

基于护患互动过程分析的患访暴力的质性研究

应雅杰,蔡建政,王海芳,喻伟霞,张莹莹

摘要:目的 基于护患双主体间情境信息的流动和转换过程,分析引发患访暴力的情境特征,为识别患访暴力风险因素,减少患访暴力提供参考。**方法**采用描述性质性研究,通过目的抽样法选取就诊期间实施患访暴力的患方及遭受暴力的护士各 32 名进行叙事配对访谈,运用内容分析法进行资料分析。**结果**共提炼出 3 个主题及 15 个亚主题,即流转不畅的情境信息(治疗流程信息、护理操作信息、拒绝行为信息、医疗费用信息、制度信息),流转不畅的情感互动(接收失效的情绪信息、回应偏差的情感需求),流转不畅的情境信息传递方式(过度承诺、责任转移、语气失当、肢体语言不当、单向告知、模糊性表达、时间节点错配、重点不清)。**结论**护理管理者应采取措施提升护士信息传递的完整性与准确性,增加护患间情感互动,增强护士沟通能力,以实现护患间情境信息的有效流动与转换,降低护士患访暴力发生率。

关键词:护士; 患访暴力; 护患沟通; 情境信息; 障碍因素; 质性研究

中图分类号:R471 DOI:10.3870/j.issn.1001-4152.2026.01.077

Patient and visitor violence based on nurse-patient interaction process analysis: a qualitative study Ying Yajie, Cai Jianzheng, Wang Haifang, Yu Weixia, Zhang Yingying. Nursing Department, The First Affiliated Hospital of Soochow University, Suzhou 215006, China

Abstract: Objective To analyze the situational characteristics of Patient and Visitor Violence (PVV) based on the situational information flow and conversion process between nurses and patients, so as to provide references for identifying risk factors and reducing PVV incidence. Methods A descriptive qualitative study was designed. Thirty-two patients or visitors who committed PVV and 32 nurses who experienced PVV were selected by purposive sampling during medical visits to conduct narrative paired interviews, and the interview data were analyzed using content analysis method. Results Three themes and fifteen sub-themes were extracted: ineffective flow of situational information (treatment process information, nursing operation information, refusal behavior information, medical cost information, institutional information), ineffective flow of emotional interaction (emotional information with failed reception, emotional needs with response deviation), and ineffective flow of situational information delivery methods (over-commitment, responsibility-shifting, inappropriate tone, inappropriate body language, one-way notification, ambiguous expression, mistimed delivery, lack of focus). Conclusion Nursing administrators should take measures to enhance the completeness and accuracy of information delivery by nurses, increase emotional interaction between nurses and patients, and strengthen nurses' communication skills, thereby facilitating effective situational information flow and reducing PVV incidence.

Keywords: nurses; patient and visitor violence; nurse-patient communication; situational information; barriers; qualitative study

患访暴力(Patient and Visitor Violence, PVV)是指医院环境中患者及其访客对医护人员施行的暴力行为^[1],是工作场所暴力最常见的类型。WHO 根据发生形式将患访暴力分为身体暴力和心理暴力,身体暴力指打、踢、拍、扎、推、咬等行为,心理暴力指辱骂、恐吓、欺凌、滋扰、性骚扰和种族骚扰^[2]。护士因长时间接触患者,成为患访暴力高危人群,其发生率为 56.2%~87.0%^[3-4]。患访暴力不仅对护理人员造

作者单位:苏州大学附属第一医院护理部(江苏 苏州,215006)

通信作者:蔡建政,15106205726@163.com

应雅杰:女,硕士在读,护士,19941191733@163.com

科研项目:国家自然科学基金(72404203);江苏省卫生健康委 2023 年医学科研立项项目(H2023089);苏州市 2023 年度第十一批科技发展计划(基础研究-医学应用基础研究)项目(SKY2023141)

收稿:2025-08-21;修回:2025-10-25

成严重的身心伤害,更严重影响护理队伍稳定发展^[5-6]。WHO 指出,分析患访暴力风险因素是预先识别暴力发生的首要措施^[1]。目前围绕护士患访暴力风险因素的探索多从患方、护士、医院、社会 4 个层面展开^[7-8],不同层面风险因素依托情境引发患访暴力^[9]。研究发现,不同个体对同一情境的解读具有不确定性和模糊性^[10],单纯性依靠情境解析事件成因并不充分。而情境信息是指社交情境中展现出来的能够影响个体对目标刺激意义理解的信息^[11]。研究表明,组合形成事件的情境信息具确定性及可解释性^[12],据此能够帮助剖析事件的成因。医患互动过程分析系统(Roter Interaction Analysis System, RIAS)^[13]强调医方、信息、患方为互动过程中的 3 个核心要素,其中医方为提供端,患方为接收端,信息以流动的形式在医方和患方之间传递,以转换的形式被患方进行认知加工^[14],以此实现信息的流转(流动和

转换)。当医方提供情境信息时传递的内容、传递方式或情感表达无法满足患方需求时^[15-16],会导致“供需错配”矛盾,使得信息流转过程出现诸多“障碍点”,引发患访暴力。因此,本研究基于RIAS系统分析护患情境信息流转过程中产生障碍的情境特征,为帮助护士识别患访暴力风险因素,降低其发生率提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 2024年11月至2025年5月,通过目的抽样选取某三甲医院就诊期间实施患访暴力的患方及遭受暴力的护士为访谈对象。护士纳入标准:①遭

受患访暴力的在职注册护士;②施暴患方尚未出院;③能详细描述暴力事件的经过;④知情同意,自愿参与本研究。护士排除标准:①在医院外与患方发生暴力事件的护士;②进修、退休、返聘护士。患方纳入标准:①住院期间实施过患访暴力的患者或家属;②病情稳定,能自由交谈;③知情同意,自愿参与本研究。患方排除标准:存在精神疾病或严重认知障碍者。样本量以资料饱和、不出现新的主题为止。本研究通过医院伦理委员会审查(2024710)。本研究共访谈32例患者/家属及32名护士,访谈对象一般资料见表1。

表1 访谈对象一般资料

患方						配对护士					
编号	性别	年龄(岁)	科室	学历	患者诊断	编号	性别	年龄(岁)	学历	职称	工作年限(年)
P1	女	28	急诊	大专	车祸	N1	男	31	本科	护师	8
P2	男	67	急诊	初中	血友病	N2	女	25	本科	护士	2
P3	女	49	急诊	小学	肺炎	N3	女	32	本科	主管护师	10
P4	男	47	急诊	高中	肠梗阻	N4	女	45	硕士	副主任护师	23
P5	男	43	急诊	中专	膀胱结石	N5	男	27	本科	护师	5
P6*	女	37	急诊	大专	车祸	N6	女	24	本科	护士	1
P7	男	82	胸外科	硕士	肺癌	N7	女	38	大专	主管护师	16
P8	男	32	胸外科	本科	肺结节	N8	女	37	本科	护师	18
P9*	男	43	胸外科	中专	肺癌	N9	女	27	本科	护师	4
P10	女	41	胸外科	大专	肺结节	N10	女	42	大专	主管护师	24
P11*	女	50	骨科	高中	骶骨骨折	N11	女	48	本科	副主任护师	29
P12*	女	63	骨科	小学	锁骨骨折	N12	女	29	本科	护师	7
P13*	女	38	骨科	大专	桡骨远端骨折	N13	女	38	本科	主管护师	15
P14*	女	44	骨科	中专	股骨颈骨折	N14	女	31	大专	护师	9
P15*	女	47	骨科	本科	多发性骨折	N15	女	41	本科	主管护师	18
P16	男	61	骨科	初中	股骨颈骨折	N16	女	27	本科	护师	5
P17	女	73	神经外科	小学	脑动脉瘤	N17	女	36	本科	主管护师	14
P18	女	65	神经外科	小学	急性硬膜下血肿	N18	女	32	大专	护师	9
P19*	男	19	神经外科	本科	缺血性脑卒中	N19	女	26	本科	护士	3
P20	男	77	神经外科	本科	蛛网膜下腔出血	N20	女	28	本科	护师	5
P21	男	34	神经外科	硕士	急性脊髓炎	N21	女	32	本科	主管护师	10
P22	女	29	神经外科	大专	烟雾病	N22	女	28	本科	护师	5
P23*	男	67	神经外科	小学	垂体瘤	N23	女	24	本科	护士	2
P24	男	36	消化内科	中专	多发性肠息肉	N24	女	38	硕士	副主任护师	13
P25	男	79	消化内科	大专	肠息肉	N25	女	27	本科	护师	5
P26	男	26	消化内科	本科	胃食管反流	N26	女	25	本科	护士	2
P27*	女	51	消化内科	高中	肠息肉	N27	女	50	本科	主任护师	28
P28	女	54	呼吸内科	小学	肺癌	N28	女	26	本科	护士	3
P29	男	67	呼吸内科	小学	气胸	N29	女	37	硕士	主管护师	15
P30	女	75	呼吸内科	小学	病毒性肺炎	N30	女	32	本科	护师	9
P31	女	67	呼吸内科	高中	肺结核	N31	女	24	本科	护士	1
P32*	男	46	呼吸内科	本科	肺癌	N32	女	29	本科	护师	7

注: *为患者家属。

1.2 方法

采用描述性质性研究,围绕同一患访暴力事件中实施暴力的患方及遭受暴力的护士,开展叙事配对访谈,分析互动过程中产生“供需错配”的情境特征,析出护患互动过程中促发患访暴力的“触发点”。

1.2.1 制订访谈提纲 根据文献回顾^[15-16]拟订初始访谈提纲。邀请2名研究领域为患访暴力的护理专家调整,选取3名护士、4例患者或家属进行2轮预访谈后完善形成终稿。患方访谈提纲:①请详细描述一下事件发生的具体过程。②与护士交流过程中,您存在哪些医疗信息需求或是情感需求?护士是否满足

了您的上述需求?具体是如何满足或未满足的?③您认为交流过程中,护士沟通方式是否合理?为什么?④您认为交流过程中,存在哪些值得肯定以及需要改进的地方?护士访谈提纲:①请详细描述一下事件发生的具体过程。②您认为交流过程中,患方存在哪些医疗信息需求或是情感需求?您认为自己是否满足了患方的需求?具体是如何满足或未满足的?③在交流过程中,您认为自己的沟通方式是否合理?为什么?④您认为交流过程中,存在哪些值得肯定以及需要改进的地方?

1.2.2 资料收集方法 研究者以护理部纠纷调解者

的身份在患访暴力事件发生 48 h 内接触施暴患方及遭受暴力的护士。采用面对面、半结构式访谈，在医院的办公室、会议室、示教室等安静空间访谈，征得同意后录音。访谈过程中，研究者鼓励访谈对象表达真实感受，关注其非语言信息表达，采用确认、追问、重复等技巧，并依据访谈情境，灵活调整提问方式和次序，每次访谈 16~34 min，累计访谈 1 683 min。

1.2.3 资料分析方法 每次访谈结束后反复聆听访谈内容，24 h 内将录音转录整理成文字，共转录文字 317 406 字。采用内容分析法^[17]对访谈资料进行整理分析。访谈资料由 2 名研究者独立分析，如遇分歧则由课题组共同讨论、统一观点后由研究者进一步归

纳和提炼。

2 结果

对访谈资料进行反复分析、归纳、提炼，共得出 3 个主题、15 个亚主题。

2.1 流转不畅的情境信息

2.1.1 治疗流程信息 患方顺利接收护士传递的治疗流程信息，是提升其治疗效率的关键步骤。若护士提供的信息不全或模棱两可，加之患者未能提出质疑，均可导致医疗流程的执行受阻，诱发患访暴力。流转不畅的治疗流程信息类别及对应的护患双方访谈资料见表 2。

表 2 流转不畅的治疗流程信息类别及对应的护患双方访谈资料

类别	护士视角	配对患方视角
手术流程	N26：“他（患者）是第一台手术，常规七点多就必须通知他提前到手术室等候的。”	P26：“护士七点多就过来说我要去手术了，但到了手术室，里面什么都没准备好，我起码等了 1 h，她为什么和我说可以过去了……非常不理解，有点恼火。”
急诊就诊流程	N1：“常规的处理我们都给她（患者）做了，接下去肯定要等家属缴费。”	P1：“护士把我放在那边好久，就是说让我等着人来，我以为是要等其他医生，等了好久再问了才说要等家属缴费……她不说我怎么会知道（抱怨）。”
转诊流程	N9：“医生决定的办出院，为了方便结算费用，我们也只是按流程通知他（患者）出院。”	P9：“护士就告诉我们，这里办出院，去胸外科办住院，我想我们只是转到胸外科，为什么要办出院……去了胸外科之后，说没有床位……这些基本的信息都不事先对接好吗？”
检查流程	N11：“两次 CT 检查部位是不一样的，我也告知了患者，后面那次是上级医生追加的细节检查。”	P11：“护士一会儿过来说检查这个（CT），查完回来了又说新开了一项要查的，做 CT 的地方跑了两次……这种安排很不合理。”

2.1.2 护理操作信息 护士进行护理操作时，对于目的、时机以及流程的解释不当或缺失，会引起患方

质疑操作执行方式，埋下暴力隐患。流转不畅的护理操作信息类别及对应的护患双方访谈资料见表 3。

表 3 流转不畅的护理操作信息类别及对应的护患双方访谈资料

类别	护士视角	配对患方视角
操作目的	N15：“转到骨科的病人，常规就需要检查压疮，我也和她（家属）说了这是必须要看的。”	P15：“她们（护士）一上来就动手要给我爸翻身，可是他已经痛得不行了，我把她手拍掉，她还说必须要翻的……这时候这么做的意义在哪里？”
操作时机	N27：“第二天的留置针，我们一般都是前一天下午去打上的……她们（患方）想到第二天再打针是不现实的，再说手术时间也随时可能会调整。”	P27：“下午 2 点左右护士就把第二天手术的针打好了，就说明天手术要用的，也没问我们意见，我想离手术还有这么久，这个针不会跑偏掉了吗？”
操作流程	N31：“她（患者）是自己吓自己，什么药是没有不良反应的，我要是一个一个和她说，她还敢用什么药”	P31：“护士挂上盐水之后什么都没说……我查了一下，这个药很多不良反应，这不应该告诉我吗（埋怨）？”

2.1.3 拒绝行为信息 当护士拒绝患方诉求却未能给予合理说明及替代方案时，会增加患方通过攻击行

为宣泄不满的概率。流转不畅的拒绝行为信息类别及对应的护患双方访谈资料见表 4。

表 4 流转不畅的拒绝行为信息类别及对应的护患双方访谈资料

类别	护士视角	配对患方视角
药物拒绝行为	N6：“急诊进来，需要让专科医生评估后再考虑止痛，她（患者）一直嚷着疼得受不了，我还帮她打电话催了医生好几次。” N31：“如果医生觉得她（患者）需要吃药会给她开的，医院的规定就是不让病人吃自己带的药。”	P6：“我妈很痛苦，我问了护士好几次能不能用点止痛的，她就说这个要等骨科医生来看了再说……明明有医生在，为什么要等？” P31：“之前在家里的时候我每天都按时吃降血糖的药，控制得很好，到这里护士就不让我吃，还要把我的药收走，我现在这样和这么多天没吃药肯定有关系。”
体恤拒绝行为	N12：“那是我们（办公）的椅子，可能她（患者）以为是放在那里给患者坐的，我们办公区域肯定不是给患者休息的。” N13：“谁过来向我们要东西，我们都给的话，根本没办法管理，棉签自己点个外卖或者外面药店都可以买到的。”	P12：“人老了身上又有伤……走了一会儿很累吃不消，就在护士站旁边的椅子上坐了一下，立马那个护士就叫起来了，说这里不是给你们坐的。” P13：“就想用那个棉签给她（患者）擦伤的地方消毒的……那个护士就说不给……小气得不行。有什么好摆谱的。”

2.1.4 医疗费用信息 护士在解释医疗费用信息时

含糊其词，易使认知受限的患方将其行为归因于利益

驱动,认为护士“多收费”“乱收费”,埋下护患矛盾激化的隐患。流转不畅的医疗费用信息类别及对应的

护患双方访谈资料见表 5。

表 5 流转不畅的医疗费用信息类别及对应的护患双方访谈资料

类别	护士视角	配对患方视角
收费信息 更新滞后	N29:“这个收费是前两天的操作,并没有多收他(患者),只是延迟到了今天。”	P29:“当时是没有这个收费的,后面不知道从哪里冒出来的,去问她(护士),说这个肯定是之前就有的……是不是为了多收费。”
费用明细 解释模糊	N8:“当时我不清楚他们(患方)的收费情况,所以没反驳她们。”	P8:“问她(护士)今天出院是不是要收床位费的,她含糊着也没否认啊……都收费了凭什么催我们出院,就知道乱收费。”

2.1.5 制度信息 护士执行规章制度时解释不当或患方对医疗制度的信任缺失,均可能导致制度信息的认同失效,诱发患者对其合理性或执行公正性的质

疑,进而引发护患矛盾。流转不畅的制度信息类别及对应的护患双方访谈资料见表 6。

表 6 流转不畅的制度信息类别及对应的护患双方访谈资料

类别	护士视角	配对患方视角
矛盾执行的制度信息	N14:“之前的病人不是我管的,我不清楚之前的病人具体的陪护情况。但是他们(患方)床 2 个家属同时陪护已经被我看到两次了,我肯定要说的。”	P14:“隔壁病人手术前有 3 个家属在,我们这暂时有 2 个家属,护士就过来赶了两次,说是医院就这样规定的……有点看人下菜。”
解释不足的制度信息	N24:“他们(患方)柜子上面乱七八糟的,什么都有,我只是让他们收拾一下。”	P24:“(护士)过来就说柜子上不能放东西,医院要检查,我就不明白了什么规定是柜子上不能放东西?”
公信力缺失的制度信息	N18:“我们也没有办法,我们也想每个患者进来都先筛查一遍有没有甲流,做不到的(无奈)。”	P18:“隔壁床病人很可能是甲流患者,他们没有排查也没有隔离。后面手术第二天我就开始发烧,我确诊了之后和她(护士)说是前面病人传我的,她说前面的患者没确诊,这种做法对病人相当不负责。”

2.2 流转不畅的情感互动

2.2.1 接收失效的情绪信息 患方向护士倾诉主观症状体验及情绪感受时,若护士未能重视或是侧重于

客观指标而忽视患方情绪,可能导致情绪信息的接收失效,引发护患信任危机。接收失效的情绪信息类别及对应的护患双方访谈资料见表 7。

表 7 接收失效的情绪信息类别及对应的护患双方访谈资料

类别	护士视角	配对患方视角
情绪体验 否认	N6:“她(患者)的情况确实没有她(家属)想的那么严重,我只是说了一句还好吧,她(家属)立马开始发脾气。”	P6:“我说感觉腿都失去知觉了,她(护士)说这不会那么严重的……我难道故意骗她的吗?”
情绪娱乐 化解解读	N22:“我并没有嘲笑她(患者)的意思,只是当时她的动作真的很好笑,我没有什么恶意。”	P22:“我说我玩手机的时候手一直抖,她(护士)就在旁边哈哈哈笑出来……这种人你怎么指望她能帮助病人。”
情绪漠视	N17:“他(患者)问我手术的后遗症,那么多,手术前我怎么可能一条一条说给他听,让他不要多想。”	P17:“第一次做手术,我很紧张啊,我向她(护士)打听手术的后遗症,她说你不要想多了……为什么不说明白(埋怨)。”

2.2.2 回应偏差的情感需求 临床护理工作中,护士因工作高压易陷入情绪耗竭,难以有效回应患方及家属的情感需求。这种情感回应的供需偏差,可能阻

碍沟通过程,成为情绪升级的导火索。回应偏差的情感需求类别及对应的护患双方访谈资料见表 8。

表 8 回应偏差的情感需求类别及对应的护患双方访谈资料

类别	护士视角	配对患方视角
情绪化回应	N25:“他(患者)问了很多东西,我一直在回答他的问题。”	P25:“我作为病人,有这个毛病,本来心情就不是很好,她(护士)还把自己个人的情绪带到这里,说什么都很不耐烦……我来这又不是受你气的。”
公式化回应	N1:“她(患者)向我要纸巾,当时在给其他病人输液,我能去哪里给她拿纸。”	P1:“我说能不能给我张纸,我先擦擦鼻血,她(护士)说我在忙,你们要自己准备的,我也没有……一点都不关心病人。”
共情缺失回应	N32:“确实是没有床位,我们能有什么办法。”	P32:“她(护士)态度很无所谓,就说找领导也没用,都是系统规定的……系统都是死的,关键是她不愿意共情我们的处境(无奈)。”

2.3 流转不畅的情境信息传递方式

信息传递方式是指护士将信息组织并呈现给患方的模式^[15]。该主题下 7 个亚主题具体内容如下。

2.3.1 过度承诺 护士过早过多作出病情承诺时,会导致患方期望过高,现实产生落差时,会引起患方情绪升级,激化矛盾。N17:“常规来说吃完药就会退烧,但是病人后面确诊了颅内感染就会存在一个反复

发烧的情况。”P17:“(护士)一开始说估计药用了之后就会退烧,后面又说可能感染,要再过两天才会退烧,到现在快两周了还是反复发烧(愤怒)。”

2.3.2 责任转移 护士在面对患方问询时,简单地将责任转移给第三方,此时,患方常认为这是推卸责任的表现,会加剧患方不满的情绪。N2:“我们只负责急救,擦伤的消毒本身也不属于我们工作范围。”

P2：“她(救护车护士)说她们不处理这个(消毒伤口)，不属于她的工作(无奈)。”

2.3.3 语气失当 与患方对话时,护士使用命令、反问、质疑等负向语气时,可能加剧患方情绪对抗,诱发患访暴力。N8：“很早就和他们(患方)说了今天要出院,新病人都来了他们还没开始收拾。”P8：“她(护士)说下一个病人已经等着入住了,让我们快点收拾好,还要我给她一个准确能出院的时间……哪有这样讲话的。”

2.3.4 肢体语言不当 护士带有排斥性质的眼神或动作都可能引发患方不满情绪。N12：“还记得当时什么情况了,但是规定就是这样,我也不可能给她(家属)慢慢解释。”P12：“医生前面给我拍的那个检查报告不太清楚,我想再进去找医生拍一下,问她(护士)就说不行的,头都不抬一下,一直看着那个电脑屏幕(不满)。”

2.3.5 单向告知 护士传递信息时如果只单方面告知,忽略患方反馈和体验,可能会导致信息传递和接收过程障碍,诱使患方出现负面情绪,引发患访暴力。N16：“我当时是拿着单子一条一条地说注意事项的。”P16：“她(护士)来说了点手术后注意的事项,说了一堆,但我没怎么听懂,她也不问就离开病房了……反正她的任务是完成了。”

2.3.6 模糊性表达 护士在进行信息传递时,其模糊性表述常常被患方解读为责任的回避及推卸,这种认知偏差促使患方通过暴力行为向护士宣泄不满。N23：“我不是管她们(患方)的,她们问我到我这里,我也不太清楚她们的收费情况,就和他们说以出院费用小结为准。”P23：“我们这么多天陪护床都没人睡的,但是单子上好像每天都在收费,我就问护士,护士遮遮掩掩地就是不说有没有收费。”

2.3.7 时间节点错配 当护士未在患者治疗的关键节点(如手术前后、检查前、用药时、治疗时)提供相应信息时,患方会因信息缺失而陷入被动境地,进而强化护士履行职责不到位的认知,加剧护患矛盾。N21：“他(患者)痛我知道,我也去看过,和他说了交班结束就会给他送过来(止痛药),他就好像一会儿都等不了,直接发火。”P21：“护士说这个止痛药 6 h 可以吃一次,我夜里 1 点多吃的,早上 7 点还是疼得不行,为什么不以病人病情为主,按时给药呢?”

2.3.8 重点不清 患方受限于医学知识储备,难以准确识别关键信息要点,需要护士强调重点信息。若护士传递信息时语言繁杂凌乱,重点不清,会导致患者错误执行指令,引发暴力。N28：“给隔壁床送药的时候,宣教刚好也是前面和她们(患方)说过的,所以我又强调了一遍。”P28：“她(护士)打针前过来说了点注意事项,后面给隔壁床送药的时候又说了点……太乱了没记住。”

3 讨论

3.1 提高护士信息传递完整性与准确性 护士准确完整解释诊疗相关信息,是确保医疗科学性和规避暴力的关键^[16]。本研究发现,护士在解释治疗流程、护理操作、医疗费用、医疗制度等信息时,若出现内容不全或表述不准,会使认知受限的患方错误执行医疗操作或误解医疗行为目的,诱发暴力。田冬杰^[18]发现,40%以上住院患者存在医疗信息缺失情况。Dutrue^[19]也指出,护士传递的信息往往无法满足患方需求。一方面,目前信息传递过度依赖护士个人临场信息组织能力^[20],易受到护士工作负荷、时间压力、认知水平的影响。另一方面,现有评价指标多关注信息传递完成度,忽略患方实际接收效果,导致精准传递信息的重要性被轻视。因此,建议护理管理者系统梳理患者就诊全流程中的信息接收节点,针对高频情境制订简明清单,考虑将患者实际信息接收度纳入质量评价标准,以确保核心信息传递的准确无遗漏,减少因医疗信息流转障碍引发的患访暴力。

3.2 增强护患间情感互动 护士及时识别并回应患者情绪是建立护患信任与促进合作的关键^[21]。本研究发现,临床护士常因不愿投入额外情绪劳动而难以共情患者;或因无法准确捕捉患者情绪,造成沟通失效。究其原因,首先,高负荷工作压缩了护士解读患方情绪并提供安抚的时间^[22]。其次,人力短缺易诱发群体性共情疲乏与情绪耗竭^[23],导致护士难以持续响应患方情感需求。最后,缺乏系统性情绪识别与回应的培训,导致护士难以恰当应对患者情绪信号。因此,建议护理管理者重视护士的情绪劳动,通过提供组织支持、便捷心理咨询渠道,营造包容互助的团队氛围来缓解护士职业倦怠。同时,开展心理健康讲座与专业培训,提升护士情绪解读与回应能力,从而降低患方负面情绪升级为暴力的风险。

3.3 提升护士沟通能力 护士沟通方式作为患方信息解码的关键变量,直接影响其信息解读路径,是医患关系和谐稳定的核心变量^[16]。本研究发现护士沟通中存在过度承诺、责任推诿、单向告知、表述模糊、重点不清、时机不当及语气与非语言动作失当等问题时,易引发患者不满。Höglander 等^[24]强调应重视非语言行为、避免单向沟通。Li 等^[25]也提出内容与时机错位是临床信息传递的常见问题。这些既源于护士的表达局限、风险意识不足、信息传递责任缺位^[26],也与患方的注意偏向、归因偏好等复杂要素有关^[27]。良好沟通技巧是平衡个人认知差异的重要手段^[28]。因此,建议护士在信息传递前、中、后三阶段提升沟通技巧,强化沟通能力:信息传递前,评估周围环境及患方认知状态是否适宜;信息传递时,使用中肯、负责、准确的语言传达信息,避免出现模糊词、责任转移类表述,对于重点信息增加宣教频次增强患方

记忆,同时关注非语言表达,通过微笑、点头和眼神交流等拉近与患者的距离;信息传递后,通过反问等技巧确认患方是否掌握重点信息,以此强化沟通技巧,降低因沟通方式不当引发暴力的风险。

4 结论

本研究明确了情境信息流转视角下护士患访暴力发生的“障碍点”,主要包括流转不畅的情境信息、流转不畅的情感互动以及流转不畅的情境信息传递方式。护理管理者应进一步提升护士信息传递的完整性与准确性,增加护患间情感互动,增强护士沟通能力,以确保护患间情境信息的有效流转,减少患访暴力事件。未来将进一步开展量性研究,探索并完善护士患访暴力流转障碍的情境特征。

参考文献:

- [1] Liu J, Gan Y, Jiang H, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis [J]. Occup Environ Med, 2019, 76(12):927-937.
- [2] World Health Organization. World report on violence and health [EB/OL]. (2002-10-03) [2025-06-07]. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/.
- [3] Purpora C, Cooper A, Sharifi C. The prevalence of nurses' perceived exposure to workplace bullying and its effect on nurse, patient, organization and nursing-related outcomes in clinical settings: a quantitative systematic review protocol [J]. JBI Database System Rev Implement Rep, 2015, 13(9):51-62.
- [4] Yıldız I, Tok Yıldız F. Pediatric emergency nurses' workplace violence experiences: a qualitative study [J]. Int Emerg Nurs, 2022, 62:101160.
- [5] 张颖,王海芳,蔡建政,等.护士工作场所暴力归因偏差影响因素的质性研究[J].护理学杂志,2022,37(22):13-17.
- [6] Christensen S S, Wilson B L, Cummins M R, et al. Exploring nurses' emotional reactions to and reporting of patient-on-nurse workplace violence: a mixed-methods study [J]. Int J Nurs Stud, 2024, 153:104724.
- [7] Li S, Yan H, Qiao S, et al. Prevalence, influencing factors and adverse consequences of workplace violence against nurses in China: a cross-sectional study [J]. J Nurs Manag, 2022, 30(6):1801-1810.
- [8] 王晶晶,吕晖,邢晓琳,等.中国医务人员工作场所暴力发生率及其危险因素的横断面研究[J].医学与社会,2021,34(8):29-33.
- [9] 赵晓晴.基于情境预防理论的护士工作场所暴力预防策略的构建及初步应用研究[D].苏州:苏州大学,2022.
- [10] Kwame A, Petrucci P M. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward [J]. BMC Nurs, 2021, 20(1):158.
- [11] 岳耀华,蒋晓,吴智艳.基于情境感知的户外运动类应用设计策略研究[J].包装工程,2021,42(24):121-128.
- [12] Winters J, Kirby S, Smith K. Contextual predictability shapes signal autonomy [J]. Cognition, 2018, 176:15-30.
- [13] 印荷杨.基于RIAS的门诊医患互动话语影响因素分析[D].南京:南京医科大学,2020.
- [14] 娄策群,周承聪.信息生态链:概念、本质和类型[J].图书情报工作,2007,(9):29-32.
- [15] Latorre-Postigo J M, Ros-Segura L, Navarro-Bravo B, et al. Older adults' memory for medical information, effect of number and mode of presentation: an experimental study [J]. Patient Educ Couns, 2017, 100(1):160-166.
- [16] 陈潇,张育红,杨春,等.基于重要性矩阵的住院患者护理服务体验关键驱动因素分析[J].护理学杂志,2024,39(21):68-72.
- [17] Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process [J]. J Adv Nurs, 2008, 62(1):107-115.
- [18] 田冬杰.基于医院客户关系管理(HCRM)的理论的医患信息不对称研究[D].上海:中国人民解放军海军军医大学,2020.
- [19] Dutrue S P, Hentel K D, Hecht E M, et al. Patient-centered radiology communications: engaging patients as partners [J]. J Am Coll Radiol, 2024, 21(1):7-18.
- [20] Allen S, Chapman Y, O'Connor M, et al. The importance of language for nursing: does it convey commonality of meaning and is it important to do so [J]. Aust J Adv Nurs, 2007, 24(4):47-51.
- [21] Mukamba N, Mwamba C, Redkar S, et al. Patterns of person-centred communications in public HIV clinics: a latent class analysis using the Roter interaction analysis system [J]. J Int AIDS Soc, 2023, 26(Suppl 1):e26119.
- [22] Kim Y, Lee M J, Choi M, et al. Exploring nurses' multitasking in clinical settings using a multimethod study [J]. Sci Rep, 2023, 13(1):5704.
- [23] 杜昕昱,米嘉润,依力夏提·艾力,等.我国三级公立医院护士情绪耗竭现状及影响因素研究[J].中国医院管理,2024,44(8):23-28.
- [24] Höglander J, Holmström I K, Lövenmark A, et al. Registered nurse-patient communication research: an integrative review for future directions in nursing research [J]. J Adv Nurs, 2023, 79(2):539-562.
- [25] Li Y, Li C, Zhou N, et al. Perspectives of nurses and patients on the misplacement of supportive care information for type 2 diabetes mellitus: a qualitative study in China [J]. BMC Nurs, 2025, 24(1):123.
- [26] 肖岩.基于暴力风险评估的针对性护理在精神分裂症患者中的应用效果[J].中国民康医学,2025,37(11):167-169,173.
- [27] 徐琳钰.患者敌意归因偏向对反应性攻击行为的影响及其机制[D].上海:上海师范大学,2023.
- [28] Liu S, Wright A P, McCoy A B, et al. Using large language model to guide patients to create efficient and comprehensive clinical care message [J]. J Am Med Inform Assoc, 2024, 31(8):1665-1670.