



心理账户视角下患者参与患者安全决策行为的成因分析及对策*

——王春妮 黄欢欢 彭颖 杜星瑶 刘彤 肖明朝 赵庆华

【摘要】 患者主动参与患者安全管理有利于提升医疗质量。基于心理账户理论框架,从分类编辑、心理预算、心理参照点、评估决策等方面分析患者参与患者安全决策行为的成因,提出减少医患信息不对称,优化心理预算机制,后移患者损益参照点等建议,以完善患者参与机制,促进患者参与患者安全决策行为。

【关键词】 患者参与;患者安全;决策行为;心理账户

中图分类号:R197.323

文献标识码:A

Analysis of the Causes and Countermeasures for Patients' Participation in Patient Safety Decision-Making Behavior from the Perspective of Mental Accounting/WANG Chunni, HUANG Huanhuan, PENG Ying, et al. //Chinese Health Quality Management, 2025, 32(9): 22-26

Abstract Active participation of patients in patient safety management is conducive to enhancing the quality of medical care. Based on the theoretical framework of mental accounting, this study analyzes the causes of patients' engagement in patient safety decision-making behaviors from the perspectives of categorization and editing, mental budgeting, psychological reference points, and evaluation and decision-making. It proposes recommendations such as reducing information asymmetry between doctors and patients, optimizing the mental budgeting mechanism, and shifting patients' reference points for gains and losses backward, with the aim of improving the patient participation mechanism and promoting patients' engagement in patient safety decision-making behaviors.

Key words Patient Participation; Patient Safety; Decision-Making Behavior; Mental Accounting

First-author's address The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing, 400016, China

患者参与患者安全(patient participation for patient safety, PFPS)是以患者为医疗服务中心,通过患者参与行为协助医务人员减少或避免危害患者健康的一切医疗过失^[1]。2018年,国家卫生健康委办公厅发布《关于进一步加强患者安全管理工作的通知》,明确强调并鼓励患者关注自身安全^[2]。我国患者安全目标也多次倡导患者主动参与患者安全维护^[3]。研究表明,大部分患者愿意参与自身医疗安全管理^[4]。然而,在现实诊疗环境

中,患者实际参与行为明显低于参与意愿^[5]。既往有学者基于各类理论探讨了PFPS的行为改变过程^[6-7]。总体来看,现有研究主要从健康收益的角度分析患者参与的成因,忽视了患者在决策时对得失的考量^[8]。患者在医学专业性、认知限制、个体教育、经验、情绪、病程等多重因素影响下^[9-10],其参与行为更倾向于做出使自身健康需求得到最大满足的决策。本研究基于行为经济学中的心理账户理论对PFPS“行不符愿”的成因进

行分析,并制订相应对策,以期为促进PFPS行为提供参考。

1 理论基础

心理账户是指个体在心理上对于结果(尤其是经济结果)的分类、编辑、预算和评估的过程,揭示了个体在进行资源(如费用、时间、情绪、体验等)分配决策时的心理认知过程^[11],主要应用于消费决策、金融管理决策等领域中^[12-13]。患者作为特

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2025.32.9.05

* 基金项目:重庆市重点专科建设《临床护理》精品建设项目(编号:0203[2023]47号 202336);重庆市自然科学基金面上项目(编号:CSTB2025 NSCQ-GPX1118)

重庆医科大学附属第一医院 重庆 400016

殊的消费者,在疾病治疗和健康维护过程中,表现出与普通消费者类似的选择和支付行为^[14-15]。在心理账户理论指导下,患者会在心理上对潜在的健康收益、参与成本(包括时间、费用、情绪、沟通等)进行分类编辑,形成不同的心理账户,这些账户间的资源不可自由转换,导致患者在行为决策时,可能会高估参与成本而低估健康收益,从而产生心理偏差,进而影响实际参与行为^[16]。此外,在医学信息不对称、个体认知能力有限以及对自身健康状况过度关注等因素综合影响下,患者参与自身安全管理的过程中难以完全遵循传统经济理论中效用最大化的原则进行理性判断,在“满意原则”而非“最优原则”的作用下,力求做出能够最大程度满足自身健康需求的决策,使得实际参与行为低于参与意愿。心理账户理论能够解释患者在心理上对参与患者安全的成本与健康收益进行权衡的过程,以及这种权衡如何影响其实际参与行为,从而解释 PFPS“行不符愿”的复杂决策机制。

2 心理账户视角下 PFPS 的决策过程分析

心理账户视角下,PFPS 的决策过程呈现递进式认知特征。在初始的分类编辑阶段,患者受启发式决策影响对复杂的安全信息进行简化处理、账户归类,为后续资源分配奠定基础。进入心理预算阶段后,患者基于风险等级和认知优先级,对自身安全管理进行资源权重配置。在评估决策阶段,通过前期的决策信息加工处理,逐步形成一个心理参照点。基于该参照点,患者将现实情况与之对比,最终采取风险适配性决策行为,实现安全需求与心理预期的动态平衡,如图 1 所示。

2.1 分类编辑影响患者对决策信息的处理

分类编辑是个体决策过程中的早期阶段,在此阶段个体主要对信息进行编码、整合、分解、删除等处理。鉴于医疗环境的复杂性,且个体行为受限于时间、精力、认知等因素,人们在决策时往往依赖于经验,而非严格的逻辑推理。启发式决策源于过往认知中的经验,是个体决策的一种重要机制,其核心体现为代表性与可得性两类^[17]。

代表性启发式决策强调,个体在决策时易受周围相似案例或同伴的影响,而忽略其他重要信息^[18]。当患者感知到疾病威胁时,首要考虑的是对恢复健康的预期,而代表性启发式决策会直接影响患者对参与医疗安全的期望。有研究指出,个体认知闭合水平与其对不确定性的容忍度密切相关^[19]。个体对不确定性的厌恶程度越高,其认知闭合水平也越高。当感知疾病威胁时,患者为达到快速恢复健康的目标,可能会展现出高度的认知闭合,因

此患者在决策过程中参考的信息可能并不充足。此外,根据小数法则,少数亲朋好友的经历对患者决策产生显著影响,若这些人在参与的过程中获得良好体验,基于朋友间的信任,患者也会更愿意参与自身医疗安全管理。

而可得性启发式决策指出,由于个体信息处理能力有限,在决策时更倾向于依赖易于回忆的信息^[18]。近年来,国内医疗机构和医护人员高度重视 PFPS 核心参与领域及教育培训等方面^[20-21],使得 PFPS 被更多患者熟知。随着互联网的迅速发展,患者可以通过各种渠道获取正面医疗信息,知晓医疗过程中的各种细节,这种信息透明度的提高,使患者更愿意参与患者安全,以便更好地了解自己的健康状况和治疗方案。

2.2 心理预算影响患者参与的期望偏好

心理预算是个体在决策过程中对信息处理的复杂机制,涵盖预算

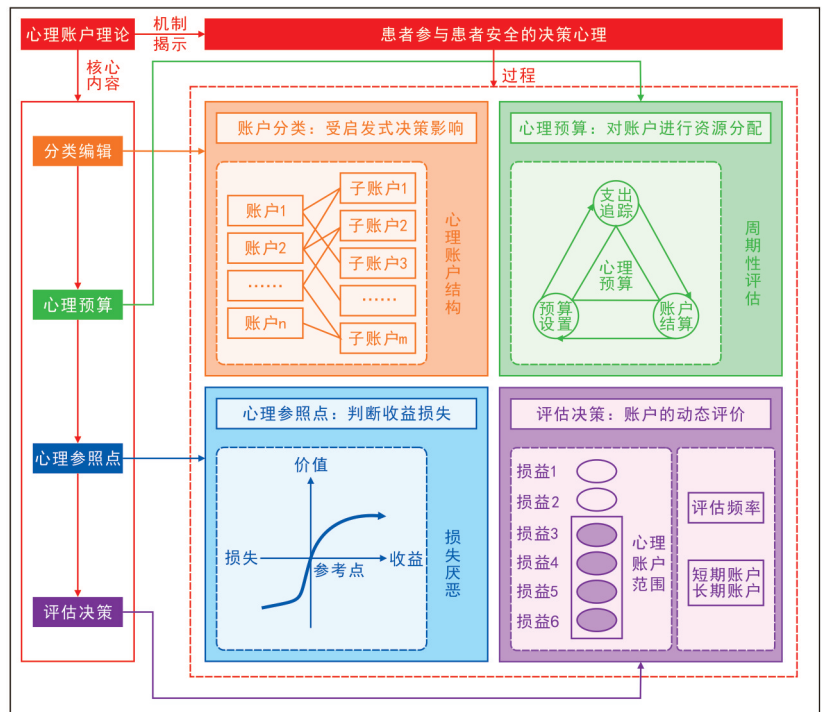


图 1 基于心理账户理论的 PFPS 决策过程逻辑框架图

设置、支出追踪、账户结算三大环节^[22]。在PFPS的决策中,预算设置可以理解为患者对于自身健康管理和安全投入的初步规划。由于预算设置往往基于主观判断,导致资源在特定账户中的分配偏离实际需求,无法实现患者满意度的最大化。例如,癌症患者更倾向于将时间用于与疾病直接相关的活动^[23],如休息、接受治疗、与家人相处,减少参与患者安全等看似额外的时间支出,这种偏差源于心理预算的既有框架,限制了资源的最优配置。支出追踪是患者对自己实际投入(如费用、时间、精力等)进行记录和监控的过程,主要受享乐主义心理特征的显著影响^[24]。具体而言,当患者处于负面情绪时,主体会倾向于规避潜在损失,并依据情感效用最大化原则做出决策。如在参与治疗决策过程中,患者可能会因为某些药物或治疗方法未能带来即刻明显的改善,而低估其治疗效果^[25]。这种心理作用可能会使患者不愿意为这些看似无效的治疗方案支付费用,即便是在心理预算之内。账户结算作为心理预算的最终环节,对PFPS的实际行为具有重要影响。在结算期间,患者会详细比对实际开销与预设的心理预算,一旦发现实际支出超过预算,会迫使患者削减对患者安全的投入,如放弃预防措施或教育学习的机会^[26];相反,若账户结算显示节支,患者可能更有动力参与患者安全活动,如主动寻求医疗咨询或投身于安全管理^[27]。因此,在推动PFPS的过程中,应充分考虑心理预算的影响,引导患者建立更为科学、合理的资源分配与决策机制。

2.3 心理参照点依赖性影响患者的行为选择

在决策信息处理过程中,患者先

后经历了分类编辑与心理预算两个阶段,最终形成一个心理参照点^[28]。由于现实情形与心理参照点的方向和程度会有所偏离,两者对比的结果经常被作为决策的依据。当实际医疗结果(如治疗效果、康复情况、费用支出)优于心理参照点时,患者将之视为收益,产生积极的情绪反应,有利于提高治疗的依从性;反之,若实际结果次于参照点,则被定义为损失,患者可能会产生不满、焦虑甚至抵触情绪,进而影响疾病治疗和患者安全管理。相较于获得收益,人们对损失更为敏感和痛苦,即存在显著的损失厌恶心理^[29]。

健康领域的损失厌恶心理根源于个体对既有资源的高度心理赋值,即“禀赋效应”^[30]。由于生命具有唯一性及健康的特点,和其他具有商品属性的财产相比,人们对生命与健康具有更高的禀赋效应,因此患者对潜在损失的厌恶程度远超对健康收益的渴望。研究指出,由于医疗服务市场信息的不对称性和患者自身认知能力的局限性,患者难以做出最佳决策,基于强烈的损失厌恶心理,患者会选择看似能带来更大收益而风险相对较小的治疗方案^[9,31-32]。另外,部分患者对当前的医疗活动缺乏理性认知,认为患者安全是医方的责任与义务,更倾向于要求医护人员为自身提供更多的服务,而忽视自我参与的重要性^[33]。因此,患者对医疗风险损失的高敏感度进一步导致实际参与患者安全的行为降低。

3 促进PFPS的对策

3.1 减少信息不对称,提升患者参与度

信息不对称是制约患者有效参与的主要障碍。助推理论提供了一种非强制性且需通过设计选择环境

来引导行为的方法,为减少医患之间的信息不对称,并促进患者更好地参与患者安全提供了思路^[34]。首先,增强信息透明度是减少信息不对称的关键。医疗机构应利用助推理论中的“信息呈现”策略,通过使用图表和动画等形式将复杂的医疗信息转化为患者易于理解的内容。例如,采用可视化工具解释手术风险或药物副作用,帮助患者更直观地理解相关信息。同时,搭建在线健康信息平台,定期更新医疗知识、治疗方案及成功案例,使患者能够随时随地获取可靠信息,提升其自主决策能力。其次,优化医患沟通机制是提升患者参与度的有效途径。医护人员应参与沟通技巧培训,学会使用通俗易懂的语言与患者交流,耐心解答患者的疑问,确保信息传递的准确性和完整性。此外,还应推广远程医疗服务,为患者提供便捷沟通渠道,鼓励其主动表达需求。最后,设计个性化参与路径是激发患者参与热情的重要手段。医疗机构应根据患者的年龄、健康状况、决策偏好等设计个性化参与方案。例如,为老年患者提供大字版或语音版宣传材料,为年轻患者开发互动性强的移动应用平台,以更好地提升患者的参与感和信任感。

3.2 优化心理预算机制,保障参与可持续性

PFPS是提升医疗质量的关键路径,而心理预算机制的应用需要建立在伦理基础之上,确保干预手段与医学人文价值相统一^[35]。在预算设置阶段,医护人员应尊重患者知情同意权,避免因信息不对称导致的选择偏差。通过沟通确认患者对参与成本的准确认知,采用Teach-Back法验证其对安全目标的理解程度^[36]。在此过程中需警惕过度强

调经济激励可能引发的伦理争议,应将内在动机培养作为核心,通过叙事医学手段帮助患者建立参与行为与生命价值的联结。支出追踪环节需平衡透明化监督与隐私保护的关系。采用去识别化技术处理患者参与数据,建立分级授权访问机制,确保敏感信息仅用于既定医疗目标。移动应用设计应遵循最小必要原则,如仅采集用药依从性相关数据而非全面健康信息。此外,医疗机构应定期开展数据伦理审查,防止算法偏见对特定患者群体造成参与压力。账户结算阶段,应体现分配正义原则,避免奖励机制加剧医疗资源分配不公,采用非物质激励为主、差异化奖励为辅的策略,增强患者的成就感和自信心,确保未来参与的可持续性。

3.3 后移损益参照点,改善沉没成本效应

在进行医疗服务的过程中,沉没成本效应常表现为患者因既往投入而抗拒行为改变。行为经济学研究表明,通过后移损益参照点,将决策评估基准从“既往投入”转向“未来收益”,可有效改善这一认知偏差^[37]。首先,应建立未来导向的认知框架,运用病程模拟技术向患者可视化展示参与安全管理的远期收益,在此基础上,设计动态反馈系统,利用可穿戴设备实时记录安全行为数据,生成个性化安全效益曲线,使未来健康收益转化为可感知的即时反馈。其次,实施预期锚定激励,设置阶梯式安全目标奖励。实施过程中需遵循共同决策原则,采用访谈方式引导患者自主重构心理账户,避免认知失调。通过系统地后移损益参照点,可帮助患者突破沉没成本阻碍,形成医患协同的安全管理体系。

参考文献

- [1] TRIER H, VALDERAS JM, WENSING M, et al. Involving patients in patient safety programmes: a scoping review and consensus procedure by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care[J]. Eur J Gen Pract, 2015, 21(Suppl): 56-61.
- [2] 国家卫生健康委办公厅. 关于进一步加强患者安全管理工作的通知:国卫办医发[2018]5号[EB/OL]. (2018-04-12) [2025-03-20]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/201804/content_5435146.htm.
- [3] 黄欢欢, 郑双江, 赵庆华, 等. 2022版《中国医院协会患者安全目标》更新解读[J]. 中国医院, 2023, 27(4): 21-23.
- [4] 程海丹, 管艳萌, 刘霞, 等. 16个省市患者参与患者安全实践及管理现状研究[J]. 护理管理杂志, 2023, 23(4): 290-294.
- [5] 赵庆华, 黄欢欢, 彭颖, 等. 住院患者及其家属参与患者安全的体验[J]. 中国护理管理, 2023, 23(7): 964-968.
- [6] 聂立婷, 徐奇, 殷秀敏, 等. 患者参与患者安全行为理论模型的构建[J]. 中国医院管理, 2020, 40(10): 64-67.
- [7] ZENG N, YAN QY, WANG BH, et al. A developed model of cancer patients participation in intravenous chemotherapy safety[J]. Oncotarget, 2017, 8(50): 87598-87606.
- [8] 刘彤, 郑双江, 黄欢欢, 等. 关于患者安全的卫生经济学研究现状及启示[J]. 中国医院, 2023, 27(10): 53-55.
- [9] 房志敏, 缙一鸣. 患者参与医患共同决策的思考[J]. 医学与哲学, 2024, 45(10): 20-24.
- [10] 陈佳如, 刘强强, 马延召, 等. 基于护患双向视角的患者参与安全核查认知与态度的描述性现象学研究[J]. 现代临床护理, 2023, 22(1): 41-46.
- [11] 周静, 徐富明, 刘腾飞, 等. 心理账户基本特征的影响因素[J]. 心理科学进展, 2011, 19(1): 124-131.
- [12] 易柳凤, 陈晔, 王紫逸, 等. 花钱买罪受? 基于旅游者心理账户的旅游失败评价机制研究[J]. 旅游学刊, 2023, 38(7): 143-155.
- [13] 刘培, 冯一丹, 李爱梅, 等. 揭秘经济管理中的行为异象:心理账户理论

的应用启示[J]. 心理科学进展, 2019, 27(3): 405-416.

[14] 刘焱, 董铭琦, 朱淑婷, 等. 行为经济学理论在慢性病管理中的应用进展[J]. 中华护理杂志, 2023, 58(18): 2299-2304.

[15] 胡思梦, 侯志远. 基于行为经济学理论的医患关系与医生决策行为研究[J]. 中国卫生经济, 2023, 42(4): 1-3.

[16] 李爱梅, 凌文轸, 方俐洛, 等. 中国人心理账户的内隐结构[J]. 心理学报, 2007(4): 706-714.

[17] 江程铭, 杨舒雯, 陈俊芳, 等. 信上帝还是不信上帝:分析式和启发式决策的解释[J]. 自然辩证法通讯, 2018, 40(10): 23-31.

[18] 张海芹. 决策中的启发式:一种全新的理解[J]. 领导科学, 2012(8): 43-44.

[19] CHOI JA, KOO M, CHOI I, et al. Need for cognitive closure and information search strategy[J]. Psychol Market, 2008, 25(11): 1027-1042.

[20] 惠华强, 郑萍, 许文娟, 等. 在互联网诊疗环境下如何保证患者信息安全[J]. 中国卫生质量管理, 2020, 27(6): 85-87.

[21] 李晓晴, 王一波, 沈鑫, 等. 患者安全目标:鼓励患者及家属参与患者安全的临床实践[J]. 中国卫生质量管理, 2020, 27(6): 17-20, 27.

[22] 李爱梅, 鹿凡凡. 心理账户的心理预算机制探讨[J]. 统计与决策, 2014(8): 50-53.

[23] 田芙蓉, 刘泽辉, 左根永. 基于行为经济学双系统理论的终末期癌症患者安宁疗护决策干预策略研究[J]. 中国卫生经济, 2024, 43(11): 64-67.

[24] 张延, 张轶龙. 理查德·塞勒对实验经济学的贡献[J]. 经济学动态, 2017(12): 116-132.

[25] 赖嘉微, 宋慧娟, 肖风, 等. 住院患者就医体验调查分析与研究[J]. 中国卫生质量管理, 2022, 29(4): 53-57.

[26] 詹昱新, 杨中善, 莫梦燕, 等. 患者参与患者安全知行信质性研究的系统评价[J]. 护理学报, 2020, 27(10): 36-42.

[27] 郭晓贝, 王颖, 杨雪柯, 等. 基于患者参与框架的住院老年患者跌倒预防

干预策略的实施[J]. 护理学杂志, 2021, 36(1): 50-53.

[28] 诸钟桦, 谢于宏, 刘雷. 正负参照点下性别和损益情景对大学生延迟折扣的影响[J]. 心理发展与教育, 2022, 38(5): 618-625.

[29] 贾世欢, 吴洁琪, 曹林林, 等. 基于前景理论的药物经济学研究[J]. 中国卫生经济, 2020, 39(1): 65-67.

[30] 崔丽伟, 周建裕, 朱书平, 等. 基于行为经济学的医患矛盾分析[J]. 医学与哲学, 2020, 41(17): 63-65, 81.

[31] 刘贵竹, 曾梦琴, 陈澜玲, 等. 权力距离在老年慢性病患者健康素养和参与用药安全行为间的中介作用[J]. 护理学杂志, 2024, 39(8): 107-110.

[32] 韩进松, 左根永. 患儿父母或照料者就医行为决策的行为经济学研究[J]. 中国卫生事业管理, 2021, 38(12): 902-903, 956.

[33] 毕迎新, 李雨静, 田文凤. 叙事医学反思性写作对共同决策价值探析[J]. 医学与哲学, 2023, 44(21): 45-50.

[34] 王晓萱, 张振香, 林蓓蕾, 等. 助推理论在慢性病自我管理中的应用研究热点及前沿分析[J]. 中国慢性病预防与控制, 2023, 31(6): 462-466.

[35] 张丽, 肖兵, 崔克刚, 等. 肛肠疾病患者智慧医疗的伦理挑战与对策[J]. 医学与哲学, 2024, 45(16): 17-20.

[36] 徐跃慧, 杨亚芳, 吕伟伟, 等. teach back法健康宣教改善轻中度老年慢性

阻塞性肺疾病抑郁患者认知功能的应用研究[J]. 中国防痨杂志, 2024, 46(S2): 356-359.

[37] 娄佳旭, 赵若楠, 刘美, 等. 行为经济学视角下等待时间知觉对急诊患者候诊时间的优化研究[J]. 中国卫生经济, 2023, 42(10): 1-3.

通信作者:

赵庆华:重庆医科大学附属第一医院护理研究中心副主任

E-mail:qh20063@163.com

收稿日期:2024-12-31

修回日期:2025-03-21

本文编辑:黄海凤

中国医院协会患者安全目标(2025版)(二)

目标四:加强有效沟通

(一)建立医务人员规范化的信息交接流程,确保医疗信息的连续性、准确性和及时性。

(二)加强跨专业团队协作,重点规范高风险患者交接班、多学科会诊、紧急事件响应及用药安全信息传递等关键环节。

(三)推行结构化沟通工具,建立电子病历系统与即时通讯平台相结合的多渠道沟通体系。

(四)建立不良事件自愿报告和强制性报告制度,倡导从错误中学习,持续质量改进,构建公正的患者安全文化。

(五)定期开展医务人员沟通技能培训,重点提升危急值报告、复杂病例讨论等场景下的沟通效率。

目标五:落实临床“危急值”管理制度

(一)落实临床“危急值”报告制度,规范检验、影像、病理等多学科“危急值”报告流程及记录要求,确保操作流程落实到位。

(二)根据医院实际情况,明确“危急值”报告项目与范围,建立定期更新机制。

(三)定期监测评估“危急值”报告执行情况,重点追踪夜间、节假日等非工作时段,以及跨院区转诊患者的报告时效性。

(四)实现“危急值”业务全流程闭环管理,并加强相关培训,完善临床“危急值”管理信息系统。

(五)强化门诊等重点部门“危急值”管理,建立覆盖报告、处置、复查、反馈的全流程追踪机制,定期开展执行效果评价与质量改进。

目标六:预防和减少医院相关性感染

(一)健全医院感染管理组织体系,重点加强急诊、产房、ICU、血透室等重点科室感控管理,落实感染监控指标并持续改进。

(二)提高医务人员手卫生依从性,重点加强侵入性操作前、无菌操作前等关键环节的手卫生管理,配备必要的手卫生设施。

(三)确保侵入性操作安全,规范注射、内镜诊疗、介入操作等全过程无菌技术管理,强化相关医务人员培训考核。

(四)严格执行医疗废物分类、运送、暂存及处置流程,安全处理医疗废物。

(五)强化重点部位感染防控,重点监测呼吸机、血管导管、导尿管相关感染,以及艰难梭菌、耐甲氧西林金黄色葡萄球菌及碳青霉烯类耐药肠杆菌等多重耐药菌感染。

(六)完善医疗机构内传染病监测、预警、预防和救治机制,强化新发传染病的应对与处置。