

genic events and substandard care preceding intensive care unit admission (PREVENT)[J]. *Anaesthesia*, 2014, 69(2):137-142.

[6] Arends R Y, Bode C, Taal E, et al. A goal management intervention for patients with polyarthritis and elevated levels of depressive symptoms: a quasi experimental study[J]. *Disabil Rehabil*, 2018, 19:1-10.

[7] 蓝燕, 丁福. 目标管理对预防住院患者跌倒的作用[J]. *护理学杂志*, 2017, 32(1):4-7.

[8] 罗娟, 杨丽, 唐明亚. 目标管理理论在跌倒/坠床发生率指标监管中的应用[J]. *现代医药卫生*, 2019(2):294-296.

[9] 肖瑾, 刘影, 曹菲. 护理组长目标管理考核在临床护理中的应用[J]. *护士进修杂志*, 2017, 32(23):2170-2172.

[10] Arends R Y, Bode C, Taal E, et al. A mixed-methods process evaluation of a goal management intervention for patients with polyarthritis[J]. *Psychol Health*, 2017, 32(1):38-60.

[11] Coronado-Vázquez V, García-López A, López-Sauras S,

et al. Nursing involvement in risk and patient safety management in primary care[J]. *Enferm Clin*, 2017, 27(4):246-250.

[12] 方小萍, 杨春静, 刘秋菊, 等. 目标管理在胰腺肿瘤患者围手术期快速康复的实践[J]. *护理学杂志*, 2016, 31(16):30-32.

[13] 崔瑛, 郭玲, 郝凯军, 等. 科室护理综合目标管理的实践与效果[J]. *齐鲁护理杂志*, 2018, 24(5):18-21.

[14] Stamenova V, Levine B. Effectiveness of goal management training in improving executive functions: a meta-analysis[J]. *Neuropsychol Rehabil*, 2018, 14:1-31.

[15] Gustavson D E, Miyake A, Hewitt J K, et al. Understanding the cognitive and genetic underpinnings of procrastination: evidence for shared genetic influences with goal management and executive function abilities [J]. *J Exp Psychol Gen*, 2015, 144(6):1063-1079.

(本文编辑 李春华)

• 论 著 •

护士第二受害者支持现状及与医院患者安全文化的关系研究

陈贵儒¹, 孙慧敏¹, 黄蓉蓉¹, 丁晓敏², 李洁莉³, 潘世华⁴

摘要:目的 探索护士第二受害者支持现状及与医院患者安全文化的关系,为实施第二受害者干预提供参考。方法 采用方便抽样法选取我国中西部3省6所三级甲等综合医院经历患者安全事件的执业护士2 897人,采用医院患者安全文化调查问卷、第二受害者经验及支持量表进行调查。结果 第二受害者支持总分为30.91±6.75,各维度得分由高至低分别为机构支持2.57±0.68、同事支持2.41±0.62、非工作相关支持2.29±0.92、上级支持2.25±0.71;第二受害者支持总分及各维度得分与患者安全文化认知总分及各维度得分呈负相关(均P<0.01)。同科室内团队合作、事件报告频率是影响第二受害者支持的重要因素(均P<0.01)。结论 护士作为患者安全事件的第二受害者得到的支持水平较低,并且与其对医院患者安全文化的认知有一定关系。医院管理者应重视科室团队合作建设,鼓励不良事件上报,逐步构建基于同事—上级—机构的多层次、正式的组织支持体系,促进安全文化建设。

关键词:护士; 第二受害者; 患者安全文化; 护理不良事件; 患者安全; 组织支持

中图分类号:R47;C931.3 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.02.004

Support status among nurses as second victims and its relationship with hospital patient safety culture Chen Guiru, Sun Huimin, Huang Rongrong, Ding Xiaomin, Li Jieli, Pan Shihua. *Nursing Department, Zhongnan Hospital of Wuhan University, Wuhan 430071, China*

Abstract: Objective To explore the relationship between support for nurses as second victims and hospital patient safety culture, and to provide reference for the second victim intervention. **Methods** Totally 2 897 nurses who had experienced patient safety incidents from 6 general grade three hospitals in 3 provinces of central and west China were selected using convenience sampling, then they were investigated using Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) and the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). **Results** The total score of SVEST for second victims was 30.91±6.75, the dimension score in descending order was institutional support (2.57±0.68), colleague support (2.41±0.62), non-work-related support (2.29±0.92), supervisor support (2.25±0.71). The total score and each dimension score of SVEST were negatively correlated with the total score and each dimension score of HSOPSC(P<0.01 for all). Teamwork within units and frequency of events reported were important influencing factors of second victim support(P<0.01 for both). **Conclusion** The support among nurses as second victims of patient safety incidents is low, and it has something to do with their cognition of hospital patient safety culture. Hospital managers should pay attention to building the teamwork within units, encouraging adverse events reporting, and establishing multiple layers and formal organizational and supportive system based on colleague-superior-organization.

Key words: nurse; second victim; patient safety culture; nursing adverse events; patient safety; organizational support

作者单位:武汉大学中南医院 1. 护理部 2. 神经内科 3. 神经外科 4. 综合六科(湖北 武汉, 430071)

陈贵儒,女,硕士在读,主管护师

通信作者:孙慧敏, hmsun1968@163.com

收稿:2019-08-15;修回:2019-10-26

经历患者安全事件后受到与事件相关创伤的医务人员被称为第二受害者^[1]。关注并支持第二受害者是医院管理者促进患者安全的重要措施之一,对促进第二受害者复苏,提高临床照护质量,改善患者结

局有积极的作用^[2-4]。国外研究显示,第二受害者痛苦和支持受到多因素影响,其中医院患者安全文化被认为是重要的影响因素^[5-6];良好的患者安全文化被认为是一种环境催化剂,能增加对第二受害者的支持,减轻其创伤,从而成为重要的第二受害者保护屏障^[7]。目前,我国医院管理者对第二受害者的认识尚不足,缺乏关心和支持第二受害者的意识^[8]。护士是第二受害者高危人群,研究显示,我国护士作为第二受害者,缺乏应对事件不良影响的能力和对策,面临严重的身心健康问题和职业痛苦,其中对被调查、被处理的担心较突出,缺乏可靠的组织支持^[9-11]。鉴此,本研究对护士第二受害者支持及医院患者安全文化现状进行调查,并分析两者的关系,以探讨符合我国文化背景的第二受害者支持路径,为护理管理实践及进一步研究提供依据。

1 对象与方法

1.1 对象 2018 年 10 月至 2019 年 1 月,采用方便抽样法抽取我国湖北省、四川省、贵州省 6 所三级甲等综合医院护士为研究对象进行网络问卷调查。纳入标准:取得护士执业资格证,从事临床护理或管理工作,自愿参加本研究。排除标准:未经历不良事件,实习、进修护士。

1.2 研究工具

1.2.1 医院患者安全文化调查问卷(Hospital Survey on Patient Safety Culture) 此问卷由美国卫生保健研究和质量机构组织开发^[12],主要用于医院患者安全文化评估^[13]。本研究采用肖瑶^[14]修订的版本,包括 12 个维度(科室监管者的期望和促进安全的行动、组织学习和持续改进、同科室内团队合作等,共 42 个条目)和 2 个单独变量(患者安全等级和不良事件报告的数量,共 2 个条目)。维度所属条目均采用 Likert 5 级计分法,从非常不同意或从不(1 分)到非常同意或总是(5 分),总分 42~210 分,维度得分为所属条目得分的平均值,得分越高表示对患者安全文化认知水平越高。问卷 Cronbach's α 系数为 0.825。

1.2.2 第二受害者经验及支持量表(Second Victim Experience and Support Tool) 该量表由 Burlison 等^[15]研制,用于测量第二受害者痛苦及支持质量,适用于直接提供患者照护的健康照顾者(医生、护士、药剂师等)。本研究采用作者前期汉化修订的量表^[16],包含 7 个维度、2 个结局变量,共计 29 个条目,量表总 Cronbach's α 系数为 0.892。采用 Likert 5 级评分法,从非常不同意(1 分)到非常同意(5 分),总分 29~145 分,得分越高说明第二受害者痛苦程度越高,得到的支持程度及质量越低。本研究使用该量表 4 个维度测量第二受害者获得的支持水平:同事支持(4 个条目,如“和同事讨论发生了什么使我感到解

脱”,“我的同事并不关心这些事件带给我的影响”等),上级支持(4 个条目,如“我的上级的回应是公平的”,“我的上级责备了个人”等),机构支持(3 个条目,如“我的机构关心这些被卷入事件者幸福的意识还不强”等)和非工作相关支持(2 个条目,如“来自于好朋友与家人的关爱使我能够从这些事件中恢复过来”等)。支持总分为 13~65 分。

1.2.3 研究对象一般资料问卷 由研究者自行设计,包括护士的年龄、性别、学历、婚姻状况、职称、职务、用工形式、科室、职业生涯经历不良事件次数等。

1.3 预调查 通过便利抽样法,选择符合纳入排除标准的研究对象 24 人进行预调查,得出问卷填写的时间为 147~1 787 s。通过预调查,护士能理解量表条目、选项,并完成填表过程。

1.4 资料收集 取得各医院护理部知情同意后,研究者将网络电子问卷(问卷星)链接发给护理部负责人,由护理部通过院内微信群向各临床科室护士发放,护士点击链接填写问卷。问卷使用统一指导语,要求填写时间 >150 s,1 周内完成并提交。问卷收回后进行编号,双人复核。共收回问卷 4 333 份,剔除问题问卷 1 436 份(45 份答题时间少于 150 s,5 份疑为非护理人员,287 份答案不符合逻辑或客观事实),1 099 份问卷无不良事件经历。有效问卷 2 897 份(护理人员报告职业生涯至少经历 1 次不良事件)。

1.5 统计学方法 采用 SPSS20.0 软件进行数据处理及分析,行统计描述、Pearson 相关性分析及多元线性逐步回归分析($\alpha_{\text{入}}=0.05$, $\alpha_{\text{出}}=0.10$),检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 护士一般资料 2 897 人中,女 2 775 人,男 122 人;年龄 20~60(29.77 \pm 6.59)岁。工龄 0.5~40 年,中位工龄 6 年;婚姻状况:已婚 1 120 人,未婚 1 731 人,其他 46 人;文化程度:大专及中专 593 人,本科以上 2 304 人;职称:护士 862 人,护师 1 479 人,主管护师 441 人,副主任护师以上 115 人;职务:护士 2 527 人,护士长助理/教学组长 172 人,护士长/副护士长以上 198 人;用工形式:合同聘用制 2 086 人,人事代理制 363 人,正式编制 448 人;科室:内科 933 人,外科 779 人,妇产科 185 人,儿科 221 人,门/急诊 209 人,手术室/麻醉科 147 人,肿瘤科 196 人,重症科 182 人,其他 45 人。

2.2 护士第二受害者支持得分 第二受害者支持总分为(30.91 \pm 6.75)分,条目均分为(2.38 \pm 0.52)分。各维度得分分别为同事支持(2.41 \pm 0.62)分,上级支持(2.25 \pm 0.71)分,机构支持(2.57 \pm 0.68)分,非工作相关支持(2.29 \pm 0.92)分。

2.3 护士对患者安全文化认知得分及与第二受害者支持的相关性 见表 1。

表 1 护士对患者安全文化认知得分及与第二受害者支持的相关性(n=2897)

患者安全文化	得分 ($\bar{x} \pm s$)	第二受害者支持的相关性(r)				
		同事支持	上级支持	机构支持	非工作相关支持	支持总分
科室监管者的期望和促进安全的行动	4.05±0.71	-0.456*	-0.513*	-0.393*	-0.165*	-0.545*
组织学习和持续改进	4.33±0.61	-0.391*	-0.465*	-0.383*	-0.247*	-0.520*
同科室内团队合作	4.30±0.71	-0.404*	-0.472*	-0.392*	-0.240*	-0.529*
开放性沟通	3.66±0.71	-0.384*	-0.449*	-0.415*	-0.191*	-0.506*
对差错的沟通反馈	4.37±0.64	-0.379*	-0.434*	-0.327*	-0.230*	-0.481*
差错的非惩罚性反应	3.23±0.91	-0.343*	-0.348*	-0.266*	0.005	-0.350*
员工配置	3.07±0.70	-0.228*	-0.237*	-0.230*	0.001	-0.252*
医院管理者对患者安全的支持	4.07±0.70	-0.425*	-0.432*	-0.436*	-0.183*	-0.517*
不同科室间合作	3.82±0.72	-0.453*	-0.420*	-0.431*	-0.187*	-0.522*
交接班与转科	3.57±0.82	-0.352*	-0.225*	-0.204*	-0.028	-0.292*
安全的整体感知	3.81±0.66	-0.394*	-0.391*	-0.360*	-0.120*	-0.449*
事件报告频率	3.68±0.97	-0.220*	-0.257*	-0.217*	-0.170*	-0.300
总均分	3.83±0.49	-0.551*	-0.574*	-0.501*	-0.213*	-0.651*

注: * P<0.01。

2.4 护士第二受害者支持的多因素分析 以同事支持、上级支持、机构支持、非工作相关支持分别作为因变量,以护士一般资料及患者安全文化认知各维度得分作为自变量,为控制人口学变量等混杂因素的影响,分别通过3个步骤构建多元线性回归模型,第1步将人口学变量引入各回归模型;第2步将人口学变量及患者安全文化各维度同时引入各回归模型;第3

步将第2步中标准回归系数前6位的自变量(因患者安全文化有12个维度,考虑到对变化的解释程度最优,又不需要纳入太多的自变量,第3步只选出重要的6个维度变量构建模型,结果发现模型3对因变量变化的解释程度与模型2的结果相近,说明未纳入的自变量对总体变化的解释作用不大)。结果见表2、表3。

表 2 不同模型多元线性回归方程拟合程度

自变量	R ²											
	同事支持			上级支持			机构支持			非工作相关支持		
	模型1	模型2	模型3	模型1	模型2	模型3	模型1	模型2	模型3	模型1	模型2	模型3
人口学资料	0.014	—	—	0.027	—	—	0.009	—	—	0.005	—	—
安全文化12个变量	—	0.320	—	—	0.374	—	—	0.286	—	—	0.093	—
安全文化6个变量	—	—	0.308	—	—	0.361	—	—	0.272	—	—	0.092

3 讨论

3.1 护士第二受害者支持现状分析 研究结果显示,护士第二受害者支持各维度得分高于美国学者报告的结果^[15],与韩国学者报告的结果^[17]较接近。徐晶等^[9]的研究显示,第二受害者有典型的无助感、无力感,急需构建第二受害者支持项目。金玉梅等^[11]的研究显示,护士作为第二受害者,经历身心不安的负性体验,艰难时刻缺乏有效应对策略,担心被调查和处理,仅得到个别同事的关心。说明我国护士的第二受害者支持水平相对较低,得到的正式和非正式的支持非常有限,需予以关注。目前,我国各医疗机构尚未形成正式的组织支持,来源于同事、上级、机构、家人或朋友的支持可能严重不足,并且受到多因素的影响。表1结果显示,护士对患者安全文化认知总分与第二受害者支持总分呈负相关,说明护士对患者安全文化认知水平越高,经历患者安全事件后得到的支持水平和质量越高。国外研究显示,医院患者安全文化影响护士的第二受害者体验,其中惩罚性文化是重要

的主导因素,是组织支持不足的证据^[7,18]。创建以第二受害者为核心的患者安全文化,有利于医务人员应对患者安全事件和事件相关创伤^[4],有利于第二受害者复苏和积极成长。因此,提高护士作为第二受害者对医院患者安全文化的认知水平是重要的第二受害者支持策略。我国医院管理者和政策制定者对第二受害者支持问题尚缺乏重视,护士经历患者安全事件后缺乏法律和制度层面保护,缺乏正式的,及时、有效的组织支持。因此,管理者应当重视医院患者安全文化建设,努力构建以支持第二受害者为目标的,开放性、支持性的医院文化环境,确保员工得到有力的组织支持,以促进患者安全。

3.2 医院安全文化认知对第二受害者支持的影响

3.2.1 同科室团队合作 研究结果显示,同科室团队合作是第二受害者同事支持、上级支持、机构支持、非工作相关支持的共同影响因素(均 P<0.01),提示科室同事之间良好的支持、尊重和合作氛围,对提高第二受害者的支持体验有积极的作用。然而,

我国尚未形成正式的同事支持氛围,护士作为第二受害者,难以主动寻求支持,可能与护士经历不良事件后受到同事歧视,事件相关信息不良传播,护士更希望保守秘密等因素有关。并且,我国医疗机构尚未向护士提供获取支持性资源的正式途径;同时,医院同事或员工缺乏支持第二受害者相关技术和能力,尚不具备形成同事支持的条件。国外研究显示,同事支持是最有效的第二受害者支持资源之一,是第二受害者最希望获得的支持形式;同事支持具有良好的及时性、同理心、信任基础,能够在不良事件发生后,迅速识别第二受害者支持需求并提供最基本的支持^[2,4],能够帮助第二受害者克服“沉默”和“秘密”的障碍^[19]。因此,以科室为基础建立以同事支持为核心的第二受害者支持模式,逐步对医院员工进行第二受害者支持技术培训,形成基于尊重—合作—支持的工作环境,对改善我国护士的第二受害者支持体验非常重要。

表 3 影响护士第二受害者支持的多元线性回归分析($n=2897$)

变量	β	SE	β'	t	P
同事支持					
常量	4.874	0.072	—	67.893	0.000
科室监管者期望和促进安全的行动	-0.134	0.019	-0.154	6.994	0.000
同科室内团队合作	-0.145	0.017	-0.167	8.325	0.000
差错的非惩罚性反应	-0.071	0.013	-0.104	5.605	0.000
不同科室间合作	-0.128	0.019	-0.150	6.698	0.000
交接班与转科	-0.090	0.015	-0.119	5.896	0.000
事件报告频率	-0.070	0.010	-0.110	6.823	0.000
上级支持					
常量	5.391	0.082	—	65.450	0.000
科室监管者期望和促进安全的行动	-0.217	0.021	-0.216	10.161	0.000
组织学习和持续改进	-0.140	0.026	-0.121	5.312	0.000
同科室内团队合作	-0.138	0.022	-0.139	6.175	0.000
开放性沟通	-0.126	0.019	-0.126	6.569	0.000
差错的非惩罚性反应	-0.101	0.014	-0.129	7.466	0.000
事件报告频率	-0.076	0.011	-0.105	6.711	0.000
机构支持					
常量	4.961	0.081	—	61.219	0.000
开放性沟通	-0.161	0.019	-0.169	8.335	0.000
医院管理者对患者安全的支持	-0.158	0.023	-0.164	6.764	0.000
不同科室间合作	-0.175	0.024	-0.187	7.335	0.000
交接班与转科	0.042	0.017	0.051	2.546	0.011
同科室内团队合作	-0.112	0.019	-0.118	5.765	0.000
事件报告频率	-0.045	0.012	-0.064	3.804	0.000
非工作相关支持					
常量	4.059	0.133	—	30.509	0.000
不同科室间合作	-0.163	0.033	-0.127	4.952	0.000
组织学习和持续改进	-0.171	0.040	-0.113	4.284	0.000
同科室内团队合作	-0.137	0.034	-0.105	3.966	0.000
差错的非惩罚性反应	0.097	0.021	0.095	4.674	0.000
交接班与转科	0.055	0.026	0.049	2.133	0.033
事件报告频率	-0.090	0.018	-0.095	5.131	0.000

注:同事支持,调整 $R^2=0.306$; $F=214.094$, $P=0.000$ 。上级支持,调整 $R^2=0.360$; $F=272.443$, $P=0.000$ 。机构支持,调整 $R^2=0.270$; $F=179.912$, $P=0.000$ 。非工作相关支持,调整 $R^2=0.090$; $F=48.922$, $P=0.000$ 。

3.2.2 不良事件报告频率 研究结果显示,不良事件报告频率是第二受害者同事支持、上级支持、机构支持、非工作相关支持的共同影响因素(均 $P <$

0.01),提示报告不良事件次数越多,护士获得的第二受害者支持水平越高,可能与护士报告不良事件后,得到学习和改进的机会,及时应对事件的不良后果,缓解了对患者的负罪感等因素有关。有学者认为,积极鼓励医务人员上报不良事件,能够避免第二受害者在“沉默”中受到伤害,并且使第二受害者在主动参与患者安全持续改进的过程中获得支持^[20]。因此,提高不良事件报告频率是重要的第二受害者支持策略,医院管理者应鼓励临床护士主动上报不良事件,并且简化事件报告相关流程,鼓励护士主动参与医院质量持续改进活动,向第二受害者提供公开、正式的组织支持。但是,本研究结果仅审查了不良事件上报的3种情况(错误在对患者造成影响之前已经发现并纠正,错误发生但对患者没有潜在的危害,错误发生可能对患者有潜在伤害但实际没有),与我国医疗机构现行的不良事件分级定性标准和实际不良事件报告现状有一定的差异,可能使研究结果有一定局限性。

3.2.3 不同层级的组织支持影响因素不同 研究结果显示,第二受害者不同层级组织支持(同事支持、上级支持、机构支持)还分别受到独特因素影响。①同事支持还受到科室监管者的期望和促进安全的行动、差错的非惩罚性反应等因素的影响,可能与科室管理者重视不良事件的上报、分析、责任认定等的管理风格,导致科室员工对被卷入护士的支持不足有关。②上级支持还受到科室监管者的期望和促进安全的行动、组织学习和持续改进、开放性沟通等因素的影响,可能与护士在事件发生后感受到来源于上级的不公平或不恰当的对待和针对个人的责备等因素有关^[15],提示管理者需要转变领导风格,构建开放、透明、公正的,非惩罚性的组织文化。③机构支持还受到开放性沟通、不同科室间合作等因素的影响,可能与医院不良事件沟通管理制度不完善,缺乏良好的跨科室合作机制等因素有关,提示医院管理者应当向第二受害者提供与权威专家进行开放性沟通交流的平台^[2];管理者应当逐步建立并规范医院跨科室合作机制,为临床护士提供有力的制度保障。④从表3可以看出,医院患者安全文化可解释护士第二受害者非工作相关支持总变异的9.00%(调整 $R^2=0.090$),模型和数据拟合程度并不理想,可能与第二受害者非工作相关支持主要来源于朋友和家人有关,而这些“家人和朋友”可能只是医院文化的间接接触者;医院患者安全文化通过影响这些“家人和朋友”,从而影响第二受害者的非工作相关支持体验可能是不足的。然而,有研究显示,向家人和朋友寻求支持可能是第二受害者寻求帮助的主要措施^[21]。本研究同时纳入多种因素,患者安全文化相应维度对非工作相关支持的影响仍存在,因此,应当予以关注。有研究显示,医务人员的家人介入患者安全事件,经历家庭功能中断和恐惧危机、被

忽视和抛弃感等^[22],可能导致家庭支持不足。同时,医务人员的家庭角色、家庭责任程度、地域和性别等因素可能影响其对非工作相关支持的体验^[23]。此外,可能存在其他重要的影响因素。因此,需开展更深入的相关研究,探讨第二受害者对家人和朋友的支持的需求和看法。

4 小结

护士作为第二受害者得到的支持水平较低,对医院患者安全文化认知可影响护士第二受害者支持水平,亟需予以关注。医院管理者需提高患者安全文化影响第二受害者支持的认识,重视科室团队合作建设,鼓励不良事件上报,逐步构建基于同事—上级—机构的多层次、正式的组织支持体系,建立关心第二受害者幸福的支持性患者安全文化,以提高医疗护理质量,促进患者安全。本研究仅纳入我国中西部 6 所三级甲等综合性医院,调查没有进行系统抽样,并且我国尚未形成正式的第二受害者支持氛围,护士作为第二受害者的支持需求尚缺乏定性的研究证据,因此研究结果只能一定程度上解释第二受害者支持的影响因素,具有一定的局限性。

参考文献:

[1] Wu A W. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too[J]. *BMJ*, 2000, 320(7237):726-727.

[2] Tamburri L M. Creating healthy work environments for second victims of adverse events[J]. *AACN Adv Crit Care*, 2017, 28(4):366-374.

[3] Hauk L. Understanding the second victim recovery process[J]. *AORN J*, 2018, 107(6):P4.

[4] Coughlan B, Powell D, Higgins M F. The second victim: a review[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2017, 213:11-16.

[5] Tawfik D S, Profit J, Morgenthaler T I, et al. Physician burnout, well-being, and work unit safety grades in relationship to reported medical errors[J]. *Mayo Clin Proc*, 2018, 93(11):1571-1580.

[6] de Vos M S, Hamming J F. From retribution to reconciliation after critical events in surgery[J]. *Br J Surg*, 2018, 105(12):1539-1540.

[7] Quillivan R R, Burlison J D, Browne E K, et al. Patient safety culture and the second victim phenomenon: connecting culture to staff distress in nurses[J]. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 2016, 42(8):377-386.

[8] 杨巧,郑双江,陈登菊,等. 应关注患者安全事件中第二受害者的支持需求[J]. *中国卫生质量管理*, 2018, 25(3):38-41.

[9] 徐晶,顾岩,陈荣凤. 医疗不良事件中护士成为第二受害

者体验的质性研究[J]. *卫生职业教育*, 2018, 36(15):116-118.

[10] 陈蓉,杨梦娇,蔡邱嫦,等. 医疗不良事件中第二受害者研究现状与思考[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(2):102-105.

[11] 金玉梅,何晓君. 儿科护士在护理不良事件中作为第二受害者的心理体验[J]. *中国护理管理*, 2019, 19(4):501-504.

[12] Rockville W, Sorra J, Gray L, et al. AHRQ hospital survey on patient safety culture: user's guide[EB/OL]. [2019-04-08]. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf>

[13] 王媛媛,王燕,石慧峰,等. 国内外医疗机构患者安全文化测评工具的系统综述[J]. *中国医院管理*, 2018, 38(1):36-39.

[14] 肖瑶. 患者安全文化认知现状及提升对策研究[D]. 重庆:重庆医科大学,2017.

[15] Burlison J D, Scott S D, Browne E K, et al. The second victim experience and support tool: validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources[J]. *J Patient Saf*, 2017, 13(2):93-102.

[16] 陈贵儒,孙慧敏,黄蓉蓉,等. 第二受害者经验及支持量表的汉化与信效度评价[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(14):73-77.

[17] Kim E M, Kim S A, Lee J R, et al. Psychometric properties of Korean version of the Second Victim Experience and Support Tool (K-SVEST)[J]. *J Patient Saf*, 2018. DOI:10.1097/PTS.0000000000000466

[18] Ksouri H, Ksouri Bahri A. From sanctioning culture to safety culture: let's stop making errors on error[J]. *Tunis Med*, 2017, 95(10):837-841.

[19] Robertson J J, Long B. Suffering in silence: medical error and its impact on health care providers[J]. *J Emerg Med*, 2018, 54(4):402-409.

[20] Ford E C, Evans S B. Incident learning in radiation oncology: a review[J]. *Med Phys*, 2018, 45(5):e100-e119.

[21] Cabilan C J, Kynoch K. Experiences of and support for nurses as second victims of adverse nursing errors: a qualitative systematic review[J]. *JBI Database System Rev Implement Rep*, 2017, 15(9):2333-2364.

[22] Mokhtari Z, Hosseini M, Khankeh H, et al. Nurses' families experiences of involvement in nursing errors: a qualitative study[J]. *Int J Nurs Sci*, 2019, 6(2):154-162.

[23] Chan S T, Khong B P C, Pei Lin Tan L, et al. Experiences of Singapore nurses as second victims: a qualitative study[J]. *Nurs Health Sci*, 2018, 20(2):165-172.

(本文编辑 李春华)