·综　述·

急诊护士遭受工作场所暴力后抗逆力的研究进展

黄晗钧，王琳

Development of resilience in emergency nurses who have experienced workplace violence: a review　*Huang Hanjun, Wang Lin*

摘要：从抗逆力的内涵、研究工具、理论基础、影响因素和干预策略等方面综述急诊护士遭受工作场所暴力后抗逆力的研究进展。旨在为急诊护士遭受工作场所暴力后抗逆力发展机制研究和干预方案构建提供参考。

关键词：急诊护士；　工作场所暴力；　抗逆力；　积极心理学；　干预策略；　综述文献

中图分类号：R472.2；R849　**文献标识码**：A　**DOI**：10.3870/j.issn.1001-4152.2022.16.095

工作场所暴力（Workplace Violence，WPV）是指工作人员在其工作场所受到辱骂、威胁或袭击，从而对其安全、幸福或健康造成明确或含蓄的挑战[1]。在医院环境中，接触患者最多、工作最具挑战性的急诊护士是遭受工作场所暴力风险最高的医院工作群体[2-3]。工作场所暴力严重威胁急诊护士的职业安全及身心健康，是导致其离职的重要原因。从积极心理学的视角出发，越来越多的学者把遭受工作场所暴力后急诊护士的身心调适策略聚焦在抗逆力这一优势视角，从个人、家庭、社群等多层面出发，调动个体内外部资源以帮助遭受工作场所暴力的个体成功抗逆[4]。本文综述遭受工作场所暴力后急诊护士抗逆力研究现状，为医院管理者制订干预策略提供参考。

1　抗逆力的概念和测评

1.1　抗逆力的内涵　抗逆力又称韧性、心理弹性等。国内外学者对其定义主要可归纳为能力性（个体从困境中恢复的能力）、结果性（个体应对困境的结果）和过程性（抗逆力是动态变化的过程）三类[5]。由于过程性定义强调抗逆力水平随时间发展的变化过程以及各相关因素对其产生的动态影响，目前受到较多学者认可。美国心理协会（American Psychological Association，APA）给出的过程性定义较有代表性，即“抗逆力是个体在面对逆境、创伤、悲剧、威胁或其他重要压力时进行良好调适的过程”[6]。

1.2　抗逆力的研究工具

1.2.1　Connor-Davidson 抗逆力量表（Connor-Davidson Resilience Scale，CD-RISC）　由 Connor 等[7]在 2003 年研制，最早为创伤后应激障碍患者开发，将抗逆力视为一种个体从困境中恢复的个人特质。其英文原版包括 5 个维度 25 个条目，是面向一般人群的抗逆力测评量表。后发展为多个版本，在面向包括急诊护士在内的各类人群抗逆力研究中得到广泛应用。中文版 CD-RISC 量表由我国学者于 2007 年调适[8]，将原版量表调整为坚韧、力量和乐观 3 个维度共 25 个条目，采用 Likert 5 级评分法，从“完全不符合”到“完全符合”分别计 1～5 分，总得分 25～125 分，信度系数为 0.91，在国内相关研究中被广泛应用。

1.2.2　成人心理弹性量表（Resilience Scale for Adults，RSA）　由 Friborg 等[9]于 2006 年研制，强调抗逆力是个体从困境中恢复的过程，受个人特质与资源、家庭环境和社会网络三大因素共同影响。该量表基于大学生群体建立，由 6 个维度 33 个条目组成，采用语义分化量表 7 点评分，其中一半的条目有正反向差异，以减少默认偏误的问题，是少有的非 Likert 形式抗逆力量表，在急诊护士抗逆力相关研究中得到广泛应用。姚桂英等[10]于 2013 年研究 RSA 在中国护士群体中的信效度，在原量表基础上修订形成了包括家庭凝聚力、对未来的计划、社会资源、自我感知和社会能力 5 个维度共 19 个条目的中文版 RSA，采用语义分化量表 7 点评分，得分越高，抗逆力水平越好，内部一致性系数为 0.856，重测信度为 0.843。

1.2.3　医护人员抗逆力评价量表　是专门面向医护人员群体的抗逆力水平测评量表，由朱厚强等[11]于 2016 年开发，该量表在 CD-RISC 量表、RAS 等抗逆力相关量表基础上，根据医护人员职业特征将抗逆力归纳为决策应对、人际联结、理性思维和柔性自适 4 个维度 18 个条目，采用 Likert 5 级评分法评分，总分 18～90 分，分值越高说明个体抗逆力越高。该量表 Cronbach's α 系数为 0.907，稳定性良好。自发布以来被广泛应用于急诊护士、ICU 护士和抗疫一线医护人员等医护人员的抗逆力研究。

2　遭受工作场所暴力后急诊护士抗逆力现状

目前对遭受工作场所暴力后急诊护士的身心健康状态研究，关注焦点从早期的“问题视角”（即遭受工作场所暴力后急诊护士负性心理和问题行为的危机干预），逐步转向“优势视角”（即遭受工作场所暴力后急诊护士身心适应和抗逆力的提升）。既往研究发

作者单位：上海交通大学护理学院（上海，200025）
黄晗钧：男，硕士在读，学生
通信作者：王琳，wanglsd@shsmu.edu.cn
科研项目：国家自然科学基金青年项目（72004137）；上海高水平地方高校创新团队资助项目（SHSMU-ZDCX20212800）
收稿：2022-03-16；修回：2022-04-20

现，急诊护士的抗逆力处于较低水平。朱建萍等[12]和覃艳莉等[13]发现急诊护士的抗逆力均分与理想最高分比值为 0.59～0.65，低于美国普通人群常模(0.80)[7]，抗逆力处于较低水平。然而，现有研究多关注于急诊护士抗逆力的现状，较少关注遭受工作场所暴力等外部因素对急诊护士抗逆力产生的影响。Han 等[14]通过质性研究发现，遭受工作场所暴力后急诊护士的抗逆力发展过程归纳为 3 个阶段：释放情绪、冲突与调整、建立应对策略。Hsieh 等[15]通过问卷调查了遭受工作场所暴力后急诊护士的抗逆力，结果发现这一人群抗逆力水平较低，且与其同伴支持、人格特质有显著的相关关系。然而，个体抗逆力的发展会随时间的变化而变化。现有对其他人群(如青少年)的抗逆力纵向研究已证实，随着时间的推移，个体面对应激后的抗逆力水平及其影响因素均呈现动态的发展变化[16]。既往研究设计多采用横断面研究，未考察抗逆力的变化轨迹及其与相关因素的动态相互作用。

3　遭受工作场所暴力后急诊护士抗逆力的影响因素

3.1　个体内部因素

3.1.1　人口学因素　个体内部因素是激发抗逆力内部潜能的源泉。Yu 等[17]系统综述发现，年龄、工作年限、受教育程度、婚姻状况和职称等因素与护士抗逆力相关。任伟霞[18]研究显示，工作年限、职称与急诊护士抗逆力水平有关。Hsieh 等[15]报道，急诊护士遭受工作场所暴力后的抗逆力水平与年龄、受教育程度、婚姻状况和工作年限等人口学变量均无相关性。Lee 等[19]通过荟萃分析发现，抗逆力水平可能与人口统计学因素无关。现有研究提示，人口统计学相关研究结果并不完全一致，有必要进一步探究遭受工作场所暴力后急诊护士抗逆力水平的人群异质性。

3.1.2　情绪调节　采用积极情绪调节策略应对工作场所暴力等压力事件，可减轻压力对个体身心造成的不良影响，是抗逆力的重要方面。情绪调节是个体对情绪的发生、体验和表达施加影响的过程，认知重评和表达抑制是两种常见的情绪调节策略[20]。Rodman 等[21]的纵向研究发现，具有较高抗逆力的个体可以在压力事件发生之前、期间和之后应用积极情绪调节策略来减轻其影响，情绪调节策略与抗逆力之间的关联随时间推移而变化。韦雨[22]的横断面研究指出，认知重评和表达抑制两种情绪调节策略均与抗逆力显著正相关，可以正向预测护士的抗逆力水平。这一研究结果与大多数研究不同，一般认为表达抑制是一种消极的情绪调节策略，会对抗逆力产生负向影响[1,20]。因此，还需进一步探究不同情绪调节策略对于遭受工作场所暴力后急诊护士抗逆力发展的影响机制。

3.1.3　自我效能　自我效能感是个体对能否计划和执行某一特定任务的信念，具有高自我效能感的护士群体能更好应对来源于工作的压力与挑战。Gillespie 等[23-24]为探究护士抗逆力的影响因素，开展概念分析和横断面调查发现，自我效能感和护士抗逆力之间存在强相关性，护士丰富的知识与技能储备可以更好应对工作压力，而长期的成功应对可以提升护士自我效能感继而提高抗逆力水平。Guo 等[25]和 Wang 等[26]在中国护士群体中的调研也证实了护士自我效能感与抗逆力之间的显著相关性。然而，现有研究证实自我效能感对抗逆力的影响可能是间接的，因此，需进一步探究自我效能感对遭受工作场所暴力后急诊护士的抗逆力影响路径。

3.1.4　应对方式　应对方式是个体为应对压力或应对引起压力的问题或维持积极幸福感所作出的思想和行为改变。护士在压力源下的应对方式与抗逆力有关，遭受工作场所暴力后，急诊护士常见应对方式包括逃避、寻求支持、倾诉和对抗性等[27]，以消极应对为主[28]。但积极应对才是急诊护士抗逆力的重要保护因素，经常使用积极应对方式的护士往往具有较低工作压力水平和较高抗逆力[25]。因此，亟需对急诊护士应对方式进行干预，通过培训等方式引导急诊护士更多采用积极有效的应对方式处理工作场所暴力等压力源，以帮助其提升遭受工作场所暴力后的抗逆力水平。

3.1.5　人格特征　人格特征主要包括开放性、责任心等 5 个方面。Hsieh 等[29]研究发现，人格特征在遭受工作场所暴力后急诊护士的抗逆力发展过程中起重要作用。在面对压力时，高神经质性人格个体往往有更多的负面情绪和更低的抗逆力水平，而高外倾性人格个体拥有更为强大的社会支持网络和支持利用能力，因此具有更高的抗逆力水平。朱建萍等[12]报道，急诊护士更易表现出神经质性人格倾向，而抗逆力可作为保护因素有效缓冲高神经质性倾向产生的不良影响。以上研究对筛选优先干预人群，预测抗逆力在遭受工作场所暴力后的发展轨迹有参考价值。

3.2　外部环境因素

3.2.1　同伴支持　Hsieh 等[15,29]报道同伴支持对遭受过工作场所暴力的急诊护士抗逆力发展有重要作用，同伴支持可有效减轻工作场所暴力给急诊护士带来的负性情绪体验，为他们提供应对压力的积极环境。Wang 等[26]指出，同事支持可提升护士自我效能感，进而影响抗逆力水平。同伴支持是急诊护士所处社会支持系统中最易得、最及时的支持渠道，应重视急诊护士团队内部的同伴支持能力建设，鼓励低抗逆力个体更多利用同伴支持应对工作场所暴力等压力场景。

3.2.2　家庭支持　家庭环境是抗逆力发展的主要外部因素[30]。家庭支持可有效减少负面情绪[31]，是护士抗逆力的重要保护因素。家庭支持和同伴支持能对急诊护士遭受工作场所暴力后抗逆力发展产生积

极的正向影响，更高的家庭支持和同伴支持水平可以帮助急诊护士从遭受工作场所暴力的逆境中更快恢复[29]。

3.2.3 组织支持 组织支持感指个体对组织重视其贡献和关心其福祉的信念程度[32]。李颖等[33]发现组织支持感与急诊护士抗逆力水平呈正相关，较高的组织支持感可以缓解工作压力给急诊护士带来的不良反应，提高抗逆力水平。急诊护士时刻面临较大工作压力和工作场所暴力等突发风险，需要来自工作组织的更多支持。作为急诊护士社会支持系统的另一个重要组成部分，组织支持水平会直接影响急诊护士的组织支持感水平，进而影响抗逆力水平。因此，应重视团队、部门、家庭等外部环境因素对个体抗逆力可能产生的影响，将外部支持系统的建立和个体内部干预相结合，提升急诊护士抗逆力水平。

4 干预策略

4.1 课程培训 培训是工作场所暴力的重要预防措施，培训课程能对护士抗逆力发展产生积极影响，帮助他们更好地应对工作场所暴力。Ming 等[34]对工作场所暴力的高危护士、遭受工作场所暴力后的护士进行暴力预防及暴力管理的课程培训，培训内容包括工作场所暴力介绍、情景模拟和小组讨论等。Lamont 等[35]以工作坊的形式对工作场所暴力高危护士进行专题培训，主要涉及暴力风险评估与管理，应对暴力时的技巧等。这些培训提升了护士应对工作场所暴力时的自我效能，在一定程度上降低工作场所暴力给护士带来的不良影响，但传统的课程培训可能难以调动护士学习的积极性，一次性培训也未考虑护士抗逆力发展的变化轨迹及不同阶段心理需求。

4.2 短程表达书写 表达书写可以帮助个体更好地认识自我、管理情绪和与人相处，有效提升抗逆力水平。朱燕梅等[36]请遭受工作场所暴力后的护士进行为期 4 周的短程表达书写干预，每天进行 30～40 min 书面情绪宣泄和思想表达，以减轻工作场所暴力带来的不良心理影响。该研究虽然取得一定效果，但也增加了护士的负担，且个体的情绪表达方式是多元的，书写表达并不适合所有护士或满足其情绪表达的需求。

4.3 人文关怀措施 谢霖等[37]对遭受过工作场所暴力的护士开展人文关怀小组干预，引导护士表达情感、认识自我、建立支持，缓解工作场所暴力带来的心理冲击，提升了护士的心理调节能力。陈静等[38]建立工作室，采用情绪宣泄、放松训练、倾听面谈、解释疏导等人文关怀措施对遭受工作场所暴力后的护士进行个性化的综合心理干预，取得良好的效果。但这些人文关怀手段花费了大量的人力、物力成本，需进一步优化。

4.4 团体辅导 郑慧芳等[39]和张超峰等[40]将团体心理干预应用于遭受工作场所暴力的护士群体，在团体情景下，通过认知疗法、行为疗法、支持疗法相结合的综合手段对护士进行 2～3 个月的干预，加强遭受工作场所暴力护士的心理调适和应对技巧，全面提升护士的心理健康水平。团体心理干预的效率较高，适合急诊科护士的团体情景，但其筹备与开展均需要专业心理咨询师主导，准入门槛相对较高。

5 小结

遭受工作场所暴力后急诊护士抗逆力发展的相关影响因素有保护因素或风险因素，既往研究多关注这些因素分布在个体或环境的单一维度，而忽略个体因素和环境因素可能产生的相互作用。现有研究提示，环境因素可能通过影响个体因素而对抗逆力水平产生正向或负向影响，需要对个体因素及其环境因素进行分析，探讨环境因素与个体因素互动的交互作用，明晰各因素间的相互关系及其对抗逆力水平的作用机制，进一步明确急诊护士遭受工作场所暴力后抗逆力发展的复杂机制。此外，现有研究的干预视角逐渐从工作场所暴力的识别与应对拓展到护士心理素质的提升，外部支持系统的建立，基于积极心理学的干预视角被越来越多的学者实践，干预形式也从单一的课程培训发展到心理工作室、团体心理辅导等专业化的心理干预手段。但干预内容、时间点、时长的选择主要基于个人或专家经验，缺乏理论框架指导，且未考虑抗逆力发展的动态轨迹。部分干预方案的形式、频率未考虑急诊工作性质及实际需求，导致干预方案较难在急诊护士人群中推广应用。急诊护士遭受工作场所暴力后的抗逆力干预方案需要更为系统科学的干预研究理论指导，同时需结合抗逆力发展及其影响因素的动态轨迹模型，从关键时间点和关键因素着手，设计更为精准、有效和契合急诊护士需求的干预方案。

参考文献：

[1] World Health Organization. New research shows workplace violence threatens health services[EB/OL]. (2002-05-10)[2022-02-15]. https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/release37/en/index.html.

[2] AL-Maskari S A, AL-Busaidi I S, AL-Maskari M A. Workplace violence against emergency department nurses in Oman: a cross-sectional multi-institutional study[J]. Int Nurs Rev, 2020, 67(2): 649-657.

[3] Ramacciati N, Gili A, Mezzetti A, et al. Violence towards emergency nurses: the 2016 Italian National Survey—a cross-sectional study[J]. J Nurs Manag, 2019, 27(4): 792-805.

[4] Southwick S M, Bonanno G A, Masten A S, et al. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives[J]. Eur J Psychotraumatol, 2014, 22(2): 291-300.

[5] 鲁浩，章雅青，王琳. 护士心理弹性的研究进展[J]. 护理学杂志，2016，31(4)：93-96.

[6] American Psychological Association. Building your resilience[EB/OL]. (2020-02-01)[2022-02-15]. http://www.apa.

org/topics/resilience

[7] Connor K M, Davidson J R. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale(CD-RISC)[J]. Depress Anxiety,2003,18(2):76-82.

[8] Yu X, Zhang J. Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) with Chinese people[J]. Soc Behav Pers,2007,35(1):19-30.

[9] Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge J H, et al. Resilience as a moderator of pain and stress[J]. J Psychosom Res,2006,61(2):213-219.

[10] 姚桂英,刘予玲,李树雯,等.成人心理弹性量表在护理人员中的信效度检验[J].中国全科医学,2013,16(17):1536-1539,1542.

[11] 朱厚强,万金,时勘,等.医护人员抗逆力结构研究与测评量表编制[J].统计与信息论坛,2016,31(2):107-112.

[12] 朱建萍,王润珠,周虹.心理弹性在急诊科护士神经质人格与职业倦怠间的中介作用分析[J].护理与康复,2021,20(11):7-10,16.

[13] 覃艳莉,王芳,林巧,等.心理弹性、共情疲劳对急诊科护士离职意愿的影响[J].护理实践与研究,2020,17(15):11-14.

[14] Han C Y, Chen L C, Lin C C, et al. How emergency nurses develop resilience in the context of workplace violence:a grounded theory study[J]. J Nurs Scholarsh, 2021,53(5):533-541.

[15] Hsieh H F, Hung Y T, Wang H H, et al. Factors of resilience in emergency department nurses who have experienced workplace violence in Taiwan[J]. J Nurs Scholarsh,2016,48(1):23-30.

[16] 刘巧兰,何芙蓉,蒋敏,等.5.12地震灾区青少年心理弹性及其影响因素的纵向研究[J].卫生研究,2013,42(6):950-954.

[17] Yu F, Raphael D, Mackay L, et al. Personal and work-related factors associated with nurse resilience:a systematic review[J]. Int J Nurs Stud,2019,93:129-140.

[18] 任伟霞.急诊科护士心理弹性与心理资本现状调查及与心理健康的相关性[D].济南:山东大学,2019.

[19] Lee J H, Nam S K, Kim A R, et al. Resilience:a meta-analytic approach[J]. J Couns Dev,2013,91(3):269-279.

[20] Gross J J, John O P. Individual differences in two emotion regulation processes:implications for affect, relationships, and well-being[J]. J Pers Soc Psychol,2003,85(2):348-362.

[21] Rodman A M, Jenness J L, Weissman D G, et al. Neurobiological markers of resilience to depression following childhood maltreatment:the role of neural circuits supporting the cognitive control of emotion[J]. Biol Psychiatry,2019,86(6):464-473.

[22] 韦雨.护士正念对职业倦怠的影响:情绪调节与心理弹性的链式中介作用[D].合肥:安徽师范大学,2019.

[23] Gillespie B M, Chaboyer W, Wallis M. Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis[J]. Contemp Nurse,2007,25(1-2):124-135.

[24] Gillespie B M, Chaboyer W, Wallis M, et al. Resilience in the operating room:developing and testing of a resilience model[J]. J Adv Nurs,2007,59(4):427-438.

[25] Guo Y F, Cross W, Plummer V, et al. Exploring resilience in Chinese nurses:a cross-sectional study[J]. J Nurs Manag,2017,25(3):223-230.

[26] Wang L, Tao H, Bowers B J, et al. Influence of social support and self-efficacy on resilience of early career registered nurses[J]. West J Nurs Res,2018,40(5):648-664.

[27] 傅保国,黄俊.急诊护士遭受工作场所暴力后的应对方式与心理体验的质性研究[J].长江大学学报,2016,13(36):67-71.

[28] 叶挺,季银和,郑婷婷.急诊护士心理弹性、应对方式与职业认同感的关系研究[J].医院管理论坛,2019,36(6):66-68.

[29] Hsieh H F, Chang S C, Wang H H. The relationships among personality, social support, and resilience of abused nurses at emergency rooms and psychiatric wards in Taiwan[J]. Women Health,2017,57(1):40-51.

[30] 崔红霞,张英俊.心理弹性对家庭支持和主观幸福感的中介作用[J].中国健康心理学杂志,2013,21(6):869-872.

[31] Au A C, Lau S, Lee M T. Suicide ideation and depression:the moderation effects of family cohesion and social self-concept[J]. Adolescence, 2009,44(176):851-868.

[32] Rhoades L, Eisenberger R. Perceived organizational support:a review of the literature[J]. J Appl Psychol,2002,87(4):698-714.

[33] 李颖,李晓英,安晓红,等.急诊科护士抗逆力与组织支持感的相关性研究[J].护理学杂志,2018,33(3):82-85.

[34] Ming J L, Huang H M, Hung S P, et al. Using simulation training to promote nurses' effective handling of workplace violence:a quasi-experimental study[J]. Int J Environ Res Public Health,2019,16(19):3648.

[35] Lamont S, Brunero S. The effect of a workplace violence training program for generalist nurses in the acute hospital setting:a quasi-experimental study[J]. Nurse Educ Today,2018,68:45-52.

[36] 朱燕梅,蒋维连.短程表达书写对医护人员遭受工作场所暴力后心理应激反应的影响[J].中国实用护理杂志,2016,32(28):2212-2215.

[37] 谢霖,罗健,邓文芳,等.人文关怀小组干预对综合医院护士遭遇工作场所暴力后心理健康的影响[J].全科护理,2017,15(26):3218-3221.

[38] 陈静,陈利玲,方雅,等.心灵绿洲工作室在急诊护士遭受心理暴力后的作用研究[J].护士进修杂志,2018,32(21):1966-1969.

[39] 郑慧芳,曹新妹,聂磊嫌,等.团体心理干预对遭受工作场所暴力后精神科护士心理状况的影响[J].护理研究,2013,27(15):1427-1429.

[40] 张超峰,赵丽琼,冯砚国.精神科护士遭受工作场所暴力调查分析及PCA指导下的团体心理干预效果观察[J].全科护理,2021,19(18):2518-2522.

(本文编辑　丁迎春)