

我国护士作为第二受害者体验及支持需求的 Meta 整合

陈贵儒^{1,2}, 孙慧敏¹, 黄蓉蓉¹, 丁晓敏³, 李洁莉⁴, 潘世华⁵

Qualitative studies on experiences and support needs of Chinese nurses as second victim: a meta-synthesis Chen Guiru, Sun Huimin, Huang Rongrong, Ding Xiaomin, Li Jieli, Pan Shihua

摘要:目的 系统评价我国护士作为第二受害者的体验。方法 检索 PubMed、Web of Science、EMbase、Psyc INFO、Science Direct、CINAHL、中国知网、维普、万方、中国生物医学文献数据库从建库至 2018 年 12 月 31 日收录的相关质性研究。采用 JBI 循证卫生保健中心(2011)质性研究质量评价标准和质性研究资料提取工具(QARI Data Extraction Tools)进行文献质量评价和资料提取,使用汇集性整合方法进行结果整合。使用 CERQual 定性系统评价证据分级工具评价整合结果信度。**结果** 共纳入 13 项研究,提取 47 个研究结果,归纳 8 个新的类别,得到 3 个整合结果:护士经历患者安全事件后表现出典型的第二受害者综合征(信度评级高级),护士缺乏应对患者安全事件不良影响的能力(信度评级中级),护士经历患者安全事件后得到的支持不足(信度评级中级)。**结论** 我国护士作为第二受害者应对患者安全事件不良影响的能力不足,缺乏可靠支持体系。管理者应提高第二受害者认知,逐步开展相关教育培训,建立组织支持体系,促进护士身心健康和职业幸福。

关键词:患者安全事件; 第二受害者; 第二受害者综合征; 质性研究; Meta 整合

中图分类号:R47;C931.3 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2019.24.064

第二受害者(Second Victim)是指经历了意外的医疗失误和/或导致患者伤害的不良事件并感受到与事件相关的创伤和伤害的医疗保健提供者^[1]。医疗保健提供者经历不良事件后产生焦虑、恐惧、抑郁、职业倦怠、共情疲劳等症状,统称为第二受害者综合征^[2](Second Victim Syndrome,SVS)。第二受害者现象是一种全球性现象,护士作为主要的第二受害者高危人群,受到研究者、医院管理者关注和重视^[3]。西方国家开展第二受害者研究较早,对第二受害者现象、复苏规律、管理干预的研究相对成熟^[4-6]。我国对第二受害者认识尚不足^[7],特别缺乏护士经历不良事件后作为第二受害者体验的系统认知。因此,本研究通过整合相关质性研究结果,系统分析护士作为第二受害者的体验及支持需求,为进一步开展研究及干预提供参考。

1 资料与方法

1.1 纳入与排除标准 纳入标准:①研究设计是各类型质性研究的文献。②研究对象为中国大陆地区经历过患者安全事件的护士。③感兴趣的现象是护士经历患者安全事件(如不良事件、护理差错、护理缺陷、不良结局事件、给药差错、跌倒、自杀等)后的生理、心理、职业体验以及事件应对和对支持的看法。④情景是从患者安全事件发生到事件的影响消失的工作和生活全过程。排除标准:①研究对象为实习/进修护士。②以量性研究为主的混合性研究。③不能获取全文、重复发表、信息不完整的以及非中、英文

文献。④质量等级为 C 级的文献。

1.2 文献检索策略 检索 PubMed、Web of Science、Embase、PsycINFO、Science Direct、CINAHL、中国知网、维普、万方、中国生物医学文献数据库,检索会议论文、硕博士论文及灰色文献数据库 Open Grey,检索时间为建库至 2018 年 12 月 31 日,手动检索论文参考文献。中文检索词包括患者安全,不良事件,护理差错,护理缺陷,医疗诱导创伤,第二受害者,质性研究,体验,用药错误、跌倒、自杀等;英文检索词包括 patient safety event、adverse event、medically induced trauma、second victim、secondary trauma、wounded caregiver、posttraumatic stress disorder、qualitative research、phenomenology、grounded theory approach、ethnographic research、historic research 等。

1.3 文献筛选 由 2 名研究者独立进行,通过阅读标题及摘要排除明显不相关的文献;再阅读全文,筛选符合纳入排除标准的文献。核对筛选结果,不一致的进行讨论,讨论仍不能达成一致则通过第 3 位研究者进行评判。使用 NoteExpress 文献管理软件进行文献查重及管理。

1.4 文献质量评价 按照 2011 年澳大利亚 JBI 质性研究评估和评价工具^[8](JBI-QARI)由 2 名经过循证相关课程培训的研究者分别进行文献质量评价。

1.5 资料提取整合与评价 由 3 名研究者(其中 1 名方法学家,2 名经过循证相关课程培训并且具有 5 年以上临床护理管理经验的护理专家)使用 2011 年 JBI 的质性研究的资料提取工具(QARI Data Extraction Tools)^[8],采用汇集性整合方法对纳入研究结果分别独立进行分析处理^[8],并使用 CERQual(Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research)定性系

作者单位:武汉大学中南医院 1. 护理部 3. 神经内科 4. 神经外科 5. 综合六科(湖北 武汉,430071);2. 阿坝藏族羌族自治州人民医院

陈贵儒:女,硕士在读,主管护师

通信作者:孙慧敏,hmsun1968@163.com

收稿:2019-07-06;修回:2019-09-25

统评价证据分级工具^[9]评价结果的信度。

2 结果

2.1 文献检索结果 共获得文献 2 408 篇,查重后得到文献 2 163 篇。通过阅读标题及摘要确定与主题无关的 2 123 篇;进一步阅读全文后,排除研究类型、研究对象、研究内容不符的 26 篇。14 篇文献进入文献质量评价,排除 1 篇质量等级为 C 级的文献。最终 13 篇^[10-22]文献纳入分析,其基本特征与质量等级见表 1。

2.2 Meta 整合结果 通过比较和分析纳入文献的研究结果,最终提炼 47 个研究结果,归纳形成 8 个新类别,并综合得出 3 个整合结果,见表 2。

2.3 整合结果评价 整合结果 1 共纳入 13 项研究^[10-22],信度评级为高级;整合结果 2 共纳入 9 项研究^[10-11, 13, 16-21],信度评级为中级;整合结果 3 共纳入 9

项研究^[11, 13-14, 16-20, 22],信度评级为中级。

3 讨论

3.1 研究的意义及代表性 护士经历患者安全事件后受到与事件相关的不良影响,是医疗行业普遍承认的事实^[7,23]。本研究通过对纳入的质性研究进行 Meta 整合,诠释了我国护士作为第二受害者的临床表现及特点,揭示了我国护士缺乏应对患者安全事件相关不良影响的能力,缺乏正式组织支持的现状。研究结果验证了国外学者的部分研究结果^[6],同时增加了我国文化背景下的护士第二受害者知识,对开展相关研究和实施管理有一定的参考意义。本研究纳入的 13 篇文献涉及我国华中、华北、华南不同地域的二级、三级医院,包含不同结构特征的护士,患者安全事件类型基本涵盖临床工作中常见的事件类型,具有较好的代表性。

表 1 纳入文献的基本特征与质量等级

纳入研究	研究方法	研究现象/主题	样本量	医院级别	研究结果	质量等级
雷雪贞等 ^[11]	现象学	发生护理不良事件当事者的心理情感体验及应对方式	10	三级甲等	紧张、恐惧,后悔,委屈;来自工作、同伴、患者及家属的压力;不愿主动上报,赞同非惩罚性处理	B
陈慧敏等 ^[13]	现象学	护理人员对不良结局护理中断事件的真实体验	8	三级甲等	行为体验;态度体验;认识体验	B
赵晓芳等 ^[14]	—	护士经历跌倒护理不良事件后的心理经历与体验	6	三级甲等	护士面对事件相关的困扰,存在心理应激反应;护士的工作与生活受到影响;事件发生后希望得到重视与帮助	B
董玲娜等 ^[10]	现象学	低年资护士经历严重护理不良事件后的内心体验	7	三级甲等	不同时段的情绪变化;家属态度对护士的影响;护理工作目标和追求有所改变	B
董凤齐等 ^[17]	现象学	护士向患者及家属披露给药错误的经历及看法	19	三级甲等	压力显著;心理矛盾;实践复杂;结果尚好	B
韩金红等 ^[15]	—	护士经历护理不良事件的内心感受	10	二级甲等	护理不良事件发生后的反应;对处理方式的感受;对主动上报的看法;对护理职业的感悟	B
张广清 ^[12]	—	护士发生护理缺陷后的感受	20	三级甲等	发生护理缺陷/差错后的心理感受;对护理安全文化重要性的认识	B
季晓英等 ^[19]	诠释现象学	年轻护士发生给药差错后的心理感受	11	二级甲等	发生给药差错后的情绪变化;发生给药差错后的反应	B
刘华 ^[16]	诠释现象学	护士经历患者自杀事件后的认知、情感、意志体验	6	大型综合医院	事件发生后认知体验;情绪体验;意志体验	B
黎燕清 ^[18]	现象学	临床护士发生护理差错后的真实体验	8	二级甲等	护士发生护理差错后的情绪变化和态度	B
徐晶等 ^[20]	现象学	护士成为医疗不良事件中第二受害者的体验	10	三级甲等	应激压力症候群;无助感;无力感;成长与收获	B
Wang 等 ^[21]	现象学	患者自杀对一线护士的影响	15	三级甲等	缺乏自杀预防技巧;心理反应;对实践的影响;管理模式	B
方登星等 ^[22]	现象学	护士对非计划拔管的心理体验	15	三级甲等	情绪体验;认知体验	B

注:“—”表示文中未报告。

表 2 Meta 整合结果及类别

整合结果及类别	结果/说明
整合结果 1	护士经历患者安全事件后表现出典型的第二受害者综合征,并且持续一定时间
类别 1:负性情绪	紧张(紧张情绪持续 1~2 周,甚至更长 ^[11])、恐惧、害怕(特别害怕特别慌 ^[14])、自责(晚上一闭上眼睡觉,就是那个患者,满脸是血在我跟前,我就非常自责 ^[14])、悔恨、委屈(觉得“人生留下了污点”,感到委屈 ^[15])
类别 2:心理症状	焦虑/抑郁、尴尬(知道自己发生差错时,整个人都傻了 ^[19])、重复记忆/痛苦往事重现(那个患者跳楼的场景一直在我的脑海里转 ^[16])、多重压力(这种舆论压力让人受不了 ^[17]),发生不良事件后最怕的就是同事的议论 ^[14] ,医护药不配合,患者及家属不理解 ^[12] 、强迫(事后感觉得强迫症了,一件事情要反复验证,核对三四次才放心 ^[20])、注意力集中困难(生活基本上全被打乱了,整个人云里雾里的 ^[16])、侥幸(平常没什么,现在也应该没什么大事 ^[12])、闪回/触发(当时那种感觉,就像那天患者跳楼一样 ^[16])
类别 3:生理症状	心率加快、睡眠障碍(患者重新插管后状态不太好,当时我整夜睡不着觉 ^[20])、乏力疲劳、食欲降低
类别 4:职业症状	职业倦怠(我强烈感觉当护士好苦好累,有种倦怠的感觉 ^[16])、职业信心受挫(对从事护士职业不自信了,有点后悔选择这个职业 ^[14])、质疑职业的选择(认为护理工作没意思 ^[22])、难以胜任工作的感觉(我怀疑我是否还能继续这份工作 ^[21])、离职、缺勤(不愿意去上班,我当时觉得完了,我可以准备离职了 ^[20])
整合结果 2	护士作为第二受害者缺乏应对患者安全事件不良影响的能力
类别 5:积极应对	向家人/朋友/同事倾诉、向医生/高年资护士/护士长寻求帮助、事件的应急处置、遵从报告分析流程(事情发生时,就想着按流程处理 ^[10])、赞同非惩罚性处理 ^[11] 、学习和成长(感觉自己一下就成长了 ^[20])
类别 6:消极应对	沉默(我没有和同事、家人讲过,我觉得时间长了,慢慢就淡了 ^[16])、忍耐、信仰依托(我觉得自己很倒霉,还去拜过菩萨 ^[16])、自我调节、避免披露事件(我尽量避免与患者沟通 ^[21])、拒绝工作/工作低效(我们总是提醒同事注意自杀,工作效率很低 ^[21])、工作目标和追求改变、不愿意主动上报(能隐瞒就隐瞒吧 ^[11])
整合结果 3	护士作为第二受害者得到的支持不足,希望获得同事、领导、家人支持和专业心理辅导
类别 7:无助	孤立无援感(我很希望有一个人帮我说话,安慰我,但是没有,我感到很伤心、很无助 ^[16])、缺乏护士长的帮助、缺乏同事的安慰、缺乏对内心感受的关注(从事件开始到结束,没有人来关心过我内心的想法和感受 ^[10])、希望得到同事/领导/家人的支持 ^[14,19] 、希望有心理疏导机构给予指导帮助 ^[14]
类别 8:受到惩罚	存在变相的惩罚措施(都说非惩罚性处理,但还是扣了科室的质量安全分 ^[11])、针对个人的处罚(事前没有人告诉我该怎么处理,出了事就知道处罚人,不公平 ^[16])、缺乏公平性(不是我管的患者拔管,就因为我比管床护士年资高就来找我 ^[22])

3.2 护士作为第二受害者的体验

3.2.1 特征性症状 我国护士经历患者安全事件后有典型的第二受害者综合征,其临床症状(见整合结果 1)与西方学者的研究结果^[5,23]部分一致,并且部分症状(例如强迫、侥幸、尴尬、多重压力等)在国外文献中未见或罕见报道,可能具有我国文化背景特殊性。不良事件发生后,护士处于难为情,无所适从的处境,表现为不知所措,逃避问题,沉默等,称为尴尬(知道自己发生差错时,整个人都傻了^[19])。多重压力是我国文化背景下的独特症状,压力的来源可能包括护士自身、患者及家属、同事、上级领导、医院管理制度、社会舆论等,可能与我国社会环境、法律制度、医院文化、护士职业培训等因素有关。护士卷入患者安全事件可能面临急性短期和慢性长期压力创伤,需予以重视。此外,重复记忆、闪回、触发是第二受害者综合征的特征性表现^[1,24],本研究验证了此结论。目前,国内外尚缺乏权威的第二受害者综合征临床诊断标准,缺乏第二受害者高危筛查工具,因此识别不同国情和文化背景下第二受害者综合征特征,是第二受害者相关认知的重要基础^[7,23]。

3.2.2 提高护士应对患者安全事件不良影响的能力 我国护士经历患者安全事件后有积极和消极的应对体验,总体上护士缺乏应对危机事件,维持自身身心健康

的能力。护士危机事件应对不良可降低其工作效率,改变工作追求,拒绝上报患者安全事件,从而导致患者安全风险增加。国外学者认为患者安全事件中应构建以问题为中心和以情感为中心的应对策略,通过广泛的第二受害者教育以提高护士的应对能力^[23,25]。我国对第二受害者认识不足,缺乏针对护士群体的干预和管理^[7]。首先,护理学历教育和继续教育对护士应对危机事件,维护身心健康的培训不足;其次,医疗机构重视患者安全事件上报分析,对护士应对患者安全事件的能力和心里创伤的评估和管理欠缺^[7]。因此,学校和医疗机构均需开展第二受害者教育,医院应当对严重患者安全事件进行管理,根据事件特征和管理流程制定针对性的以“问题为中心”和“情感为中心”的应对指南,帮助护士提高应对能力。

3.2.3 构建以第二受害者为核心的组织支持体系 我国护士经历患者安全事件后感受到无助,没有得到有效支持。从不良事件发生到结束,医院管理者反复询问事件经过和细节,护士难以感受到对其身心的关注^[10],产生孤立感。在事件分析处理过程中,仍存在针对个人的现象,护士与护理管理者(护士长)在责任层面可能有“利益冲突”^[18,20],医院管理的“公平性”受到质疑。扣科室质量分被认为是变相的惩罚措施^[11],使护士对“非惩罚性管理”持否定态度。经历不良事

件后,护士希望能得到同事、上级、家人的支持,但是对具体的支持形式和内容缺乏描述。可能因为:①护士更关注“受到惩罚”或者事件的报告分析使主题凸显;②我国医疗机构普遍缺乏支持第二受害者的理念,护士难以进行关于支持形式和内容的描述和比较;③纳入整合的研究可能存在方法和质量缺陷,例如原始研究访谈中对受访者具体的支持体验缺乏试探,数据分析编码和主题提炼未达饱和等。综上,医疗机构需加强非惩罚性管理,促进管理公平公正,逐步建立以第二受害者为核心的组织支持体系,也有待开展高质量质性研究,明确我国文化背景下护士第二受害者支持的具体需求。

3.3 研究局限性 本研究纳入 Meta 整合的原始研究整体质量不高,具有一定方法学局限性;有研究认为亚洲文化背景下第二受害者现象可能有性别差异^[26],本研究纳入的研究对象主要为女性,研究结果在男护士群体的代表性不足;不同事件类型及责任程度的第二受害者体验具有一定差异,可能影响整合结果的一致性和相关性;本研究评价小组成员均有患者安全事件经历,可能存在一定的评价者偏倚。

4 小结

本研究使用 Meta 整合方法对我国护士第二受害者体验相关质性研究进行系统评价,揭示了我国护士作为第二受害者经历了不同程度的心理、生理、职业痛苦,表现出典型的第二受害者综合征。我国护士缺乏应对患者安全事件不良影响的能力,缺乏可靠的支持体系。医院管理者应开展第二受害者教育培训,构建基于同事、领导、家人和专业心理辅导项目的支持体系,促进护士身心健康,职业幸福,保障患者安全。

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] 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.
- [3] Wu A W. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too[J]. BMJ, 2000, 320(7237): 726-727.
- [4] Tamburri L M. Creating healthy work environments for second victims of adverse events[J]. AACN Adv Crit Care, 2017, 28(4): 366-374.
- [5] 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.
- [6] Busch I M, Moretti F, Purgato M, et al. Psychological and psychosomatic symptoms of second victims of adverse events[J]. J Patient Saf, 2019. doi: 10. 1097/PTS. 0000000000000589.

- [7] 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.
- [8] 胡雁, 郝玉芳. 循证护理学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 157-172.
- [9] Simon L, Claire G, Heather M, et al. Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual)[J]. PLoS Med, 2015, 12(10): e1001895.
- [10] 董玲娜, 盛芝仁, 周红娣, 等. 低年资护士经历严重不良事件后内心体验的现象学研究[J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(23): 2985-2988.
- [11] 雷雪贞, 冯国和, 王亦岚. 护理不良事件对护士心理影响的质性研究[J]. 医院管理论坛, 2017, 34(1): 13-14.
- [12] 张广清. 护理缺陷发生后护士的心理反应及对安全文化建设认知研究[J]. 护理学杂志, 2011, 26(20): 64-66.
- [13] 陈慧敏, 许奕华, 王艳. 护理人员对不良结局护理中断事件体验的质性研究[J]. 护理学杂志, 2017, 32(9): 50-52.
- [14] 赵晓芳, 林兆霞, 刘晓民, 等. 护士经历跌倒护理不良事件后心理体验的质性研究[J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(7): 989-992.
- [15] 韩金红, 韩金香, 马新翠. 护士经历护理不良事件内心感受的质性研究[J]. 北京医学, 2012, 34(5): 406-407.
- [16] 刘华. 护士经历患者自杀事件后心理体验的质性研究[D]. 长沙: 中南大学, 2010.
- [17] 董凤齐, 王艳晖, 郑瑞双. 护士向患者及家属披露给药错误经历及看法的质性研究[J]. 天津护理, 2016, 24(3): 192-195.
- [18] 黎燕清. 临床护士发生护理差错后的真实体验[J]. 护理学杂志, 2008, 23(17): 46-48.
- [19] 季晓英, 连淑玲, 邱晓园. 年轻护士发生给药差错后的质性研究[J]. 护理与康复, 2010, 9(2): 98-100.
- [20] 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.
- [21] Wang S J, Ding X P, Hu D Y, et al. A qualitative study on nurses' reactions to inpatient suicide in a general hospital[J]. International Journal of Nursing Sciences, 2016, 3(4): 354-361.
- [22] 方登星, 董翠萍. 护士对患者非计划性拔管心理体验的质性研究[J]. 解放军护理杂志, 2018, 35(15): 17-20.
- [23] Coughlan B, Powell D, Higgins M F. The second victim: a review[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2017, 213: 11-16.
- [24] Pratt S D, Jachna B R. Care of the clinician after an adverse event[J]. Int J Obstet Anesth, 2015, 24(1): 54-63.
- [25] Smart J, Zdradzinski M, Roth S, 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.
- [26] 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, 2017, 20(2): 165-172.

(本文编辑 韩燕红)