

医务人员人文关怀实践体验的 Meta 整合*

——顾碧璐 吕一鸣 余莉莉 朱姑羽 孙小玲

【摘要】目的 系统整合医务人员人文关怀的真实体验、实践困境及促进策略,为进一步推动医务人员开展人文关怀提供参考。**方法** 系统检索国内外数据库中医务人员人文关怀实践体验的质性研究。通过文献筛选、质量评价确定纳入分析文献,并对文献结果进行 Meta 整合。**结果** 共纳入分析 17 篇文献,提炼出 59 个研究主题,归纳成 15 个类别,整合形成 4 个结果,分别为医务人员感知到人文关怀实践具有多种益处、阻碍人文关怀实践的个人因素、阻碍人文关怀实践的外部因素、人文关怀实践的促进策略。**结论** 应强化医务人员人文关怀认知与重视度,提升关怀实践能力;积极应对多重挑战,建立良好的关怀性环境;摒弃“道德倡导”旧模式,发展人文关怀“可持续实践”新模式。

【关键词】 医务人员;人文关怀;实践体验;服务质量

中图分类号:R197.3

文献标识码:A

Meta—Synthesis of Medical Staffs Practical Experience of Humanistic Care/GU Bilu, LYU Yiming, YU Lili, et al. //Chinese Health Quality Management, 2025, 32(6): 67—73

Abstract Objective To systematically integrate the authentic experience, practical dilemmas, and promotion strategies of humanistic care among medical staff, providing references for further promoting humanistic care practice among them. **Methods** A systematic search was conducted for qualitative studies on the practical experience of humanistic care among medical staff in domestic and international databases. Through literature screening and quality evaluation, the articles included for analysis were determined, and the results were subjected to a meta—synthesis. **Results** A total of 17 articles were included for analysis, from which 59 research themes were extracted and categorized into 15 categories, ultimately forming four integrated findings: medical staff perceive multiple benefits of humanistic care practice, personal factors hindering humanistic care practice, external factors hindering humanistic care practice, and promotion strategies for humanistic care practice. **Conclusion** It is essential to strengthen medical staffs awareness and emphasis on humanistic care and enhance their caring practice capabilities; actively address multiple challenges to create a supportive caring environment; and abandon the old model of "moral advocacy" to develop a new model of "sustainable practice" for humanistic care.

Key words Medical Staff; Humanistic Care; Practical Experience; Service Quality

First-author's address Jiangbei Campus, Nanjing Drum Tower Hospital, Affiliated Hospital of Medical School, Nanjing University, Nanjing, Jiangsu, 210031, China

在医学领域,人文关怀是指以人文精神为核心的关怀实践,强调对患者的尊重、关心和理解^[1]。研究^[2-4]表明,人文关怀可使患者产生积极的心理情绪,提高其生活质量,甚至可以起到治愈患者疾病的辅助

作用。《关于印发医学人文关怀提升行动方案(2024—2027年)的通知》^[5]强调医疗卫生机构开展人文关怀建设行动。在医疗机构,医务人员是践行人文关怀的主体。了解医务人员对于开展人文关怀的

真实感受,有助于提升人文关怀行动。目前,国内外已有学者从医务人员视角出发探讨人文关怀实践的真实体验。但单一的质性研究结果无法代表医务人员群体的真实体验。因此,本研究通过系统检

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2025.32.6.14

* 基金项目:南京大学中国医院改革发展研究院 2022 年度课题(编号:NDYG2022093)

南京大学医学院附属鼓楼医院江北院区 江苏 南京 210031

索国内外医务人员人文关怀实践的质性研究,并对研究结果进行 Meta 整合,以期为推动医务人员人文关怀实践,促进医务人员人文关怀行动提供参考。

1 资料与方法

1.1 文献检索策略

计算机检索 PubMed、Web of Science、CINAHL、Cochrane、Embase、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中关于医务人员人文关怀实践体验的质性研究,检索时限为建库至 2024 年 12 月,采用主题词与自由词相结合的方式进行搜索,同时手动追溯纳入文献的参考文献。中文检索词包括:“医护人员/医生/护士/医务人员/护理人员”“人文关怀”“质性研究/现象学研究/定性研究/扎根理论/描述性质性研究/民族志/焦点访谈”。以中国知网数据库为例,检索式为:(SU=医护人员+医务人员+医生+护士+护理人员) AND (SU=人文关怀) AND (SU=质性研究+现象学研究+定性研究+扎根理论+描述性质性研究+民族志+焦点访谈)。英文检索词包括:“healthcare professionals/medical staff/ physicians/nurse/nurs*” “humanistic care/compassionate care” “qualitative research/qualitative study/grounded theory/ethnographic research/focus interview/phenomenon*/descriptive qualitative research/experience*/feeling*”。以 PubMed 数据库为例,检索式为:(healthcare professionals [Title/Abstract] OR medical staff [Title/Abstract] OR physicians[Title/Abstract] OR nurse [Title/Abstract] OR nurs* [Title/

Abstract]) AND (humanistic care [Title/Abstract] OR compassionate care[Title/Abstract]) AND (qualitative research [Title/Abstract] OR qualitative study[Title/Abstract] OR grounded theory[Title/Abstract] OR ethnographic research [Title/Abstract] OR focus interview [Title/Abstract] OR phenomenon* [Title/Abstract] OR descriptive qualitative research[Title/Abstract] OR experience* [Title/Abstract] OR feeling* [Title/Abstract])。

1.2 文献纳入与排除标准

纳入标准:(1)研究对象为临床医务人员;(2)感兴趣的现象为医务人员参与人文关怀的真实体验;(3)研究情境为医务人员为患者提供人文关怀;(4)研究类型为质性研究,包括现象学研究、描述性质性研究、扎根理论、民族志等,或含有质性研究的混合性研究。排除标准:(1)非中英文;(2)无法获取全文;(3)重复发表或数据不全;(4)文献质量评级为 C 级。

1.3 文献筛选与资料提取

由两名经过循证方法学培训的研究人员独立完成文献筛选、资料提取,如遇分歧,双方进行讨论并由第 3 名研究人员判定。采用 Zotero 软件建立数据库,并通过阅读文题与摘要进行查重与初筛,再阅读全文复筛,然后纳入符合要求的文献。提取的资料包括第一作者、发表时间、国家、研究方法、研究对象、研究主题及主要研究结果。

1.4 文献质量评价

根据 2016 版澳大利亚乔安娜布里格斯研究所循证卫生保健中心质性研究质量评价标准^[6],两名研

究人员分别对纳入文献进行质量评价,如遇分歧,由第 3 名研究人员进行判定。评价内容共 10 项,每项均以“是”“否”“不清楚”或“不合适”评价。A 级为完全符合质量评价标准,偏倚可能性较小;B 级为部分符合质量评价标准,偏倚可能性中等;C 级为完全不符合质量评价标准,偏倚可能性较高。

1.5 资料整合方法

本研究采用汇集性整合方法分析资料。由两名经过循证方法系统培训的研究人员反复阅读纳入文献,分析并理解相关研究结果后,先将相近结果归纳组合形成新的类别,再将新类别进行组合归纳。如遇分歧,双方进行讨论并及时咨询循证护理专家。

2 结果

2.1 文献检索结果

根据检索策略,初步检索获得 1 370 篇文献,剔除重复文献 102 篇,阅读标题和摘要后剔除研究主题不符文献 663 篇、研究类型不符文献 176 篇、非中英文文献 1 篇、研究对象不符文献 331 篇,阅读全文后剔除研究对象不符文献 44 篇、研究主题不符文献 35 篇、无法获取全文文献 1 篇,最终纳入分析文献 17 篇^[7-23]。

2.2 纳入文献基本特征及质量评价结果(表 1)

2.3 Meta 整合结果

经过反复理解、分析、归纳后,共提取出 59 个研究结果,将相近结果归纳成 15 个类别,最终整合成 4 个结果。

表 1 纳入分析的医务人员人文关怀实践体验文献基本特征 (n = 17)

第一作者	发表时间/年	国家	研究方法	研究对象	研究主题	主要研究结果	文献质量等级
Blodeau K ^[14]	2024	加拿大	描述性现象学	9 名医护人员	在慢性病背景下提供人文关怀的实践体验	3 个主题:学习人文关怀护理是具有挑战性的;医务人员要学会通过跨越同情和同理心之间的界限来适应他们提供的支持;学习结果与参与者的个人和专业发展相关	B 级
Bessen S ^[15]	2019	美国	描述性现象学	13 名医生	医生在临终关怀中人文关怀实践策略	4 个主题:回应患者身体和情感需求的重要性;使用 EOL(End-of-Life)对话来增强患者能力;系统和情感挑战阻碍了同情心护理的提供;提供者之间的关系在同情心护理方面的作用	B 级
Liang MN ^[16]	2024	中国	描述性现象学	4 名医生、12 名护士、2 名医务社会工作者	多学科医疗团队在肿瘤科病房实施人文关怀式姑息照护的体验	3 个主题:理念转变;具体行动;人文关怀实施的促进者和障碍者	B 级
蒙好好 ^[9]	2024	中国	描述性现象学	15 名护士	儿科护士实施人文关怀的体验	3 个主题:正性体验;负性体验;儿科护理人文关怀实践过程中的阻碍因素	B 级
禹小燕 ^[10]	2024	中国	描述性现象学	23 名护士	ICU 护理人文关怀障碍及促进因素	3 个主题:能力;机会;动机	B 级
韩影 ^[8]	2023	中国	描述性现象学	17 名护士长	病区护士长对患者实施人文关怀的体验	5 个主题:重要性感知;关怀措施丰富;多层次获益;存在阻碍因素;期望关怀与支持	B 级
Li M ^[18]	2022	中国	描述性现象学	18 名医务人员	脑卒中病房医护人员实施人文关怀的心理体验	4 个主题:脑卒中患者行为逐渐改善;护士意识和能力提高;患者行为改善;卒中病房改进有效开展人文关怀培训,构建和谐医患关系	B 级
Zamaniya Z ^[13]	2021	伊朗	描述性现象学	16 名护士	重症监护护士人文关怀实践体验	3 个主题:个人成长和自我实现;人格尊严的保护;更高的满意度和舒适度	B 级
黄莉莉 ^[7]	2021	中国	描述性现象学	19 名护士	护理人文关怀的实践困境	3 个主题:护士自我因素;医疗环境因素;社会因素	B 级
Skorpen Tarberg A ^[17]	2020	挪威	描述性现象学	4 个焦点小组,每组 3 ~ 7 名女护士	护士在姑息照护中的人文关怀体验	3 个主题:信息和对话;创造临终空间;家庭照护者对死亡的可接受度	B 级
Efstathiou N ^[20]	2018	英国	描述性现象学	13 名护士	护士人文关怀的实践策略	2 个主题:通过尊严的同情;通过对家庭的关心和情感支持的同情	B 级
Zamanzadeh V ^[23]	2018	伊朗	描述性现象学	16 名护士	护士人文关怀实践促进因素	4 个主题:强化个体的人文关怀能力;个人的价值观和信仰;患者体验;积极榜样作用	B 级
陈晓媚 ^[11]	2017	中国	描述性现象学	10 名护士	手术室护士对心脏外科手术患者实施人文关怀的体验	3 个主题:人文关怀认知程度与年资、职称、经验有关;人文关怀策略实施不佳的表现包括术前访视落实不到位、缺乏有效沟通技巧、不注意保护患者隐私、不重视术后回访;实施人文关怀有利于提高患者满意度	B 级
Valizadeh L ^[22]	2018	伊朗	描述性现象学	15 名护士	护士对实施人文关怀组织障碍的看法	2 个主题:工作负担过重;人员配备不足;人文关怀价值缺失	B 级
张纹 ^[12]	2017	中国	描述性现象学	14 名男护士	男护士人文关怀实践感知	7 个主题:对人文关怀定义模糊;满足患者生理需求;满足患者心理需求;家属也需要被关怀;关怀的障碍;具有与女性不同的关怀特征;人文关怀需要针对性培训	B 级
McPherson S ^[21]	2016	英国	扎根理论	10 名医务人员	医务人员人文关怀实践困境	3 个主题:工作压力;对工作压力的反应;工作的积极面	B 级
Shimoinaba K ^[19]	2014	日本	描述性现象学	13 名护士	护士为临终患者提供人文关怀的看法及促进策略	4 个主题:开放;努力理解;投入时间和精力;扮演主要护士角色	B 级

2.3.1 整合结果 1:医务人员感知到人文关怀实践具有多种益处

(1)类别 1:更高的职业认同感与舒适度。通过人文关怀实践,医务人员与患者之间建立了独特的情感关系,使得医务人员能够共情患者感受,减轻了工作带来的疲劳感(“我们也在患者的快乐中感受到快乐,并意识到仁慈是多么的令人愉快”^[13])。当收到患者的感谢信或见证患者健康状况变好时,医务人员

会获得职业认同感和成就感(“我们真的很有成就感,会觉得所做的都值得”^[8])。在此基础上,医务人员会产生更加强烈的人文关怀实践动力(“这一经历促使我再次介入与患者有关的事务”^[13])。

(2)类别 2:更高的自我价值感。人文关怀实践是一个与患者不断交流、合作的复杂过程,在这个过程中医务人员会不断思考,持续了解自我(“我对自己有了更好的认

识”^[19])、反思自我(“现在我能更加熟练地管理压力源”^[13]),从而增强了自我价值感(“通过简单的演讲或移情策略来减轻患者心理负担,会带来良好的感觉”^[13])。

(3)类别 3:提升了能力。在人文关怀实践中,医务人员提高了压力管理能力(“我的耐心和压力管理能力有限,但在 ICU 工作的几年中,我感觉自己的情绪和行为发生了变化”^[13]),增强了人文关怀意识(“我

们需要了解患者的方方面面”^[18]),提升了人际交往能力(“我拥有了倾听患者的能力”^[14])。此外,为了更好地开展工作(“由于这种亲密而特殊的关系,在患者死亡之后我们会产生痛苦的情绪”^[19]),医务人员也学会了在人文关怀实践中练习移情^[13],与患者保持适当的情感距离(“对患者进行关怀,并不是切身体验他的情感,我们必须清楚什么是你的,什么是别人的”^[15])。

(4)类别 4: 获得了正向反馈。有效的人文关怀实践往往是一个良性互动过程,可以最大限度避免医患之间的矛盾与冲突(“基本没有投诉事件发生”^[9])。当医务人员主动开展人文关怀时,易获得患者正向反馈,如满意度(“患者对我们非常满意”^[9])、赞赏(“患者多次赞赏我是最好的护士”^[13])、工作价值认可(“他非常感谢我们,说‘护士是支柱’”^[13])、社会地位(“最近几年,家庭才愿意让子女进入护理行业”^[13])。随着患者正向反馈增加,管理者对医务人员更加尊重(“当我们给予患者人文关怀时,管理者尊重并支持我们”^[18])。同时,正向反馈会促使医务人员更加积极地投入到人文关怀实践中,形成一个良性循环(“家属一直说护士好,我觉得手术室护士在人文方面可以做得还有很多”^[11])。

2.3.2 整合结果 2: 阻碍人文关怀实践的个人因素

(1)类别 1: 对人文关怀的重视程度与认知不足。多数情况下,人文关怀被认为是非必要的(“应先把治疗工作完成,人文关怀是否开展都无所谓”^[7])。此外,医务人员对人文关怀的认知比较模糊,部分医务人员认为人文关怀是止痛(“患者疼痛时注射止痛剂”^[7]),部分医务人员认为人文关怀是健康宣教(“手把手教患者怎么制订饮食计

划”^[7]),尤其是低年资医务人员(“该如何去关怀患者,不知道如何做”^[7])。

(2)类别 2: 人文关怀实践经验不丰富。在人文关怀实践中,由于经验不丰富,医务人员常面临难以应对突发情境(“在突发情境下,解释并回答患者问题的能力有所欠缺”^[7])及沟通能力不足(“有时会感觉找不到合适的话题,不知道怎么继续与家属聊天”^[10])等问题,影响了医患沟通质量。同时,医务人员的人文关怀实践中往往忽视了保护患者尊严(“患者的尊严不会表现出痛苦和挣扎,并且很少被意识到”^[20]),以及理解家属感受(“摇晃呼吸是患者停药期间的正常表现,但家属会认为患者很痛苦,应当理解家属感受并采取相应措施”^[20])。

2.3.3 整合结果 3: 阻碍人文关怀实践的外部因素

(1)类别 1: 人文关怀实践具有挑战性。人文关怀实践往往面临多重挑战,如多元文化差异(“像广东,打电话问病情是否好转,患者很忌讳,觉得很晦气”^[7])、尊重患者隐私等自我约束困难(“患者有梅毒,大家私底下会讨论,这个很难避免”^[7])、面对预后不佳患者的情感困境(“有时候患者情况糟糕,我们不知道怎么去说,不想带走希望”^[15])。此外,在一些特殊科室,人文关怀开展难度高(“有时感觉在儿科开展人文关怀很难”^[9])。

(2)类别 2: 医患信任危机。医患之间存在信任危机,导致部分患者及家属对人文关怀存在认知偏差。一方面表现为防御性心理(“患者或家属认为在跟他套近乎,或是会欺骗他们”^[8]),治疗依从性降低(“一开始按时服药,但病情稍有好转就停止服药”^[18]);另一方面易引发行行为失范,从消极抵触(“有些家属表现出不耐烦”^[9])到言语暴力

(“遭到了家属的辱骂”^[9]),形成递进式冲突。

(3)类别 3: 高负荷临床工作。一方面,医务人员常处于应急状态(“你不能消失超过几分钟,以防万一出了问题要负责”^[21]),尤其在一线城市的大型三甲医院,高负荷的临床工作压缩了开展人文关怀的时间(“在临床工作中我们做的人文关怀确实是不够的,因为在北京的三甲医院,工作量非常大”^[12])。另一方面,冗余的行政工作(“有很多重复的行政任务”^[20])、人员配备不合理(“当我护理 15 名患者时,我如何与每个患者沟通”^[21])、职业尊严受损(“有一个患者经常称呼我胖子”^[20])等因素都增加了医务人员工作压力,这些压力最终异化职业认知,使得部分医务人员陷入职业价值认同困境(“工作只是为了养家糊口”^[17]),从而影响人文关怀实践的积极性。

(4)类别 4: 缺乏激励机制。人文关怀实践缺乏有效的激励机制(“我是否进行人文关怀并没有多大差别”^[6]),也不会获得资质认证,导致积极开展人文关怀实践的医务人员怀疑人文关怀的价值(“人文关怀付出与获得不成正比,与我们职业发展也不挂钩”^[7])。

(5)类别 5: 创造与维护关怀环境的成本不足。一方面,医院经费支持力度不够(“对患者实施人文关怀有一个困难就是资金支持,有时候需要宣传册、横幅、纪念品”^[8]),有时甚至出现消耗性物资供应不足(“有些患者夜里发热出汗需要及时更换病服,但可能已经没有了”^[7])。另一方面,患者及家庭经济负担较重,难以获得一些关怀性医疗服务(“安宁疗护病房收费高,很多普通家庭无力承担”^[16])。

(6)类别 6: 医疗资源与患者需求存在差距。目前,我国的社会保

障机制和医疗康复体系虽正在逐步完善,但仍存在优质医疗资源总量不足和分布不均衡问题,不能满足患者需求(“走廊被堵塞,有大量的噪音,患者经常反映,但没办法解决”^[18])。此外,由于医疗资源有限,难以充分满足患者最大利益(“人文关怀是以患者为中心的,但如果医生打电话需要留一个空床,那患者就需要继续等待”^[7])。

2.3.4 整合结果 4:人文关怀实践的促进策略

(1)类别 1:培训赋能、经验内化与榜样引领。多项研究^[12,16,18]提及,人文关怀实践需要针对性培训(“如果有专业培训会更好”^[16])。同时,医务人员的自身经历会影响人文关怀质量(“有作为患者的经历或照顾处于痛苦中的家人有助于人文关怀实践”^[23]),因此积累关怀性经验十分重要。此外,要树立榜样作用(“可以从榜样那里学习如何进行人文关怀”^[23]),增强医务人员职业道德感,激发其为患者提供人文关怀的动力(“我深知 ICU 护士责任重大,要尽力做到关心和尊重他们”^[10])。

(2)类别 2:善用关怀性技能。医务人员可以运用人文关怀技能,例如:非语言类手势(“如果合适的话,握住患者的手”^[15]);预见性人文关怀措施(“对于需转入 ICU 的患者,可以采取降低其恐惧感”^[9]);关注患者的心理需求及照护者的需求(“首先是症状控制,其次是心理护理,再次是对其主要照护者的支持”^[16]);有效的跨学科合作(“人文关怀需要不同学科医务人员参与”^[16]);把握初次见面机会(“第一次见面正是与患者建立信任的关键时期”^[13]);深入了解患者以获取信任(“深入了解患者,解决其疑问,并使他们信任你”^[16]);特殊情境下的共情式表达(“是的,我也

希望她能早日康复,但我们现在必须有一个替代计划”^[17]);关怀家属(“满足家属对知识的需求,减轻其焦虑”^[12])。

(3)类别 3:创建良好的关怀性环境。创建良好的关怀性环境是促使患者生理和心理舒适的先决条件(“我觉得有必要提供一个更私密的环境,让患者及家属感受到温暖”^[16])。一方面,创建良好的关怀性环境需要医院的支持。例如:创建便于患者交流的环境(“我们设置了一个探视长廊,为患者和家属提供面对面交流的机会”^[10]);改善医院的基础环境(“没有晾晒衣物的地方,电梯拥挤,这些硬件设施没有体现人文关怀,就会导致患者或家属缺乏人文关怀体验”^[12])。另一方面,创建良好的关怀性环境离不开管理者的以身作则(“自己要以身作则,带领医护人员进行人文关怀”^[8])、支持(“领导如果支持开展人文关怀,那么达成这件事情就很快”^[7])及对医务人员的关怀(“只有让大家都感受到关怀,关怀才能互相传递,然后再传递给患者”^[8])。

3 讨论

3.1 强化医务人员认知与重视度,提升人文关怀实践能力

在阻碍人文关怀实践的个人因素中,医务人员存在对人文关怀的重视度与认知不足、人文关怀实践经验不丰富两大问题。针对重视度与认知不足的问题,研究^[24]表明,叙事医学教育能够有效提升人文关怀认知。因此,建议深化医学人文教育体系改革,开发高质量的叙事医学课程^[25],并将之引入医学院校必修课程和医院新入职人员岗前培训中。研究^[23]表明,医务人员的情景经验影响人文关怀质量。Deng XJ

等^[26]构建了重症医学科护生人文关怀数字故事教学方案,参与者的接受度和满意度均较高。因此,针对医务人员人文关怀实践经验不丰富的问题,建议如下:一方面,整理人文关怀故事并设计高质量教学方案,帮助医务人员掌握关怀性技能;另一方面,结合科室特点,针对性制订人文关怀实践方案,帮助医务人员应对复杂人文关怀情境,如通过定期游戏、健康教育会议和个人姑息照护支持等多元方式为恶性血液病患者提供人文关怀^[27],为 ICU 患者制订人文关怀框架^[28]。

3.2 积极应对多重挑战,创建良好的关怀性环境

在阻碍人文关怀实践的外部因素中,多元文化差异、预后不佳患者的情感困境、医患信任危机等制约了医务人员开展人文关怀。应对多元文化差异,建议开设跨文化沟通课程,涵盖不同民族的信仰、禁忌及沟通偏好,同时建立文化适配性服务标准(如制订《多元文化护理操作手册》),在电子病历系统中增设“文化背景标签”模块。应对预后不佳患者的情感困境,可以由精神科医生、心理咨询师等^[29]提供心理支持,同时创新预后沟通模式。例如,沈利凤等^[30]为头颈癌术后患者创新性地开发了沙盘手游,通过动/视觉介入表达的方式为患者提供表达与释放情感的空间,也有利于医务人员早期识别与干预患者心理问题。研究^[31]表明,医患之间的良好互动能够有效增强医患信任。因此,应对医患信任危机,重塑医患之间的沟通模式是关键,建议建立基于标准化流程的医患沟通管理模式^[32]。

此外,冗余的行政工作、人员配备不合理、职业尊严受损等因素同样制约了医务人员开展人文关怀。对此,建议从优化工作流程与

资源配置以及构建医务人员职业尊严保护与心理支持体系两个方面应对。第一,推动无纸化改革,将重复填报的任务表单(如感染报告、护理记录单、药品申领单等)整合为“一表多填”的电子表单。第二,积极贯彻落实《卫生健康行业人工智能应用场景参考指引》要求,采用人工智能技术为临床工作赋能减负,如将人工智能语音随访系统应用于乳腺癌日间手术患者随访^[33]。第三,创建关怀性物理环境,如基于老年人的色彩感性意象认知设计病房^[34]。第四,建立管理者示范与支持体系,培养关怀型领导,以身作则践行人文关怀。同时,创新人力资源供给方式,可推行“关怀志愿者认证计划”,借鉴“时间银行”方式^[35-36],招募志愿者,并记录其服务时长,支持兑换医疗服务。第五,开发患者教育短视频,普及“尊重医护”理念,同时建立结构化心理弹性支持机制,如设立正念减压室^[37]、实施心理减压疗法^[38]。

3.3 摒弃“道德倡导”旧模式,发展人文关怀“可持续实践”新模式

在阻碍人文关怀实践的外部因素中,缺乏激励机制、创造与维护良好关怀性环境成本不足以及医疗资源与患者需求存在差距等提示医务人员要改变人文关怀“道德倡导”旧模式,促进人文关怀向“可持续实践”新模式转变。

针对缺乏激励机制问题,建议从建立多维度人文关怀量化评价体系、将人文关怀素养与职业发展相关联两个方面解决。一方面,积极开发人文关怀评价工具,将人文关怀行为拆解为可观测的指标^[39],同时实施多方评价(患者、同事、管理者)。另一方面,借鉴 Elliott MN 等^[40]研究中的“患者体验积分系统”经验,对人文关怀优秀实践者予以

职称晋升优先、培训资源倾斜等奖励,同时可设置关怀实践奖项,给予一次性奖励或与绩效挂钩。

针对创造与维护良好关怀性环境成本不足的问题,建议优化关怀环境建设,开拓减轻患者经济负担新路径。一方面,医疗机构需要完善后勤保障与经费支持体系,积极响应《医学人文关怀提升行动方案(2024—2027 年)》^[5]中“加强财政投入保障”号召,从年度预算中划拨一定比例的专项经费用于人文关怀项目,并建立透明化申报流程。另一方面,对安宁疗护等高价服务,实行“基础服务医保覆盖+增值服务按需购买”模式^[41]。

针对医疗资源与患者需求存在差距的问题,建议推行资源分级管理与精准分配策略,即基于马斯洛需求层次理论^[42],将患者分为基础医疗需求型(如发热护理)和高情感依赖型(如安宁疗护),按照需求合理分配医疗资源。

4 小结

本研究通过 Meta 整合深入探讨了医务人员人文关怀实践的体验,包括医务人员感知到人文关怀实践具有益处、阻碍人文关怀实践的个人因素、阻碍人文关怀实践的外部因素、人文关怀实践的促进策略等 4 个方面。由于本研究纳入的 17 篇文献以亚洲国家偏多,在价值观和文化背景方面存在一定差异,尚不能完全反映全球医务人员人文关怀实践真实体验。未来研究可持续探讨不同文化背景下医务人员的人文关怀体验。

参考文献

[1] JIAN S, YA M, QIAN Z, et al. Research progress on humanistic care ability and influencing factors of intern nursing

students[J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2022,26(23):8637—8643.

[2] GAO M, ZHANG L, WANG Y, et al. Influence of humanistic care based on Carolina care model for ovarian cancer patients on postoperative recovery and quality of life[J]. Am J Transl Res, 2021,13(4):3390—3399.

[3] CHUNG V, SUN V, RUELN, et al. Improving palliative care and quality of life in pancreatic cancer patients[J]. J Palliat Med, 2022,25(5):720—727.

[4] 王 宁. 医学人文:沟通科学与人文的桥梁[J]. 上海大学学报(社会科学版), 2022,39(6):55—66.

[5] 国家卫生健康委办公厅,教育部办公厅,国家中医药局综合司,等. 关于印发医学人文关怀提升行动方案(2024—2027 年)的通知:国卫办医急发〔2024〕18 号[EB/OL]. (2024—10—09)[2025—03—12]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2024/10/content_6979036.html.

[6] LOCKWOOD C, MUNN Z, PORRITT K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation[J]. Int J Evid Based Healthc, 2015,13(3):179—187.

[7] 黄莉莉,卜梦茹,翟惠敏,等. 护理人文关怀实践困境的质性研究[J]. 护理学报, 2021,28(1):69—72.

[8] 韩 影,刘义兰,丁 芳,等. 病区护士长对患者实施人文关怀体验的质性研究[J]. 护理学杂志, 2023,38(22):77—80.

[9] 蒙好好,刘义兰,莫蓓蓉,等. 儿科护士实施人文关怀体验的质性研究[J]. 护理学杂志, 2024,39(13):80—83.

[10] 禹小燕,王花芹,唐 莉,等. ICU 护理人文关怀障碍及促进因素的质性研究[J]. 中华危重症护理杂志, 2024,5(5):408—413.

[11] 陈晓媚,许家丽,高 文,等. 手术室护士对心脏外科手术患者实施人文关怀的质性研究[J]. 中华现代护理杂志, 2017,23(17):2248—2251.

[12] 张 纹,程湘玮. 男护士人文关怀实践感知的质性研究[J]. 护理学杂志, 2017,32(8):63—66.

[13] ZAMANIYA Z, KHADEMI M, TOULABI T, et al. The outcomes of human-

istic nursing for critical care nurses: a qualitative study [J]. Nursing and Midwifery Studies, 2021, 10(2): 114—120.

[14] BILODEAU K, HENRIKSEN C, ALOISIO ALVES CA, et al. Learning to provide humanistic care and support in the context of chronic illness: insights from the narratives of healthcare professionals in hemato-oncology [J]. Eur J Oncol Nurs, 2024, 69: 102522.

[15] BESSEN S, JAIN RH, BROOKS WB, et al. "Sharing in hopes and worries": a qualitative analysis of the delivery of compassionate care in palliative care and oncology at end of life [J]. Int J Qual Stud Health Well-being, 2019, 14(1): 1622355.

[16] LIANG MN, LIANG JZ, XU JF, et al. Experience of multidisciplinary medical teams on humanistic palliative care in oncology wards: a descriptive qualitative study in Southern China [J]. BMJ Open, 2024, 14(2): e074628.

[17] SKORPEN TARBERG A, LANDSTAD BJ, HOLE T, et al. Nurses' experiences of compassionate care in the palliative pathway [J]. J Clin Nurs, 2020, 29(23—24): 4818—4826.

[18] LI M, ZHU WJ, LUO Q, et al. Psychological experience of humanistic care among medical staff in stroke wards: a qualitative research study conducted in China [J]. Frontiers in Psychiatry, 2022, 13: 791993.

[19] SHIMOINABA K, O'CONNOR M, LEE S, et al. Developing relationships: a strategy for compassionate nursing care of the dying in Japan [J]. Palliat Support Care, 2014, 12(6): 455—464.

[20] EFSTATHIOU N, IVES J. Compassionate care during withdrawal of treatment: a secondary analysis of ICU nurses' experiences [J]. Nurs Ethics, 2018, 25(8): 1075—1086.

[21] MCPHERSON S, HISKEY S, ALDERSON Z. Distress in working on dementia wards — a threat to compassionate care: a grounded theory study [J]. Int J Nurs Stud, 2016, 53: 95—104.

[22] VALIZADEH L, ZAMANZADEH V, DEWAR B, et al. Nurse's perceptions of organisational barriers to delivering compassionate care: a qualitative study [J]. Nurs Ethics, 2018, 25(5): 580—590.

[23] ZAMANZADEH V, VALIZADEH L, RAHMANI A, et al. Factors facilitating nurses to deliver compassionate care: a qualitative study [J]. Scand J Caring Sci, 2018, 32(1): 92—97.

[24] 陈欢, 袁光辉, 田莉, 等. 叙事医学教育对康复治疗专业实习生学业成绩、共情及人文关怀能力的影响 [J]. 中国康复医学杂志, 2024, 39(6): 881—885.

[25] 徐丁丁, 冯媛, 田利红, 等. 基于叙事医学的产科人文医学实践教学: 以“温暖的医学”课程“生”主题实践为例 [J]. 中国医学伦理学, 2024, 37(11): 1302—1307.

[26] DENG XJ, YE M, LI W, et al. Development of a humanistic care digital storytelling programme for intensive care unit nursing students: feasibility and satisfaction analysis [J]. Nurse Education Today, 2024, 132: 105998.

[27] HUANG H, LIANG Z, HUANG Y, et al. Multi-dimensional humanistic care for the kids with hematological malignancies in Guangzhou Women and Children's Medical Center (GWCMC) [J]. Blood, 2018, 132 (Supplement 1): 3560.

[28] ZHANG YC, ZHAO L, ZHANG M, et al. Framework of humanistic care for patients in the ICU: a preliminary study [J]. Nurs Crit Care, 2024, 29(1): 125—133.

[29] 周成诚, 杨娟, 杨谨成, 等. 我国肺癌多学科诊疗建设现状调查研究 [J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31(11): 35—38.

[30] 沈利凤, 朱慧, 张旭, 等. 沙盘手游疗法对头颈癌术后患者病耻感及应对方式的影响 [J]. 中国护理管理, 2021, 21(5): 697—702.

[31] 吴鑫, 郑秋莹, 汪晨, 等. 北京市三级医院门诊患者就医体验与医师信任的相关性研究 [J]. 中国卫生质量管理, 2021, 28(2): 57—60.

[32] 虞凯, 田侃, 喻小勇. 基于标准化流程的医患沟通管理模式探索 [J]. 中国卫生质量管理, 2025, 32(2): 57—61.

[33] 郭丝锦, 黄美玲, 曹小花, 等. 人工智能语音随访系统在乳腺癌日间手术患者随访中的应用分析 [J]. 中国卫生质量管理, 2024, 31(10): 24—29.

[34] 张金勇, 逯海洋, 邵琳琳. 基于色彩聚类的老年病房色彩设计研究 [J]. 包装工

程, 2024, 45(12): 252—259.

[35] GLYNOS J, SPEED E. Varieties of co-production in public services: time banks in a UK health policy context [J]. Critical Policy Studies, 2012, 6(4): 402—433.

[36] NG TK, FONG BYF, LEUNG WK. Enhancing social capital for elderly services with time banking in ageing with dignity in Hong Kong and Asia: holistic and humanistic care [M]. Singapore: Springer Nature, 2022: 377—393.

[37] CHAYADI E, BAES N, KIROPoulos L. The effects of mindfulness-based interventions on symptoms of depression, anxiety, and cancer-related fatigue in oncology patients: a systematic review and meta-analysis [J]. PLoS One, 2022, 17(7): e0269519.

[38] 董佩霞, 刘瑞卿, 吕欢. 心理减压疗法配合理性情绪行为疗法改善重症科护士人员职业倦怠感、职业紧张感及抗逆力的效果 [J]. 中国健康心理学杂志, 2025, 33(5): 713—718.

[39] 王乔莎, 莫蓓蓉, 刘义兰, 等. 重症监护病房患者人文关怀满意度量表的编制及信效度检验 [J]. 护理学杂志, 2025, 40(3): 74—77, 96.

[40] ELLIOTT MN, BECKETT MK, LEHRMAN WG, et al. Understanding the role played by medicare's patient experience points system in hospital reimbursement [J]. Health Aff (Millwood), 2016, 35(9): 1673—1680.

[41] TEMEL JS, JACKSON VA, EL-JAWAHRI A, et al. Stepped palliative care for patients with advanced lung cancer: a randomized clinical trial [J]. JAMA, 2024, 332(6): 471—481.

[42] MASLOW A, LEWIS KJ. Maslow's hierarchy of needs [J]. Salenger Incorporated, 1987, 14(17): 987—990.

通信作者:

孙小玲: 南京大学医学院附属鼓楼医院江北院区门诊护士长

E-mail: sunxiaoling@nju.edu.cn

收稿日期: 2025—01—24

修回日期: 2025—03—19

责任编辑: 任红霞