

正念冥想干预对护士第二受害者体验及希望水平的影响

李洁莉¹, 潘世华², 陈贵儒³, 沈霞⁴, 丁晓敏⁵, 孙慧敏⁶

摘要:目的 探讨正念冥想干预对护士第二受害者体验及希望水平的影响。方法 采用方便抽样法,抽取近 6 个月内经历不良事件的护士 46 人进行正念冥想干预,包括 4 个课程模块,即正念冥想介绍、正念冥想框架、纵向引导冥想计划、正念冥想询问和反思,持续 8 周。分别于干预前后采用第二受害者体验及支持量表和希望水平量表评估护士第二受害者体验及希望水平。结果 干预后护士第二受害者体验及支持总分、各维度(除非工作相关支持外)得分显著降低,希望总分及各维度得分显著提高(均 $P < 0.01$)。结论 正念冥想干预适用于护士第二受害者人群,能有效降低其经历不良事件后的痛苦体验,提高其支持及希望水平,促进护士身心健康。

关键词: 护士; 第二受害者; 护理不良事件; 正念冥想; 痛苦体验; 组织支持; 希望

中图分类号: R47; R395.5 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2020.18.001

Effects of mindfulness meditation intervention on the experiences and hope level of nurses as the second victims Li Jielì, Pan Shìhua, Chén Guìrú, Shén Xiá, Dìng Xiáomín, Sùn Huímín. Neurosurgery Department, Zhongnan Hospital of Wuhan University, Wuhan 430071, China

Abstract: **Objective** To explore the effects of mindfulness meditation intervention on the experiences and hope level of nurses as the second victims. **Methods** A total of 46 nurses who experienced adverse events in the past 6 months were selected conveniently for mindfulness meditation intervention, which included 4 course modules, namely, mindfulness meditation introduction, mindfulness meditation framework, longitudinal guidance meditation plan, mindfulness meditation inquiry and reflection lasting 8 weeks. The Second Victim Experience and Support Tool (SVSET) and the Herth Hope Index (HHI) were used to evaluate the experiences and hope level of nurses as second victims before and after the intervention. **Results** After the intervention, except the dimension score of non-work-related support, the total SVSET scores and its other subscale scores of the nurses as second victims were significantly lower than those before the intervention, while the total scores and each dimension scores of HHI were significantly higher than those before the intervention ($P < 0.01$ for all). **Conclusion** Mindfulness meditation intervention is suitable for the second victim population of nurses, which can effectively reduce their painful experiences after going through adverse events, enhance their support and hope level, and improve nurses' mental and physical health.

Key words: nurses; second victim; nursing adverse events; mindfulness meditation; painful experience; organizational support; hope

患者安全是全球性医疗管理核心和重要议题,患者安全事件不仅给患者及家庭带来伤害,同时也会影响经历患者安全事件的医护人员。第二受害者(Second Victim)是指经历患者安全事件后感受到与事件相关的创伤的医务人员,其中护士被认为是主要高危人群^[1-3]。护士在经历不良事件后往往发生第二受害者综合征,即可能出现一系列生理、心理、职业的痛苦^[3-4]。第二受害者综合征常与职业倦怠、职业压力、创伤后应激障碍等相互作用、互为因果,导致护士职业幸福感、希望水平、共情能力下降,严重影响护士临床照护质量和职业归属感^[5-7]。护士作为第二受害者应对患者安全事件不良影响能力不足,以沉默、忍耐等消极应对方式为主^[4,8];此外,第二受害者的自

责、恐惧等心理痛苦水平也显著增高^[9]。因此,以专业心理干预为基础,提供正式组织支持,改善护士第二受害者痛苦水平非常重要。正念冥想是一组以正念技术为核心的冥想练习方法^[10],主要用于人们压力和负面情绪的管理。2019 年 7~12 月,本研究使用正念冥想技术开展心理干预,以期帮助护士积极应对患者安全事件,改善其心理痛苦、支持体验和希望水平。报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 在征得武汉大学中南医院主管部门同意后,招募 2019 年 1~6 月发生过护理不良事件且自愿参与本研究的护士,经医院伦理委员会批准后(伦理批号:2019355)选取研究对象。纳入标准:取得护士执业资格证;知情同意,自愿参加本研究;直接参与患者护理;近半年内发生过护理不良事件。排除标准:进修或实习护士;Ⅳ级事件。剔除标准:中途退出。完成研究的护士 46 人,女 43 人,男 3 人;年龄 21~58 (27.80±6.42)岁。工作年限 6 个月至 32 年,平均(5.73±1.98)年。文化程度:大专 5 人,本科 36 人,硕士以上 5 人。职称:护士 20 人,护师 18 人,主管护师 7 人,副主任护师 1 人。婚姻状况:未婚 26 人,已

作者单位:武汉大学中南医院 1. 神经外科 2. 综合医疗科 4. 影像科
5. 神经内科 6. 护理部(湖北 武汉,430071);3. 阿坝藏族羌族自治州
人民医院护理部

李洁莉,女,硕士在读,主管护师,护士长

通信作者:孙慧敏,hmsun1968@163.com

科研项目:中华护理学会 2019 年度立项科研课题(ZHKY201902);武
汉大学中南医院科技创新培育基金项目(znpy2019094)

收稿:2020-03-23;修回:2020-05-20

婚 20 人。职务:护士 41 人,护士长助理/教学组长 4 人,护士长 1 人。用工形式:正式在编 6 人,合同聘用制 40 人。科室:内科 16 人,外科 16 人,妇产科 2 人,儿科 3 人,肿瘤科 4 人,其他(门急诊科、ICU、手术室/麻醉科)5 人。所有参与护士签署知情同意书。

1.2 干预方法

1.2.1 干预课程的构建 干预课程理论模型来源于 2017 年 5 月举行的“The 2017 Resident Wellness Consensus Summit”专家共识峰会对 3 个核心健康主题课程计划达成的共识,这 3 个基于证据的主题工具包含有第二受害者综合征、正念和冥想、积极心理学^[11],为教育工作者提供必要的资源、阅读材料和培训计划,旨在促进和改善医生健康。本研究综合比较 3 个工具包后选择操作性更强的“正念和冥想”工具包,并基于正念和冥想工具包初步构建正念冥想培训课程,该课程由正念冥想介绍、正念冥想框架、纵向引导冥想计划、正念冥想询问和反思 4 个课程模块组成。

1.2.2 干预前准备 组建研究团队,团队成员来源于医院心理护理小组,其中正念培训导师 2 人(获牛津大学正念中心师资认证)、研究生导师 1 人(心理学博士、国家二级心理咨询师)、护士长 2 名(护理心理学硕士)及护士 3 名(国家三级心理咨询师)。首先由正念培训导师对团队成员进行为期 2 周的正念冥想相关课程的理论和实践培训,其中 2 名护士长负责后期对第二受害者的理论和实践培训。3 名护士中 1 人负责微信群的组建及日常维护,2 人负责每周培训的会场准备工作及资料的收集整理。研究前,向参与者强调需要坚持完成整个干预过程,且在训练期间保证每天 20~30 min 的自行训练,取得参与者充分知情同意。建立微信群,纳入所有干预对象,便于联系。下载“Now 冥想”App,辅助完成家庭作业练习。提前 2 周通过微信群发布课程通知,提醒所有护士提前安排好排班,保证准时参加培训课程。在正式培训前 1 周,其中 1 名护士长负责召集所有成员开会,介绍本课程的研究内容、目的和意义,让护士充分理解并配合培训。发放宣传小册子使护士了解正念冥想心理干预方法的原理和技巧;发放便签本让护士随身记录冥想日志,包括课堂讨论记录、自行练习记录和第 8 周焦点小组讨论内容。于 8 周干预结束后回收便签本,护士自主选择是否实名记录。对于因特殊原因缺勤的护士,由授课负责人集中进行线上小组学习。负责人通过腾讯会议 App 发起快速会议,再将腾讯会议小程序发送至微信群,组织缺勤护士识别小程序进入会议室即可进行语音和视频对话及 PPT 授课。

1.2.3 干预内容及实施方法

正念冥想训练由 2 名护士长负责实施,每次课程集中进行理论授课及现场正念冥想练习,约 30 min;集中学习结束后再分小组(将护士分 5 个小组,每组 8~9 人)讨论和巩固练习,约 30 min。每周 1 次,持续 8 周。

所有护士要求每天自行家庭练习 20~30 min,在 Now 冥想 App 上自主进行进阶式练习,将练习打卡内容截屏反馈至微信群,由微信群负责人督促并鼓励完成。

1.2.3.1 第 1 周:正念冥想介绍 介绍正念冥想基础知识及相关工具,正念冥想相关工具有网页(如 Mindfulness Bell、Yoga Journal、正念静观网站—中国、华人正念减压中心等)、书籍(如《此刻是一枝花》、《不分心》、《正念修禅》等);App(如 Now 冥想、大象冥想、Mayo Meditation、Headspace 等)。课后布置家庭作业和发放冥想日志,同时介绍写作日志方法。

1.2.3.2 第 2 周:建立正念冥想框架 授课老师与学员一起分析冥想练习的障碍并提出解决方案,构建后期学习框架。本周冥想训练内容为正念呼吸,要求在平静自然的呼吸状态下进行,将呼吸作为一个观察对象,注意觉察呼吸时每个细微的细节和变化过程。

1.2.3.3 第 3~6 周:纵向引导冥想计划 每周 1 个训练主题。①躯体扫描。引导练习者有意识地对身体的每个部位轮流进行注意,先闭上眼睛,按照顺序扫描和感知不同身体部位的感受,以精确觉知身体的每个部位的感受。②正念瑜伽。将正念纳入到瑜伽的体位练习中。强调在瑜伽的体位练习中观察身心感受,了解自己的身体极限。③正念行走。放慢脚步去行走,体验足底和大地接触的柔韧,充分体验自身的感受和周围世界的变化。④专注力练习。闭上双眼用心倾听并感受出现在自己周围的任何声音,同时还需要学着去关注那些此时此刻的各种外在感觉,比如声音、光线或是触觉。

1.2.3.4 第 7~8 周:询问和反思 围绕以下内容分组讨论:你觉得在什么情况下应该进行正念冥想?哪种类型的正念冥想比较方便或喜欢?你觉得效果怎么样?正念冥想给你的工作和生活带来什么改变?正念冥想对经历不良事件后改善情绪是否有帮助?第 7 周分小组讨论主题内容为分享自己经历不良事件的心理体验,时间约 40 min,再静坐反思自己在整个不良事件过程中的表现,以及今后遇到此类事件时如何有效地处理自己的情绪和行为。第 8 周分小组讨论主题为冥想体验的经历,再反思冥想给自己的生活带来的改变,时间约 60 min。整个课程结束后鼓励护士继续每天自行家庭练习,继续进行引导性冥想练习或创建一个冥想小组,每月或每季度举行 1 次会议,以帮助组员保持练习。

1.3 评价方法 于干预前、干预 8 周后(会议结束时),由 2 名研究团队成员进行问卷调查,评价护士第二受害者体验及支持、希望水平。①第二受害者体验及支持量表,本研究采用陈贵儒等^[12]汉化的量表,量表包含 7 个维度、2 个结局变量共 29 个条目,使用 Likert 5 级计分法,1 分(非常不同意)到 5 分(非常同意),总分 29~145,得分越高说明第二受害者获得的体验越差,得到的支持程度越低。量表 Cronbach's α

为 0.892。② Herth 希望量表,本研究采用赵海平等^[13] 翻译的中文版量表。量表包含 12 个条目,分为对现实和未来的积极态度、采取积极的行动、与他人保持亲密的关系 3 个维度。采用 Likert 4 级(1~4 分)评分法,总分 12~48 分,分数越高表明希望水平越高。量表重测信度为 0.92, Cronbach's α 为 0.87。

1.4 统计学方法 应用 Excel 整理数据,使用 SPSS23.0 软件进行统计分析,连续变量采用均数±标准差进行描述,行配对 *t* 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

干预前后护士第二受害者体验及支持、希望水平总分及各维度得分比较,见表 1。

表 1 干预前后护士第二受害者体验及支持、希望水平总分及各维度得分比较 分, $\bar{x} \pm s$

项 目	干预前 (<i>n</i> =46)	干预 8 周后 (<i>n</i> =46)	<i>t</i>	<i>P</i>
体验与支持总分	102.48±10.49	85.28±8.59	9.089	0.000
心理痛苦	4.10±0.69	3.20±0.89	5.253	0.000
生理痛苦	3.67±0.77	2.46±0.77	8.175	0.000
同事支持	3.48±0.55	2.67±0.56	6.996	0.000
上级支持	3.70±0.63	3.15±0.51	4.788	0.000
机构支持	3.52±0.52	3.10±0.63	4.289	0.000
非工作相关支持	3.77±0.73	3.67±0.93	0.566	0.574
职业自我效能	3.32±0.57	2.75±0.72	4.127	0.000
离职	3.28±0.87	2.71±0.87	3.037	0.004
缺勤	2.63±0.72	2.12±0.59	3.710	0.001
希望水平总分	33.59±3.66	38.98±2.83	8.031	0.000
积极态度	11.50±1.70	13.09±1.35	5.425	0.000
积极行动	11.61±1.61	13.30±1.71	5.158	0.000
与他人的亲密关系	10.48±1.80	12.59±1.38	6.432	0.000

3 讨论

3.1 正念冥想干预可改善护士第二受害者体验及支持程度 由于国内的责备文化和对错误的惩罚,护士第二受害者无法得到及时有效的组织支持^[4]。研究显示,我国 50%~73% 的护士有第二受害者经历,并且有典型第二受害者综合征症状^[4,14-15]。发生患者安全事件后,第二受害者均希望得到外界的帮助和支持,其中包括个人支持、机构支持、情感支持及文化支持等,也包括第二受害者家人、同事、上级和医疗单位的支持^[8]。Scott 等^[16] 的研究显示,医务人员在需要危机支持和外部帮助时,需要一个基于医疗单位或科室的支持系统。支持系统对第二受害者的干预层面越高,支持方式越丰富,取得的效果越明显^[17]。因此,一个良好的支持体系对于减轻护士的情绪负担、促进披露过程、协助护士进行和解都是必不可少的。正念冥想对注意和情绪的调控作用是促进个体身心健康的关键因素。多项研究发现,不管是临时还是长期正念冥想训练,均能减轻个体心理痛苦和身体痛苦,同时提高个体的情绪调节能力^[10,18-19]。本研究结果显示,干预后除非工作相关支持维度外,护士第二受害者体验及支持总分、其他各维度得分显著降低(均 $P<0.01$)。本研究基于积极心理学理论,将正念冥想心理干预方法用于改善

第二受害者创伤体验,建立护士第二受害者支持计划和组织管理模式。同时,研究团队均为护理人员,深刻理解护士第二受害者的心理及生理痛苦,在工作中积极给予第二受害者同事支持。本研究依托医院心理护理小组,以上级和机构层面给予护士第二受害者心理援助,体现了组织管理文化对护士第二受害者的关怀及支持,有利于促进护士身心健康。干预后护士第二受害者非工作相关支持得分无显著差异,分析原因主要为非工作相关支持大部分来自护士第二受害者家人和朋友,在不良事件过程中他们始终给予护士陪伴和支持,因此得分无显著变化。

3.2 正念冥想干预可提高护士第二受害者希望水平

Scott 等^[16] 提出,第二受害者经历护理不良事件后,可能出现职业生涯不确定感和担心惩罚的焦虑,对职业未来的希望水平低,试图寻求各种途径的精神支持。希望是一种个体的内在力量,可指导个体保持积极乐观的心态,提高工作效率和保证工作质量。低希望水平可能对其护理工作或职业生涯带来负面影响,不利于护理安全和个人职业发展。正念冥想干预可提高护士对工作的积极态度和积极行动,使其积极应对各种事件,发挥自身优势和主观能动性。本次研究结果显示,干预后,护士第二受害者希望总分及各维度得分显著高于干预前(均 $P<0.01$),说明对护士进行正念冥想干预可提高其希望水平。

综上所述,对护士第二受害者行正念冥想干预,能有效降低其经历不良事件后的痛苦体验,同时提高其支持及希望水平。本研究的局限性在于采取自身前后对照,没有针对单一不良事件类型或严重程度进行干预,目前仅评价了短期的干预效果,没有追踪长期影响。未来研究期望能够进行随机对照试验,固定某一特定不良事件类型的研究对象进行干预,同时进行长期跟踪随访,以明确干预效果。

参考文献:

- [1] Scott S D, Hirschinger L E, Cox K R, et al. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events[J]. Qual Saf Health Care, 2009, 18(5): 325-330.
- [2] Nydoo P, Pillay B J, Naicker T, et al. The second victim phenomenon in health care: a literature review[J]. Scand J Public Health, 2019; 1403494819855506.
- [3] Marmon L M, Heiss K. Improving surgeon wellness: the second victim syndrome and quality of care[J]. Semin Pediatr Surg, 2015, 24(6): 315-318.
- [4] 陈贵儒, 孙慧敏, 黄蓉蓉, 等. 我国护士作为第二受害者体验及支持需求的 Meta 整合[J]. 护理学杂志, 2019, 34(24): 64-67.
- [5] Davidson J E, Agan D L, Chakedis S, et al. Workplace blame and related concepts[J]. Chest, 2015, 148(2): 543-549.
- [6] Busch I M, Moretti F, Purgato M, et al. Psychological and psychosomatic symptoms of second victims of adverse events[J]. J Patient Saf, 2020, 16(2): e61-e74.