

• 论 著 •

叙事护理不是叙事疗法：论叙事护理学的底层逻辑

杨晓霖^{1,2}

(1.南方医科大学 顺德医院叙事医学研究中心,广东 佛山 528000;

2.南方医科大学 通识教育部,广东 广州 510000)

【摘要】 目的 探讨叙事护理产生价值的底层逻辑,以帮助护理人员正确认知叙事护理学。**方法** 从叙事护理在中西方发展的现状出发,以中国叙事医学逻辑体系为参照,运用文献综述与理论构建方法,剖析叙事护理学的底层逻辑,解析叙事护理和叙事疗法的根本区别。**结果** 叙事护理是一种与循证护理互补的护理研究、护理管理与临床护理实践思维;而叙事疗法则是心理学下面的一种实践路径,是解决心理问题的一种方法。**结论** 叙事护理学是一门运用叙事思维回应和化解护理语境下不同主体遭遇的叙事危机,如民众因生命健康叙事素养缺失而导致的健康危机、护理人员因职业叙事自我不够强大而出现职业倦怠问题、患者因叙事闭锁而陷入的慢性疾病状态,实现高质量护理的一门新兴学科。

【关键词】 叙事护理学;叙事疗法;叙事自我成熟度;护理叙事思维

doi:10.3969/j.issn.2097-1826.2024.12.001

【中图分类号】 R47 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2097-1826(2024)12-0001-05

Narrative Nursing Is Not Narrative Therapy: On the Underlying Logic of Narrative Nursing

YANG Xiaolin^{1,2} (1.Research Center of Narrative Medicine, Shunde Hospital, Southern Medical University, Foshan 528000, Guangdong Province, China; 2.Department of General Education, Southern Medical University, Guangzhou 510515, Guangdong Province, China)

【Abstract】 Objective To explore the underlying logic of the creation of value in narrative nursing, so as to help nursing staff correctly understand the field. **Methods** Based on the status quo of narrative nursing at home and abroad, with reference to the logical system of Chinese narrative medicine, the underlying logic of narrative nursing was analyzed and the fundamental difference between narrative nursing and narrative therapy was elaborated by literature review and theoretical construction methods. **Results** Narrative nursing is a kind of nursing research, nursing management and clinical nursing practice thinking that complements evidence-based nursing. Narrative therapy is a practical path under psychology and a method to solve psychological problems. **Conclusions** Narrative nursing is an emerging discipline that uses narrative thinking to respond to and resolve narrative crises encountered by different subjects in the nursing context, such as the health crisis caused by the lack of bio-health narrative competence of the patients and ordinary people, the burnout of nursing staff due to the lack of strong ego in professional narration, and the patients who become troubled by chronic diseases due to narrative closure, so as to achieve high-quality nursing.

【Key words】 narrative nursing; narrative therapy; level of maturity in self-narrating; narrative thinking in nursing

[Mil Nurs, 2024, 41(12): 1-5]

近年来,叙事护理在国内发展较快,但目前国内学者以评述、翻译和概括西方学者理论为主,护理工作者尚缺乏对叙事护理底层逻辑的思考,大多将其等同于叙事疗法。叙事疗法有其自身价值,但叙事护理与其具有本质区别。要使叙事护理走得更远,护理专业人员应正确认识叙事护理底层逻辑,提升

应对职业复杂性的叙事自我成熟度,引领叙事护理朝着更科学的方向前行。本文在论述中西叙事护理发展状况并阐释其概念内涵的基础上,提出叙事护理学是运用叙事思维及叙事理念化解医疗语境下护患出现的各维度叙事危机,实现高质量护理的一门学科,而叙事护理与循证护理相融合是护理新质生产力发展的新范式。通过论述叙事护理与叙事疗法的根本区别,剖析叙事护理学的底层逻辑,围绕护理人员的叙事自我成长状况,论述护理职业叙事能力

【收稿日期】 2024-08-27 **【修回日期】** 2024-10-10

【基金项目】 “十四五”规划国社科后期资助项目(21FSHB007)

【作者简介】 杨晓霖,硕士,教授,电话:020-61648522

应对复杂且具挑战, 关乎生命安全与健康质量的职业而言的重要价值, 从而帮助护理专业人员深入理解叙事护理的作用机制和推进策略。

1 国内外叙事护理发展概述

1.1 国外叙事护理发展概述 医护人员对叙事的兴趣源于对疾病背后“受苦、受难、与疾病战斗的人类主体”的关注^[1]。早在 20 世纪 90 年代, 国外护理人员开始重视叙事, 并将叙事描述为挖掘实践中蕴含的智慧, 恢复护理艺术的手段^[2-3]。2000 年, Liehr^[4]在对心脏病患者护理中践行“用心拥抱故事”的理念, 证明人类故事中蕴含的治愈潜力。Smith 和 Liehr^[5]继续丰富叙事的概念, 即以叙事方式呈现故事, 这种理论假设患者的故事与其健康状况关系密切, 它要求护士放下预设观念, 尊重讲述者, 通过提问来明晰故事的意义, 建立与自我的联系, 体验与患者的共情, 并朝着解决复杂健康问题的新方向发展。

20 世纪末至 21 世纪初, 随着叙事医学的兴起, 护理人员从中获得很多理论借鉴与实践经验。2001 年, Charon^[6-7]首次提出“叙事医学”概念, 并引领医学教育的叙事革命。2017 年, Fitzpatrick^[8]认为, 叙事护理侧重于反思实践的应用, 倡导运用系统思维反思护理职业行为, 在护患互动中通过理解故事来改进干预措施。Artoli^[9]提出综合叙事护理模式, 包含叙事护理评估、叙事护理诊断、叙事护理教育 3 个执行过程, 将质性与量性研究结合, 为患者制定最佳临床决策, 使护理实践更加精准化、系统化。

1.2 我国叙事护理发展概述 叙事医学的概念被引入我国后引发了医学领域不同学科的叙事革命^[10]。叙事护理就是其中重要的一个。在发展过程中形成两种模式, 一种援用西方上个世纪 80 年代提出的叙事疗法, 将其融入临床护理工作, 这一模式以李春等心理护理专家为代表^[11]; 一种将叙事护理视为跨学科融合的新体系, 而非心理学下面的一种疗法, 这一模式以姜安丽及其培养的硕博为代表^[12]。前者主要运用“问题外化”等方法, 旨在摆脱将“人看作问题”的治疗观念。后者则认为叙事护理是由叙事医学“派生”出来的概念, 将其定义为“具有叙事护理能力的护士开展的一种见证、理解、体验和回应患者疾苦的实践模式”, 将“关注-理解-反思-回应”融入护理全过程, 提出“双线制”叙事护理实践流程^[12]。2011 年, 南方医科大学杨晓霖^[13]发表全国最早的叙事医学学术文章, 并将其融入医学教育中。2013 年, 姜安丽^[12]在中国叙事医学发展基础上, 最早将叙事护理概念引入护理学领域, 并积极探索相关课程设计与教育模式构建, 致力于叙事护理人才

培养, 并推动叙事护理学学科发展。可以说, 叙事护理学是叙事医学框架下重要的一个分支学科, 叙事护理是一种运用叙事思维及叙事理念回应和化解医疗语境下护患出现的各种叙事维度问题与危机, 实现高质量护理的新兴护理理念与实践^[14]。但总体而言, 国内护理学者与实践者仍缺乏对于叙事护理产生价值的底层逻辑及其赋能机制的深入思考, 大多将其等同于叙事疗法。

2 叙事护理学的底层逻辑

底层逻辑指的是一个系统或者理论的运作原理, 它是整个系统或理论产生价值的核心所在, 是寻找解决问题路径的思维方法, 是支撑起整个系统或理论, 使其维持活力并持续发展的基础。作为叙事医学的重要分支, 叙事护理学遵循与叙事医学相同的底层逻辑, 即是一种以叙事思维作为整体框架, 在促进医护人员职场叙事自我成长的同时, 增强患者及民众的生命健康叙事素养, 让叙事在医疗与护理管理、医护职业认同与成长、人际沟通与危机化解、患者教育与健康管理、疾病诊断与全人疗愈、疾病科普与健康传播以及安宁疗护与哀伤辅导等方面发挥积极动态作用的医疗护理模式^[14-15]。叙事医学体系中倡导的叙事思维是一种与循证思维互补的综合思维模式, 两者充分融合是保障患者安全与医疗质量的基石^[15]。与叙事医学的运行逻辑相似, 叙事护理与循证护理也是一种互补关系。两种护理范式充分融合, 能够引发护理实践的革新性发展, 促使护理学科朝着新质生产力的方向发展^[15]。

2.1 叙事自我的成熟度与全人健康及职业发展之间的逻辑关系

2.1.1 叙事自我成熟度与全人健康 生命健康叙事理论指出人类同时拥有 4 种类型的自我——“体验自我”“叙事自我”“镜像自我”和“被叙述的自我”^[16]。总体而言, 虽然 4 种类型的“自我”都不可或缺, 但是, “叙事自我”是“我”在生命进程中实现成长、改变和发展的内核推动力, 对于主体的生命进程能否顺利向前正向推进以及心身健康能否得到保证和时时调节起到关键性作用。从叙事护理学的视角来看, 个体的叙事自我出现状况(人际叙事连接意识缺失、不同类型的叙事闭锁, 叙事自我成长停滞, 自我叙事调节能力弱化等)是患者罹患大部分心血管疾病、癌症、神经系统疾病、消化系统疾病以及抑郁等疾病的底层原因。

叙事闭锁指的是“将自己禁锢在停滞的故事空间里, 无法跳出过去的某个故事, 吸纳当下新的叙事养分, 推动叙事进程积极动态地向前发展的不良生

命状态”^[17]。无论是普通民众还是医护人员,个体遭遇健康危机或生命困境的底层原因大多在于叙事自我成长受到阻滞,陷入某种叙事闭锁状态^[17]。当主体表现出囿于己见、困于己事、限于己思、难以沟通的封闭状态而不自知,就已陷入“叙事闭锁状态”。叙事闭锁可以分为创伤、疑虑、老年、单一患者身份、单一职业身份等不同类型^[15,17]。护理人员对于患者所处的叙事闭锁状态的了解,有助于帮助患者认知疾病产生发展的内在原因,实现叙事自我的动态成长,走出疾病状态。

2.1.2 叙事自我成熟度与护理职业发展 从叙事护理学的视角来看,个体的叙事自我出现状况(人际叙事连接意识缺失、不同类型叙事闭锁、自我叙事调节能力弱化等)也是护理人员在开展同行之间、护患之间多维度沟通合作,建立和谐护患关系等多种场景遭遇困境,影响护理效率和质量提升的底层原因。对于与人的生命健康打交道的行业而言,职场叙事自我的成熟度决定其职业是否能实现可持续发展。医护人员的叙事自我成熟度与其幸福力、健康力、专注力、创造力、想象力、共情力、决策力、行动力、领导力、智慧力、因果推断力、情绪控制力、生命复元力、危机预测力和化解力息息相关^[15]。人际叙事连接与叙事闭锁是叙事医学底层逻辑中的核心关键词^[15]。具备一定叙事自我成熟度的医护人员懂得主动与管理者、职场同行以及服务对象建立良好的人际叙事连接^[18-21],能够在多维叙事互动中,运用叙事理念对其他主体展开文本细读,了解其人际叙事连接状况,并甄别其是否陷入某种类型的叙事闭锁状态,对其展开积极的叙事照护。叙事是全人健康和生命安全的基石,护理人员和患者建立叙事连接,是展开照护的第一步^[15]。叙事连接意识能促使护理人员增强对患者个体独特性的理解,发现许多关于患者生命境况的细节,有针对性地展开精准照护^[15]。叙事连接在每一个生命主体叙事自我的成长方面都能够产生神奇的力量^[15]。护理人员叙事自我的成长经由两种形式,一是直接叙事连接,也就是多一点进入周围人的世界,愿意进入家人、师友、同事和其他有机会面对面接触的人的生命故事,与其展开叙事性互动,藉此推进自我的社会化进程,增强应对与解决现实问题的能力;二是间接叙事连接,藉由文学、影视剧、多场合叙事分享等媒介,与历史人物或同时代人物之间建立跨时空叙事连接,更好地认知生老病死,认知护士职业的本质,在故事中展开职业反思,实现自我叙事调节。直接叙事连接是叙事自我成长的基础,间接叙事连接是生命体验的补充和拓展^[15]。

2.1.3 叙事思维对护理职业叙事自我成长的价值 叙事思维是一种转换视角理解他人的生命故事,共情他人的生命境遇,主动展开沟通并化解危机的思维。中国古代所倡导的人际智慧就蕴含深厚的叙事思维。孔子曰:“君子有九思:视思明,听思聪……,疑思问,忿思难,见得思义。”“视思明”是其他八思的基础。只有“视思明”才能达到“听思聪”(声入心通)的层次,所谓“视思明,听思聪”就是要让主体在看和听的同时充分发挥叙事想象力和推断力的作用,透过现象看本质,达到“明”和“聪”的目的^[18]。

以叙事医学逻辑话语为出发点,护理叙事思维是一种在护理过程中善于转换视角看见自我、同事和患者及其家属等的生命境遇,积极运用自己主动积累的叙事资本因人而异地展开专注倾听、充分理解、有效回应、积极赋能活动的实践智慧,是一种与循证护理、科学护理和技术护理相对应的思维^[14]。“看见”与“看”不一样,“看”只是用眼睛看,而“看见”则是将眼睛看见的物理情形传输到大脑里,进行充分的信息处理,展开叙事性想象、叙事性推断与预判,形成对被看的人的生命故事的立体全景图或深景图,继而运用同理心去体味和回应其境遇,达到赋能其叙事自我并实现成长的过程。叙事护理实践的条件是护理人员有叙事经验积累、有对患者生命故事保持好奇心、有展开多维叙事互动的亲和力,并具备针对个体独一无二的生命境遇展开有效回应和赋予对方主动改变与内在成长的综合职业素养。可以说,护理人员的叙事思维是一种暖思维、智思维和成长性思维。文本细读及叙事推断训练是培养护理人员良好叙事思维,提升职业叙事自我成熟度的重要方法。

2.2 叙事护理与叙事疗法的区别 叙事护理可归为后现代护理范式,它与作为后现代心理学方法的叙事疗法有着明显的区别。

2.2.1 叙事护理超出心理治疗单一维度 相较于专注于心理问题的叙事疗法,叙事护理学所涉维度更为广泛,涵盖叙事护理管理、叙事护理患教、叙事护理科普、叙事全人照护、叙事安宁护理、叙事危机化解和护理文化构建与传承等。除了叙事全人照护涉及心理维度之外,其他大多涉及的是管理学、健康传播、人际沟通、人类学、伦理学、生命哲学等维度。护理人员的职业叙事能力也不只局限于心理支持的功能,还包括人际沟通力、叙事调节力^[20]、叙事调解力^[15]、叙事诊断力^[15]、叙事共同决策力^[21]、叙事复元力^[20]、叙事统整力^[20],是一种运用叙事资本去关注、倾听和有效回应的综合能力^[14],将其理论狭隘化以及将其实践内容固化都不利于叙事护理的长久

发展。

叙事护理的应用场景比叙事疗法要广泛得多,不只是聚焦于患者心理问题的应对,而是涵盖护理的全要素与全过程。也就是说,运用叙事思维和叙事理性展开叙事护理实践,能够动员医护患的最大化参与,助力医疗健康语境下各大主体(医院管理者、医护人员、患者及其家属等)实现价值共生,使每个主体都能成为不断激发内在资源、持续创造价值的源泉^[20]。

2.2.2 叙事护理涉及的主体间维度更全面 不同于叙事疗法所侧重的护患之间的疗愈关系,叙事护理在护患叙事共同体基础上,倡导护理人员与自我、家庭成员、同事、患者和患者家属以及社会 5 个维度展开深度叙事互动,侧重的是一种相互滋养、彼此扶持的多维横向连接。这 5 个维度的叙事意识与行为能力具有相互增益性,能激发内在资源的多向流动,有效避免单一护理职业身份叙事闭锁和职业倦怠^[18]。

2.2.3 叙事护理中的心身照护维度与叙事疗法之间存在差异 尽管叙事护理包含全人心身护理的维度,但叙事护理学中的全人叙事照护与叙事疗法也有根本差异。叙事疗法是一种改善方式,“疗”首先设定的是对方有心理疾病,要运用叙事方法对其进行治疗,以症状消除为目标;叙事护理中的“叙事全人照护”则是将症状视为一种生命处于“暂时性”叙事闭锁状态所释放出的自我警示或求救信号^[17],护理人员不是通过各种量表来测定患者的焦虑或抑郁程度,也不将其标签为心理疾病患者,而是倡导因人而异地展开生命叙事互动,在互动中自然达到自我叙事调节的目的,以心身整合的理念引导生命个体产生内在成长的潜力,激发生命复元力,恢复全人健康。在治疗关系方面,叙事疗法以“心理治疗师”与“治疗对象”的二元身份来看待自己与病人之间的关系。全人叙事照护则倡导护理人员跳出护理与被护理、治疗与被治疗的二元身份,暂时放下专业身份,以“人”与“人”的最朴素关系展开互动与交流,也就是以平等的横向叙事关系为特点,在相互触动中实现双向滋养与成长^[21]。相较于叙事疗法对患者的心理问题的单向疗愈,叙事护理强调护患的双向成长。在展开叙事护理实践之前,护理人员首先要系统地提升职业叙事能力和临床叙事思维,通过积累叙事经验,才可能灵活运用叙事智慧帮助遭遇苦难的患者以及其他主体走出逆境、困顿和迷茫,奔向新生^[20]。

2.2.4 叙事护理不倡导固化步骤和流程 在护理实践中,不少护理人员将叙事治疗的方法融入临床护理工作中,通过外化、解构、改写、外部见证以及治疗

文件等技术对患者开展叙事照护与心理干预,而叙事护理没有固化的操作程序与实施步骤,更强调的是护理人员叙事素养的内化和与患者建立叙事连接的过程中,因人而异地开展个性化叙事照护^[15]。带着固化的步骤和技术去与患者交流,往往事与愿违,无法真正打开患者心扉,赋能给对方。事实上,西方精神心理学家在上个世纪 80 年代提出叙事疗法这个概念时,并没有让实践者带着这 5 个步骤去展开治疗,而是归纳出大多数情境下涉及的这 5 个元素。叙事护理并不要求每位护理人员成为心理专家或心理咨询师,而是强调掌握基本的人际叙事互动技巧。当我们将护理实践固化为一个绝对同质化的标准流程或标准模板(standard operation procedure, SOP),套用某个格式去沟通时,往往会引起患者及其家属的不适,只是迫于护患关系而被动应付。如此,一方面仅能获得与患者之间的表面连接,无法真正深入患者内心,转化其痛苦经验,难以达到促进其叙事自我成长,因人而异地展开个性化照护的目的,其就医体验感注定不好;另一方面,医护人员在刻板固化的护理程式中易产生无意义感、倦怠感,难以实现高质量护理。从叙事护理学的角度来看,患者的疾病经验和体验有一定的共性,但护理人员与每一个患者的交往和交流都是独特的、个体化的。千篇一律的固化程式只会限制护理人员的创新思维和想象力,阻碍其自身的成长和职业价值认同。护理人员应对每一个患者独一无二的生命境遇保持好奇心,愿意与患者及其家属建立横向平等的人际叙事连接,针对不同的患者个体及其家属,予以个性化回应,实现叙事自我的共同成长^[20-21]。

3 小结

叙事护理是一种全新的护理模式,它不是机械固化的技术,也不是生硬套用的程式;而是一种灵活应对各种复杂境况的人性化照护艺术。叙事护理涉及的不只是心理护理,而是护理实践中的各个环节。要使我国叙事护理走得更稳、行得更远,在护理人员自身全面受益的前提下,获得患者及民众由衷的认可,护理人员必须清晰地意识到目前叙事护理研究与实践中的认知误区,叙事医学和叙事护理学者有责任引导护理人员开展叙事护理学的体系化学习,掌握最新的叙事护理逻辑话语体系,遵循叙事护理的底层逻辑,把握叙事护理的内涵与实质,将叙事素养内化于心,外化为自觉的叙事护理行动,在循证思维和叙事思维的双重助力下,最大化地提升护理质量和改善患者就医体验,实现真正精准的全人护理。

【参考文献】

- [1] SACKS O. The man who mistook his wife for a hat[J]. Br J Psy-

- chiatry,1995,166(1):130-131.
- [2] SANDELOWSKI M. Telling stories; narrative approaches in qualitative research[J].Image J Nurs Sch,1991,23(3):161-166.
- [3] BOYKIN A,SCHOENHOFER S O.Story as link between nursing practice,ontology,epistemology[J].Image J Nurs Sch,1991,23(4):245-248.
- [4] LIEHR P.Using story theory to guide nursing practice[J].Int J Hum Caring,2000,4(2):13-18.
- [5] SMITH M J,LIEHR P.Story theory:advancing nursing practice scholarship[J].Holist Nurs Pract,2005,19(6):272-276.
- [6] CHARON R.Narrative medicine:form,function and ethics[J].Ann Intern Med,2001,134(1):83-87.
- [7] CHARON R.Narrative medicine:a model for empathy,reflection,profession,and trust[J].JAMA,2001,286(15):1897-2001.
- [8] FITZPATRICK J J. Narrative nursing:applications in practice,education, and research[J].Appl Nurs Res,2017(37):67.
- [9] ARTIOLI G,FOÀ C,TAFFURELLI C. An integrated narrative nursing model: towards a new healthcare paradigm[J].Acta Biomed,2016,87(4-S):13-22.
- [10] 杨晓霖.医学和医学教育的叙事革命[J].医学与哲学,2011,32(9):64-65.
- [11] 李春.叙事护理[M].呼和浩特:内蒙古科学技术出版社,2016:6-7.
- [12] 姜安丽.叙事护理的发轫与探究[J].上海护理,2018,18(1):5-7.
- [13] 杨晓霖.医学与叙事的互补:完善当代医学的重要课题[J].医学与哲学,2012,33(6):12-14.
- [14] 杨晓霖.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.
- [15] 杨晓霖.中国叙事医学与医者职业素养[M].广州:广东高等教育出版社,2023:68-90.
- [16] 杨晓霖,佟矿.痛苦哲学中的隐喻智慧与叙事赋能[J].医学与哲学,2021,42(18):15-20.
- [17] 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.
- [18] 杨晓霖,贾宇哲,赵崇晔,等.医者叙事素养量表的编制及信度效度检验[J].医学与哲学,2023,44(21):39-44.
- [19] 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.
- [20] 杨晓霖,王华峰.医者叙事能力与职业发展[M].广州:广东高等教育出版社,2023:1-21.
- [21] 杨晓霖,李新江,李钊.叙事医院管理[M].广州:广东科技出版社,2023:49.

(本文编辑:王园园)

《军理护理》作者文稿清样校对要求

期刊出版前,将排版清样交由作者自校,是对读作者负责并保证期刊质量的重要环节。本编辑部会在稿件编排完成后,通过邮箱将排版好的清样发送给作者,并要求在限定时间内完成。此过程中,请作者严格按照要求逐字逐句认真完成校对,不要采取敷衍了事、走过场的态度,导致校对不严或校对错误,从而影响了文稿的质量及期刊的后续流程。在此,本刊编辑部重申相关校对要求,请各位作者遵照执行。

1.保证作者姓名、单位、科室、地点、邮编、简介及通信地址正确无误(含英文部分)。

2.保证正文及图表中,中外文字、数据、计量单位、缩略语、标点符号及参考文献正确无误,各部分格式要求务必遵照本刊稿约规定(见本刊每年第1期)。

3.注意校样稿中编者提出的问题(含缺项及问号部分),应按编辑要求及规定格式补充完整或修正,必要时与本文编辑电话沟通。

4.须修改内容请在样稿附近空白处手写补充,字迹要清楚。如修改或补充内容过多,请联系本文编辑并发送 Word 文档至本刊邮箱。原则上,修改内容不得超过原有篇幅。

5.确认校样稿无误并补充或修正完缺项内容后,请在首页文题上方空白处签名,并按规定在2日内将校样稿发送扫描文件(.jpg)格式至 E-mail:jfjhlzz@126.com。

请严格执行以上规定,如因作者自校环节未纠正或未予及时解决而发生的内容错误及刊期延误由作者自行负责。

本刊编辑部