叙事医学实践,强化家庭集体记忆与意义认同。

灵性照护是叙事医学探求“生命终极意义”的直接应用。面对患者对死亡恐惧、寻求关爱、未了心愿、信仰寄托等灵性需求,医护人员通过深度倾听患者的故事、担忧和信仰表达,运用提问和共情,协助患者回顾生命历程、发现自身价值、寻找精神慰藉,最终达致内心的安宁与和解。这本质上是通过叙

事互动,帮助患者在生命终点“再现”其一生的意义,找到“归属”于某种超越性力量或价值体系的平静。而其未来发展方向一是着力构建具有中国特色的灵性照护发展体系,将其当作一项蕴含深度人文关怀的护理措施予以推行,探索如何将中国传统文化中的生命叙述智慧如道家的“顺应自然”、儒家的“慎终追远”融入灵性照护实践,注重灵性照护的可持续发展;二是强化灵性照护理论与实践的同步嵌入研究,促使灵性照护的理念和知识切实转化为增强灵性照护能力的“助推器”;三是加强多学科的交流与合作,特别是机构之间和国家之间的互动交流,助力灵性照护实现深度融合与发展^[43]。

综上所述,从叙事医学视角系统梳理安宁疗护病房的医患互动措施,揭示了叙事能力是贯穿哀伤辅导、家庭会议、灵性照护、人生回顾、MDT协作及尊严疗法等实践的核心纽带与效能基础。深入理解各项措施在叙事功能上的共性与特性,是实现精准干预、优化组合应用的前提。未来研究与实践应持续深化叙事医学理论与本土化安宁疗护场景的融合,着力提升医护人员的叙事素养,将倾听患者故事、探寻生命意义、促进心灵归属置于照护的核心,方能真正践行安宁疗护提升生命质量、维护死亡尊严的崇高目标。

利益冲突

作者声明,在发表本文方面不存在任何利益冲突。

参考文献

- [1] 喻婷,周川茹,王聪,等.安宁疗护的概念分析[J].护理研究,2025,39(02):177-182.
- [2] Charon R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust[J]. *Jama*, 2001, 286(15): 1897-1902.
- [3] 刘维静.诠释学视角下叙事医学的辩证思考[J].南京医科大学学报(社会科学版),2025,25(01):59-65.
- [4] 马晶,包玉颖.叙事医学视角下医患沟通课程思政教学探索[J].现代医学,2024,52(S1):138-142.
- [5] 张彦会,沈瑞林,张玥.人文医学学科建设与发展的新思路[J].医学与哲学,2024,45(16):35-38+69.
- [6] 王思特,陈明.人文医学视域下高等中医药院校医艺融合美育模式构建——以南京中医药大学为例[J].中国中医药现代远程教育,2024,22(21):28-31.
- [7] 陈晓阳,曹永福.论人文医学的兴起与医学人文教育[J].中国高等医学教育,2003,(06):1-2.
- [8] 盛艳蕾,胡露红,何丽,等.丧亲者哀伤辅导及其干预模式的研究进展[J].护理研究,2024,38(05): 843-848.
- [9] 孙琼,陈永生,余燕梅,等.[J].中国社会医学杂志,2024,41(03):278-281.
- [10] Harrop E, Scott H, Sivell S, et al. Coping and wellbeing in bereavement: two core outcomes for evaluating bereavement support in palliative care[J]. *BMC Palliative Care*, 2020, 19(1): 29.
- [11] Young L, Pringle A. Lived experiences of singing in a community hospice bereavement support music therapy group[J]. *Bereavement Care*, 2018, 37(2): 55-66.
- [12] 苏孟宇,吴金凤,张玉玺,等.安宁疗护护士对哀伤辅导影响因素感知的质性研究[J].护理学杂志,2022,37(16):85-88.
- [13] 李晓燕,孔祥静,徐心怡.安宁疗护护士对终末期患儿父母行哀伤辅导经验的质性研究[J].医药高职教育与现代护理,2024,7(05):375-379.
- [14] 许林子.安宁疗护病房中丧亲哀伤干预的启示[J].叙事医学,2022,5(04):249-254+296.
- [15] 秦苑,高一虹.安宁家庭会议中家属互动方式多模态研究——“病房婚礼”案例分析[J].外国语

- 言文学,2022,39(03):15-29+133.
- [16] 王蒙蒙,徐天梦,赵咪,等.安宁疗护家庭会议临床实践的系统综述[J].中国社会医学杂志,2021,38(02):227-232.
- [17] Kawashima T, Tanaka M, Kawakami A, et al. Nurses' contribution to end-of-life family conferences in critical care: A Delphi study[J]. Nursing in critical care, 2020, 25(5): 305-312.
- [18] Hudson P, Quinn K, O'Hanlon B, et al. Family meetings in palliative care: multidisciplinary clinical practice guidelines[J]. BMC Palliative Care, 2008, 7(1): 12.
- [19] 何兴丽,徐红英,赵维仕,等.家庭会议对降低终末期癌症患者PI发生率的效果研究[J].现代医药卫生,2024,40(17):2959-2962.
- [20] 许湘华,谌永毅,肖亚洲,等.安宁疗护家庭会议专家共识[J].中华护理杂志,2023,58(13):1541-1544.
- [21] 黄海清,黄江捷,钟洋,等.安宁疗护专科护士主导的家庭会议在老年晚期癌症患者缓和照护中的应用效果[J].医药前沿,2024,14(03):80-82.
- [22] 宋静雨,白露,王蒙蒙,等.1例终末期肺癌患者剧烈疼痛及心理的安宁疗护[J].护理学报,2022,29(19):62-64.DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2022.19.062.
- [23] 翁智超,魏德毓,吴红.陪伴式人生回顾在安宁疗护中的个案研究[J].医学与哲学,2022,43(17):31-35.
- [24] 王书培,贾圆露,李唱,等.灵性照护在我国临床应用的SWOT分析[J].承德医学院学报,2023,40(06):533-536.DOI:10.15921/j.cnki.cyx.2023.06.018.
- [25] 马欢欢,方慧玲,赵丹丹.安宁疗护改善重症监护病房晚期肺癌疼痛患者生存质量的效果观察[J].癌症进展,2020,18(08):845-848+863.
- [26] 李金娜,赵丹丹.MDT式安宁疗护在终末期癌症患者中的应用观察[J].内蒙古医学杂志,2021,53(05):606-607+609.DOI:10.16096/J.cnki.nmgxzz.2021.53.05.035.
- [27] 温丽娜,李亚,宋芳.多学科协作诊疗式安宁疗护干预在终末期肿瘤患者中的应用[J].癌症进展,2023,21(06):683-685+696.
- [28] 马玉霞,王丹文,张姮.人生回顾疗法在带病生存患者重建生命意义过程中的运用与启示[J].解放军护理杂志,2016,33(16):49-51.
- [29] Chochinov H M, Hack T, Hassard T, et al. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life[J]. Journal of clinical oncology, 2005, 23(24): 5520-5525.
- [30] 许宝惠,李凤侠,孙丽,胡成文.国内外患者尊严研究进展[J].医学与哲学,2021,42(23):30-34.
- [31] Fitchett G, Emanuel L, Handzo G, et al. Care of the human spirit and the role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research[J]. BMC palliative care, 2015, 14(1): 8.
- [32] 王宁,姜琰,刘臻.尊严疗法在中晚期肺癌患者临终护理中的应用[J].中国肿瘤临床与康复,2017,24(08):999-1001.DOI:10.13455/j.cnki.cjcor.2017.08.29
- [33] 郭巧红.尊严疗法在安宁疗护实践中的应用[J].中国护理管理,2018,18(03):316-319.
- [34] Julião M, Santos A, Albuquerque S, et al. Operationalizing dignity therapy for adolescents[J]. Palliative & Supportive Care, 2020, 18(5): 626-631.
- [35] 林君忆,蔡思雨,邓婵娟,周翹,李慧君,郭巧红.癌症晚期患儿尊严维护照护模式初探[J].医学与哲学,2022,43(18):38-42.

- [36] 徐小萍, 卫燕, 杜华艳. 基于尊严疗法的安宁疗护在肺癌晚期患者中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2023,29(01):60–63.
- [37] 苏孟宇, 吴金凤, 张玉玺, 等. 安宁疗护护士对哀伤辅导影响因素感知的质性研究 [J]. 护理学杂志, 2022,37(16):85–88.
- [38] Bovero A, Leombruni P, Miniotti M, et al. Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice[J]. European journal of cancer care, 2016, 25(6): 961–969.
- [39] Salloch S, Ritter P, Wäscher S, et al. Medical expertise and patient involvement: a multiperspective qualitative observation study of the patient’ s role in oncological decision making[J]. The oncologist, 2014, 19(6): 654–660.
- [40] Meeker M A, Waldrop D P, Seo J Y. Examining family meetings at end of life: the model of practice in a hospice inpatient unit[J]. Palliative & Supportive Care, 2015, 13(5): 1283–1291.
- [41] 刘梅, 刘艳, 牟一鑫, 等. 安宁疗护患者尊严保护的干预研究进展 [J]. 护理学报, 2024,31(16):33–38. DOI:10.16460/j.issn1008–9969.2024.16.033.
- [42] 陈芷谦, 郭巧红. 家庭尊严疗法干预方案的构建 [J]. 中国护理管理, 2023,23(08):1249–1253.
- [43] 程丽楠, 陈茜. 灵性研究趋势及可视化知识图谱分析 [J]. 当代护士 (下旬刊), 2025,32(01):1–9. DOI: 10.19793/j.cnki.1006–6411.2025.03.001.