

助产士对围生期丧失护理体验质性研究的 Meta 整合

袁媛¹, 魏诗雨¹, 李康芬¹, 鲁杰¹, 涂素华², 任敏³

摘要:目的 系统评价助产士对围生期丧失护理的体验和感受,为改善助产士身心健康水平、提高围生期丧失护理质量提供参考。方法 计算机检索国内外常用的中英文数据库中关于助产士对围生期丧失护理经历和体验的质性研究,检索时限为建库至 2024 年 1 月。采用 JBI 循证卫生保健中心质性研究质量评价工具进行文献质量评价,运用汇集性整合方法归纳研究结果。结果 共纳入 16 篇文献,提炼出 69 个原始研究结果,归纳成 11 个类别,综合形成 4 个整合结果:助产士在围生期丧失护理中的负性体验,采取不同类型的策略来应对围生期丧失护理,围生期丧失护理后的自我调适与成长,围生期丧失护理中面临的困境及需求。结论 围生期丧失护理给助产士带来一定的挑战,医院应重视助产士在围生期丧失护理中的负性体验,引导积极的自我调适,以维护助产士身心健康。

关键词:助产士; 围生期丧失; 哀伤辅导; 体验; 创伤后应激; 应对策略; 质性研究; Meta 整合

中图分类号:R473.71 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2024.17.097

Midwives' experiences of providing care for women with perinatal loss: a meta-synthesis of qualitative research

Yuan Yuan, Wei Shiyu, Li Kangfen, Lu Jie, Tu Suhua, Ren Min.

Nursing School of Southwest Medical University, Luzhou 646000, China

Abstract: **Objective** To systematically evaluate midwives' experiences and feelings of caring for women with perinatal loss, and to provide reference for improving their physical and mental health as well as quality of care. **Methods** We searched domestic and foreign electronic databases for studies using qualitative methods and reporting midwives' experiences of caring for women with perinatal loss, from the establishment of the databases to January 2024. Methodological quality of the included research was assessed using JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Studies, and meta-aggregation was used to synthesize statements. **Results** Sixteen studies were included and 69 findings were extracted. These findings were then classified into 11 categories and condensed into 4 themes: negative experiences; adopting different coping strategies; adaptation and growth; dilemma and needs. **Conclusion** Caring for woman with perinatal loss is a challenge for midwives. Hospital managers should pay attention to negative experiences of midwives providing perinatal loss care, and help them to adapt, in an effort to maintain their physical and mental health.

Keywords: midwives; perinatal loss; bereavement care; experience; post-traumatic stress; coping strategy; qualitative research; meta-synthesis

围生期丧失是指妊娠 20 周至产后 1 个月内发生的胎儿或新生儿死亡事件,包括流产、死胎和新生儿死亡^[1]。2020 年我国总体围产儿病死率达 4.14%^[2],随着不良妊娠环境的影响以及生育政策的调整,高龄、高危妊娠孕妇相继增多,围生期丧失等不良妊娠结局的发生率也呈上升趋势^[3-4]。围生期丧失是严重的分娩创伤事件,不仅会导致孕产妇出现悲伤、抑郁、自责等负性情绪^[1],也会给医疗服务提供者带来不良体验^[5]。助产士作为孕产妇的主要护理者,在围生期丧失护理中发挥着关键作用,而围生期丧失事件处理不当会影响助产士的身心健康和职业发展^[6]。研究表明,参与围生期丧失护理的助产士会承受不同程度的心理创伤,并出现头痛、疲乏、失眠等躯体不适症状,且至少有 5% 的助产士出现了创伤后应激症状^[5,7],长期频繁地暴露在围生期丧失事件中甚

至会增加职业倦怠和离职的风险^[8]。目前,关于围生期丧失的研究多聚焦在产妇的内心体验及需求等方面,从助产士角度探讨围生期丧失护理的相关研究关注不足,并且不同的研究存在时间、地域及文化上的差异,单一的研究也无法全面展现助产士护理围生期丧失女性的真实体验。因此,本研究采用 Meta 整合方法,对国内外相关研究进行汇总分析,以全面了解该人群的真实体验,为改善助产士身心健康水平、提高围生期丧失护理质量提供参考。

1 资料与方法

1.1 文献检索策略 计算机检索中国知网、万方数据、维普网、中国生物医学文献数据库(CBM)、PubMed、Web of Science、CINAHL、Embase、Cochrane Library 数据库中关于助产士护理围生期丧失女性的质性研究,检索时限为建库至 2024 年 1 月。采用主题词和自由词相结合的检索策略,并人工检索参考文献作为补充。英文检索词:nurse midwives, midwife *, nurse *; perinatal death, perinatal loss, neonatal death, fetal death, fetal demise, stillbirth, intrauterine fetal death, in-utero death, fetal loss, abortion, miscarriage; qualitative research, phenomenology, ethnography, grounded theory, nursing *, obstetric nursing, experience *, interview *, attitude *, per-

作者单位:1. 西南医科大学护理学院(四川 泸州,646000);西南医科大学附属医院 2. 护理部 3. 产科

袁媛:女,硕士在读,学生,1617295154@qq.com

通信作者:任敏,renmin0608@163.com

科研项目:2022 年泸州市重点研发科技计划项目(2022-SYF-52);2023 年自贡市哲学社会科学重点研究基地运动与健康创新中心科研项目(YDJKY23-23)

收稿:2024-04-18;修回:2024-06-19

spective * ,thought * 。中文检索词:助产士,护士,助产护士;围生期死亡,围产期死亡,死胎,死产,流产,围生期丧失,围产期丧失,围产儿死亡,新生儿死亡,胎死宫内,胎儿丢失,胎儿异常引产;体验,经历,访谈,态度,看法,想法,质性。

1.2 文献纳入与排除标准 根据 PICoS 原则^[9]确定文献纳入与排除标准。纳入标准:①研究对象(P),助产士;②感兴趣的现象(I),助产士对围生期丧失护理的看法、感受、护理经历等真实体验;③情境(Co),护理的女性发生胎死宫内、死产、胎儿发育严重异常需引产或保胎失败所致难免流产,丧失孕周≥20周;胎儿在出生后1个月内死亡;④研究类型(S),质性研究及混合研究中的质性研究部分。排除标准:①综述、会议论文、无法获取全文、非中英文发表的文献;②未单独提供助产士结果的文献。

1.3 文献筛选与资料提取 由2名接受过质性研究方法学培训的研究者独立进行文献检索、筛选与资料提取,再进行交叉核对,意见不统一时,与第3名研究者协商后判定。提取资料包括作者、国家、发表时间、研究方法、样本量、感兴趣的现象、主要结果等。

1.4 文献方法学质量评价 由2名研究者按照 JBI 循证卫生保健中心质性研究质量评价标准^[10]进行文献质量评价,出现分歧时由3名研究者共同判断。该评价方准共10项,均以“是”“否”“不清楚”“不适用”

进行判断。完全满足评价标准为A级,部分满足为B级,完全不满足为C级。最终纳入文献质量等级为A、B级的文献。

1.5 Meta 整合方法 采用汇集性整合方法^[10]归纳研究结果。研究者对所纳入文献进行反复阅读、分析,并解释各研究结果的意义,将相似研究结果进行归纳整合,形成新的类别,最后归纳为整合结果。

2 结果

2.1 文献检索结果 数据库检索初步获得3021篇文献(PubMed 647篇,Web of Science 962篇,CINAHL 365篇,Embase 594篇,Cochrane Library 342篇,CNKI 35篇,万方数据 39篇,维普网 9篇,CBM 28篇),剔除重复文献937篇,阅读标题和摘要初筛文献排除2017篇(其中研究主题不符1674篇,研究方法不符207篇,研究对象不符115篇,会议摘要17篇,非中英文文献4篇),阅读全文复筛文献排除51篇(研究主题不符33篇,研究方法不符3篇,未单独描述助产士结果10篇,另外5篇未能获取到全文),经质量评价后最终共纳入16篇^[11-26]。

2.2 纳入文献基本特征 16篇文献中,有12篇研究对象为助产士,4篇^[13,22,24-25]研究对象包含助产士和产科其他护士以及其他医疗人员(助产士结果单独描述,可单独提炼),纳入文献的基本特征见表1。

表1 纳入文献的基本特征

纳入文献	国家	研究方法	样本量	感兴趣的现象	主要结果
Roehrs等 ^[11]	美国	描述性性质研究	10	护理围生期丧失家庭的支持需求和舒适度	3个主题:影响提供护理的环境因素;提供护理的同时寻求支持;护理工作后的恢复
Martins等 ^[12]	葡萄牙	扎根理论	16	参与妊娠丢失护理的经验	3个主题:紧张的工作条件;工作经验;尊重围生期丧失女性的个性
Modiba ^[13]	南非	现象学	16	处理妊娠丢失的经历和感受	9个主题:做任务的动力减退;身体效应;社会隔离;合理化;负罪感;避开丧失女性;咨询技能的在职培训;产前和产后病房分开;多学科合作
Verdon等 ^[14]	加拿大	描述性性质研究	25	在围生期死亡事件中支持父母的经历	2个主题:消极的自我意识;抛开自己的需求和感受
Lin等 ^[15]	中国	现象学	10	护理死产的经验	3个主题:展现痛苦;被剥夺权利的悲伤;满足父母告别的需要
Jones等 ^[16]	新西兰	现象学	5	助产士首次护理死产妇女的体验	3个主题:震惊;自我保护;自我怀疑
Zwerling等 ^[17]	美国	描述性性质研究	15	助产士护理因胎儿宫内死亡引产或因胎儿异常终止妊娠妇女的经历	2个主题:高度的情感困扰;丧亲护理中的不足
Martínez-Serrano等 ^[18]	西班牙	现象学	18	助产士在晚期胎儿死亡分娩过程中的护理经验	2个主题:情感要求高;医护人员的培训与技能
Willis ^[19]	美国	描述性性质研究	9	助产士对护理围生期丧失妇女的看法	8个主题:对个人和职业生活的影响;情绪斗争;活在当下;丧失对情感影响;与丧失女性沟通;表达冲突;对个人生活的影响;对职业的影响
Fernández-Basanta等 ^[20]	西班牙	现象学	11	初级卫生保健助产士护理非自愿流产父母的经验	5个主题:情感要求过高的护理;缺乏培训和知识;缺乏指导方针;不支持的组织文化;避免情感联系
Laing等 ^[21]	澳大利亚	个案研究	17	助产士对围生期死亡的护理和学习体会	7个主题:对职业产生质疑;持久的影响;生活中处理悲伤;不断改进实践;鼓励组织发展其支持角色;通过专业发展增强能力;反思
Mills等 ^[22]	乌干达	现象学	22	助产士、医生和其他人员护理死产妇女的经历	2个主题:护理过程中的阻碍;获得职业的成就感
Nurse-Clarke ^[23]	美国	扎根理论	20	护理死产妇女时所涉及的相互作用和社会过程	5个主题:保持专业的风度;未获得支持;变得习以为常;感觉得到了回报;避开丧失女性
Yenal等 ^[24]	土耳其	描述性性质研究	15	助产士照顾围生期丧失家庭的经验	6个主题:感到无助;缺乏培训和在职教育;缺乏处理死胎的标准协议;同情心护理;与同事分享;祈祷
Fernández-Alcántara等 ^[25]	西班牙	描述性性质研究	16	护理围生期丧失的主观经验和实践	2个主题:与胎儿相关的负面情绪;缺乏持续的学习和培训
申乔乔等 ^[26]	中国	现象学	18	助产士对围生儿死亡产妇进行哀伤辅导的内心感受及护理经验	7个主题:挫败与无助;回避;合理化;共情;接受相关教育和培训;完善相关护理路径;组建多领域专业团队

2.3 纳入文献的质量评价结果 16 篇纳入文献中, 1 篇文献^[16]全部条目评价结果均为“是”, 质量等级为 A 级。其余 15 篇文献条目 6“是否从文化、价值观或理论角度说明研究者自身状况”评为“否”; 条目 7“是否阐述研究者对研究的影响, 或研究对研究者的影响”4 篇文献^[19, 22, 24, 26]评为“否”, 3 篇文献^[12, 18, 23]评为“不清楚”; 15 篇质量等级为 B 级。

2.4 Meta 整合结果

本研究共提炼出 69 个原始研究结果, 归纳成 11 个类别, 综合形成 4 个整合结果。

2.4.1 整合结果 1: 助产士在围生期丧失护理中的负性体验

2.4.1.1 类别 1: 沉重的情感负担 在护理围生期丧失女性的过程中, 助产士承受着沉重的情感负担。一开始会感到震惊和恐慌[“我很震惊, 我从没想过(孕妇的)孩子会死”^[16]; “我当时正在搜索胎儿心率, 定位胎心的时间越长, 我就越恐慌”^[19]。经历悲伤和难过(“夫妻俩都哭了, 我也非常悲伤, 一整天都很沮丧”^[26]; “分娩过程中的死亡是如此的悲伤, 我很难过, 我也跟着哭了”^[25])。产生挫败与无助感(“挺无助的, 我除了安慰她‘不要伤心不要哭’以外, 就不知道该如何安慰她了”^[26]; “我感到无助, 因为对此我无能为力”^[24])。感到内疚与负罪感[“我感到痛苦和内疚, 我只能眼睁睁看着他(孕妇的胎儿)的生命一点点地流逝”^[13]。甚至对自身的护理行为和职业身份产生怀疑(“我应该能够让那个婴儿活过来, 我怀疑自己做错了什么了或者错过了某些关键”^[16]; “我不想当助产士了, 我觉得我干不了这份工作”^[21])。护理过程中的情感要求过高(“除了常规的护理, 我还不得不充当心理治疗师, 在情感上支持他们”^[17]; “我刚从死产产房的房间出来, 马上又要进入正在接生活婴的房间, 快速的情绪转换是很难的”^[20])。护理工作结束后仍会承受持久的影响[“我连续一段时间都在想那个女人, 她脸上的表情和哀嚎一遍又一遍地在我脑子里回放”^[19]; “我永远都不会忘记当听不到(孕妇的)胎心时那种可怕和刺痛的感觉”^[21]。]

2.4.1.2 类别 2: 巨大的身体压力 长期处于紧张的工作环境, 加上面对围生期丧失孕产妇, 助产士的身体会出现压力相关症状, 如疲倦(“我很累, 我变得非常情绪化”^[13]), 失眠(“我像僵尸一样, 因为我没睡好, 一整晚都在回想当时的情景”^[19]), 易怒(“我变得易怒, 非常易怒”^[13]), 迟钝(“我变得迟钝和笨拙, 会犯更多的错误”^[13]), 出现共情疲劳(“工作久了我就变得有点麻木、冷酷无情; 与其说是身体上的疲倦, 不如说情感上的衰竭”^[23])。

2.4.1.3 类别 3: 与家人和朋友的社会隔离 助产士表示围生期丧失护理是很难在工作之外讨论的经历(“我不想与任何人分享, 也不想回家告诉家人, 因为这很令人沮丧”^[23])。朋友和家人往往无法理解助产士的感受(“我不会在家里谈论工作, 我以前总是倾

向于把太多的工作情绪带回家, 我的家人会感到不知所措, 他们也不并想听到这些”^[21])。受工作环境的影响, 部分助产士变得与社会脱节(“每个月都很沉重, 不想参加社交活动”^[13])。

2.4.2 整合结果 2: 采取不同类型的策略来应对围生期丧失护理

2.4.2.1 类别 4: 消极回避应对型 为了避免应对产妇的悲伤情绪, 同时降低自己的悲伤体验, 助产士通常会采取回避行为。避免与丧失女性接触(“我会尽量避开那个房间, 不像照顾活产产妇那样频繁地进入房间”^[23]; “即使有时间, 我也很想回避她”^[13])。避免产生情感联系(“我不想投入太多的情感, 也不懂怎么提供情感支持, 只能忽视产妇的悲伤”^[20])。否认和压抑自己的感受(“为了保持专业, 我会抛开自己的感受, 关注父母的感受和需求”^[14]; “我不得不戴上一副假的面具, 假装我没事”^[23])。将围产儿死亡事件合理化(“我已经做了我应该做的工作, 孩子死了, 是因为他本身无法治愈”^[13]; “这是命运的安排, 这个宝宝可能缘分没到”^[26])。形成以任务为中心的护理, 采取机械的方式和不关心的态度来对待丧失女性(“我专注于任务, 因为有很多工作要做”^[19]; “只是做一些常规的护理, 机械地按照工作流程来完成, 纯粹就是完成任务, 不会带很多情感”^[26])。

2.4.2.2 类别 5: 积极正面应对型 当部分助产士对丧失女性有了足够的理解, 就会超越以任务为中心的护理, 表现出富有同情心的行为(“我试着感同身受, 握着她们的手, 进行眼神交流, 避免使用敏感词汇, 选择委婉的语句来安慰她们”^[24]; “我会拥抱她们或触摸她们”^[19])。根据围生期丧失女性的个人需求和愿望提供个性化的、灵活的护理(“有些人喜欢独处, 有些人则需要丈夫陪伴, 我都会尊重她们”^[12]; “我允许伴侣以灵活的方式探视, 即使在探视时间之外, 我也特别允许伴侣陪伴”^[24])。在处理死胎时, 尊重父母的决定, 满足父母告别和哀悼的需求(“她想要像正常分娩那样跟宝宝接触、给宝宝穿衣服, 我都满足了, 还给她们一家三口拍了照片”^[26]; “一对父母给死去的胎儿准备了衣服和鲜花, 按照规定是不能这样做的, 但我还是把花戴在宝宝身上, 达到父母对哀悼的期望”^[15])。反思回顾自己的行为, 为随后的护理做好准备(“每一次经历都有帮助, 通过反思我可以识别在流程、沟通等方面的不足”^[21])。

2.4.3 整合结果 3: 围生期丧失护理后的自我调适与成长

2.4.3.1 类别 6: 寻找情感寄托 轮班的结束并不是对围生期丧失关注的结束, 助产士需要从紧张的工作情绪中恢复过来。其中, 与同事交谈和分享是最重要的支持来源(“和同事交谈很有帮助, 他们可以理解我的感受, 缓解我的焦虑”^[11]; “我会与同事分享, 这

样做对产妇和婴儿都是最好的”^[24]。家人和朋友的支持(“能够回家拥抱孩子,和孩子一起玩耍有助于我更好地应对”^[11])。祈祷和精神信仰帮助他们从中解脱(“有压力的时候,向上帝祈求理解、安慰和支持有助于我个人应对”^[11];“我为病人祈祷,运用我的信仰去理解损失”^[24])。转移注意力(“我会赶快回家,离开那里,做一些自己喜欢的事情”^[16])。延长重返岗位的时间(“休息几天或花几天时间去重新组合,会很有帮助”^[11])。

2.4.3.2 类别 7:个人成长与收获 护理围生期丧失女性的经历是助产士寻求成长机会的催化剂,激励他们不断改进实践(“我在实践中不断改进,确保产妇得到更好的护理”^[21])。促使助产士发展自己的专业知识和技能(“每经历一次围生期丧失事件,我都会花时间去查阅大量资料”^[21])。从中获得个人和职业的成就感(“照顾她们是件好事,她们能感受到我们的关心并表示感谢,这就是真正的助产术”^[22];“我得到了回报,她给我买了巧克力,里面还有一封感谢信,这让我很感动”^[23])。

2.4.4 整合结果 4:围生期丧失护理中面临的困境及需求

2.4.4.1 类别 8:缺乏专业知识和技能 缺乏围生期丧失护理所需的专业知识和技能,导致助产士没有足够的信心为产妇提供有效的护理(“我根本没有做好准备,上学时很少有机会接触到死胎,也缺乏关于死亡的正规教育”^[17])。而现有的培训并没有提供足够的知识和技能来管理这类患者(“我们没有接受过培训,缺少很多训练,比如如何管理丧失、如何处理情绪等”^[20])。其中,缺乏咨询和沟通技能是围生期丧失护理的主要障碍(“最困难的是沟通,我们不知道应该说什么、什么时候说以及说多少”^[24]),担心不恰当的词语可能会进一步扰乱产妇情绪(“我怕说错了话或做错了事再次伤害到她”^[17])。

2.4.4.2 类别 9:缺乏标准的护理方案 由于围生期哀伤辅导最佳实践证据有限,缺乏有针对性、全面性的护理方案,助产士所提供的护理通常取决于个人判断或直觉(“多数情况下就是随机应变或者凭感觉去倾听和交流,因为没有人来指导”^[20])。部分助产士会根据个人的工作经验为围生期丧失产妇提供情感支持(“并没有什么理论指导,更多的是多年的工作经验”^[18])。关于产妇观看、触摸和拥抱死婴的标准协议尚未形成,导致助产士在专业实践方面存在差异和矛盾(“我认为看死婴是不对的,但她坚持要看,我也很犹豫,因为医院里没有关于此的标准协议,我无法作决定,我只想做正确的事”^[24])。

2.4.4.3 类别 10:缺乏组织支持 受医院场所条件的限制,有时会将经历围生期丧失的产妇和健康分娩的产妇安排在同一间病房,这无疑给护理工作增加了难度(“在一个病房里同时照顾这两种产妇是很困难

的,需要在不同的情绪间徘徊,不断改变我的态度、情绪和一切”^[11];“很难为所有产妇提供良好的环境,有时产妇能听到隔壁婴儿的哭声”^[12])。人力资源配备不足,没有足够的时间提供心理护理(“在同时照顾几名产妇时,我们首先重视活婴产妇,将围生期丧失产妇排在后面,往往没有时间再安慰她”^[22])。缺乏团队合作和组织支持(“医护本应该互相支持,团结合作,我们却做得不太好。但有时这并不是助产士的原因,而是组织不支持”^[21]),医院没有为助产士提供资源来管理工作对情绪的影响(“我们需要一些出口来发泄情绪,帮助我们痊愈,却没有正式的组织机制来满足”^[20])。部分助产士强调缺乏护理管理者的支持和认可(“即使护士长偶尔能够关心我,也是一种支持”^[19])。

2.4.4.4 类别 11:期望获得多种支持 需要加强教育与培训(“在这方面需要更多的教育,因为谈论死亡是困难的”^[12];“围产儿死亡的悲伤是非常不同的,需要特别指导和培训”^[25];“我们需要学习如何为这些产妇提供咨询服务”^[13])。完善相关护理路径(“像这样的产妇来了以后,第一步怎么宣教、第二步进行什么指导,这些流程都需要完善”^[26])。增强组织支持和团队合作(“我们需要更多的支持和关心,而不是拆台,组织的支持非常重要”^[11];“开展这些项目,需要多方面的协调,一个团队来支持”^[26];“应该让产科医生、心理学家和社会工作者都参与进来”^[13])。提供正式汇报的机会和专业的咨询服务(“分享病例有助于我们更好地帮助产妇”^[12];“我觉得需要一个汇报,聚在一起分享想法和感受”^[19];“我们需要更多的情感支持和专业咨询支持”^[21])。合理医疗资源配置(“如果将流产/死产的产妇安置在不同的病房,将更利于我们提供适当的护理”^[13])。

3 讨论

3.1 重视助产士在围生期丧失护理中的负性体验,满足助产士的心理支持需求 通过整合结果发现,围生期丧失护理给助产士带来很多负性体验,严重危害助产士的身心健康,也影响其工作积极性以及职业稳定性。既往研究也指出,面对围生期丧失事件,助产士会产生内疚、自责、抑郁等负性情绪^[5]。分析原因,一方面,由于围生期丧失女性的悲伤是复杂、强烈且个性化的,助产士在满足围生期丧失女性的身体和情感需求的同时,还要保持健康的职业界限和处理自己的情绪反应,这给助产士带来巨大的情感压力^[11,27]。另一方面,助产士缺乏公开表达自身感受的机会,即悲伤的权利被剥夺^[28]。研究表明,频繁暴露在胎儿死亡的环境中,会导致工作效率降低,增加职业倦怠的风险,甚至可能因此离职^[8]。因此,医院管理者应重视助产士的负性情感体验,注重团队凝聚力和同伴支持系统的建设,鼓励助产士之间相互沟通交流,有

助于排解助产士的负性情绪。建立开放和支持的工作环境,通过召开正式或非正式的汇报会议为助产士提供反思和倾诉的机会,维持和促进助产士的心理健康,帮助助产士重建专业信心。同时,护理管理者应尊重和认可参与围生期丧失护理的助产士的贡献,增加对助产士的支持和关怀,及时识别助产士参与围生期丧失护理的压力或困难,对于照护大月龄引产产妇的助产士要关注其心理状态,做好心理疏导工作。此外,还应开展正念练习、认知行为疗法等相关的心理培训,帮助助产士认识到在处理围生期丧失事件时自身对继发性创伤应激的易感性,鼓励助产士不要压抑负性情绪,及时袒露内心的感受,以便积极主动地获得必要的支持和治疗,减少同情疲劳的风险,促进助产士的身心健康和提升助产服务质量^[29-30]。

3.2 关注助产士在围生期丧失护理中面临的困境与需求,完善医疗支持系统 整合结果发现,助产士在围生期丧失护理时面临着多重困境,并且期望获得多方面的支持。尽管目前有的西方国家已经制定了围生期丧失护理相关指南,如澳大利亚 2015 年颁布了《照顾死产家庭:产科医务人员的循证指南》以及爱尔兰妊娠婴儿丧失协会 2016 年颁布了《妊娠或围产期丧失哀伤辅导国家标准》等^[31-32],但由于缺乏必要的支持和培训,证据转化受到阻碍,助产士普遍表示知识和经验不足,能提供的服务非常有限,甚至采取回避行为^[33]。而国内目前尚未形成围生期丧失护理的最佳临床实践,医院也缺乏围生期丧失护理的标准化路径。因此,建议制订以证据为基础的护理路径或指导方针,完善必要的知识技能培训系统,满足助产士对专业知识和技能的培训需求,促进相关证据的转化,提高助产士的专业信心和能力,提高围生期丧失护理的服务质量。此外,消极的实践文化和缺乏组织支持是阻碍围生期丧失护理的最大障碍^[33]。因此,应鼓励组织发展其支持角色,制订相关的政策制度提供保障,如助产士在照顾丧亲家庭时可适当采用轮岗轮班制度,为助产士提供表达悲伤情绪的时间和空间,安排高年资、经验丰富的助产士带教指导低年资助产士,开展经验分享会交流工作经验,促进多学科合作以应对人员短缺和倦怠等问题。

3.3 加强围生期丧失护理的教育与培训,促进助产士积极正面应对围生期丧失 整合结果提示,围生期丧失护理中,助产士采取了消极和积极应对两种方式。由于缺乏针对性的、全面性的护理方案,部分助产士会采取消极回避的应对方式,包括避免接触和避免情感联系、压抑、合理化等,形成以任务为中心的护理。消极应对策略会导致护患双方的沟通和互动更为艰难,不仅给产妇带来“二次创伤”,助产士也可能因此出现职业倦怠^[34]。但当部分助产士对产妇有了足够的理解时,就会超越以任务为中心的护理,表现出富有同情心的行为,形成以产妇为中心的护理。研

究发现,助产士提供富有同情心的护理不仅可以对产妇创伤适应力和长期幸福感产生积极影响,而且能有效缓解自身的悲伤反应,提高工作成就感^[35]。为缓解助产士的工作困境,提高应对能力,建议开展关于死亡与悲伤主题的继续教育项目,促进对围生期丧失护理的正确认知,培养具有同情心的沟通技能,使其在护理工作中感到舒适和自信。

3.4 引导助产士在围生期丧失护理后积极的自我调适,促进其职业成长与获益 整合结果发现,部分助产士在围生期丧失护理结束后会选择与同事分享、与家人朋友交流、祈祷、转移注意力等个性化的自我调适策略来缓解工作带来的紧张情绪,并感知到围生期丧失护理带来的积极意义,获得职业成长。研究表明,在创伤性分娩事件中,如果能引导助产士从不同角度反思和观察此次经历,有可能促进其发现新的意义和理解,并实现学习和成长^[36]。管理人员应建立合理的轮换机制,保证助产士有足够的时间和空间进行个性化的自我调适,还应注意及时调动助产士的积极心理体验,引导其寻找积极的意义,鼓励其与朋友或同事讨论交流,从而有助于助产士获得职业成长。

4 小结

本研究通过 Meta 整合明确了助产士护理围生期丧失女性的整体体验。但由于我国相关研究较少,本研究纳入文献大多来自国外,由于不同国家的传统文化和分娩文化存在差异,可能会对整合结果的适用性有一定的影响。今后研究可结合我国的文化及国情,进一步探索我国助产士护理围生期丧失女性的体验,帮助助产士更好地应对围生期丧失护理,提高围生期丧失护理质量。

参考文献:

- [1] DeBackere K J, Hill P D, Kavanaugh K L. The parental experience of pregnancy after perinatal loss[J]. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2008, 37(5): 525-537.
- [2] 谢明坤,李根霞.降低围产儿死亡率的安全策略[J].中国计划生育和妇产科, 2022, 14(4): 29-31, 35.
- [3] 范建霞,杨帅.单独二胎政策开放高龄产妇面临的临床问题[J].中国临床医生杂志, 2015, 43(8): 1-3, 105.
- [4] 国家卫生健康委.关于贯彻落实《中共中央国务院关于优化生育政策促进人口长期均衡发展的决定》的通知[EB/OL]. (2021-08-27) [2024-04-18]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-07/30/content_5628356.htm.
- [5] Puia D M, Lewis L, Beck C T. Experiences of obstetric nurses who are present for a perinatal loss[J]. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2013, 42(3): 321-331.
- [6] 宋莉娟,胡捷波,袁长蓉.产科医护人员在围产期死亡事件中不良体验的应对进展[J].医学与哲学, 2020, 41(23): 36-39.
- [7] Pastor Montero S M, Romero Sánchez J M, Hueso Montoro C, et al. Experiences with perinatal loss from the health

- professionals' perspective[J]. *Rev Lat Am Enfermagem*, 2011,19(6):1405-1412.
- [8] Sheen K, Spiby H, Slade P. Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: prevalence and association with burnout[J]. *Int J Nurs Stud*, 2015,52(2):578-587.
- [9] Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation[J]. *Int J Evid Based Healthc*, 2015,13(3):179-187.
- [10] 胡雁. 如何开展质性研究的系统评价和 Meta 整合[J]. *上海护理*, 2020,20(7):1-5.
- [11] Roehrs C, Masterson A, Alles R, et al. Caring for families coping with perinatal loss[J]. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2008,37(6):631-639.
- [12] Martins M V, Valente V A, Silva A D, et al. "Death is a sensitive topic when you are surrounded by life": nurses experiences with pregnancy loss [J]. *Sex Reprod Healthc*, 2023,35:100817.
- [13] Modiba L. Experiences and perceptions of midwives and doctors when caring for mothers with pregnancy loss in a Gauteng hospital [J]. *Health SA Gesondheid*, 2008, 13(4):29-40.
- [14] Verdon C, deMontigny F. Experiences of nurses who support parents during perinatal death[J]. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2021,50(5):561-567.
- [15] Lin C, Liu Y, Chiang H. From self-compassion to compassionate action: reflecting on ending life of stillbirth care in nursing[J]. *Scand J Caring Sci*, 2021,35(1):260-267.
- [16] Jones K, Smythe L. The impact on midwives of their first stillbirth [J]. *New Zealand College of Midwives Journal*, 2015,51:17-22.
- [17] Zwerling B, Rousseau J, Ward K M, et al. "It's a horrible assignment": a qualitative study of labor and delivery nurses' experience caring for patients undergoing labor induction for fetal anomalies or fetal demise[J]. *Contraception*, 2021,104(3):301-304.
- [18] Martínez-Serrano P, Palmar-Santos A M, Solís-Muñoz M, et al. Midwives' experience of delivery care in late foetal death: a qualitative study[J]. *Midwifery*, 2018,66:127-133.
- [19] Willis P. Nurses' perspective on caring for women experiencing perinatal loss [J]. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 2019,44(1):46-51.
- [20] Fernández-Basanta S, Coronado C, Bondas T, et al. Primary healthcare midwives' experiences of caring for parents who have suffered an involuntary pregnancy loss: a phenomenological hermeneutic study [J]. *Midwifery*, 2021,92:102863.
- [21] Laing R E, Fetherston C M, Morrison P. Responding to catastrophe: a case study of learning from perinatal death in midwifery practice [J]. *Women Birth*, 2020, 33(6):556-565.
- [22] Mills T A, Ayebare E, Mwetese J, et al. 'There is trauma all round': a qualitative study of health workers' experiences of caring for parents after stillbirth in Kenya and Uganda [J]. *Women Birth*, 2023,36(1):56-62.
- [23] Nurse-Clarke N. Managing ambiguity when caring for women who experience stillbirth [J]. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2021,50(2):143-153.
- [24] Yenal K, Tektaş P, Dönmez A, et al. Perinatal loss: experiences of midwives and nurses [J]. *Omega (Westport)*, 2023,87(4):1174-1188.
- [25] Fernández-Alcántara M, Schul-Martin L, García Caro M P, et al. 'In the hospital there are no care guidelines': experiences and practices in perinatal loss in Spain [J]. *Scand J Caring Sci*, 2020,34(4):1063-1073.
- [26] 申乔乔, 张正敏, 梁韵仪, 等. 助产士对围产儿死亡产妇进行哀伤辅导体验的质性研究[J]. *中华护理杂志*, 2021,56(3):393-398.
- [27] Chan M F, Lou F L, Arthur D G, et al. Investigating factors associate to nurses' attitudes towards perinatal bereavement care [J]. *J Clin Nurs*, 2008,17(4):509-518.
- [28] Gardner J M. Perinatal death: uncovering the needs of midwives and nurses and exploring helpful interventions in the United States, England, and Japan [J]. *J Transcult Nurs*, 1999,10(2):120-130.
- [29] 魏斌. 混合式正念减压干预对结核科护士职业倦怠和幸福感的影 响 [J]. *护理学杂志*, 2020,35(5):20-22.
- [30] 马慧珍, 李丹, 李倩, 等. 护理临终肿瘤患者护士的负性情绪干预 [J]. *护理学杂志*, 2015,30(5):80-83.
- [31] Peters M D J, Lisy K, Riitano D, et al. Caring for families experiencing stillbirth: evidence-based guidance for maternity care providers [J]. *Women Birth*, 2015,28(4):272-278.
- [32] The Health Service Executive. National standards for bereavement care: following pregnancy loss and perinatal death [EB/OL]. (2022-07) [2024-03-16]. <https://www.hse.ie/eng/services/list/3/maternity/bereavement-care/>.
- [33] Agwu Kalu F, Coughlan B, Larkin P. A mixed methods sequential explanatory study of the psychosocial factors that impact on midwives' confidence to provide bereavement support to parents who have experienced a perinatal loss [J]. *Midwifery*, 2018,64:69-76.
- [34] Rådestad I, Malm M C, Lindgren H, et al. Being alone in silence: mothers' experiences upon confirmation of their baby's death in utero [J]. *Midwifery*, 2014,30(3):e91-95.
- [35] Homer C S E, Malata A, Ten Hoop-Bender P. Supporting women, families, and care providers after stillbirths [J]. *Lancet*, 2016,387(10018):516-517.
- [36] Jonas-Simpson C, Pilkington F B, MacDonald C, et al. Nurses' experiences of grieving when there is a perinatal death [J]. *SAGE*, 2013,3(2):2158244013486116.