

叙事医学在医患沟通中的应用与发展

罗鸣渊¹, 李思彤², 罗鸣春^{3*}, 邓梅⁴

¹普洱市宁洱县人民医院普通泌尿外科, 云南 普洱

²约翰霍普金斯大学凯瑞商学院, 美国 华盛顿

³云南民族大学教育学院心理学系, 云南 昆明

⁴云南民族大学医院口腔科, 云南 昆明

收稿日期: 2025年3月22日; 录用日期: 2025年4月15日; 发布日期: 2025年4月23日

摘要

医患沟通指医患间通过言语和非言语交流来分享信息、意义和感受的过程。医患沟通对患者及医务人员均有着重要意义。医患沟通模式涉及大量的叙事议题。医生的疾病叙事与患者的疾痛叙事的差异使得医生和患者在面对同一病症时产生了视域偏差。视域偏差是造成医患沟通障碍的主因之一。医患视域偏差可以尝试用叙事医学的理论和方法加以解决。包括: 医生的医学话语与患者的生活话语互通; 实行平行病历促进疾病叙事与疾痛叙事融合; 实行医患共同决策; 培养临床叙事思维, 提升医患叙事能力。叙事医学在和谐医患沟通方面的进展体现在: 第三方视角的叙事医学实践, 全员参与的发展叙事医学实践, 完善叙事-循证医学模式等方向。

关键词

叙事医学, 医患沟通, 疾病叙事, 疾痛叙事, 视域差异

Application and Development of Narrative Medicine in Doctor-Patient Communication

Mingyuan Luo¹, Sitong Li², Mingchun Luo^{3*}, Mei Deng⁴

¹Department of General Urology, People's Hospital of Ninger County, Pu'er Municipal, Pu'er Yunnan

²Carey Business School, Johns Hopkins University, Washington USA

³Department of Psychology, School of Education, Yunnan Minzu University, Kunming Yunnan

⁴Department of Stomatology, Yunnan Minzu University Hospital, Kunming Yunnan

Received: Mar. 22nd, 2025; accepted: Apr. 15th, 2025; published: Apr. 23rd, 2025

*通讯作者。

文章引用: 罗鸣渊, 李思彤, 罗鸣春, 邓梅. 叙事医学在医患沟通中的应用与发展[J]. 临床医学进展, 2025, 15(4): 2693-2699. DOI: 10.12677/acm.2025.1541229

Abstract

Doctor-patient communication (DPC) refers to the process of sharing information, meaning and feelings between doctors and patients through verbal and nonverbal communication. DPC is of great significance to both patients and medical staff. The DPC model involves a large number of narrative topics. The difference between the doctor's disease narrative and the patient's illness narrative make the doctor and the patient have a vision deviation when facing the same disease. The vision deviation is one of the main causes of communication obstacles between doctors and patients. The vision deviation can be solved by the theory and method of narrative medicine. Including: the communication between doctors' medical discourse and patients' life discourse; Implementing parallel medical records to promote the integration of disease narrative and illness narrative; Implementing joint decision-making between doctors and patients; Cultivate clinical narrative thinking and improve the narrative ability of doctors and patients. The progress of narrative medicine in harmonious DPC is reflected in the following directions: narrative medicine practice involving the third party, developing narrative medicine practice with full participation, and perfecting narrative-evidence-based medicine model.

Keywords

Narrative Medicine, Doctor-Patient Communication (DPC), Disease Narrative, Illness Narrative, Vision Deviation

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 前言

伴随着人民群众对美好生活需要的持续增加, 健康保健意识持续增强, 医患冲突、医疗纠纷、恶性伤医事件发生率也在持续上升。研究发现, 医患沟通不畅是导致信任缺失、诱发医患纠纷的导火索。医护方却归咎于工作压力、医学局限性、医疗告知制度缺陷等客观因素; 忽视了自身沟通意识淡薄、沟通能力不足、沟通态度不佳、医学人文素养不高等主观因素[1][2]。医患沟通一直是医学人文和医学伦理学的一项重要课题, 对患者及医务人员均有着重要意义[3]。如何改善医患关系, 增进医患互信, 构建和谐医患共同体, 值得思考与研究。

21 世纪以来, 叙事(narrative)在医疗卫生实践中异军突起, 医患沟通面临叙事转向[4]。2001 年哥伦比亚大学长老会医院医生丽塔·卡伦(Rita Charon)在《内科学年报》(AIM)上发表《叙事医学: 形式、功能和伦理》[5], 首次把叙事医学(narrative medicine)界定为: 一种能认知、解释、并被他人的疾苦感动而后付诸行动的医学实践。并将医学叙事写作分为五类: 医学小说、针对外行人的文学展示、医学自传、医疗实践故事和医学写作训练, 同时还论述了叙事写作的伦理问题[6]。同年发表在《美国医学会杂志》(JAMA)的《叙事医学: 共情、反思、职业和信任的模型》[7], 将叙事医学定位为一种有效的医学实践模式, 认为叙事医学可以弥合医生与患者、与自身、与同事及社会之间的隔阂, 有助于医生为患者提供更精确、更有保障且更真实有效的医疗服务。丽塔·卡伦 2005 年发表《叙事医学: 关注、再现与归属》[8], 提出关注、再现与归属是叙事医学三要素。2006 年出版《叙事医学: 尊重疾病的故事》[9], 阐释何为叙事医学、为何要提出并发展叙事医学以及如何教授和实践叙事医学等议题; 提出将“文学文本阅读”(即

框架、形式、时间、情节和意愿)应用于细读方法之中[10]。2008年丽塔·卡伦提出叙事循证医学(narrative evidence-based medicine)概念[11], 试图将叙事医学与循证医学结合起来。

医患沟通指医患间通过言语和非言语交流来分享信息、意义和感受的过程[12][13]。医患沟通是诊疗的基础, 是双方获取信息的重要途径。有效且顺畅的医患沟通可以提升患者满意度, 甚至获得更好的治疗效果[14]。本文旨在梳理当前国内医患沟通中叙事医学的应用及进展, 尝试利用叙事医学的理论和方法改善医患沟通效果。

2. 医患沟通模式中的叙事议题

医患沟通模式涉及大量叙事议题。包括倾听患者疾病故事、关注患者情感社会因素、理解和接纳患者疾病经历, 共情、建立医患互信等。医患关联性、共情和负面情感是叙事医学的三个关注点, 医生通过对患者叙事仔细品读和反思性写作来再现或反思疾病发生发展的真实情境, 增强诊疗效果[15]。

2.1. GLTC 医患沟通模式

王锦帆提出 GLTC 模式, 即示善(goodwill)、倾听(listening)、交流(talking)、合作(cooperation)。即医方示善 - 医方倾听 - 医患交流 - 医患合作[16]。示善体现为和善的肢体语言及亲切的口头语言; 倾听指医生听取患者叙述信息及对患者述说的尊重; 医患交流涉及反馈、讨论选择、鼓励、抚触肢体、告知坏消息、日常聊天等; 医患合作涉及多层次沟通建立医患互信等[16]。

2.2. 互信 - 共情 - 叙事 - 沟通模式

韩立坤等以叙事医学为依托创立互信关系 - 共情氛围 - 叙事空间价值平台 - 沟通渠道模式。互信关系强调将问诊转变为叙事过程, 平等沟通, 站在患者立场思考处理问题。共情氛围强调医生应在患者叙述过程中获取疾病线索, 感同身受。叙事空间强调扩充诊疗空间, 减小生物因素占比, 扩展患者叙事范围。价值平台指医患沟通中通过叙事将对生命的敬畏感引回临床感悟人生。沟通渠道指作出有利于患者健康的决策, 提供不同诊疗方案供患者选择[17]。

2.3. 6S 延伸医患沟通模式

6S 延伸医患沟通模式包括预备、融入、互动、教育、商定、维系 6 个环节[18]。预备是就诊前的初步沟通; 融入是初诊时的快速关系建立; 互动是医患围绕疾病的双向交流; 教育即医生纠正患者认知或提供相关信息; 商定是医患制定治疗决策并敦促患者遵医嘱; 维系是面对面交流结束后的反馈[18]。

2.4. SBAR 沟通模式

世界卫生组织(WHO) SBAR 模式包括现况(situation)、背景(background)、评价(assessment)和建议(recommendation)四模块。现况即患者疾病状况, 包括症状和体征; 背景即诊断资料、病史等; 评价指医生对患者病情的评价; 建议医生针对病情及状况给出诊疗建议、处理措施[19]。

2.5. E4 沟通模式

凯勒(Keller)等提出 E4 沟通模式[20], 即参与(engage)、移情(empathize)、教育(educate)、支持(enlist)。参与指医患通过对话等行为建立医患关系, 讨论病情并构建医疗议程; 移情是医生通过沟通表现同理心, 创造安全信任的心理环境; 教育指医患双方沟通, 确保患者了解相关医疗信息; 支持包括决策和鼓励坚持, 以提高患者依从性。

上述医患沟通模式虽然涉及众多叙事议题, 但均未提出基于叙事理论和技术为主导的沟通模式。如

何应用叙事医学改善医患沟通？需要更深入地探讨。

3. 医患叙事模式的融合与发展

医学人类学家阿瑟·克莱曼(Arthur Kleinman)在其著作《疾病的故事》中，首次提出医生眼里的疾病(disease)与患者身上的疾痛(illness)的区别：疾病是医生根据病理理论解释和重组疾痛时提出或发明的；训练有素的医生透过各自特定的专业理论滤镜，从患者的疾痛经验中看到或诊断出疾病[21]。疾病是医生观察、记录病因与病理指标的客观世界，医生对疾病的描述可称为疾病叙事(disease narrative)；而疾痛则是患者自身叙述、体验心理与社会性痛苦经历的主观世界。疾痛指的是病人及其家人、乃至更广的社会关系是如何接受患病现实带病生活的，又是如何对付处理病患的症状以及由此引起的各种困苦烦恼的[21]。患者对疾痛的述说称为疾痛叙事(illness narrative)。患者以自己的主观体验构建、表征他们的疾病经验和体验；医生则根据自己的专业文化机制以另一种方式进行建构；这种区别的产生源于医患双方所掌握的不同文化[22]。医生的医学话语(voice of medicine)与患者日常生活世界的生活话语(voice of life world)是两种目的、方法不一致的叙事话语体系建构：医生依据专业的医学话语体系进行疾病叙事；患者依据自己的主观感受和体验以生活话语建构疾痛叙事；两种叙事文化差异导致医生和患者面对同一疾病时产生了视域偏差[23]。研究发现，视域偏差是造成医患沟通障碍的主因之一。医患视域偏差主要表现在医患知识结构差异、疾病认识差异以及对病痛感知差异等方面[24]。医患视域偏差可以尝试用叙事医学的理论和方法加以解决。

3.1. 医生的医学话语与患者的生活话语互通

医患互动过程中，透过患者身体的自我叙说(Self-telling body)的表象，医生的叙事素养可帮助其更深入准确地把握患者的真实境况，全面准确地体察患者的疾痛感受。在叙事对话中，患者不再以部分和客体的疾病供医生评判和诊断，而是作为整体和主体的人参与到医疗叙事对话实践中[1]。医学话语与生活话语互通使医生更完整、更全面、更具体地“看到”每位患者生命故事的独特性和唯一性；疾病叙事和疾痛叙事这两套话语体系的互通，使医患双方有机会彼此“看见”对方的世界，增进接纳理解和包容，真正实现医患双方的视域融合。患者切实感受到医生对其生命的理解和尊重，能够更加积极地从心理、生理上配合医生治疗[25]。

医患双方需要相向努力促进医学话语与生活话语互通：医生需要尝试把专业晦涩的医学术语“翻译”成患者能够理解接受的生活话语；患者需要试着去接纳理解现代医学体系中科学的医学话语，并尽可能遵医嘱配合诊疗。医患话语融通彰显出疾痛叙事在医患沟通中的影响力，平衡了医患双方由于信息不对称带来的视域偏差[26]。叙事医学运用叙事能力服务医患沟通，通过倾听、接纳、理解、反馈等多种叙事沟通形式，医生能更准确地倾听患者真实的声音，更深入完整地理解患者与疾病；患者则以更加积极主动的心态配合诊疗。通过实践医者的疾病叙事与患者的疾痛叙事两套叙事话语体系良性互动，搭建起医患沟通新桥梁，为消解医患沟通障碍“解套”[1]，填平技术与人性的鸿沟，融合医患之间的视域差异。

3.2. 平行病历 促进疾病叙事与疾痛叙事融合

平行病历是叙事医学反思性写作的重要形式，也是培养叙事能力的基本工具之一。2024年由中华预防医学会叙事医学分会牵头，组织国内叙事医学领域核心专家共同撰写《平行病历书写专家共识 2023版》。该共识在平行病历的定义、应用价值、结构内容、伦理审查、传播应用等方面给出了具体建议。在一定程度上促进平行病历书写规范，推进叙事医学研究和实践[27]。

叙事医学弥合医患分歧，建构医患视域融合的医患同心共同体，最重要的途径是通过医患间的深入了解而凝结的共情[28]。共情在叙事医学中主要实践是平行病历的书写。平行病历是卡伦[29]把叙事的概

念和方法引入到临床教育中,要求医学生在临床工作中为患者书写一份与专业医疗记录完全不同的、融合患者生活、社会网络的人文病历;也称反思性写作;它是医生在临床工作中通过倾听患者患病的主观体验,感受患者患病的痛苦而形成的“影子病历”[30]。通过非医学术语记录患者的诊断和治疗经历,记录疾病背后的痛苦,使医生身临其境地体验患者独特的情境,想象患者的境遇,从患者的立场去体验事件,并反思自己的所作所为对患者造成的影响。关注叙事视角以及不同视角的转换,是实现医患话语体系交融的根本途径[31]。叙事医学使医患双方的视域相互交融,使医生的疾病叙事与患者的疾痛叙事的不同视域差异得到调整和修正,进而达到更为全面的理解,实现医患视域融合,促进医患和谐[24]。

3.3. 医患共同决策

临床决策是医生和病人在疾病诊疗过程中最主要的沟通内容和医疗行为。对患者而言,临床决策关乎生命健康、生活质量、经济支出等。对医生而言,临床决策关乎医疗安全和质量、患者满意度、医患关系,乃至医生个人的职业声誉等。临床决策涉及医学科学问题和病人心理及各种社会人文因素,临床决策既是医疗技术决策,又是伦理决策。医患共同决策(Shared Decision-Making, SDM)是理想的临床决策模式,是医疗决策中医生和患者共同参与、分享信息、讨论治疗方案,最终达成一致的决策[32]。医患共同决策的核心是信息共享和共同决定。医患双方同为决策主体,共同选择诊疗方案,对顺利实现医患共同决策有重要作用,但需要不断在地化发展[33]。

3.4. 培养临床叙事思维 提升医患叙事能力

临床叙事思维包括叙事患教/疾病科普思维、叙事诊断思维、叙事决策思维、叙事照护/介入思维等,是与循证思维同样重要的一种思维模式。从医疗诊治开始之前的患教、医疗诊断与共同决策和治疗过程中的全人健康调节三个维度,阐述临床叙事思维在医疗实践中的重要价值,呼吁更多医疗机构重视叙事领导力人才培养和临床医者的叙事思维训练[34],提升医患叙事能力。

4. 未来展望

叙事医学本土化实践有扎实而丰富的理论、内容、方法创新,并通过各类活动不断传播叙事医学理念及本土化实践经验,在构建和谐医患共同体过程中取得了良好效果。将叙事医学融入医患沟通中,强调人文关怀与医疗技术交叉,思维情感与技术的客观中立相结合,以此强化以患者为中心的医疗实践,平衡医患关系,消除误解矛盾。未来叙事医学在和谐医患沟通方面的进展呈现出以下趋势。

4.1. 第三方视角的叙事医学实践

一方面,系统收集慢性病或者其他重症患者的叙事资料是一项专业性很强的工作,需要定期的、较长时间的纵向追踪随访收集归档;另一方面,医生承担着救死扶伤的重大责任,加上工作任务极其复杂繁重,很难抽出充足的精力和时间来引导、分享、记录、实践患者叙事。为破解这个两难处境,提出第三方视角介入的叙事医学模式。即叙事实践由第三方介入(如医学人类学方向的研究者,心理学方向的叙事研究者等)对医生、患者、家属3个角度进行观察、访谈和记录[23]。第三方视角的叙事医学实践是一个客观可行的途径[1]。通过收集医生、患者、家属3方的叙事资料,多角度、全方位关照同一疾病:三方对疾病的关注重点分别在哪里;哪些环节最容易产生沟通上的误解和冲突等;并就其内容进行讨论、反馈、反思和总结,进而确定破解医患沟通难题的关键节点[23],增进医患沟通、接纳与协作。

4.2. 全员参与的发展叙事医学实践

卡伦曾强调叙事医学的实践主体是医生。朱利明等在《从医患和谐到中华和合文化的传承——浙江

省肿瘤医院台州院区的叙事医学本土化实践》一文中提出发展叙事医学理念。强调一切与叙事相关的方法都可以成为叙事工具,如写作、朗诵、绘画、表演、摄影、摄像,以及叙事护理、巴林特小组等;一切与医学相关的从业人员,包括护士、药师、技师、窗口人员、保洁、保安、医务社会工作者,以及公共卫生和医学科普领域的工作人员等,都应该成为叙事医学实践的主体[35]。

4.3. 完善叙事循证医学模式

患者的疾痛叙事经历涉及身-心-灵多个层次,生物、心理、社会、经济、文化、伦理等多个维度[36],因而医学证据的形式也应该是多元化的,客观的定量数据与主观的定性资料两者应相辅相成,互为支撑和补充。真正的叙事医学必须具有循证性,这样才能避免在诠释特殊事件时被个体局限性所误导;另一方面,循证医学也离不开叙事性,在分析客观医学数据的同时不忽略个体体验的真实性与重要性[37]。这样综合运用定量与定性研究方法的双轨临床诊疗路径不仅符合生物-心理-社会医学模式的要求,也让临床医生在面对和处理复杂多变的疾病时更具优势[23]。叙事医学与循证医学有机结合,完善叙事-循证医学模式,为铸牢和谐医患共同体提供坚实基础。

目前,第三方视角的叙事医学还只是一个构想模式,有待落地接受实践检验。全员参与的发展叙事医学实践是理想目标,如何落实还需假以时日。叙事-循证医学模式需要连续的、长期的资料证据累积过程。通过叙事医学和谐医患关系的研究实践任重而道远。

基金项目

国家社会科学基金项目(23XSH014)。

参考文献

- [1] 郭璐怡,高一飞,冯天元. 建构医患沟通新模式——以叙事医学视角[J]. 卫生软科学, 2021, 35(3): 75-78.
- [2] 郝晋,王晓燕,苗京楠,等. 医患认知差异下医患信任关系的重构[J]. 中国医院管理, 2015, 35(12): 70-72.
- [3] 陈向凡,张印,杨柠溪. 基于叙事医学的医患沟通对消化内科患者健康的影响及其临床介入路径[J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4(6): 26-28.
- [4] 杨晓霖. 医学和医学教育的叙事革命: 后现代“生命文化”视角[J]. 医学与哲学, 2011, 32(17): 64-65.
- [5] Charon, R. (2001) Narrative Medicine: Form, Function, and Ethics. *Annals of Internal Medicine*, **134**, 83-87. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-134-1-200101020-00024>
- [6] 肖思莹,邓蕊. 国外叙事医学研究历史对我国叙事医学在地化发展的启示[J]. 中国医学伦理学, 2020, 33(1): 96-103.
- [7] Charon, R. (2001) Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession and Trust. *Journal of the American Medical Association*, **286**, 1897-1902.
- [8] Charon, R. (2005) Narrative Medicine: Attention, Representation, Affiliation. *Narrative*, **13**, 261-270. <https://doi.org/10.1353/nar.2005.0017>
- [9] Charon, R. (2006) *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press.
- [10] 刘联,蓝云. 国内外叙事医学研究综述[J]. 锦州医科大学学报(社会科学版), 2017, 15(1): 55-57.
- [11] Charon, R. and Wyer, P. (2008) Narrative Evidence Based Medicine. *The Lancet*, **371**, 296-297. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)60156-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60156-7)
- [12] Smith, R.D. (1990) Communication Skills Training for Health Professionals. *Nurse Education Today*, **10**, 239. [https://doi.org/10.1016/0260-6917\(90\)90038-r](https://doi.org/10.1016/0260-6917(90)90038-r)
- [13] 刘雪寒. 考虑患者价值观的中医干预医患沟通的要素研究[D]: [硕士学位论文]. 北京: 北京中医药大学, 2020.
- [14] 刘雪寒,鲁春丽,郑偕祥,刘建平. 国内外医患沟通模式研究进展[J]. 中国医学伦理学, 2021, 34(6): 686-691.
- [15] 郭莉萍. 什么是叙事医学[J]. 浙江大学学报(医学版), 2019, 48(5): 467-473.
- [16] 王锦帆. 医患沟通[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018.

- [17] 韩立坤, 张天资, 孟帮柱. 应用叙事医学培养医学研究生医患沟通能力的新途径[J]. 内蒙古民族大学学报(自然科学版), 2017, 32(5): 454-457.
- [18] 侯胜田, 张永康. 主要医患沟通模式及 6S 延伸模式探讨[J]. 医学与哲学, 2014, 35(1): 54-57.
- [19] Haig, K.M., Sutton, S. and Whittington, J. (2006) SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication between Clinicians. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, **32**, 167-175. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(06\)32022-3](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(06)32022-3)
- [20] Keller, V.F. and Gregory Carroll, J. (1994) A New Model for Physician-Patient Communication. *Patient Education and Counseling*, **23**, 131-140. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(94\)90051-5](https://doi.org/10.1016/0738-3991(94)90051-5)
- [21] 博凯文(阿瑟·克莱曼). 疾痛的故事[M]. 方筱丽, 译. 上海: 上海译文出版社, 2018: 1-3.
- [22] 罗鸣春, 黄希庭, 苏丹. 儒家文化对当前中国心理健康服务实践的影响[J]. 心理科学进展, 2010, 18(9): 1481-1488.
- [23] 郭璐怡, 高一飞. 我国叙事医学在地化发展前景探讨[J]. 医学与哲学, 2021, 42(8): 51-57.
- [24] 张言, 薛文俊, 任晶晶, 等. 基于叙事的医患视域差异融合的机制探讨[J]. 医学与哲学, 2019, 40(18): 45-47.
- [25] 赵璇. 医患间两种叙事模式互动与调适机制研究——基于银川 X 医院的田野调查[J]. 北方民族大学学报(哲学社会科学版), 2017(2): 21-24.
- [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, 15(2): 108-112.
- [27] 贾俊君, 爻傲, 朱利明, 等. 平行病历质量评价专家共识(2025)[J]. 医学与哲学, 2025, 46(2): 79-80.
- [28] 杜治政. 共同决策: 弥合分歧 营建医患同心的医疗[J]. 医学与哲学, 2018, 39(4): 1-6.
- [29] 卡伦. 叙事医学: 尊重疾病的故事[M]. 郭莉萍, 译. 北京: 北京大学医学出版社, 2015: 16-92.
- [30] 王一方. 临床医学人文: 困境与出路: 兼谈叙事医学对于临床医学人文的意义[J]. 医学与哲学, 2013, 34(9): 14-18.
- [31] 胡志兰, 朱眉, 郭莉萍. 文本细读: 弥合医患不同的叙事视角[J]. 医学与哲学, 2020, 41(15): 52-55.
- [32] 田云朋, 卢成志. 临床医生实践医患共同决策的思考[J]. 医学与哲学, 2024, 45(10): 16-19.
- [33] 朱利明. 叙事医学助力医患共同决策[J]. 医学与哲学, 2020, 41(2): 7-10.
- [34] 杨晓霖, 沈洁. 临床叙事思维及其在医学实践中的价值[J]. 医学与哲学, 2025, 46(2): 53-58.
- [35] 朱利明, 丁颖颖, 孙旦江, 等. 从医患和谐到中华和合文化的传承——浙江省肿瘤医院台州院区的叙事医学本土化实践[J]. 叙事医学, 2021, 4(5): 308-312.
- [36] 满强, 杨晓霖, 王宏. 叙事知识与能力: 评价临床导师综合素质的重要指标[J]. 中国高等医学教育, 2016(12): 13-14.
- [37] 朱婷婷. 国内外叙事医学研究演进、现状、热点分析[J]. 医学与哲学, 2018, 39(21): 75-79.