

儿科 ICU 护士道德困扰质性研究的 Meta 整合

康子怡^{1,2}, 汪梦迪^{1,2}, 朱艺菲^{1,2}, 王婧璇³, 李晶晶⁴, 吴丽芬¹

摘要:**目的** 系统评价并整合儿科 ICU 护士道德困扰经历与体验的相关研究,为护理管理者制订干预措施缓解儿科 ICU 护士道德困扰提供参考。**方法** 计算机检索中英文数据库,收集从建库至 2024 年 4 月有关儿科 ICU 护士工作中经历道德困扰的质性研究。依据澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心质性研究质量评价标准进行文献质量评价,采取汇集性研究法进行资料分析。**结果** 共纳入 9 篇文献,提取 28 个明确的研究结果,将相似结果归纳成 12 个类别,3 个整合结果:儿科 ICU 护士道德困扰的成因;儿科 ICU 护士道德困扰的影响;儿科 ICU 护士道德困扰的应对。**结论** 儿科 ICU 护士道德困扰的产生情景复杂,带来多重负性影响。应重视儿科 ICU 护士道德困扰,促进其有效应对,改善护士身心健康及护理职业发展。

关键词: 儿科护士; ICU; 道德困扰; 伦理困境; 决策参与; 安宁疗护; 人文关怀; Meta 整合

中图分类号: R47; R192.6 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2025.02.064

Moral distress of nurses in pediatric intensive care unit: a meta-synthesis Kang Ziyi, Wang Mengdi, Zhu Yifei, Wang Jingxuan, Li Jingjing, Wu Lifan. Department of Nursing, Union Hospital, Tongji Medical College of Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430022, China

Abstract:**Objective** To systematically evaluate and integrate qualitative research on moral distress of nurses in Pediatric Intensive Care Unit (PICU), and to provide a reference for nursing managers to develop interventions to alleviate moral distress of PICU nurses. **Methods** Relevant Chinese and English databases were systematically searched for qualitative studies on moral distress of PICU nurses. The search frame was from inception of databases to April 2024. The literature was evaluated using JBI Critical Appraisal Tool for qualitative studies, and the aggregative integration method was applied to integrate the results. **Results** A total of 9 studies were included, and 28 pieces of research results were extracted, which were organized into 12 categories, resulting in 3 integrated findings: causes of moral distress of PICU nurses, effects of moral distress of PICU nurses, and coping strategies for moral distress of PICU nurses. **Conclusion** Moral distress of PICU nurses is a complex phenomenon with multiple negative effects. Nursing managers should be attentive to the moral distress of PICU nurses and promote their effective coping, improve their physical and mental health, and optimize the development of nursing profession.

Keywords: pediatric nurses; ICU; moral distress; ethical dilemma; decision-making participation; hospice care; humanistic care; meta-synthesis

道德困扰指个体因内外部限制而无法依据自身及专业价值观念行事,所产生的心理失衡状态及负性情感体验^[1]。护理人员在参与或执行具有潜在风险的决策时,如果感到组织支持缺乏、职业权利失衡等易产生道德困扰。道德困扰对护士造成负性身心影响,降低护理工作及医疗团队协作质量,使护士产生职业倦怠并增强其离职意愿^[2]。ICU 患者临床情况复杂、病情变化迅速,护士在工作领域中承受更多压力,面临的道德困扰也较为严峻^[2]。而儿科 ICU 护士照护对象为未成年人,面临更为复杂的伦理情境、价值观冲突和护理实践挑战,因此常产生无法满足患儿最佳利益、与家属及同事沟通出现分歧、承受情绪矛盾与压力等道德困扰,且这些道德困扰产生的频次

高、程度强^[3-4]。目前相关领域的研究较多关注成人科室,且聚焦于儿科 ICU 护士道德困扰经历与体验的多为单一质性研究,缺乏系统的评价与整合。本研究通过 Meta 整合,对儿科 ICU 护士道德困扰的成因、影响及应对进行阐述,为制订相关干预措施提供参考。

1 资料与方法

1.1 文献检索 计算机检索 Cochrane Library、PubMed、Web of Science、Scopus、Embase、Medline、中国知网、万方数据知识服务平台、维普网、中国生物医学文献服务系统中有关儿科 ICU 护士工作中经历道德困扰的体验及感受的质性研究。检索采取主题词和自由词相结合的方式。英文检索词:pediatric intensive care unit *, pediatric ICU *, PICU, newborn intensive care unit *, neonatal intensive care unit *, newborn ICU *, neonatal ICU *, NICU; nurse *, paramedic *, nursing *; moral distress, moral conflict, moral dilemma, ethical conflict, ethical confrontation, ethical dilemma; experience *,

作者单位:1. 华中科技大学同济医学院附属协和医院护理部(湖北 武汉,430022);2. 华中科技大学同济医学院护理学院;3. 武汉市中心医院;4. 湖北省妇幼保健院
通信作者:吴丽芬, wulifen009@yeah.net
康子怡:女,硕士在读,学生, kangziyi2020@163.com
收稿:2024-08-18;修回:2024-10-12

perception *, attitude *, view *, feeling *, opinion *, belief *, perspective *, cognition *, interview *; qualitative study, qualitative research, focus groups, thematic analysis, phenomenology, ethnography, grounded theory; 中文检索词: 儿科重症监护室, 儿科重症监护病房, 新生儿重症监护病房, 新生儿重症监护室, PICU, NICU, 危重患儿; 护士, 护理人员, 护理; 道德困境, 道德困扰, 伦理困境, 伦理困扰; 经历, 经验, 认知, 态度, 体验, 感受, 看法, 想法, 观点; 质性研究, 定性研究, 描述性 *, 扎根理论, 叙事, 访谈, 现象学 *。

1.2 文献纳入与排除标准 基于 JBI 循证卫生保健中心推荐的 PICoS 模型确定文献。纳入标准: ①研究对象(Population, P)为在儿科 ICU 工作的护理人员; ②感兴趣的现象(Interest of phenomenon, I)为儿科 ICU 护士工作中经历道德困扰的体验及感受; ③研究情境(Context, Co)为儿科 ICU 护士在临床工作中经历道德困扰的过程; ④研究类型(Study design, S)为描述性质性研究、扎根理论、现象学、民族志等质性研究及混合研究的质性部分。排除标准: ①无法获取全文的文献; ②非中、英文文献。

1.3 文献筛选、质量评价与资料提取 由 2 名通过循证方法学培训的研究人员独立进行文献检索、筛选、质量评价与资料提取。如产生分歧与第 3 名研究者商讨决定。文献质量评价采用 JBI 循证卫生保健中心质性研究质量评价标准^[5], 每项条目由“是”“否”“不清楚”或“不适用”进行评价。A 级文献完全满足评价标准, B 级文献部分满足评价标准, C 级文献完全不满足评价标准。本研究纳入质量评级为 A、B 级的文献。资料提取内容主要包括作者、国家、研究方法、研究对象、感兴趣的现象、主要研究结果等。

1.4 资料分析方法 采取汇集性研究法, 领悟各项研究的哲学思想及方法论后, 对文献反复阅读分析, 将相似结果提取并归纳, 分析各类别间关系, 整合成为新的类别及解释。

2 结果

2.1 文献检索及筛选结果 初步检索到文献 856 篇, 剔除重复文献后获得 468 篇, 阅读文献标题及摘要后排除文献 416 篇, 阅读全文复筛后排除文献 43 篇, 经质量评级后最终纳入文献 9 篇^[6-14], 其中叙事研究 1 篇^[8], 现象学研究 3 篇^[6-7, 12], 描述性质性研究 5 篇^[9-11, 13-14]。纳入文献质量评级为 A 级 2 篇^[8, 10], B 级 7 篇^[6-7, 9, 11-14]。

2.2 纳入文献的基本特征 见表 1。

2.3 Meta 整合结果

2.3.1 整合结果 1: 儿科 ICU 护士道德困扰的成因

2.3.1.1 类别 1: 护理人员个体因素 个体因素如

人格特质、年资及临床经验、价值观念可成为儿科 ICU 护士道德困扰的成因。人格特质包括较高共情能力(“看着孩子, 眼泪就掉下来了, 因为我也刚刚有孩子”^[7]); 较强情绪反应(“在将婴儿病情突然恶化的消息告知其父母后, 我摔倒在地, 即便有多年的护理经验, 我也是这样, 我这个人就是这样”^[14])。年资及临床经验的缺乏可导致照护信心不足(“我确信某个护理措施对患儿来说是最好的, 但因害怕做错事而没有实施”^[10]); 照护效能低下(“我刚毕业时年轻而天真, 只知道按照吩咐去做, 认为护理就是这样”^[9])。价值观念如利他主义(“为提供最好的护理而把自己的需求放在所有人后面, 没有照顾好自己”^[12]); 个人道德与职业道德冲突时, 为符合工作期望抛却自身价值观念(“我不同意这个计划, 但为了完成工作, 只能把自己的感受放在一边”^[13])。

2.3.1.2 类别 2: 疾病因素 年轻生命的终止(“小生命在你面前一点一点的凋零, 这个心情太沉重了”^[6]), 患儿健康状况的恶化(“只要一碰他就全身颤抖, 看着他挺难受的”^[7]), 疾病转归的不可抗性可导致道德困扰(“医疗无法解决一切问题的遗憾”^[8])。

2.3.1.3 类别 3: 治疗和护理因素 儿科相较于其他科室, 医生与家属对于积极治疗的偏好尤为凸显(“即使没有康复的机会, 他们也会坚持不懈地尝试一切能尝试的东西”^[14]), 如为维持生命忽视患儿生活质量(“婴儿做了气管切开连上了呼吸机, 他的身体仿佛也变成一台被迫工作的机器……这到底是在做什么”^[12]), 延续无效的痛苦治疗(“婴儿几乎完全符合脑死亡标准, 但因家属坚信他们的孩子会成为奇迹, 我们已经维持婴儿的生命几个月了”^[11]), 特殊情况下采取非常规或试验性治疗(“医生使用了超出指南剂量的肾上腺素, 用药后血压骤然变化会让患儿很痛苦”^[8])。护理操作给患儿带来痛苦(“他全身血管也没有可以扎的地方, 连 PICC 都无法插了”^[7]“吸痰或换药的时候, 感觉自己在折磨患儿一样”^[8])。

2.3.1.4 类别 4: 护患关系因素 护患特殊情感纽带一定程度上成为道德困扰的来源。ICU 患儿的住院周期较长, 护士的照顾者角色被加强(“在参与照护的过程中, 对孩子付出那么多, 是非常有感情的”^[7]); 患儿因年龄或病情限制无法表述自身感受, 因探视制度限制与父母分离, 护士的患者权益维护者角色被加强(“他们不会说话, 没有父母陪伴在身边……你真的是患儿唯一的‘代言人’”^[12]); 与患儿建立的情感联系可能致使困扰产生(“那个宝宝睁开眼看着我, 握着我的手, 这个位置本应属于他的母亲, 却是我站在这里”^[12])。

表 1 纳入文献的基本特征

作者	国家	研究方法	研究对象	感兴趣的现象	主要研究结果
郑迎等 ^[6]	中国	现象学研究	13 名儿科专科护士	儿科专科护士在工作中经历道德困扰的影响因素及应对方式	2 个主题:儿科专科护士经历道德困扰的影响因素(患儿层面、家庭层面、护士层面、工作环境层面);儿科专科护士经历道德困扰的应对方式(增加关怀性护理行为、尝试有效沟通、自我心理调适、寻求组织帮助)
朱佳楠等 ^[7]	中国	现象学研究	14 名 NICU 护士	NICU 护士经历道德困扰的心理体验及应对方式	2 个主题:NICU 护士经历道德困扰的心理体验(失落与气愤、伤心与难过、无力与受挫、麻木与淡漠);NICU 护士经历道德困扰的应对方式(被动接受、心理弹性、寻求措施)
Gagnon 等 ^[8]	加拿大	叙事研究	6 名 PICU 护士	PICU 护士照顾临终患儿时的困扰经历	3 个主题:患儿尊严的优先次序;内幕消息的负担;护理角色和责任的环境限制
Ford 等 ^[9]	加拿大	描述性质性研究	5 名 NICU 护士	新生儿护士道德困扰的个人经历	3 个主题:痛苦与苦难的难忘冲突;发掘护士的声音;护士的独特亲近性
Afoko ^[10]	加纳	描述性质性研究	40 名 NICU 护士和 14 名护理管理者	NICU 护士和儿科病房护士长对道德困扰的看法及体验	7 个主题:护士经历的道德困扰;护士道德困扰的成因;道德困扰对护士的影响;经历道德困扰护士的应对机制;护士对减少道德困扰发生率的建议;护理管理者对护士道德困扰提供的支持举措欠缺;护理管理者经历的道德困扰
Deschenes 等 ^[11]	加拿大	描述性质性研究	10 名 PICU 护士	PICU 护士对减轻道德困扰的建议	4 个主题:增加对患者与家属的支持;改善对护士的支持;改善护患沟通;提供减轻道德困扰的护理教育
Vera ^[12]	美国	现象学研究	10 名 NICU 护士	NICU 护士道德困扰的经历及看法	3 个主题:走在神圣的旅程中;权利、冲突与合作;内部环境与外部环境
Burton 等 ^[13]	美国	描述性质性研究	15 名 NICU 护士	新生儿和儿科重症监护室护士对道德困扰的感知和经验	2 个主题:以患儿为中心的道德困扰因素;以护理为中心的道德困扰因素
Han 等 ^[14]	韩国	描述性质性研究	20 名 NICU 护士	NICU 护士的道德困扰	2 个主题:护士道德困扰因道德约束或道德冲突而产生;护士道德约束和道德冲突的不同情境

2.3.1.5 类别 5:社会因素 患儿的决策由其监护人代理,相应权益也由父母掌控。可导致护士道德困扰的家属决策行为包括父母的监护失职(“一直拖着消极治疗,到我们科室心率只有四五十次,患儿知道自己快死了,家长也知道”^[6]),情感淡漠(“他们就可以当这孩子从来没来过,就当没发生这事一样”^[7]),为满足自身意愿忽视患儿的痛苦与尊严(“父母想见患儿最后一面,在路上还没赶到,我们不得不对患儿进行心肺复苏以便恢复心跳。会压断几根肋骨我不知道”^[8])。此外,护士道德困扰也会受到多重社会因素的影响,如家庭背景(“患儿因为父母离异寄养在亲戚家,受到亲戚虐待导致外伤,但是父亲最终没有选择报警,出院后仍然住在这个亲戚家”^[6]),经济条件(“家人没有钱为患儿买药,他们负担不起”^[10]),宗教信仰(“父母因为宗教信仰不同意患儿接受输血,我强调了治疗的必要性,但他们依然拒绝”^[10]),传统认知误区(“父母相信当地偏方胜过现代医学,我们目睹一个孩子因此错过治疗时机而去世”^[10]),社会文化习俗(“临终的肿瘤患儿希望在单人病房告别,但同病区家属忌讳住这样的病房造成医疗资源浪费”^[6]“韩国文化敦促母亲尽快遗忘死亡的婴儿,而不是如何去应

对”^[14])。

2.3.1.6 类别 6:专业身份与同情心理的冲突 由于儿科患者的特殊性,医护人员多对其采取病情隐瞒保护,患儿对自身病情不知晓(“交班都尽量避免让患儿知道,有时候想想不知道对他们来说算幸运还是残忍”^[6]),或被善意谎言隐瞒(我们不能让孩子心死,要给他们希望,但事实上希望微乎其微”^[8])。医疗护理程序中,当放弃治疗成为最优决策而尚未告知家属时,给予家属决策建议、将决策权交予家属可导致道德困扰[“他们知道肾移植成功的可能性为零,但他们在等肾内科站出来做那个‘坏人’,站出来说‘没办法继续了’”^[8]“我们知道显而易见的决定应该是什么,但我们把它(作出最终决定的权利)交给父母,这种负担有时会导致痛苦”^[11]]。除知晓预期结果所致的痛苦外,对既定事实的懊悔也可导致困扰(“体外膜肺氧合需要禁食,患儿想吃东西被拒绝,几天后患儿去世,护士后悔当初如果让患儿喝可乐或许患儿离世前能快乐些”^[11])。

2.3.1.7 类别 7:组织因素 团队协作及决策参与不足。医护信息沟通存在偏差(“没有确保医护团队每个成员掌握的信息一致”^[13])。护理人员职业地位较

低(“想去表达、想去改变,却没有足够的力量能办成这件事”^[7]“有发言权,但声音得不到重视和充分考虑”^[13]),年资差异所致话语权不对等(“一些高年资护士表现得好像他们什么都知道,而忽视了新手护士在照顾和管理患儿方面的贡献”^[10])。集体意识和积极性缺乏(“需要同事支持你进行操作时会遇见困难,有些人不愿意提供帮助”^[10]“为了讨论改善患者的护理,召集护士和其他医疗专业人员开会,但实际参加会议的人很少”^[10])。护士的决策权限不足(“关于婴儿的最终决定权掌握在医生和家属手中,护士能做的只是站在患儿身边”^[12]),决策参与度受限(“为患儿倡导权益,却被认为试图凌驾于父母和医生的权威之上”^[13]“我被视为家庭的局外人,不确定自己是否被允许参与交谈”^[14])。护理工作量超负荷(“小孩子特别希望我们抱抱,但忙起来的时候,根本顾不上他们的需求”^[7]);医疗资源不足(“因资源短缺不得不让濒死的孩子住条件较差的病房”^[8]);规章制度固化(“如果严格按照规定管理很多东西无法做到人性化”^[6]);护理实践缺乏依据,如执行欠规范的医疗流程(“家长签字放弃治疗后不愿意把孩子带走,撤下生命支持到孩子宣布死亡这个的‘灰色时间段’里是我们护士在接手”^[6]),无明确用药指南以辅助判断(“没有明确的规定什么时候使用镇痛药,认为治疗对婴儿造成了痛苦”^[14])。低效的护理管理(“和护士长反映,没得到任何结果”^[8]),医院管理层的忽视(“护士心理层面还是需要受到重视的,但感觉管理层还不太重视,他们觉得患儿安全第一”^[7]),对组织氛围造成负性影响。组织氛围的约束(“碰到朋友的孩子来住院,2 名医生和家长说的治疗方案不一致,家长来问我意见,让我很矛盾,不管站在医院的立场还是朋友的立场回答都很为难”^[7]),会加重道德困扰。

2.3.2 整合结果 2:儿科 ICU 护士道德困扰的影响

2.3.2.1 类别 8:替代性创伤损害身心健康 和患儿缔结情感纽带导致的替代性创伤,对护士造成身心消极影响(“在如此长久的时间里经历患儿的创伤,在某些层面上,就像自己也在经历创伤一样”^[12])。生理影响如食欲不振、疲劳、头疼、失眠等(“一整天都感到非常难过,甚至吃不下东西、太疲惫了、晚上会头疼……”^[10]“筋疲力尽”^[12]),心理影响如悲伤、沮丧、愤怒、内疚、低成就感等(“我阻止不了家长的想法,非常伤心”“我不知道能做什么,如此无能为力”^[10]“让人觉得气愤又无奈”“感到内疚”“会觉得自己很失败”^[6]),长期累积可导致同理心疲劳(“我变得很冷漠,像一个只会完成工作的机器一样,不再考虑临终关怀”^[14])。未能有效脱离困扰情境(“当我回家时,思绪会回到病房,思考我应该为某个患儿做些什么”^[10]),道德困扰持续残留(“3、4 个月甚至 5 个月,后,它仍然会浮现在我的脑海中”),导致护士自我效

能受损(“觉得自己发挥不了价值”^[8])。

2.3.2.2 类别 9:护理质量及职业发展受损 在人际及组织层面,护士因受到组织环境及氛围的限制,医疗团队合作水平降低(“屡次向管理者反映得不到回应,后续与对方的沟通意愿也因此降低”^[8]),合作效率受损(“同事们对会议并不重视,会议讨论出的决定也不具有代表性”^[10]),护理质量下降(“因 1 例患者的困难而奔波,忽视了其他同样需要照护的患者”^[10]),对护患关系造成负性影响(“患儿家属说不喜欢病房,因为他们没有得到护士太多关注和互动”^[10]),进而使组织声誉面临下降的潜在风险(“医院的名声将被贴上糟糕的标签,患者和家属可能拒绝再次来此就医”^[10])。此外,身心负性影响的累积导致护士工作获得感与满意度降低(“咱们这个岗位,应该是付出与收获不成正比吧”^[7]),长期职业倦怠导致离职率增高,影响组织的运行与护理行业的发展(“产生了放弃的想法,甚至作出了离开临床的决定”^[10])。

2.3.3 整合结果 3:儿科 ICU 护士道德困扰的应对

2.3.3.1 类别 10:个体认知行为调节 护士可采取接受式应对(“从某种意义上说,我认为正确的东西不一定是对别人而言也正确”^[11]),积极重评(“我会觉得我们是在帮助别人,救回来的孩子比没有救回来的孩子多很多”^[6]),自我反思(“让自己冷静地思考,分析是否哪里出了问题,想清楚后再回到那个场景感觉会好很多”^[6])等认知策略,通过运动、痛哭等方式合理宣泄(“与朋友打打球或者跑跑步,有些情绪发泄完了心情就好很多”^[6]),寻求信仰依托(“我信仰基督教,相信这个婴儿会上天堂”^[12]),进行情绪调节(“我告诉自己它会过去的。试着放手,然后继续前进”^[10]),掌握专业知识(“我会去查文献,看看最新的指南是如何说的”^[6]),投入工作(“在班上能做到的,就尽量去做一些”^[7])以提升职业素养并寻求自我价值,培养自身复原力(“心理也是越来越强大的,无论遇到什么情况,自己就是专业的”^[7])。

2.3.3.2 类别 11:增进护理人文关怀 护士在护理实践中,实施人文关怀改善患儿生活质量,以应对道德困扰,如增进护患沟通(“尽量和家属沟通协调,取得他们的配合”^[6]),重视心理护理(“给不同年龄和疾病的孩子设置具有针对性的游戏内容”^[6]),推行姑息治疗(“将重点从延长生命转移到支持性措施”^[8]),减少可避免的痛苦操作(“要求降低抽血检查的频率,减少痛苦的干预”^[9]),维持患儿尊严(“探视前我们会细致地给孩子整理整齐……至少要维持他们形象上的干净完整,给他们尊严”^[6])。

2.3.3.3 类别 12:寻求组织多维支持 组织可为护士提供情感支持(“和同事或朋友相互鼓励,让我放心”^[10]),经验支持(“同事之间可以互相帮助,尤其

是高年资老师会教你怎么做,团队非常重要”^[7]),机构支持(“我打电话给伦理委员会,因为不想让患儿再受苦了”^[12]),增进团队质量控制以提升应对困扰的能力(“科室设置了一个质量控制沟通本,每天反馈,可以在同事间相互提醒”^[6]),建立同伴支持方案缓解道德困扰造成的影响(“参加医院举办的巴林特小组,倾诉自己的事情,接受大家的帮助和建议”^[6])。

3 讨论

3.1 重视儿科 ICU 护士道德困境,提供针对性支持措施 道德困境作为一个复杂且具有挑战性的多层概念,客观存在于医院环境之中,护士因其产生诸多负性生理及心理状态,损害其自身职业认同、降低护理工作质量与团队合作效能,长期阻碍护理事业发展并导致医疗机构声誉受损。护士在面对道德困境时,管理层与临床护士的脱节、支持性领导的缺乏使道德困扰进一步加重,故临床有必要提升对道德困境的重视程度。道德困扰被认为是不可避免的,人为干预可将其减弱但无法消除。美国重症监护护士协会指出,除应对道德困扰面临的挑战外,识别道德困扰现象尤为重要^[15]。有研究显示,在对 ICU 护士道德困扰的评估中,使用最为广泛的工具为修订版道德困扰量表,但尚缺乏统一的临界值作为标准加以界定^[16]。临床有必要采用适合本土化情境的评估工具,对儿科 ICU 护士的道德困扰及时识别并加以处理。不同科室环境中护士的道德困扰不尽相同,如新生儿护士更多面临过度或无效的治疗及护理,质疑是否符合患儿的最大利益,而儿科肿瘤护士更多面对的是否如实告知患儿病情,如何取得知情同意并开展对应护理措施^[17]。临床有必要依据自身环境,在应对护士不同道德困扰时有所侧重。我国儿科 ICU 护士与患儿比例普遍失衡,繁重的工作负荷,仪器设备的欠缺及设施空间的不足均可导致道德困扰。临床有必要合理协调硬件设施与工作强度,优化护理人力及物力资源配置。医院存在固有的等级结构及权利制度,受限的组织氛围影响医护人员的沟通协作,降低医疗团队的工作质量。临床有必要改善护理管理策略,为护士提供健康的护理实践环境。道德韧性能够使个体对道德困扰做出积极的反应,并减轻困扰残留的持久影响。为个体提供教育及组织支持是提升道德韧性的有效措施。有研究对儿科 ICU 医护人员实施道德赋权计划,第一阶段进行预调查,使用量表对受试者复原力进行评估;第二阶段实施干预措施,通过教育课程、结构化汇报、同伴支持会议、正念训练、领导沟通、员工援助计划等帮助受试者应对道德困扰;第三阶段进行反思性评估,检查干预模块的使用率及有效性,结果显示,医护人员的道德困扰水平显著降低^[18]。故医疗

系统应完善相关组织结构如医疗法律顾问及伦理委员会,以提供临床指导和伦理支持,制订针对性干预措施,为护士营造积极的道德氛围。

3.2 注重护理人文关怀,发展安宁疗护 ICU 患儿在病危及临终期间经受痛苦及丧失尊严,与护士的道德困扰密切相关。安宁疗护能够最大限度为生命受限的患儿提高生活质量,减轻患儿痛苦并维护其尊严。我国儿科 ICU 安宁疗护普及率较低,有必要依据相关指南与共识促进其实施^[19]。有研究显示,在实施动态化、系统化的安宁疗护计划后,儿科医护人员的道德困扰水平显著降低^[20]。结合本土文化及死亡教育背景,通过移情沟通及家庭发展等方面课程培训安宁疗护专职人员,可在 ICU 环境中帮助家庭预测、认知和计划安宁疗护^[21]。临床实践中应完善社会工作者、心理治疗师、理疗师等人员配备,使医护人员掌握沟通、症状管理、伦理挑战、心理及灵性照护等安宁疗护的知识及技能。此外,一项关于儿科医疗保健人员对优逝认知的混合研究显示,医生普遍为应对患儿疾病做好准备,更倾向于提供围绕临终预期的指导,而护士等则更强调人际关系和家庭陪伴的重要性,关注患儿社会心理照护^[22]。故在临床实践促进跨专业多学科协作时,也应考虑不同学科临床工作重点的差异。

3.3 推进共享决策,满足患儿最佳福祉 决策参与程度不足及患儿福祉未能得到最佳满足是护士道德困扰的重要来源。共享决策能够使医护人员全程参与治疗护理决策,而儿科因患者未达法定年龄的特殊性,无法独立做出决策,其父母往往作为监护人承担代理决策的责任,使得儿科患者的共享决策具有复杂性^[23]。研究显示,除因年龄或病情限制无法参与决策的患儿外,有能力知情并成为决策者的患儿决策参与度仍然不足^[24]。医护人员在对患儿最佳福祉的认知方面,因个体的角色不同而有所差异,故在临床实践中团队沟通尤为重要^[25]。有研究推行跨专业查房模式以增进团队沟通,临床医生提供医疗计划概要以讨论治疗目标,伦理学家揭示道德困扰的情境因素和早期风险指标,临床护士及社会工作者提供家庭期望及护理目标,其他学科如医疗咨询师、呼吸治疗师、儿童心脏病及肿瘤等专科人员共同参与,在情绪反应、预后讨论、护理目标转变等决策工具的辅助下尽可能达成共识。结果显示,医疗团队内部及与患者家属的沟通得到有效改善,护理质量提升,医护人员的道德困扰水平显著降低^[26]。因此,临床实践中可推行多学科共同参与模式,与患儿及其父母建立信任关系,使其全面、清晰地了解患儿的病情状况及预期进展,综合考虑临床专业知识和家庭价值观念,以伦理准则和专业标准作为指导和框架,共同作出理性的、审慎的、符合经济学效益的治疗与护理决策。

4 小结

本研究通过对 9 篇质性研究文献进行 Meta 整合,对儿科 ICU 护士道德困扰的成因、影响及应对进行了归纳与阐述。提示应发展安宁疗护,提供组织支持,推进共享决策,在提升护理质量的同时有效应对护士的道德困扰。本研究存在一定局限性,纳入文献中仅 2 篇为我国儿科 ICU 护士道德困扰质性研究,未来可结合我国具体国情及文化背景,深入探索护士道德困扰的经历及体验,促进儿科 ICU 护士身心健康及护理职业发展。

参考文献:

[1] Lamoureux S, Mitchell A E, Forster E M. Moral distress among acute mental health nurses: a systematic review [J]. *Nurs Ethics*, 2024; Online ahead of print, DOI: 10.1177/09697330241238337.

[2] McAndrew N S, Leske J, Schroeter K. Moral distress in critical care nursing: the state of the science [J]. *Nurs Ethics*, 2018, 25(5): 552-570.

[3] Garros D, Austin W, Carnevale F A. Moral distress in pediatric intensive Care [J]. *JAMA Pediatr*, 2015, 169(10): 885-886.

[4] Thorne S, Konikoff L, Brown H, et al. Navigating the dangerous terrain of moral distress: understanding response patterns in the NICU [J]. *Qual Health Res*, 2018, 28(5): 683-701.

[5] 胡雁,郝玉芳.循证护理学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2018: 78-79.

[6] 郑迎,沈丽佳,裴妃,等. 儿科专科护士道德困境影响因素及应对方式的质性研究 [J]. *中华急危重症护理杂志*, 2023, 4(7): 594-600.

[7] 朱佳楠,张欣,林敏,等. 新生儿重症监护室护士经历道德困扰体验的现象学研究 [J]. *护理学杂志*, 2019, 34(15): 14-17.

[8] Gagnon M, Kunyk D. Beyond technology, drips, and machines: moral distress in PICU nurses caring for end-of-life patients [J]. *Nurs Inq*, 2022, 29(2): e12437.

[9] Ford N J, Austin W. Conflicts of conscience in the neonatal intensive care unit: perspectives of Alberta [J]. *Nurs Ethics*, 2018, 25(8): 992-1003.

[10] Afoko V. How is moral distress perceived and experienced in northern Ghana? A study of neonatal intensive care and paediatric nurses [D]. Birmingham: University of Birmingham, 2022.

[11] Deschenes S, Scott S D, Kunyk D. Mitigating moral distress: pediatric critical care nurses' recommendations [J]. *HEC Forum*, 2024, 36(3): 341-361.

[12] Vera M. Moral distress in neonatal intensive care unit (NICU) nurses: a phenomenological view [D]. California: University of California, 2019.

[13] Burton M, Caswell H, Porter C, et al. Moral distress:

defined and described by neonatal and pediatric critical care nurses in a quaternary care free-standing pediatric hospital [J]. *Dimens Crit Care Nurs*, 2020, 39(2): 101-109.

[14] Han S, Min H, Kim S. NICU nurses' moral distress surrounding the deaths of infants [J]. *Nurs Ethics*, 2023, 30(2): 276-287.

[15] Miranda A C R, Fernandes S D, Ramos S, et al. Moral distress of nurses working in paediatric healthcare settings [J]. *Healthcare (Basel)*, 2024, 12(13): 1364.

[16] Salas-Bergüés V, Pereira-Sánchez M, Martín-Martín J, et al. Development of burnout and moral distress in intensive care nurses: an integrative literature review [J]. *Enferm Intensiva (Engl Ed)*, 2024, 35(4): 376-409.

[17] 黎丽,唐梦琳,冯梅,等. 儿科护士道德困境研究进展 [J]. *现代临床护理*, 2022, 21(1): 78-83.

[18] Davis M, Batcheller J. Managing moral distress in the workplace: creating a resiliency bundle [J]. *Nurse Lead*, 2020, 18(6): 604-608.

[19] 李沛菊,苟玉琦,余琴,等. 国内外儿科护士安宁疗护实践能力及培训现状的研究进展 [J]. *循证护理*, 2023, 9(24): 4435-4440.

[20] Brandon D, Ryan D, Sloane R, et al. Impact of a pediatric quality of life program on providers' moral distress [J]. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 2014, 39(3): 189-197.

[21] McGlinchey T, Mason S R, Smeding R, et al. ILIVE project volunteer study developing international consensus for a European core curriculum for hospital end-of-life-care volunteer services, to train volunteers to support patients in the last weeks of life: a Delphi study [J]. *Palliat Med*, 2022, 36(4): 652-670.

[22] Taylor M R, Barton K S, Kingsley J M, et al. Defining a "good death" in pediatric oncology: a mixed methods study of healthcare providers [J]. *Children (Basel)*, 2020, 7(8): 86.

[23] 刘娟,朱丹,李虹霖. 儿科领域医疗共享决策研究现状及展望 [J]. *护理学杂志*, 2021, 36(8): 95-98.

[24] Mathijssen E G E, van den Bemt B J F, Wielsma S, et al. Exploring healthcare professionals' knowledge, attitudes and experiences of shared decision making in rheumatology [J]. *RMD Open*, 2020, 6(1): e001121.

[25] Bennett R A, LeBaron V T. Parental perspectives on roles in end-of-life decision making in the pediatric intensive care unit: an integrative review [J]. *J Pediatr Nurs*, 2019, 46: 18-25.

[26] Wocial L, AcKerman V, Leland B, et al. Pediatric ethics and communication excellence (PEACE) rounds: decreasing moral distress and patient length of stay in the PICU [J]. *HEC Forum*, 2017, 29(1): 75-91.

(本文编辑 黄辉)