

护士第二受害者复苏路径的扎根理论研究

丁晓敏¹, 陈贵儒², 潘世华³, 黄蓉蓉⁴, 漆加兴², 林洪², 李洁莉⁵, 孙慧敏¹

Path of recovery for nurses as second victims: a grounded theory research Ding Xiaomin, Chen Guiru, Pan Shihua, Huang Rongrong, Qi Jiaxing, Lin Hong, Li Jieli, Sun Huimin

摘要:目的 了解护士第二受害者复苏路径及促进复苏的因素。方法 基于诠释性哲学研究范式开展扎根理论研究,对 28 名护士进行半结构式访谈、资料分析及模型构建。结果 护士第二受害者应激症状严重度通常在事件发生后 24 h 内达到高峰,随后逐步缓解并保持在一定水平;护士第二受害者复苏路径包括平台期、应激反应期、应对与成长期 3 个阶段。促进护士第二受害者复苏的模型包括 3 个层次(第二受害者现象认知正常化、基于公正认识到错误、获得学习与成长)和 1 个支柱(预防反复和触发)。结论 医疗机构应当广泛开展第二受害者教育,提高护士第二受害者认知,并将第二受害者支持管理纳入不良事件管理流程。

关键词:护士; 第二受害者; 复苏路径; 平台期; 应激反应期; 应对与成长; 综合症状; 扎根理论

中图分类号:R47;C931.3 **文献标识码:**C **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.15.069

随着人们对护士作为第二受害者现象认识的深入,关注并支持第二受害者已成为护理管理共识。第二受害者复苏路径指第二受害者创伤形成—变化—恢复过程,诠释第二受害者复苏路径成为研究者关注的焦点^[1]。Scott 等^[2]将第二受害者复苏路径分为 6 个阶段:混乱及事故反应期,侵入性思维期,恢复完整期,忍受调查期,情感急救期,结局(离职、生存伴困扰、积极成长);随后被多国学者验证,并提出了具有本土化特征的复苏路径^[3-4]。我国第二受害者研究尚处于起步阶段,研究者主要关注不良事件应激症状分类、严重水平、影响因素;陈晓娟等^[5]建构了医疗不良事件第二受害者心理历程模型,包括恐惧期、焦虑期、抑郁期、愧疚期、回归期 5 期,并认为第二受害者的情感体验具有相对阶段性,受内外部因素影响呈现不同的回归结局。可见,研究者多基于心理认知视角看待第二受害者复苏问题,并不能完全解释第二受害者复苏的复杂过程,特别是深入认识医院安全文化的作用。本研究通过访谈临床护士,分析护士第二受害者复苏路径及促进因素,旨在为护理管理及研究提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 2020 年 8 月至 2021 年 7 月选择湖北、贵州、四川省 4 所三级甲等医院临床护士为研究对象。纳入标准:有 1 次及以上不良事件直接经历(指不良事件的报告者或对事件负有责任者);知情,同意参与本研究。排除标准:承担护士长及以上管理职务者;半年内卷入医疗事故和医患纠纷(避免访谈导致/加

重第二受害者心理创伤);半年内有严重负性生活事件者,如丧偶、家人患重病等。基于诠释性哲学范式开展扎根理论研究,使用半结构式访谈,首先使用目的抽样方法选择研究对象,然后根据理论类属再抽样。样本量遵循信息饱和原则及理论类属饱和原则。本研究共访谈 28 人,女 26 人,男 2 人;年龄 22~45 (31.36±6.22)岁;工作 1~26 年,中位数及四分位间距为 7.00(2.00,10.75)年;大专 1 人,本科 23 人,硕士及以上 4 人;护士 6 人,护师 8 人,主管护师 11 人,副主任护师 3 人;已婚 15 人,未婚 13 人;正式编制 6 人,合同聘用制 22 人;内科 11 人,外科 11 人,重症科 2 人,儿科 2 人,其他 2 人;职业生涯经历不良事件 1~5 次,中位数 2 次。参与者共详细报告了最近发生的不良事件 28 例,其中用药错误 13 例,跌倒 5 例,压力性损伤 4 例,管路事件 3 例,腕带佩戴错误 2 例,术前准备遗漏 1 例;Ⅳ级事件 1 例,Ⅲ级 22 例,Ⅰ级或Ⅱ级 5 例^[6];患者伤害程度为 D 级及以下 23 例,E 级 2 例,F 级、H 级、I 级各 1 例^[6]。

1.2 方法

1.2.1 成立研究小组 共 8 人,其中博士 1 人,硕士 6 人,本科 1 人,均熟练掌握质性研究方法,长期从事第二受害者护理管理研究,主张第二受害者支持保护。其中 4 人为护理管理者,4 人为临床护士;6 人有不良事件直接经历。

1.2.2 拟定访谈提纲 研究小组自制,经专家组审核通过:①请您描述最近一次不良事件的经历。②事件发生以后您是怎么做的?有哪些感受?③这些好的或者不好的感受,是怎样变化的?请您总结一下这些变化的过程。④您觉得这些感受和经历影响您的现在或者将来吗?⑤您还有哪些想补充的?

1.2.3 访谈及资料分析 经项目负责人所在医院伦理委员会批准后(2019353),由 3 名经过统一培训的研究小组成员访谈。访谈结束 48 h 内由访谈员完成录音的转录、翻译及校对。2 名访谈员同时独立编码,如有异议则通过第 3 人讨论统一。资料转录、编

作者单位:武汉大学中南医院 1. 神经心理科 3. 综合医疗科 5. 神经外科(湖北 武汉,430071);2. 阿坝藏族羌族自治州人民医院;4. 贵州医科大学附属医院

丁晓敏,女,硕士,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);贵州医科大学 2020 年护理学科专项科学研究课题(YJ20062)

收稿:2022-03-02;修回:2022-04-20

码、分析均采用手工方式。数据分析遵循扎根理论原则。本研究资料收集分为3个阶段：①2020年8~12月，目的抽样法抽取20名护士进行访谈(N1~20)；②2021年4~5月，对4名护士(N3、N12、N13、N19)进行第2次访谈；③2021年6~7月，通过理论抽样，访谈8名护士(N21~28)。

2 结果

2.1 护士第二受害者复苏路径 护士第二受害者复苏路径包括平台期、应激反应期、应对与成长期3个

阶段。平台期指在不良事件发生前后护士有独特的职业经验和认知，与社会接受度有关，并且根植于部门团队文化；应激反应期包括引起应激症状的刺激/条件，应激的一般症状及特殊症状，症状的急性和慢性变化；应对与成长期指护士通过自我管理，寻求支持从而改变认知和行为，这一阶段的积极性决定其护理职业生涯的结局。结局为逃避与退出、负重生存、内心和认知积极成长3类，3类结局可能在应对复苏过程中互相转换；复苏路径轴心编码见表1~3。

表1 护士第二受害者复苏平台期轴心编码

类属	编码	定义	参与者原话
职业特殊性的认知	护理工作危险性高	护士接触的人和环境复杂，容易受到意外伤害和获得传染性疾病、职业病，危险性高	N1：“想起上急诊的日子就后怕，醉酒的、打架斗殴，还好后来我转科了（当时发生了家属殴打护士事件）。”
	护士地位低	护士工作地位低于医生；新护士地位低于老护士和护理管理者	N7：“才上班很多都不熟悉，要特别尊重那些老的，不然会吃亏的。”N8：“护士在医院里感觉就像医生的附属吧，类似跑腿的。”N19：“护士就干这些，几个月就熟悉了，我们不是不可替代的，所以领导不会重视护理人力问题。”
	不被管理者重视	护士培养周期短，获取人力容易，管理者相对而言更重视医生	N6：“有一次家属过来叫服务员，换个液体，我没理他。”N21：“家里不同意我当护士，给别人擦屎接尿不好。”
	护理工作内涵不被社会尊重	打针输液，擦屎接尿，服务员的标签	N25：“上班这么多年，也是第1次犯错，整个人都懵了，处理的不好，患者的病情就加重了。”
护理工作经验	承认/害怕经验不足	专业经验不足及事件应对处置经验不足	N7：“平时不是在上班就是在开会、学习、考试，没有时间和精力像别人一样兼顾家庭。”
	工作消耗护士的时间和精力	完成临床护理工作，参加业务学习、考试、各种会议以及请假困难使护士没有足够时间和精力照顾家庭	N1：“每天都很忙，上班不停地做事。”N20：“上班越久压力越大，认识到所有环节都需要去落实，不敢马虎。”
	工作负荷和压力	护理工作时间任务饱和，需要落实的环节多，要求高、压力大	N7：“四五年没有回家过年了，想陪陪父母；休息的时间都是补觉，一个人宅家里，很难和朋友出去玩。”
个人生活状态	缺乏社交	缺乏时间与亲人和朋友相处，伴随孤独感	N2：“夜班倒得绝望，大家都失眠”；N19：“忙的时候顾不上吃饭喝水上厕所，胃不好，血压也不稳定。”
	亚健康状态	昼夜节律紊乱、失眠、基础性疾病控制不良	N17：“一个同事抢救的时候用错了药，被说的很难听就自己辞职了，本来也没有护士长愿意要她。”
犯错的标签	—	发生不良事件后责任人被贴上“犯错”的标签，被歧视、否定和排斥	N23：“患者坚持要下床上厕所，我不可能守着他，让家属陪着慢一点去，结果还是摔倒了；后来讨论分析，还是说健康宣教不到位，这种好心办坏事，我也没办法。”
防御	好心办坏事	善意和保护的护理决策与患者伤害事件发生有关	N12：“反反复复跟家属说要注意管子，结果患者管子脱了，就说护士没交代！现在也是认真地去宣教，不知道有没有作用，看谁倒霉吧！”
	自我保护无效	采取不良事件预防措施，事件发生后为自己辩解，以及对事件中责任程度判定，护士认为这些自我保护措施是无效的	N15：“我让他等护工回来再上厕所，结果他自己下床摔倒了，当时我要是守着他就好了；感觉也不行，其他患者换取液体迟了又要投诉。”
	守护患者与固定工作任务的冲突	护士希望能够密切照护患者避免意外发生，但常常忙于完成各种工作而不能实现	

表2 护士第二受害者复苏应激反应期轴心编码

类属	编码	定义	参与者原话
刺激	事件发生与应急处置报告事件	事件发生及应急处置时伴随应激症状 当护士决定报告事件时，伴随应激症状	N18：“当时就吓着了，心跳加快，四肢麻木，特别害怕，紧张。” N22：“想到报告了还要做课件汇报，分析那些，就很烦躁；被其他同事知道了心里也很不舒服。”
	事件调查—分析—反馈	不良事件调查、分析、反馈的管理过程伴随应激症状	N9：“然后会有很多人不停地来问你事情的经过，护士长、片区护士长甚至护理部都要来问，感觉层层施压让你喘不过气来，还要会上讨论，反正很难受，差不多1~2个月都缓不过来。”
一般心理、生理、职业症状	—	包括不良情绪反应，躯体表现、行为表现，职业现象等 ^[7]	—
特殊症状	—	包括报告负负担感、被层层施压的感觉、压力、逆反/反感、闪回、触发	N4：“本来已经没什么了，但是隔2个星期护士长提一下，心里又很不舒服。”
急性和慢性的症状	—	事件发生后或被刺激后的应激症状重，随后逐步减轻，进入慢性状态	N21：“事件刚发生的时候很严重，担心死了，担心患者病情加重，害怕被骂，差不多1个星期会好一点，一直到患者出院或者1个月讨论完以后。”

2.2 护士第二受害者综合症状严重度变化的一般规律 从事件发生至24h内应激症状严重度达到高峰，随后逐步缓解恢复到原有水平；当恢复不良时不能恢复到原有水平；当恢复良好时，能低于原有水平。

具体见图1。在恢复过程中，刺激的出现可能使症状突然加重，甚至高于事件初次发生时的最高水平。刺激包括事件新发、事件应急处置不良、报告事件、事件调查—分析—反馈以及闪回、触发等。

表 3 护士第二受害者复苏应对与成长期轴心编码

编码	定义	参与者原话
认知行为改变	护士在经历不良事件后会形成经验,从而改变今后的认知行为	N9:“经过讨论后我会总结自己的过失,不断地反思自己,找出问题的原因,积累自己的经验。”
反省/侵入性思维	护士表现出反复演绎事件,感觉能力不足,自我隔离,自我反省的心理特征	N17:“有很多人不停地来问我这个事情的发生经过,我都没有回答,因为我一直在思考哪个环节有问题。”
压力管理	护士通过自我管理、寻求支持缓解事件导致的巨大压力	N22:“是我自己主动找护士长谈的,她也很理解我,虽然也批评了我,但我松了一口气。”
自我怀疑	不良事件打击了护士自信心,使护士产生自我怀疑	N15:“当时整个人呈现出来的就是什么错都是我的,我很质疑自己的工作能力。”
思考当下和未来	护士会根据事件经验思考当下的工作环境,并且形成认知和心理上的预期	N22:“我觉得这种错误反复出现,可能是不适合干这个,以后考虑考研然后去学校当老师吧”
敏感性增强	护士对不良事件话题更敏感,对今后处理类似事件过度敏感,多疑、重复	N4:“都挺敏感的吧,就不良事件这个事情这个话题。”N16:“后来,每次加药的时候,反正会核对、核对、再核对。”
自我效能	不良事件本身能使护士认识到自己改进行为可能改变行为的结果,并判断实施这些行为的能力	N26:“我觉得报告(不良事件)是有用的,找出原因采取对策就能预防,大家都能认识到哪里可能会出错,就会特别注意;像查对啊就一定按照规定去执行,有的流程绝对不能省,就不会犯同样的错误了。”
逃避与退出	护士因为不良事件暂时性缺勤、转岗,甚至离职	N13:“后来我在家休息了一阵,解脱了一阵子,如果继续在那个岗位上,我会很焦虑,怕出现各种各样的事情。”
负重生存	护士基本能应对和接受不良事件的结果,但是事件结果导致消极的工作认知、态度又继续上	N8:“哎!就好好上班混日子,不出事儿就行了。”N25:“经历这个事情休息了好几天,每天就想不干了,我不适合,但是做别的完全不能想象(自己能否胜任),就还是吧,太难了(摇头)。”
内心和认知积极成长	不良事件使护士获得深入的认识,不仅能够从错误中学习改进,而且能保持心理认知平衡,有积极的心理预期	N13:“我们医院对待不良事件,不仅有应急预案,还有上报讨论并提出来整改措施,每次通过这个,能学到好多东西(微笑、肯定态度)。”

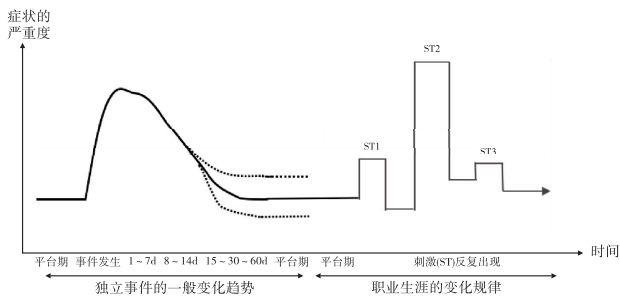


图 1 护士第二受害者综合症状严重度的变化一般规律

2.3 促进护士第二受害者复苏的模型 见表 4。

3 讨论

3.1 客观认识第二受害者复苏路径促进护士积极复苏

本研究第二受害者复苏路径包括 3 个阶段。首

先,平台期根植于部门团队文化,例如护士的工作地位、被管理者重视的程度、工作负荷等,形成了复杂的心理认知,并保持在相对平衡的水平。当不良事件发生后,这种平衡被打破,伴随应激症状,进入应激反应期。这一阶段不良事件报告与管理过程是重要的刺激因素。研究显示,国内不良事件管理已形成了报告—调查—分析—反馈的强势组织文化,显著影响第二受害者痛苦^[8],提示提供正式的组织支持须与不良事件报告管理相结合;第二受害者支持手段过于单一可能是其可持续性和推广性难的原因^[9-10]。在应对与成长阶段采取干预,促使第二受害者有积极的结局非常重要;帮助第二受害者应对压力,正确认识“侵入性思维”“敏感性增强”等特征能有效提高其自我效能,促进第二受害者积极复苏。

表 4 促进护士第二受害者复苏的模型

层次	编码	定义	参与者原话
第一层	第二受害者现象认知正常化	护士客观认识第二受害者及症状,能客观认识“犯错”的标签、提高自我效能,避免防御心理以及侵入性思维,特别是预防自我隔离、自我怀疑非常重要	N7:“其实如果能有一种认识,知道这不是就我一个人这么难受;会出这种问题,很多时候也不是某一个人的责任,心里就会好很多,(停顿,目光肯定),所以我还是觉得你研究这个很有意义。”
第二层	基于公正,认识到错误	护士从错误中学习成长的前提:认识到自己的错误并坦然接受;然而,这依赖于不良事件定性分级、定责的公平公正程度	N21:“又不是我一个人的错,还有主班和上夜班的人也没有查出来,但最后就说我是最后一个直接执行者,我没查出来,错了,所以我是主要责任,她们都没有被追究责任,我就想不通,觉得不公平(气愤,想哭泣)”
第三层	获得学习与成长	不良事件使护士获得深入的认识,不仅能够从错误中学习改进,而且能保持心理认知平衡,逐步恢复到良好的心理状态,产生积极的心理预期	N13:“我们医院对待不良事件,不仅有应急预案,还有上报讨论并提出来整改措施,每次通过这个,能学到好多东西(微笑、肯定态度)。”N15:“我觉得目前这种状态还可以,更谨慎了一点,都觉得还挺满意的。”
1 个支柱	预防反复和触发	在促进复苏的全过程,需要预防事件反复发生和触发,避免刺激导致复苏中断及复苏不良	N28:“差不多 2 个月吧,就比较平和不去乱想了,反正肯定不能再反复出现这种问题,不敢想。”

3.2 第二受害者综合症状严重度变化规律是开发第二受害者支持项目的理论基础 第二受害者综合征

临床表现复杂,虽然国内外有较多研究关注其具体表现及严重程度^[11],但是对综合症状变化的趋势认识

不足。本研究结果对综合症状变化的趋势进行了总结,提示事件发生后 24 h 是关键的情感急救期,应该给予心理急救措施控制症状恶化^[5]。在 8~60 d,相关症状可能从急性期转入慢性期,症状严重度呈下降趋势,进入复苏关键期;在此过程中,任何刺激事件发生都会导致复苏中断,从而加重第二受害者创伤和负担,导致复苏后的平台期升高。由此可见,需要预防刺激反复发生以维持正常的复苏趋势。学者认为,控制刺激的过程应重视不可预防性不良事件^[6],应急预案演练是有用的控制方法^[12]。总之,第二受害者症状严重度变化规律能帮助识别干预的最佳时机,是开发第二受害者支持项目的理论基础。

3.3 应根据促进第二受害者复苏模型改进护理管理

表 4 显示,第二受害者现象认知正常化作为基础,处于促进复苏三个层次的第一层,提示第二受害者教育在第二受害者复苏方面可以发挥重要作用。第二受害者教育不仅能防止护士成为第二受害者,并且对创伤后生存有积极作用^[13]。目前国内医疗机构缺乏第二受害者相关的培训课程,应当予以构建。Chung 等^[14]制定了针对第二受害者综合征教育者工具包,提供了 4 个模块(第二受害者基本概念、识别方法、机构相关支持资源和改变文化促进复苏)的教育指南,基本满足本研究模型中第一层的教育需求,可以引进使用。基于公正,认识到错误是模型的第二层,提示在事件调查、分析、责任认定的关键环节要公正,医院应当开展结构化的过程管理,对事件进行分类、分级、定性、定责,确定解决措施,及时反馈;其中责任认定应当公正透明,避免护士受到过度责备或惩罚,加剧组织沉默。获得学习与成长是第三层,提示从错误中学习能促使达到高质量复苏。管理者应当具备正确引导护士从错误中学习的能力,针对不同类型事件提出有效的改进措施,帮助护士提高自我效能。总之,促进第二受害者复苏,需要从多方面改进护理管理。

3.4 研究的局限性及建议 本研究提前告知参与者研究目的和意义,参与者可能因提前了解研究意图而选择性地部分报告。本研究基于参与者主观报告,总结第二受害者综合症状的严重程度及其变化趋势,缺乏客观量化研究证据,建议开展基于时间序列的队列研究。为了避免管理者视角和经验影响研究结果,本研究访谈对象排除了护理管理者,因此研究结果不能用于理解护理管理者的第二受害者复苏路径。本研究 6 名研究者均有不良事件直接经历,这些经历可能对研究结果产生一定影响。

4 小结

本研究通过访谈 28 名护士,发现了护士第二受害者综合症状严重度的变化规律,构建了本土化的护士第二受害者复苏路径及促进护士第二受害者复苏

模型,丰富了我国文化背景下的第二受害者认识,为护理管理改进提供了依据。医疗机构应当广泛开展第二受害者教育,并且作为护士继续教育的必修内容。医院管理者应当重视组织文化变革,将第二受害者支持管理纳入不良事件管理流程。

参考文献:

- [1] 危志华,彭杰,刘婉君,等.第二受害者研究热点可视化分析[J].中国卫生质量管理,2020,27(5):79-82.
- [2] 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.
- [3] Wahlberg Å, Högberg U, Emmelin M. The erratic pathway to regaining a professional self-image after an obstetric work-related trauma: a grounded theory study[J]. Int J Nurs Stud, 2019, 89:53-61.
- [4] Lee W, Pyo J, Jang S G, et al. Experiences and responses of second victims of patient safety incidents in Korea: a qualitative study[J]. BMC Health Serv Res, 2019, 19(1):100.
- [5] 陈晓娟,王一平,曾素兰,等.医疗不良事件第二受害者心理历程模型建构[J].华西医学,2021,36(7):913-918.
- [6] 姚远,孙业勤,毛丽,等.医疗安全(不良)事件管理标准研究[J].中华医院管理杂志,2018,34(12):984-988.
- [7] 潘世华.医疗不良事件中护士作为第二受害者体验的质性研究[D].武汉:武汉大学,2021.
- [8] 陈贵儒,孙慧敏,黄蓉蓉,等.医院患者安全文化对护士第二受害者痛苦的影响研究[J].中华护理杂志,2019,54(12):1835-1840.
- [9] 张静,王燕,周虎.正念减压疗法改善护理不良事件中第二受害者情绪及睡眠质量的效果评价[J].临床医学工程,2021,28(8):1101-1102.
- [10] 李洁莉,潘世华,陈贵儒,等.正念冥想干预对护士第二受害者体验及希望水平的影响[J].护理学杂志,2020,35(18):1-4.
- [11] Finney R E, Czinski S, Fjerstad K, et al. Evaluation of a second victim peer support program on perceptions of second victim experiences and supportive resources in pediatric clinical specialties using the second victim experience and support tool (SVEST)[J]. J Pediatr Nurs, 2021, 61:312-317.
- [12] Pettker C M. Systematic approaches to adverse events in obstetrics, part I: event identification and classification [J]. Semin Perinatol, 2017, 41(3):151-155.
- [13] Jones J H, Treiber L A. More than 1 million potential second victims: how many could nursing education prevent? [J]. Nurse Educ, 2018, 43(3):154-157.
- [14] Chung A, Smart J, Zdradzinski M, et al. Educator toolkits on second victim syndrome, mindfulness and meditation, and positive psychology: the 2017 resident wellness consensus summit[J]. West J Emerg Med, 2018, 19(2):327-331.