

叙事医学视域下农村订单医学生人文素养培育研究

——以吉首大学医学院为例

冯佰伟

吉首大学 湖南 吉首 416000

【摘要】：本研究旨在探讨叙事医学对提升农村订单医学生人文素养的有效路径。以吉首大学医学院为研究场域，通过混合研究方法，剖析当前订单医学生人文素养培育中的现实困境。研究发现，主要存在重技能轻人文、文化情境教育缺失、评价机制功利化等短板。基于此，研究提出构建“叙事能力培养-实践反思内化-职业认同升华”的渐进式培育模型，并设计出课程重构、平行病历书写、本土化叙事工作坊、叙事档案袋评价等具体实践路径。研究认为，叙事医学为破解基层医学人文教育难题提供了富有操作性的解决方案，对培养“下得去、留得住、用得好”的基层健康守门人具有重要价值。

【关键词】：叙事医学；订单医学生；人文素养；医学教育；实践路径

DOI:10.12417/2705-1358.26.05.019

1 引言

随着“健康中国2030”战略的深入实施和乡村振兴的全面推进，农村订单定向医学生培养质量直接关系基层医疗卫生服务体系的基础稳固。当前，基层医疗不仅需要技术精湛的医生，更需要善沟通、懂心理、有温度的“全人”医者。然而现实培养中，普遍存在技术理性压倒人文关怀的结构性矛盾。这种“重技轻文”的倾向，容易导致订单医学生职业认同模糊、共情能力不足、服务基层的内生动力不强。吉首大学医学院地处武陵山连片特困地区，承担着为湘鄂渝黔四省边区培养基层医疗人才的重任。在长期办学实践中发现，传统医学人文教育方式与订单生的特殊培养目标存在脱节。叙事医学以其“关注、再现、归属”的核心理念和实践工具，为弥补这一裂痕提供了新的可能。本研究聚焦叙事医学在农村订单医学生培养中的创新应用，以期同类院校提供可借鉴的实践方案。

2 核心概念与理论基础

2.1 农村订单医学生的特殊素养需求

农村订单医学生是国家、高校、个人和基层社区之间“社会契约”的承载者。其素养要求具有双重性：既需要扎实的医学专业知识应对常见病、多发病，更需要深厚的人文素养以适应复杂的基层医疗情境。这种人文素养具体表现为：对乡土文化的理解与尊重、与教育水平有限患者的沟通艺术、在资源约束下的伦理决策能力，以及对服务社区的归属感和责任感。

2.2 叙事医学的核心框架

叙事医学强调通过训练医者的叙事能力提升医疗实践品质，其三大核心实践包括：（1）关注：以开放、专注的态度倾听患者的完整故事。（2）再现：通过书写等方式对故事进行创造性再现与反思。（3）归属：建立医患间的情感连接与治疗联盟。

主要实践工具包括平行病历、反思性写作、叙事小组讨论等，这些工具将抽象的人文理念转化为可操作的临床实践技能。

2.3 二者结合的内在逻辑

（1）对象匹配：农村患者的疾病叙述常与文化信仰、家庭困境交织，需要医生具备特殊的“听故事”能力。（2）目标一致：叙事实践能促进订单生将外部契约内化为职业认同。（3）方法互补：叙事医学的实践性特质恰好弥补传统人文教育“知易行难”的短板。

3 现状诊断：吉首大学的实证分析

通过对吉首大学医学院320名订单医学生的问卷调查和深度访谈，发现其人文素养培育存在以下突出问题：

3.1 三维困境表现

（1）认知与行为脱节：94%的学生认同人文素养的重要性，但仅35%有信心处理复杂的基层医患沟通。（2）共情能力表层化：情感共情得分高（4.32/5），但认知共情（3.45/5）和行

为共情(3.21/5)明显不足。(3)职业认同波动大:年级间呈现“U型”分布,大二、大四年级出现明显的认同低谷期。

3.2 质性分析揭示的深层问题

访谈发现,学生普遍面临三大困境:(1)“无处安放的情感”:临床中的感动与困惑缺乏表达渠道。(2)“跨越文化鸿沟的无力”:难以将医学知识转化为患者能理解的语言(3)“理想与现实的落差”:基层工作条件与发展空间的顾虑影响职业信念。访谈发现,农村订单医学生在临床实践与基层服务中普遍面临三大核心困境,这些困境不仅影响其职业适应能力,更对人文素养的内化与践行构成挑战。首先,学生常陷入“无处安放的情感”困境。在临床实习中,他们频繁接触患者及其家庭,既被患者坚韧的生命力所感动,也对疾病带来的社会不公、家庭破碎等现实问题感到困惑。然而,现有教育体系缺乏情感表达与反思的制度化渠道,学生难以通过正式课程或指导获得情感疏导与价值观引导,导致这些情感体验被压抑或忽视,进而削弱其共情能力的持续发展。其次,学生遭遇“跨越文化鸿沟的无力”难题。农村患者群体文化水平参差、方言多样,且对医学知识理解有限,学生虽掌握专业术语,却难以将其转化为患者可接受的通俗语言。例如,在解释慢性病管理时,学生可能因沟通障碍导致患者依从性下降,而教育中缺乏跨文化沟通训练,使学生无法有效弥合这一鸿沟,影响人文关怀的实践效果。最后,学生深受“理想与现实的落差”困扰。基层工作条件艰苦、资源匮乏,且职业发展空间受限,这些现实顾虑与入学时的职业理想形成强烈反差。访谈中,学生普遍表达对长期服务农村的犹豫,这种心理落差不仅动摇职业信念,还可能导致服务动机减弱,进而影响人文素养的持久践行。

3.3 问题归因

(1)课程体系失衡:人文课程与专业教育“两张皮”。(2)教学方法单一:以理论灌输为主,缺乏情境体验。(3)评价机制偏颇:重知识考核轻素养评价。(4)文化教育缺位:对服务区域的特殊文化缺乏系统了解。

上述困境的根源可追溯至教育体系的多个层面。其一,课程体系失衡是核心问题,表现为人文课程与专业教育“两张皮”。现有课程设计将医学专业知识与人文社科内容割裂,人文课程常被视为补充而非核心,导致学生难以在临床实践中整合两者。例如,医学伦理学课程可能独立于内科学教学,学生无法在诊断过程中自然应用伦理原则,这种分离削弱了人文素养的实践转化。其二,教学方法单一加剧了困境。教育以理论灌输为主,缺乏情境体验与互动实践,学生被动接受知识而无法主动参与。例如,叙事医学教育若仅通过讲座传授,而非角色扮演或社区实践,学生便难以在真实场景中练习沟通技巧,导致情感表达与文化适应能力不足。其三,评价机制偏颇强化

了问题。考核体系重知识轻素养,以笔试成绩和操作评分为主导,忽视质性评价如反思日志或沟通案例。这种机制迫使师生聚焦可量化指标,而忽略情感共鸣、文化理解等深层素养,进一步边缘化人文教育。其四,文化教育缺位是重要因素。教育内容未系统涵盖服务区域的特殊文化,如少数民族习俗或方言差异,导致学生缺乏文化敏感性训练。例如,未针对农村多民族聚居地设计文化适应课程,学生便难以在沟通中尊重患者信仰,加剧“文化鸿沟”的无力感。这些归因相互交织,共同构成农村订单医学生人文素养培育的深层障碍。

4 培育模式构建与实践路径

4.1 “三阶递进”培育模型

构建“能力奠基-实践转化-认同升华”的渐进式模型:

能力层:通过叙事医学课程系统训练倾听、书写与反思基本功。课程设计聚焦患者故事分析、反思日志撰写及跨文化沟通技巧,结合案例研讨与角色扮演,强化学生对疾病社会文化维度的理解,奠定人文素养基础。

实践层:在临床实习与社区服务中应用叙事工具解决实际问题。通过参与农村患者随访、健康宣教等活动,学生实践故事倾听与共情沟通,将理论转化为应对资源匮乏、文化差异等现实挑战的能力。

认同层:通过持续反思强化职业价值感与使命感。利用反思工作坊、同伴互评等形式,引导学生总结实践经验,深化对基层医疗价值的认知,内化服务农村的长期承诺,实现人文素养的升华。

4.2 四位一体实施路径

(1) 推行平行病历制度

要求学生在临床实践中每月完成2份平行病历,重点记录:与农村患者沟通的特殊经历;伦理困境与情感冲击;文化因素对诊疗的影响范例片段:“在为一位土家族糖尿病患者换药时,我记录的不仅是创面情况,更是他反复念叨‘给儿女添麻烦’时的愧疚,是他望向窗外老槐树时眼中的牵挂。这让我明白,治疗的不仅是一只脚,更是一位害怕成为负担的父亲。”

(2)开展本土化叙事工作坊。组织学生收集武陵山片区“民间医疗故事”;围绕“苗医与现代医学对话”等主题开展研讨;将优秀成果汇编成地方特色辅助教材。

5 实施挑战与应对策略

5.1 面临的主要挑战

(1)师资瓶颈:既懂临床又擅叙事的“双师型”教师稀缺

叙事医学教育要求教师不仅具备扎实的临床医学知识，还需精通叙事理论、文学分析及跨学科沟通技巧。然而，当前农村订单医学生培养体系中，此类“双师型”教师极为匮乏。多数临床教师长期专注于生物医学模式，缺乏人文社科领域的系统训练，难以有效引导学生进行患者故事分析、反思写作及跨文化沟通实践。这种师资结构性短缺直接导致叙事医学课程设计流于表面，难以深入挖掘疾病背后的社会文化维度，影响农村订单医学生人文素养的实质性提升。

(2) 课时冲突：现有课程体系饱和，整合难度大

农村订单医学生的课程体系以临床技能和基础医学为核心，课时安排紧凑，新增叙事医学内容面临显著冲突。传统课程设计强调知识灌输和技能训练，缺乏弹性空间容纳叙事医学所需的案例讨论、角色扮演和社区实践等活动。课程整合的难度不仅体现在时间分配上，还涉及教学大纲的修订、评估标准的调整以及跨学科协作的复杂性，使得叙事医学难以有机融入现有培养框架。

(3) 评价阻力：质性评价与传统量化考核体系的矛盾

叙事医学教育注重过程性评价，如学生反思日志的质量、医患沟通的深度及文化适应能力，这些难以通过标准化考试量化。然而，现行考核体系以笔试成绩和临床操作评分为主，强调可量化的成果，导致质性评价方法被边缘化。这种矛盾削弱了叙事医学的教学效果，教师和学生均面临评价压力，可能忽视人文素养的长期培养。

(4) 文化适应：叙事工具如何与少数民族文化深度结合

农村订单医学生服务区域常涵盖多民族聚居地，叙事医学工具，少数民族患者可能对疾病叙事持有独特视角，或对医患沟通方式有特定期待。若叙事教育未能融入文化敏感性训练，可能导致沟通障碍或信任缺失，影响人文关怀的实践效果。

5.2 应对策略建议

(1) 师资建设：实施“叙事医学师资培育计划”，组建跨学科教学团队；针对“双师型”教师短缺，可启动专项培育

计划，联合医学院校、文学系及社会学机构，培训临床教师掌握叙事理论、文学分析方法和跨文化沟通技巧。同时，组建跨学科团队，整合医生、心理学家、人类学家等资源，共同设计课程和评估标准，确保教学内容兼具临床实用性和人文深度。

(2) 课程改革：通过“整合课程”优化结构，为叙事实践创造空间；采用“整合课程”模式，将叙事医学模块嵌入现有临床课程，如在内科学教学中融入患者故事分析，或在社区医学实践中增设文化适应工作坊。通过精简冗余内容、优化课时分配，为叙事活动预留时间，并利用在线平台提供补充学习资源，缓解课时压力。

(3) 制度保障：将叙事医学成果纳入教师绩效考核体系；改革考核机制，在教师绩效评价中增加叙事医学教学成果的权重，如学生反思日志质量、跨文化沟通案例开发等。建立质性评价标准，结合同行评审和学生反馈，形成动态评估体系，激励教师投入叙事教育，同时平衡量化与质性指标。

(4) 资源开发：建设本土化教学案例库和文化适应指南；针对文化适应挑战，开发本土化案例库，收录农村及少数民族地区的真实患者故事，并配套文化适应指南，涵盖语言翻译、习俗解读和沟通技巧。通过田野调查和社区合作，确保案例和指南贴近实际需求，增强叙事工具的文化适用性。

6 结论与展望

叙事医学为农村订单医学生人文素养培育提供了理论创新和实践突破。其价值在于：(1) 将抽象人文具象化：通过平行病历等工具，使人文关怀可操作、可评价。(2) 促进职业认同内化：在叙事反思中完成从“契约约束”到“价值认同”的转变。(3) 提升文化胜任力：增强对服务区域特殊文化背景的理解与尊重。未来，吉首大学医学院将继续深化叙事医学改革：；开发武陵山片区特色叙事医学案例库；开展5-10年长期追踪研究，评估培养成效；构建“校-政-医”协同育人机制。通过持续的探索与实践，叙事医学有望培养出更多“手握技术、心怀温情、脚沾泥土”的新时代基层健康守门人，为健康乡村建设注入持久的人文动力。

参考文献：

- [1] 国务院办公厅.关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见[J].2018.
- [2] 郭莉萍.叙事医学:医学人文教育的新篇章[J].医学与哲学,2019,40(1):1-5.
- [3] Charon R.Narrative Medicine:Honoring the Stories of Illness[M].Oxford University Press,2006.
- [4] 王瑾等.农村订单定向医学生职业认同感现状分析[J].中国卫生事业管理,2020,37(5):370-373.
- [5] 杨晓霖.叙事医学在中国:过去、现在与未来[J].学术月刊,2023,55(1):78-87.
- [6] 刘惠军等.从技术理性到叙事理性:医学教育范式变革的思考[J].高等教育研究,2021,42(2):78-84.