

护理解释的护患调查

陈培霆^{1,2}, 刘虹³

(1.南京医科大学公共卫生学院,江苏 南京 211166;2.南京市浦口区中心医院党政办,江苏 南京 211800;
3.南京医科大学人文社会科学学院,江苏 南京 211166)

摘要:目的:开展护理解释现状调查,为提高护理解释有效性提供建议。方法:分层随机抽取江苏省8所公立医院的护理人员和患者开展护理解释现状调查。结果:护患人员对护理解释的评价比较乐观,患者对确理解释的认同感明显低于护理人员,护理人员认为提高护患沟通技巧是解释到位与否的关键,患者个人因素对护理解释有影响。结论:护理人员需要不断提升综合素质,根据患者情况有针对性地开展护理解释工作,提升护理沟通效果,满足患者对护理解释的需求。

关键词:护理;解释;护患沟通

中图分类号:R192.6

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2017)04-312-004

doi:10.7655/NYDXBSS20170413

在辞海中,“解释”的意思是指分析阐明,说明含义、原因、理由等。结合护理工作特点,可以认为护理解释是护理人员在观察的基础上进行思考,借助语言文字、图像符号等方式说明疾病情况、治疗方案、患者情况等事物变化的含义、原因和理由。护理解释的目的就是达到护患双方的理解。哲学解释学认为,理解不是一种简单意义“复原”,而是一种意义不断创造和生成的过程,是理解者和被理解者“你中有我,我中有你”。在解释学语境中,护理解释就是护理人员与患者共同参与探索疾病意义的“主体间性”关系^[1],因此做好护理解释涉及到护患双方以及环境、社会等多种因素。本研究通过对江苏省8所公立医院的护患双方开展调查,从解释学角度对护理解释进行分析,为护理人员提高护理解释效果提出对策与建议。

一、对象与方法

(一)对象

将江苏省公立医院按照归属地分为南京、苏南、苏中、苏北,采取分层随机抽样的方法,选取其中8所医院作为调查对象,分别是:南京医科大学

某两所附属医院、南京大学某附属医院、南京市某儿童医院、常州市某医院、江阴市某医院、兴化市某医院以及淮安市某人民医院。将所有护理人员以姓氏笔画顺序进行排序,然后采用简单随机抽样方法进行抽样;将患者分为门诊、急诊、住院三部分,门诊和急诊患者采取方便抽样,对就诊结束排队等待检查或者二次就诊的患者进行调查,住院患者采用简单随机抽样,在各病区与诊疗单元中进行,每个科室抽取5~6名患者,年龄≥18岁。

(二)调查方法

采用问卷调查法,自行设计问卷,在咨询专家、参考国内外相关文献及进行预调查的基础上,对问卷进行修改、补充,形成两份独立问卷。

护理人员对自身护理解释的自评问卷,调查内容包括:①护理人员基本资料;②护理解释现状,2个条目:护理解释主动和详细情况如何,包含5个选项;有无向患者确认是否理解作出的解释,包含3个选项;③护理解释内容,1个条目:向患者解释的内容,包含5个选项;④护理解释的影响因素,1个条目:护理人员进行解释时遇到的最大困难,包含5个选项;⑤护理解释效果的取决因素,1个条目:护

收稿日期:2017-02-13

作者简介:陈培霆(1986—),男,江苏泰州人,南京医科大学公共卫生学院 MPH 学员。

理人员解释病情效果的取决因素,包括4个选项。

患者对护理解释的评价,调查内容包括:①患者基本资料;②护理解释现状,2个条目;护理人员解释病情情况,包含5个选项;护理人员是否确认作出的解释,包含4个选项;③护理解释内容,1个条目:患者认为最需要的解释内容,包括4个选项;④护理解释的影响因素,1个条目:患者认为护理人员解释不到位的最主要原因,包括5个选项;⑤护理解释效果的取决因素,1个条目:患者认为护理人员解释能力的影响因素,包括5个选项。

共发放问卷1450份,其中向护理人员发放问卷450份,向患者发放问卷1000份。问卷填写完毕当场回收,对回收所得问卷进行检查,所有问卷均为单项选择,剔除空白、多选及无效填写,得到有效问卷1132份,其中护理人员有效问卷325份,有效率72.2%;患者有效问卷807份,有效率80.7%。

(三) 统计学方法

采用EpiData3.1软件对调查数据进行录入,使用SPSS21.0统计软件建立数据库,进行描述性分析及 χ^2 检验, $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

(一) 基本情况

325名护理人员,其中男13人,女312人;年龄20~<30岁121人(37.2%),30~<40岁119人(36.6%),40~<50岁59人(18.2%),50~60岁26人(8.0%);学历专科及以下108人(33.2%),本科210人(64.6%),硕士及以上7人(2.2%);职称初级及以下153人(47.1%),中级128人(39.4%),高级44人(13.5%);急诊科34人(10.4%),内科86人(26.5%),外科86人(26.5%),妇产科25人(7.7%),儿科28人(8.6%),其他科室66人(20.3%)。

807名患者,其中男348人,女459人;年龄20岁以下80人(9.8%),20~<30岁182人(22.6%),30~<40岁179人(22.2%),40~<50岁129人(16.0%),50~<60岁127人(15.7%),60岁及以上110人(13.6%);小学学历88人(10.9%),初中学历160人(19.8),高中学历134人(16.6%),大专学历200人(24.8%),本科学历187人(23.2%),其他38人(4.7%);门急诊319例,住院488例。

(二) 护理人员对护理解释的自评

护理人员“主动详细解释”237人(73.6%),“主动解释,不详细”66人(20.5%),“不主动解释”19人(5.9%)。大部分护理人员认为自己的解释主动且详细,即使不同科室的护理人员对自己的评价也高度

一致,差异无统计学意义($\chi^2=30.699, P=0.059$)。

(三) 患者对护理解释的评价

同样的问题,对于患者的调查结果如下:护理人员“主动详细解释”的有628人(78.2%),“主动解释,不详细”96人(12.0%),“不主动解释”79人(9.8%),与护理人员自评各项构成比基本相似。但是不同科室就诊的患者对此问题的看法差异具有统计学意义,内科患者的护理解释评价高于其他科室($\chi^2=52.836, P<0.001$)。

(四) 护患对护理解释的需求

护理人员认为解释的重点内容分别是:病情和预后[122人(38.1%)],用药情况和服务禁忌[81人(25.3%)],治疗的措施和手术方案[67人(20.9%)],护理事项[32人(10.0%)],治疗效果[18人(5.6%)].不同科室的护理人员认识比较一致,差异无统计学意义($\chi^2=29.756, P=0.074$)。不同类别的患者对护理解释的需求不同,差异具有统计学意义($\chi^2=28.819, P<0.05$),住院患者认为最需要解释的内容是病情、预后和治疗措施,门急诊患者则认为是用药情况、病情及预后(表1)。

表1 不同类别患者对护理解释的需求 [n(%)]

就诊类别	病情和预后	用药情况和服用禁忌	治疗的措施或手术方案	治疗效果
门诊	71(30.1)	76(32.2)	63(26.7)	26(11.0)
住院	168(34.9)	81(16.8)	150(31.2)	82(17.0)
急诊	20(25.0)	26(32.5)	19(23.8)	15(18.8)
合计	259(32.5)	183(23.0)	232(29.1)	123(15.4)

(五) 影响护理解释的因素

护理解释的影响因素形式多样,从护理人员角度,有148人(45.5%)认为解释行为中遇到最大的困难是“患者知识局限”,其次有77人(23.7%)认为是“医学问题复杂”。从患者角度,有288人(35.7%)认为护理解释做得不好的主要原因是“医学问题复杂”,有227人(28.1%)认为是“患者知识局限”。

不同科室的护理人员认为护理解释做得不好的主要原因不尽相同,差异具有统计学意义($\chi^2=43.516, P<0.01$),急诊科护理人员认为患者无法理解的比例高于其他科室。不同学历($\chi^2=41.551, P<0.01$)、付款方式($\chi^2=40.881, P<0.01$)、就诊类别($\chi^2=26.335, P<0.01$)的患者对护理解释不到位的原因选择差异均有统计学意义。本科及以上学历患者认为“工作任务繁忙,没有时间解释”比低学历者高;自费患者认为“医患缺乏信任,不想过多解释”比拥有医保者高;门诊患者认为“工作任务繁忙,没有时间

解释”比住院患者高(表2)。

(六)护理人员解释效果取决因素

护理解释涵盖着医学科学、医学人文关怀、医学职业态度等多重价值,从护理人员角度,护理解释能力和效果影响因素很多。护理人员中,有195人(60.7%)认为解释效果的好坏主要取决于医患沟通技巧,而认为取决于专业技能、职业态度和人文素质的相对较少,总共有126人(39.3%)。患者的选择主要集中在医患沟通技巧[208人(26.2%)],职业态度[207人(26.1%)]和职业道德[195人(24.6%)]。

三、讨 论

(一)患者的个体差异影响护理解释效果

不同类别的患者对护理解释的评价、需求、影响因素等问题的看法不一致,究其原因患者的特征不同。门急诊患者一般在诊疗后遵医嘱进行服药和恢复,而住院患者接受手术的比例较高^[2],住院患

者比门诊患者享受更多的护理服务。内科的疾病特点是多呈慢性发展,以药物治疗为主,与护理人员的接触时间久^[3]。高学历的人群因为自身医学知识积累较多,网络信息化时代知识查询和学习较便捷,导致这类人群对医疗服务的需求高^[4]。自费患者对于费用更为敏感^[5],需要更多的解释说明来建立相互的信任。反观护理人员的调查结果,并未认识到不同患者对护理解释的认识和需求的不同。

(二)护理人员对解释的内涵认识不够

好的解释不仅是让被解释者理解,更是一种人文关怀。有学者指出医学职业态度包含耐心、专注、神态、语言、倾听、解释、告知、情绪、微笑、共情等十大表征,医学职业态度是医学人文精神的基本表现,是制约和影响医疗行为、医患关系、医疗质量的重要因素^[6]。从调查中可以发现,大部分护理人员认为解释行为中最大的困难是患者知识局限和医学问题复杂,提高医患沟通技巧是解释到位与否的关

表2 不同类别护患对解释不到位的原因分析

[n(%)]

人员及类别	医学问题复杂, 很难解释清楚	患者知识局限, 解释效果不佳	医患缺乏信任, 不想过多解释	工作任务繁忙, 没有时间解释	患者无法理解, 没有必要解释
护理人员科室					
急诊科	4(11.8)	19(55.9)	5(14.7)	1(2.9)	5(14.7)
内科	23(27.1)	34(40.0)	13(15.3)	14(16.5)	1(1.2)
外科	24(28.6)	36(42.9)	11(13.1)	13(15.5)	0(0.0)
妇产科	4(16.0)	13(52.0)	3(12.0)	4(16.0)	1(4.0)
儿科	3(10.7)	16(57.1)	7(25.0)	2(7.1)	0(0.0)
其他	19(29.2)	26(40.0)	14(21.5)	5(7.7)	1(1.5)
患者学历					
小学	38(43.2)	25(28.4)	7(8.0)	13(14.8)	5(5.7)
初中	61(38.4)	49(30.8)	15(9.4)	28(17.6)	6(3.8)
高中	43(32.3)	36(27.1)	26(19.5)	19(14.3)	9(6.8)
大专	65(32.7)	60(30.2)	42(21.1)	22(11.1)	10(5.0)
本科及以上	56(30.1)	47(25.3)	30(16.1)	44(23.7)	9(4.8)
患者支付方式					
城镇职工基本医疗保险	128(36.0)	99(27.8)	44(12.4)	70(19.7)	15(4.2)
城镇居民基本医疗保险	75(35.9)	62(29.7)	38(18.2)	20(9.6)	14(6.7)
新型农村合作医疗	61(38.4)	49(30.8)	18(11.3)	24(15.1)	7(4.4)
自费	12(26.1)	7(15.2)	17(37.0)	8(17.4)	2(4.3)
公费	5(27.8)	5(27.8)	2(11.1)	5(27.8)	1(5.6)
其他	3(27.3)	5(45.5)	0(0.0)	3(27.3)	0(0.0)
患者就诊类别					
门诊	68(28.7)	63(26.6)	35(14.8)	52(21.9)	19(8.0)
住院	192(39.6)	143(29.5)	65(13.4)	68(14.0)	17(3.5)
急诊	26(32.5)	21(26.3)	20(25.0)	9(11.3)	4(5.0)

键。这样的认识不但与患者的认识和需求存在差异,而且太过于片面,未能意识到护理解释中的深层次问题。细致的解释需要护理人员通过持久的耐心、极致的专注、得体的语言、认真的神态、用心的倾听、准确的告知、平和的情绪等多种形态表现出来,并不是回答了患者的疑问就是做好了解释。

(三) 护理解释程序不完善

护理人员认为和实施的解释行为与患者的感受和需求存在差异,究其原因就在于现阶段实际工作中没有一套完善的解释程序,虽然许多医疗机构制定了各自的服务规范和流程,可是过于宽泛,没有针对护理解释建立一套完整的、操作性强的制度体系和考核标准。

四、建 议

(一) 强化“以患者为中心”的理念

在解释学看来,理解之所以能实现,就在于双方的视界不断融合。在护理解释过程中就是护理人员与患者的视界交流,不断生成、扩大和丰富,这需要考虑到护患两个群体的不同特征。不同的就诊人群、就诊的不同科室以及疾病不同时期,患者的心理和生理需求是不同的^[7],对护理解释的要求也会随之变化,护理人员要重视患者的个体差异和个性化需求,应根据患者的不同需求不断优化解释行为,有针对性地开展护士解释工作。例如:自费患者需要更多的有关治疗方案及费用的解释;急诊患者需要通俗易懂、直奔主题的解释;高学历患者需要更为专业、细致、平等的解释,而非说教式的解释。

(二) 加强护理人员人文关怀能力

护理工作的本质就是一种人文关怀,所谓医学人文精神不仅是一种理念,更重要的是能够为患者感受到的每一项护理工作和每一次护患沟通^[8]。医学人文技能主要表现在医学职业态度中,解释则是职业态度中比较重要的一项。这就需要医疗机构和医学院校加强对护理人员人文技能的培训,包括专业知识、沟通技巧、医学心理、医学伦理、医学人文等知识培训^[9],增强其人文情怀和职业素养,提升护理沟通效果,真正体现护理解释的实效。

(三) 建立解释行为的模式

解释作为护理工作中一项重要的内容,需要向

制度化、规范化的方向发展。可以借鉴沟通流程的标准化模式^[10](简称 SBAR 沟通模式:现状—背景—评估—建议)改善护理解释行为,制定出适宜的护理解释流程。护患在解释过程中通过双方信息不断地接受和发出,护理人员根据患者的不同不断改进自身的解释方式和技巧,从而建立相互参与型的沟通关系^[11]。通过一个解释行为模式帮助护理人员明确解释过程中应该怎么做和如何去做,从而保证解释行为高效化、标准化地开展^[12]。

参考文献

- [1] 顾正林. 现代医学“诊断”的解释学特征及其意义[J]. 医学与哲学(人文社会医学版), 2006, 9(27):30-32
- [2] 陈永祥,刘虹. 基于 AIMSIF 理论的医疗告知研究[J]. 中国医院管理, 2016, 36(11):62-64
- [3] 张超,杨俊明,陈平雁. 综合医院急诊病人满意度影响因素分析[J]. 中国医院统计, 2006, 13(2):97-99
- [4] 焦静,吴欣娟,赵红,等. 不同特征住院病人对护理服务满意度差异比较研究 [J]. 中国护理管理, 2010, 10(11): 44-46
- [5] 丁慧鑫,张锦玉,周哲玲,等. 住院患者对护士信任度的调查及影响因素分析[J]. 中国医学伦理学, 2015, 28(2): 266-271
- [6] 刘虹. 医患沟通管理模式和医学职业态度研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2013, 13(6):486
- [7] 王锦帆. 医患沟通学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2006:44-53
- [8] 邵建文,刘虹. 护理人员耐心状况研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2016, 16(4):76-79.
- [9] 贾艳玲,朱丹. 人文护理在护理工作中的应用[J]. 护理学杂志, 2016, 21(17):76-78
- [10] Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care[J]. Qual Saf Health Care, 2004, 13(Suppl 1):i85-i90
- [11] 贺艳霞,李桃春. 护患沟通技巧在儿科护理中的应用[J]. 临床合理用药杂志, 2011, 4(33):101
- [12] 黄亚芳,马红梅. 沟通流程标准化模式在医护沟通中的应用现状[J]. 全科护理, 2016, 5(14):1435-1437