

医务人员对患者参与患者安全知信行质性研究的 Meta 整合

詹昱新¹, 喻姣花¹, 李凌志², 李素云³, 晏蓉¹, 骆荣耀⁴

摘要:目的 评价医务人员对患者参与患者安全的知信行,为医务人员实施患者安全管理提供决策依据。方法 计算机检索 PubMed、CINAHL、Web of Science、中国知网、万方数据库、维普数据库、中国生物医学文献数据库关于医务人员对患者参与患者安全知信行的质性研究,检索时限从建库至 2019 年 2 月。采用 2017 版澳大利亚循证卫生保健中心质性研究评价标准(JBI-QARI)进行文献质量评价,采用汇集性整合方法进行 Meta 整合,对研究结果进行比较、分析、归纳、诠释和综合。结果 共纳入 8 篇文献,提炼出 50 个研究结果,归纳形成 9 个类别,综合成为 4 个整合结果,分别为医务人员的认知观念、秉持的态度、情感体验、实践困境。结论 医疗机构应高度重视医务人员对患者参与患者安全的知信行,促进医疗安全文化环境的构建,不断改进患者安全管理决策与实践,保障患者安全。

关键词:医务人员; 患者参与; 患者安全; 知信行; 质性研究; Meta 整合

中图分类号:R47;C931.3 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2019.24.052

Qualitative studies on medical staff's knowledge, belief and practice toward patient involving patient safety: a Meta synthesis Zhan Yuxin, Yu Jiaohua, Li Linzhi, Li Suyun, Yan Rong, Luo Rongyao, Department of Nursing, Union Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430022, China

Abstract: **Objective** To evaluate medical staffs' knowledge, belief and practice towards patient participating in patient safety, and to provide decision-making evidence for medical staff implementing patient safety management. **Methods** Such databases as PubMed, CINAHL, Web of Science, CNKI, Wanfang data, VIP and CBM were searched using computer to retrieve qualitative studies on medical staff's knowledge, belief and practice towards patient participating in patient safety publicized from database inception to February 2019. The quality of included studies was evaluated according to 2017 JBI Critical Appraisal Tool for qualitative studies, and meta-integration was conducted using the aggregative integration method, then the results were compared, analyzed, summarized, interpreted and synthesized. **Results** A total of 8 qualitative studies were included involving 50 results and 9 categories, then 4 integrated themes were extracted, which were the cognitive concepts of medical staff, adherence to attitude, emotional experience and practice dilemma. **Conclusion** Medical institutions should pay close attention to medical staff's knowledge, belief and practice toward patient participating in patient safety, promote the construction of medical safety culture environment, continuously improve patient safety management decision-making and practice, and ensure patient safety.

Key words: medical staff; patient engagement; patient safety; knowledge, belief and practice; qualitative study; Meta synthesis

患者参与患者安全(Patients for Patient Safety, PFPS)是 WHO 在世界患者安全联盟时正式提出的六大优先解决项目之一^[1],强调将患者作为医疗服务工作的中心,期望通过患者自身参与行为,减少或避免医疗不良安全事件的发生^[2]。自 2008 年起,我国医院协会也将“鼓励患者参与医疗安全”纳入国家患者安全目标之一,积极推进我国患者参与患者安全项目的开展^[3]。研究表明,医务人员作为医疗保健服务的主要提供者和促进患者安全的倡导者,其对患者参与患者安全项目的开展至关重要^[4-6]。目前,国内关于医务人员对患者参与患者安全认知领域的质性研究日益增多,侧重点各有不同,因此,本研究拟采用对该领域质性研究结果进行 Meta 整合的方法,旨在为规范医务人员实施患者安全管理提供决策依据,正确引导患者参与患者安全,构建健康医疗安全文化圈。

作者单位:华中科技大学同济医学院附属协和医院 1. 护理部 3. 外科
4. 神经外科 ICU(湖北 武汉, 430022); 2. 三峡大学医学院
詹昱新:女,本科,主管护师,护士长
通信作者:喻姣花, yujiaohua2008@126.com
科研项目:2018 湖北省技术创新专项(软科学研究)(2018ADC067)
收稿:2019-07-02;修回:2019-09-19

1 资料与方法

1.1 资料来源 计算机检索 PubMed、CINAHL、Web of Science、中国知网(CNKI)、万方数据库、维普数据库(VIP)、中国生物医学文献数据库,收集关于医务人员对患者参与患者安全知信行的质性研究。检索时限均从建库至 2019 年 2 月。并通过“滚雪球”途径追溯相关参考文献。确定中文检索词:医生/护士/护理人员/医护人员/医疗卫生保健人员、患者/病人参与、患者/病人安全、认知/态度/信念/感受/体验/需求/期望、质性/定性研究/访谈/焦点小组/扎根理论/参与观察/现象学/行动研究/主题分析等;英文检索词为:“Docto */Nurs */Medical Personne */Health Care Personne *, patient engagement/ involvement/participation、patient safety”“cognition/attitudes/beliefs/feelings/experiences/perceptions/needs/expectations、qualitative research/study/interview/focusgroup/grounded theory/participant observation/phenomenology/thematic analysis/”。

1.2 文献纳入和排除标准 纳入标准 ①研究对象 P(Population),工作年限≥1 年的医务人员并自愿参与;②研究内容 I(Interest of Phenomena),医务人员对患者参与患者安全的知信行及实践需求;③研究情

境 C(Context),医院各临床科室、门急诊及各类医疗机构;④研究设计 S(Study Design),质性研究,研究方法理论包括现象学、行动学、扎根理论、民族志/人种学、历史研究等;⑤发表语言为中文或英文。排除标准:①无法获取全文或信息不全的文献;②重复发表的文献;③文献综述及会议论文。

1.3 文献筛选和资料提取 由 2 名研究者独立检索相关文献,然后输出检索结果并保存,采用 EndNoteX9 文献管理软件进行查重和筛选,并追溯参考文献,最终确定纳入研究。资料提取内容详见表 1。

表 1 纳入文献的基本特征

作者	国家	研究方法	研究对象	研究内容
李晓芳等 ^[7]	中国	现象学研究 半结构式访谈	医生(n=8) 护士(n=6)	了解医护人员 对患者参与患 者安全问题的 认知情况
Martin 等 ^[8]	丹麦	人种学方法 观察法 半结构式访谈	住院医生(n=11) 全科医生(n=4) 私人医生(n=2) 护士(n=10)	调查医疗保健专 业人员对患者参 与患者安全的态 度以及促进和障 碍因素
Hrisos 等 ^[9]	英国	扎根理论 半结构化访谈	医生(n=11) 护士(n=12) 药剂师(n=9) 医疗助理(n=7)	探讨患者介入 干预作为通过 患者参与患者 安全的方式的 潜在后果
Ridelberg 等 ^[10]	瑞典	半结构化 个体访谈	注册护士(n=12)	探讨直接提供 参与的护士中 影响患者安全 的感知促进因 素和障碍
Bishop 等 ^[11]	加拿大	定性 焦点小组访谈	注册护士(n=23)	探索护理人员 对安全性的看 法来描述患者 对患者安全实 践的参与
Skagerstrom 等 ^[12]	瑞典	个人半结构化 访谈的定性设计	注册护士(n=11) 助理护士(n=8)	探索护士对患 者参与患者安 全相关的感知 和体验
Skildmeijer 等 ^[13]	瑞典	个人半结构化 访谈的定性设计	医生(n=11)	探索患者参与 安全护理的决 定因素
Schenk 等 ^[14]	美国	焦点小组 半结构化访谈	注册护士(n=9) 住院医师(n=6) 药剂师/物理 治疗师(n=8)	探索让患者参 与减少可预防 的患者伤害和 安全风险的态度和看法

1.4 质性研究质量评价 本研究由 2 名经过循证护理培训的研究者采用“2017 年澳大利亚 Joanna Briggs 循证卫生保健中心质性研究评价标准(JBI-QARD)”^[15],分别对纳入研究的文献进行独立评价。评价项目共计 10 项,每项以“是”“否”“不清楚”“不适用”进行评价。质量评价满足所有标准评定为 A,满足部分标准评定为 B,均不满足评定为 C。若 2 名研究者出

现意见分歧时,由院内循证护理小组的第三方进行仲裁判决。本研究最终纳入 B 级及以上文献。

1.5 Meta 整合 采用 JBI 循证卫生保健中心推荐的汇集性整合方法,收集原始研究的结果,包括每个质性研究的主题、意义、分类等,依据以上内容对有着内在联系的不同质性研究结果进行整合,整理归纳相似结果,形成产生新的解释和类别,最后将新类别归纳为整合结果。

2 结果

2.1 文献检索及筛选结果 初检文献 108 篇,去重后获得文献 92 篇。通过阅读文题和摘要,初步纳入 20 篇,再次阅读全文复筛,最终纳入 8 篇文献。纳入研究的基本特征见表 1。

2.2 方法学质量评价结果 8 篇文献中有 1 篇^[13]文献在第 6 条(是否从文化背景、价值观的角度说明研究者自身的状况?)、第 7 条(是否阐述了研究者对研究的影响,或者研究对研究者的影响?)的评价结果为“否”,在第 9 条(研究是否通过伦理委员会的批准?)的评价结果为“不清楚”外,其余文献的所有条目评价结果均为“是”。

2.3 Meta 整合结果

两名研究者从纳入的文献中提炼出 50 个研究结果,将相似意义的结果归纳组合成 9 个新类别,并将其综合形成 4 个整合结果。详见图 1。

2.3.1 整合结果 1:医务人员的认知观念 类别 1:患者参与患者安全的必要性。患者积极主动参与可以增加对病情了解,获取更多疾病相关信息,增加依从性(“患者越了解自身疾病,就越有利于促进自身康复”^[7]);患者参与安全是医患双方互惠互利的过程,不仅患者受益,医护人员也可获益(“如发口服药时患者外出检查而药未发,患者回病房后主动来找你要,这样就可避免漏发。一定意义上来说,也等同于保障我们工作的安全”^[7]);患者可以对自己的健康和治疗负责,积极与医疗保健专业人员沟通,提高患者安全性(“因为有许多不同的管道和类似的东西,他们可以协助观察以防止感染等”^[12])。类别 2:患者参与患者安全的重要性。患者参与自身安全不仅对个体层面有利,对系统层面也会起到改善作用,提高整体医疗质量(“有的患者对科室管理方面提出改进建议,我觉得这样很好,对我们工作有很大的帮助,反过来,也会让患者自身获益”^[7]);患者参与安全如分享有关其医疗状况、遗传史和既往史等详细信息被认为是重要的,患者应积极与医务人员沟通和对话(“他们[患者]必须告诉我们关于药物不良反应和类似事情,这是我们自己无法看到的”^[12])。类别 3:医务人员的个体认知存在一定的差异性。医务人员自身对患者参与安全等相关信息的了解也影响了医护人员的知行行(“让患者主动参与的理念还是比较新的,而很多医护人员根本就没有这种意识,也就不会去和患者说‘你

要注意自身的治疗方案,主动询问检查结果等’,单纯认为患者按你说的照做就好了,这样的话,患者的主动参与肯定会受影响”^[7]);部分访谈者描述医患关系会因此会有受损的风险,提高患者对安全问题的认识可能会影响患者对他们的信任,并减少对医疗保健工作的信心(“患者意识到可能发生的安全问题,失去对护士和医生的信任,他们也不再完全信任我的技能和判断”^[9]);影响医(护)患之间信任的情感联系(“他们总是被贴上‘困难患者’的标签。你知道他总会问这个问那个,这种行为让我感到很尴尬”^[9]);护理人员主观认知患者是因为了解他们的“忙碌”,因此避免提出某些问题或与医务人员互动(“是的,因为他们说,哦,不,你一直在忙碌,我没关系的”^[11])。

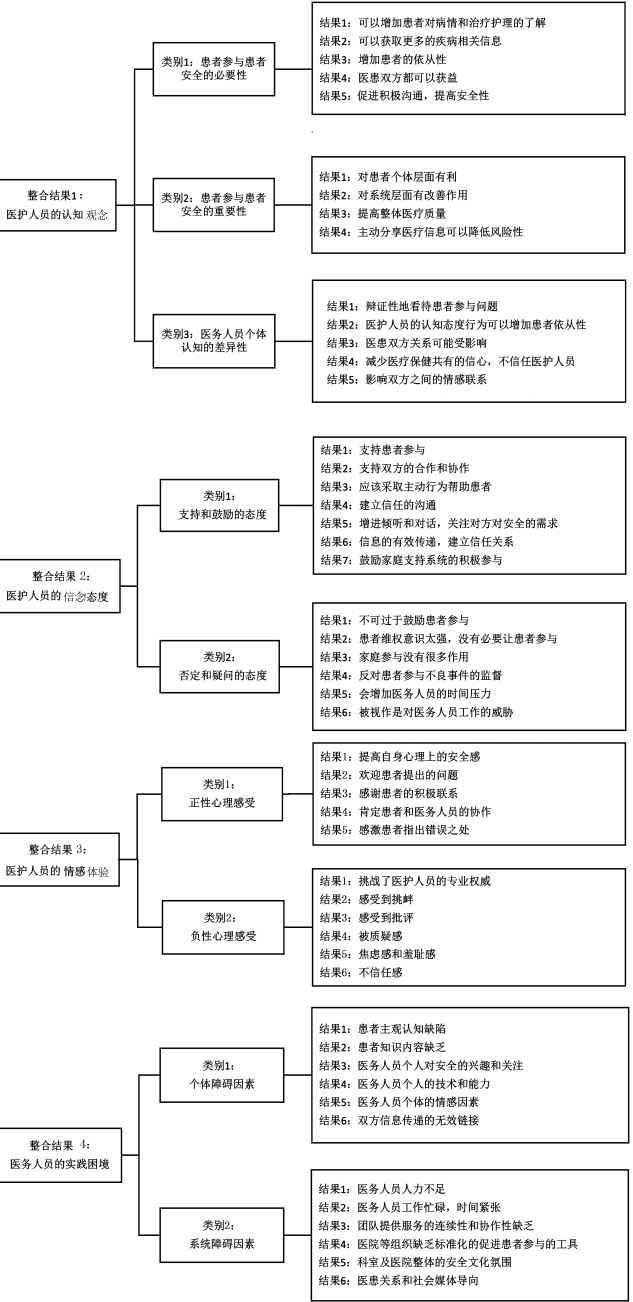


图 1 纳入的研究结果、类别、整合结果结构图

2.3.2 整合结果 2: 医务人员的信念态度 类别 1: 支持和鼓励患者主动参与。多数医务人员都支持患者参与,赞同促进双方的合作性(“因为如果他们感觉到他们参与了,你知道……这会让人们更热衷于达成一个共同目标……而不是我正在为我做事”^[9]);大部分医务人员同意患者应该采取主动行为来促进自身安全,如增加倾听和对话,关注对方对安全的需求,加强信息的有效传递,旨在建立信任关系(“相反,你必须邀请并友好回应,确保它不会成为一个独白,不能只是坐下来谈话……我们必须鼓励他们提出问题并参与其中”^[12]);家庭支持系统被视作“额外资源”,有利于促进患者参与患者安全,帮助医务人员更好地实施照顾(“让患者和家属了解这些安全问题并应该采取使他们成为积极参与者的方法”“家庭参与的其他好处包括安抚患者,协助参与医疗计划决策,发现病情的改变,确认相关的信息,如药物清单和患者行为,包括睡眠或酒精使用。”)。类别 2: 秉持否定和质疑的态度。部分访谈者描述不可过于鼓励患者参与(“一些患者维权意识太强,参与过多容易小题大做,尤其对于那些医疗知识要求较高的方面,患者既不懂,也没必要参与”^[7]);部分医生描述,患者和家庭的参与并不能减少安全事件的发生(“当家庭关系产生矛盾的时候,家庭参与的可能性会受到影响……如果家庭系统的目标与患者需求不一致时,这反而会产生问题”^[14]);反对患者参与不良事件的监督(“患者住院无非就是希望治好病,所以他们好好配合我们就行了,但有的患者却不懂装懂或提出不专业的意见,这对阻止不良事件的发生没有任何帮助”^[7]);当患者广泛参与患者安全且变得“过于活跃和过多要求”时,增加了医务人员的工作紧迫感(“我们并不总是有时间给予患者他认为应得的关注,因为时间的短缺反而可能导致压力”^[13])。

2.3.3 整合结果 3: 医务人员的情感体验 类别 1: 正性心理感受。患者参与不仅可以改善患者的安全性,更可以提高自身心理上的安全感(“我认为让患者随心所欲地挑战我们,并提出这些问题,这绝对是好事。就个人而言,当患者提出问题,表明他们感兴趣。他们更倾向于倾听”^[7]);同时,表达感谢患者对医疗工作的积极联系和协作参与(“有的患者比较相信医护人员,就会跟你聊她的家庭、生病的感受等,利于我们更多地掌握他们的情况,便于实施针对性的治疗及护理,同时促进医患关系”^[7])。类别 2: 负性心理感受。在一定程度上挑战了医护人员的医学专业权威,而感受到被挑战和批评(“有时工作人员会感到威胁,因为如果他们不知道他们会被问到什么,或者他们不知道去哪里寻求帮助”^[9]);部分访谈者描述被患者质疑或追问后会产生焦虑和羞耻感(“他们正在检查我的工作……医疗保健专业人士和公众之间会

有一个很大的障碍”^[9])。

2.3.4 整合结果 4: 医务人员的实践困境 类别 1: 个体障碍因素分析。除了医务人员的主观认知因素以外,多数受访者描述患者主观认知缺陷也是重要原因,患者担心如果对医务人员提出自己的看法可能接受到次优治疗和护理(“当我们看上去工作节奏紧张时,他们[患者]觉得自己不应该问这个简单的问题。你经常听到“我不会打扰你[工作人员]”^[12]);患者知识层面缺乏(“因为患者没有足够的知识和理解力,又或存在语言障碍,或对自身症状不了解,那么信息就可能中断,某些事情会出错”^[13]);医务人员个体因素,对患者安全是否有着极大的关注和兴趣,包括个人对促进患者安全的技术和能力,如新毕业的护士就被称为一个障碍因素(“那些对我们来说是非常自然的事情,但对新护士来说却是茫然的,他们几乎没有多少经验和经历”^[10]);医务人员个体情感因素如对工作各方面的焦虑、担忧及羞愧感会导致不愿意承认错误并报告事件(“报告并不总是那么容易,因为你感到羞愧,并且不想承认你做错了什么或差点做错了什么”^[10]);医(护)患间和医护间的信息传递失效(“有时我们宁愿选择把事情或问题告诉我们自己,也不愿意把问题告诉其他人”^[10])。类别 2: 系统障碍因素分析。临床不同情景下存在医务人员人力不足、工作忙碌、时间紧张等因素(“临床人力不足,工作任务重,与患者沟通交流时间少,所以有些患者会抱怨,找不到医生。因此患者就没有机会参与自身安全的活动”^[7]);团队及团队提供服务的协作性和连续性也是障碍之一(“如果我们在医疗保健方面有更好的连续性,我认为这会更容易,这样患者诊疗全程由同一名医务人员负责,更有利于他们对于自身疾病和安全信息的传递”^[13]);组织管理层面缺乏标准化的促进患者参与的工具和方法(“目前还没有任何标准化的方法,所以应该向患者询问他们对此的理解”^[14]);科室及医院整体的安全文化氛围、当前医患关系问题、社会媒体导向等也影响患者参与(“医院、科室的氛围很重要,若医院重视患者参与,大家在工作中就会形成促进参与的意识”^[7])。

3 讨论

3.1 坚持引导正向认知和态度,提高对患者参与患者安全的接纳度 患者参与医疗护理决策和沟通活动的根本目标是参与安全的实践活动,医务人员的鼓励和引导发挥着关键作用^[16]。本研究中多数受访者的认知态度是积极支持的,充分肯定患者参与的必要性和重要性;但部分医务人员的认知和态度存在缺陷和迟疑,不愿意患者主动介入。这种差异的形成可能与医务人员的个体心理因素有关,担心一旦错误被患者指出会受到挑战、批评甚至惩罚,导致失去患者的信任;还可能与医院的组织文化因素有关,医院或科室对患者参与患者安全的安全氛围构建重视不足,缺乏正面引导和宣传,造成医务人员认知不足。因此,医院各级管理

者应重视和实施鼓励患者参与患者安全的组织文化的构建工作,引导医务人员建立对患者主动参与的正向认知和态度,坚定患者是保障患者安全的重要伙伴的信念,促进医(护)患之间基于信任的沟通联系,形成主动接纳和患者主动参与患者安全管理的共同体。

3.2 加强对医务人员的教育培训,发挥倡导患者主动参与的作用 多项研究表明,医务人员的行为转变依赖于管理者如何进行安全管理实践督导和培训,包括医学生和实习护生^[17-18]。医务人员的患者安全管理有效行为的塑造和转变,能促进其对患者主动参与和配合的支持信念和接纳。因此,医院层面应建立和完善患者安全管理的培训体系,应用心理学、人文学、教育学、社会学等多学科,开展系统的、规范的安全教育培训,强化医院内重点人员如新职工、年轻护士和实习生对患者安全意识的培养,深化医务人员关于“患者安全,人人参与”的安全理念,提高其准确评估患者主动参与的能力及其意愿,规范实践行为,从而准确实施和引导患者主动参与的举措,进而提升双方共同参与的自我效能和主动参与度。

3.3 完善医院内患者安全的顶层设计,制定患者参与的关键策略 医院内患者参与患者安全的实施指南和评价标准是落实医院安全标准化管理的重要手段,开发详细、规范和统一的标准化管理工具和实施细节^[19]。本研究结果提示,医院内的系统障碍因素阻碍了患者主动参与度,包括人力资源、团队协作和实施策略的不足。因此,除了提供必要的安全基础设施和资源,医院应完善对患者参与患者安全系统管理的顶层设计,借鉴国外医院管理经验,制定符合院情的实施细则和工作流程,包括对患者参与的态度、能力的评估、如何对患者进行参与安全的培训、如何建立双方基于信任的合作关系、如何为患者提供信息、如何获取患者的反馈、如何协助患者参与等,进一步开展和促进医务人员和患者双方的共同参与和决策互动,从而不断提升患者安全成效。

4 小结

本 Meta 整合发现,不同情境下医务人员对患者参与患者安全的知行行不尽相同,且与患者共同参与患者安全活动过程中存在明显的个体化差异。本研究虽然纳入的文献数量有限,且仅为中英文,但整合结果真实反映了当下患者作为医疗护理的合作者,医务人员对其参与自身安全的实践现状剖析。建议医疗卫生机构应重视医务人员对患者参与患者安全的知行行,同时呼吁正确引导和政策支持,促进医务人员对患者安全管理实践,共同助力医疗安全文化环境的健康形成,保障患者安全的目标尽早实现。

参考文献:

- [1] WHO. World Alliance for Patient Safety. Forward programme[EB/OL]. (2008-03-01) [2012-01-02]. http://www.who.int/patient_safety/en/brochure_final.pdf.