

临床护士共情疲劳发生发展模型的扎根理论研究

唐琦¹, 王佳琳¹, 夏颖¹, 蔚萌¹, 苏思慧², 林陶³, 余诗雅⁴

摘要:目的 探讨临床护士共情疲劳的发展路径,为开展干预研究和实践提供参考。方法 对 30 名临床护士进行半结构式访谈,采用建构主义扎根理论的范式收集并分析资料。结果 共形成 5 个类属和 22 个下位类属;构建的临床护士共情疲劳发生发展模型包括 5 个可以相互转化的阶段,分别为共情体验期、共情困扰期、共情疲劳期、共情妥协期和共情升华期。结论 护士共情疲劳是一个多阶段、动态变化的过程,各阶段有其特征性心理体验及表现。

关键词:临床护士; 共情疲劳; 职业危害; 扎根理论; 质性研究; 职业成长; 护理管理

中图分类号:R471;R192.6 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2025.08.061

Establishing a developmental model of compassion fatigue in clinical nurses: a grounded theory study

Tang Qi, Wang Jialin, Xia Ying, Yu Meng, Su Sihui, Lin Tao, Yu Shiya. School of Nursing, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu 611137, China

Abstract: **Objective** To explore the developmental path of compassion fatigue in clinical nurses, and to provide reference for intervention research and practice. **Methods** Thirty clinical nurses received semi-structured interviews, and data were collected and analyzed by using constructivist grounded theory. **Results** Five categories and 22 sub-categories were identified. The developmental model of compassion fatigue in clinical nurses included five stages that could mutually convert to each other: compassion experience, compassion distress, compassion fatigue, compassion compromise, and compassion sublimation. **Conclusion** The development of compassion fatigue in nurses is a multi-stage and dynamic process, each stage has its own characteristic psychological experience and manifestations.

Keywords: clinical nurses; compassion fatigue; occupational hazard; grounded theory; qualitative research; professional growth; nursing management

共情疲劳(Compassion Fatigue)是指助人者在共情和暴露于创伤情境的基础上,持续处于共情压力下导致的生理和心理的疲惫和功能障碍,通常被视为医疗工作者和心理健康专业人士等群体从事助人工作时产生的职业危害,也被称为“关怀的代价”^[1-2]。研究发现,由于特殊的工作性质、高负荷的工作强度、长期直接面对病患的负面情绪等原因,护士是共情疲劳的高发群体^[3-4]。据报道,国外护士共情疲劳的发生率为 23.0%~53.7%^[5-6],而在我国尤其是三甲医院,这一数据已接近 60.0%^[7]。研究表明,共情疲劳会降低护士的身心健康水平,如导致睡眠障碍、抑郁、职业无助、滥用药物和紧张的人际关系等^[8-9];还可引发与工作相关的问题,如工作效率降低、用药差错增加、患者满意度下降^[6, 10]。因此,加强对共情疲劳问题的研究对改善护士心理健康水平、提升医疗卫生质量、促进护理事业健康稳定发展具有重要的社会意义。现有研究多以横断面调查描述护士共情疲劳的现状和影响因素,但共情疲劳作为一种心理体验,将心理

感受完全用量化形式表达,可能忽略个体本身存在的社会情境和交互细节。而从质性研究的角度有助于深入了解临床护士对共情疲劳的情感体验,了解其在工作压力状态下面对庞大共情需求时的困境和抉择。尽管共情疲劳的质性研究数量近年来逐渐增多,但仍有从护士共情疲劳发生发展的视角关注其动态变化的过程。本研究采用 Charmaz 建构主义扎根理论^[11]的研究方法深入分析临床护士共情疲劳的发展过程,并建构其发展路径的理论模型,为今后开展干预研究和实践提供证据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2024 年 4—9 月选取四川省 5 所三甲医院的临床护士作为访谈对象。纳入标准:①在注册护士;②采用中文版同情疲劳量表^[12]测量显示存在不同程度的共情疲劳;③知情同意并自愿参加本研究。研究初期,遵循最大差异化的原则,依据性别、工作科室等特征的多样性,采用目的性抽样;随着理论雏形的形成,为丰富类属的属性、维度,并进一步验证类属间的关系并发展理论,采用理论抽样的方式选取访谈对象。如为验证“工作年限不同,其共情疲劳发展路径不同”这一假设,分别选取 2 名工作年限在 5 年和 10 年以上的临床护士进行访谈;或为验证“共情疲劳程度不同,其发展路径不同”这一假设,分别选取共情疲劳水平为轻度、中度和重度的临床护士进行访谈。样本量的确定以理论饱和为标准,即访谈对象所

作者单位:1. 成都中医药大学护理学院(四川 成都, 611137);
2. 四川省科学院·四川省人民医院;3. 四川大学华西第二医院;
4. 重庆市江北区中医院

通信作者:王佳琳, wangjialin@cducm.edu.cn

唐琦:女,硕士在读,护士, tangqi98716@163.com

科研项目:教育部人文社会科学研究一般项目(22YJA630087);四川应用心理学研究中心重点项目(CSXL-24101)

收稿:2024-11-10;修回:2025-01-12

提供的资料不能进一步揭示类属的属性和维度、无法产生新的理论见解时停止抽样。本研究当资料达到饱和时,再纳入2名护士进行饱和度检验,最终访谈30名临床护士,按照访谈顺序分别用B1~B30表示。男7名,女23名,年龄26~51(35.13±6.28)岁;护龄2~32[12(5,14)]年。学历:大专2人,本科23人,硕士5人。职称:护士1人,护师11人,主管护师16人,副主任护师2人。科室:内科6人,外科6人,妇产科2人,儿科4人,精神心理科3人,急诊科5人,重症医学科4人。婚姻状况:未婚10人,已婚19人,离异1人。护士长6人,护士24人。共情疲劳程度:轻度13人,中度14人,重度3人。

1.2 方法

扎根理论作为一种质性研究方法,强调在系统收集原始资料基础上提取概念、构建理论以解决某种现象或问题^[13]。本研究试图阐释临床护士共情疲劳的发生、发展过程,这是在特定的历史、社会发展情景下所展示的暂时的现实,也是对研究者与研究对象共同建构的意义的一种诠释,故选择建构主义范式完成研究。

1.2.1 资料收集方法 采用半结构式一对一深度访谈法收集资料。访谈前向受访者说明访谈的目的、方法和内容,承诺遵循知情同意与保密原则。访谈时间控制在40~60 min,访谈地点选择在不受外界干扰、舒适的房间,如科室示教室、休息室或安静的咖啡厅。访谈内容主要包括:①您对共情这个词是怎么看待的?②面对患者的痛苦和无助,您有什么样的感受?(对事件意义的阐释)③您是怎么看待共情疲劳现象的?④目前您对共情疲劳的体验和刚开始工作的时候有什么变化?(分阶段询问)⑤请分享一下最近1个月在临床工作中发生的让您感触深刻的事件。⑥以上提到的关于共情相关的问题您还有什么补充吗?访谈者根据访谈提纲提问并录音,访谈过程中不予暗示,鼓励受访者表达真实感受,同时客观记录受访者的语言及非语言行为,待受访者确认无补充时结束访谈。资料收集和资料分析同时进行,当完成1名受访对象的访谈后即转录编码撰写备忘录笔记,并通过理论抽样确定下一位受访对象的选择。

1.2.2 资料分析方法 采用 Charmaz 建构主义扎根理论的范式进行资料分析^[11]。资料分析以人工编码为主,使用质性分析软件 Nvivo11.0 辅助分析。编码过程主要包括初始编码、聚焦编码、理论编码及持续比较法,通过反复对访谈资料深度挖掘,形成类属或核心类属并不断探究之间的关系^[14-15],从而识别护士共情疲劳的发展分期和阶段性特点。初始编码阶段,采用完全开放的态度对研究资料逐行编码,剔除频次较低的概念后,将原始材料进行概念化、抽象化,形成初始编码。经过归纳和概念化,共提炼出138个初始编码,其中部分编码显示出更强的指向

性和概念性,如“带有锋芒的善良”“感知-表达分离”“拒绝情绪夹带”“经验归属”等。通过对初始编码的不断分析、比较和归纳,选取更具有指向性和概念性的编码进行聚焦编码,如共情升华期出现的“感知-表达分离”“正念控制”“拒绝情绪夹带”被总结归纳为“情绪控制”。持续比较分析法贯穿于资料分析的全过程,备忘录和反思日志的整理帮助梳理原始概念和理论形成过程。如在本研究中,通过对初始编码中受访对象共情感知体验的变化特点“愿意感知—纠结感知—抗拒感知—回避感知—控制感知”这5个编码进行反思,并通过文献回顾及与不同个案进行比较,形成本研究的理论编码,最终将护士共情疲劳的发生发展历程划分为5个阶段,分别为:共情体验期(轻)、共情困扰期(中)、共情疲劳期(重)、共情妥协期(中)和共情升华期(轻),并根据各阶段所呈现出的职业体验将共情疲劳的发展历程归纳为其职业成长的外化表现。

1.2.3 质量控制 每次访谈结束后反复聆听访谈内容,24 h内将录音资料转为文字资料,采用成员审核法将转录资料发送给受访者确认。本研究在资料确认时收到3名受访者的补充信息,资料确认无误后由受访者进行资料提取和编码。考虑到研究者身份对结果的影响,研究者本人经过质性研究的理论学习和培训,资料收集以半结构化的深度访谈为主。在研究过程中,研究者及时撰写反思日记和备忘录笔记,反思自身角色(护理硕士研究生、临床护士)和个人经历(实习轮转的科室类别、数量以及轮转的时间)在资料分析时是如何与资料产生互动并促进编码的形成过程。资料分析时多次进行小组讨论以确定编码的命名和解释的恰当性,最后将所得结果发送给5名受访者审阅,以评价理论模型阐释的恰当性。

1.2.4 伦理考虑 本研究已获得成都中医药大学附属医院伦理审查委员会批准(2023KL-098),并在研究实施的各阶段严格遵循伦理原则。研究前告知访谈的目的及意义并取得录音许可;当面签署知情同意书并强调保密原则;访谈过程中允许受访对象拒绝回答问题或在任何时期以任何理由结束访谈;访谈资料严格保密,所有研究资料匿名、加密存储,研究结束后销毁。

2 结果

本研究共形成5个类属和22个下位类属,最终提炼出的核心类属为临床护士共情疲劳的发生发展历程,即临床护士共情疲劳的发生发展模型,见图1。图1显示,临床护士共情疲劳的发展是一个多阶段、动态变化的过程,可在职业成长历程下实现不同阶段之间的跨越,从程度上表现为“轻→中→重→中→轻”的变化特点,具体包括5个阶段,即共情体验期、共情困扰期、共情疲劳期、共情妥协期和共情升华期,各阶

段有其阶段性特点。

2.1 共情体验期

护士初入临床工作,开始主动尝试从临床工作的角度理解共情的含义,受经验限制,此期护士共情感知强但容易盲目投入,面临着平衡角色适应和共情感知的双重任务。

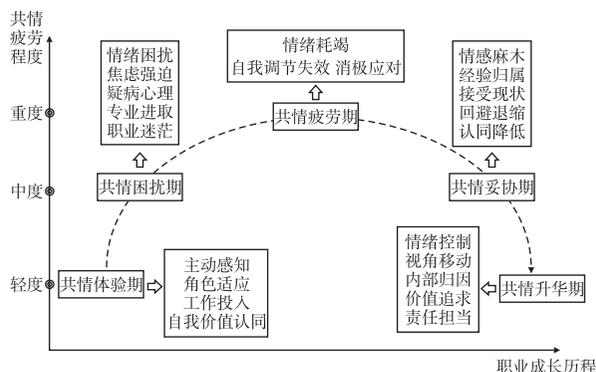


图 1 临床护士共情疲劳的发生发展模型

2.1.1 主动感知

护士开始融入临床工作,主动投入共情感知,并迫切想帮助患者解决问题。“刚刚工作会充满激情,共情意愿会强一些。”(B16)“刚参加工作的时候很容易代入,想快点给他治好,快点帮他解决这些问题,会很积极主动地帮他想办法。”(B18)但此期正处职业成长初期,受经验限制,能为患者提供的帮助较基础,成效可能不显著,护士可陷入无助、焦虑等心理。“最开始共情他的时候,我会想这个事情怎么弄,会很焦虑。”(B18)甚至由疾病和死亡带来的伤害可能给护士带来长时间的心理创伤,“刚开始进入医疗行业看到生死这些东西,可能触动非常大……那时候可能会持续 1 个月处在情绪里不能自拔。”(B24),时过数十年仍保持深刻印象,“这个事情带给我的心理创伤很大,所以我一直都忘不了。”(B6)也有部分护士在经受创伤后重新思考自己的职业价值和生命意义,“刚开始的时候我会觉得小朋友好可怜,但对于我们医务人员来说,我又觉得这是一个很平常的事情,因为你是来治疗的。”(B19)“当时确实对我触动非常大,生死突然这么近。”(B24)

2.1.2 角色适应

此期是护士进入临床工作适应护士角色的关键时期,角色适应压力可能使新入职护士花费更多精力在工作上,共情变得困难。初期的角色适应困难,可导致护士出现失眠,“刚开始上班的时候可能会因为工作上的事情睡不着觉。”(B3)“想到第二天要上班就紧张到失眠,怕出错,都想不到要去共情。”(B9)部分护士甚至可能因角色适应不良出现离职倾向,“从学生到工作人员的转变,我可能比较困难一点,因为没有缓冲期,还去了一个强度那么大的科室……刚开始觉得有点烦,都想走了。”(B23)

2.1.3 工作投入

护士初入临床工作时,常对职业充满热情和期待,通过积极的工作投入促进角色适

应,大部分受访者不容易出现共情疲劳。“开始进入临床你更多的是好奇,是单纯地想把工作做好。”(B17)“刚开始对这个行业其实感觉比较新鲜,就是一腔热血。”(B28)此期临床护士面临更多的是专业学习和成长,只在精力充裕时关注患者的心理状态,但初期工作适应内容和学习强度太大,可能无暇顾及与患者的共情,“刚工作的时候,更多看的是技术和知识……只有在工作没那么忙的时候会想到去关注一下患者的心理状态。”(B24)“那时候共情力强,但其实没时间共情……一个外科患者从早上输液一直到晚上,中途不停,那时候我根本没时间去共情,说实话我连自己的工作都忙不完。”(B22)

2.1.4 自我价值认同

患者的积极反馈和充满挑战性的工作内容让护士发现自身的劳动价值,增强职业认同感。“刚来的时候做事情不熟悉,所以会反复检查好多遍,患者就会觉得我很细心,交班的时候会跟领导夸我(笑),我会觉得很有成就感。”(B13)“在 ICU 的工作就是把患者照顾好,还有很多惊心动魄的时候,对于男生来说还是能吸引我继续在那好好工作。我觉得能体现我们的劳动价值,所以能让人安心在那里工作下来。”(B23)

2.2 共情困扰期

随着角色适应和职业经验积累,初期的工作热情和新鲜感逐渐消退,学习成长难度逐渐增大,靠意志力和进取心来坚持程序化、枯燥的工作内容,进入共情困扰阶段。

2.2.1 情绪困扰

相较共情体验期,此期护士更容易陷入情绪困扰,这种困扰一方面来自与患者共情后产生的创伤体验,护士可出现与患者及家属类似的“失去感”,陷入难以自制的悲伤、痛苦情绪。“那会儿抑制不住自己的情绪,我告诉自己‘不要在家属面前表现出这个病人很危重很忧伤的情绪’,但可能跟家属宣教的时候会不自觉地把这种情绪带进去。”(B2)部分护士可伴随难以自制的悲伤、哭泣。“刚开始工作的时候,我看到大爷太婆的感情很好,看到他们写的东西,我真的会泪流满面。”(B16)“新来的护士看到抢救的患者死亡时其实还是会伤心,有些护士甚至还会跟家属一起情绪崩溃,还哭泣。”(B20)另一方面来自于已经适应工作流程之后的浮躁感,表现为工作投入下降或工作时表现出明显的情绪化。“感觉自己变懒了,没有最开始进入临床工作时那么有热情了。”(B1)“开始觉得患者不舒服,要去多安慰多鼓励,后来觉得患者太多了,有些患者确实难搞,因为经常都来找你,就觉得很烦躁。”(B26)情绪困扰常导致工作成效下降,如对患者的人文关怀、护患沟通质量下降,“可能会很没有耐心,或者觉得不想跟他沟通。”(B8)“他反反复复哭确实会让我感到很烦。虽然我知道他不舒服,应该去采取一些办法来帮助他,但其实很难从心里去做好这些事情。”(B23)甚至可能存在发生差

错事故的风险,“一直陷在里面情绪很低落,没有用饱满热情的状态去上班,肯定出错的概率也大了。”(B3)

2.2.2 焦虑强迫 正式进入临床工作后护士需自己承担工作责任,患者的痛苦使得护士更加烦躁和焦虑,当患者提出诉求未被满足时会陷入道德困境。“我可以跟他共情,但工作上一些操作会让他觉得不舒服……可能刚开始不需要自己担责任,现在你要自己担责任,会让我觉得更烦了。”(B1)“我们很同情他,希望他的病能够治好,但他又会额外要求一些超出你工作范围的事情,让人觉得很烦,就很矛盾。”(B18)无法满足患者诉求时,护士会进行反思,“其实很多时候我们想去理解他们,但工作量太大,根本没有办法去共情患者。”(B16)“作为工作人员,产生这种疲劳我有时候会反省一下是不是自己做得不够细致、不够为患者着想,当时就会产生很自责和内疚的情绪。”(B1)

2.2.3 疑病心理 护士通过将自己的社会化信息与患者信息进行对比,担忧疾病发生在自己身上,产生对疾病的焦虑和恐惧心理。“看到患者因为乙流导致重症肺炎去世,我们自己有咳嗽感冒表现的话,就会特别担心会不会成为下一个他。”(B4)“每个病床都是各种肿瘤患者,就会觉得我这里不舒服那里不舒服,会不会有病。”(B26)多个受访对象提到会出现“讳疾忌医”的现象,“以前做体检可能是越快去越好,现在就拖到最后一个去,生怕检查出来什么问题。”(B24)

2.2.4 职业迷茫 随着角色适应和工作内容流程化,护士的工作热情和新鲜感逐渐消退,行为动机减弱,学习成长难度逐渐增大,出现职业迷茫感。“每天打针输液,没有新鲜感很疲劳,感觉事情永远做不完……就感觉没意思。”(B4)“我不知道未来我要干什么,我为什么要做这个工作?”(B8)部分护士可能无法进一步突破,则会陷入持续的迷茫,“护理的职业发展很单一,要么就是护士长或者护理部领导,但那都是极少数人。”(B29)

2.2.5 专业进取 部分护士通过自主的专业学习提升专业能力,突破专业发展瓶颈,得到更多发展机会,“休息的时候我就疯狂看书,自己学习。下班之后我就拿手机拍照,拍视频……我觉得最简单的就是逐步提高工作能力,领导就感觉你成长还是比较快,就派你出去学习,就会得到更多的学习机会。”(B4)

2.3 共情疲劳期

由于内部或外部压力的刺激,护士会出现情绪耗竭、自我调节失败等情况,共情感知微弱甚至不存在,易出现共情疲劳。

2.3.1 情绪耗竭 持续的压力刺激使护士出现自我怀疑和筋疲力尽感,“情绪上就觉得很没劲儿没意思,整个人没有精力去应付这些东西,感觉是很大的一个压力……因为你长期处于一种没法突破的状态,你可能会反复碰壁,找不到突破口,就会有筋疲力尽的感

觉。”(B24)“当某些事情让你感到压力或者是处于崩溃边缘的时候,你其实很难去跟别人共情的。”(B23)

2.3.2 自我调节失效 受压力影响,单纯的自我调节无法帮助护士走出困境,需借助心理疏导等人性化关怀以助其走出心理困境。“那段时间真的整个人很低落,状态很差。可能你自己没有办法排解,真的就会走到生病抑郁这一步。”(B16)“之前有过一次,确实自己扛不住了,就跟朋友聊,同事也给了我很多支持,但是确实这个事情影响很大,你自己真的走不出来。”(B23)

2.3.3 消极应对 在家庭中主要表现为心理脱离困难,无法将工作和生活区分开,将工作中的情绪带回家里,具体表现为:表达抑制,下班后回到家里不愿意与家人进行沟通,“说真的,我回家后不想说话也不想做什么,当时真的是心里很累,想安安静静休息……我妈妈不理解,她觉得自己在跟你说话,你怎么不回(她)。”(B25)或表达宣泄,直接将负面情绪带回家中并表达出来,此时若得不到家人的理解和支持,可能会影响家庭和谐,“会把这种坏情绪带回去,将情绪发泄给最亲的人。”(B16)在工作中表现为难以控制的懈怠感,“那段时间会觉得不想上班,觉得很累,各种状态都不好。”(B16)“可能在做工作的时候就觉得很懈怠。”(B25)“我的工作状态就是当一天和尚撞一天钟。”(B20)刻意回避和工作相关的任何事情。

2.4 共情妥协期

为避免陷入痛苦,护士开启“自我保护”模式,主动调整认知,将共情疲劳视为“带有锋芒的善良”,选择自我共情。本期护士存在共情感知,但受限于以往的工作经验,不愿投入过多情感和精力为患者解决超出自身经验的问题,采取回避困难和接受现状的方式面对工作中遇到的困境。

2.4.1 情感麻木 护士有共情感知但不主动投入,“现在还是会觉得患者挺可怜的,但不会像刚进临床那时候会尽量多对他好,或者给他尽快解决一些问题。”(B16)共情“脱敏”现象显著,受访对象 B7 将共情脱敏过程比作“狼来了”的故事,长期反复的刺激使护士共情敏感度逐渐下降,共情“阈值”明显提高,护士面对患者的痛苦和无助时表现为麻木、习以为常。“我感觉经过共情疲劳的那么一个巅峰时期,慢慢的又沉淀下来了,就觉得那些患者喊就等他喊,无所谓,慢慢做就行了。”(B29)“现在来说遇到这种,唉算了,就很习以为常了。”(B14)此期护士强调共情的条件性,关注服务对象的反馈,“有时间的話会想去帮他解决问题,但也是建立在互相信任和理解的情况下,因为你身边都是那样子的患者,天天都要共情,谁来共情我,我们也很累。”(B29)

2.4.2 经验归属 随着临床工作经验的积累,护士可根据经验对患者情况进行判断。一方面,护士可对患者的病情轻重进行判断,优先解决患者的主要问

题,“现在经验积累了之后,不像之前那么盲目慌张,现在更多地去筛选患者、判断患者的轻重缓急程度,然后来处理这些事情。”(B18)另一方面,护士根据患者社会性特点进行归类,从而选择是否要对患者进行共情投入。“我经常做分诊和护理评估的工作,哪些人好相处哪些人不好相处,我进行了判断和主观的分类,难缠的人我对他的共情就不会到那么多。”(B21)。B5 和 B7 总结,长期接触某一类患者,护士容易带有“惯性思维”评判服务对象,“接触多了这样的患者,他就觉得你这个群体就是这样子的。”(B5)“这个患者经常来,老师们对这个患者的态度就是‘年纪轻轻的你就是来找事情,你也没什么问题,你每次都是那样,你每次都……’”(B7),可能出现由惯性思维导致的认知偏差,继而影响护理质量和工作成效。

2.4.3 接受现状 面对患者的痛苦会根据以往经验进行处理,若无法得到正向反馈时,护士选择接受现状。“我知道的这些都排除了,确实解决不了就只能等待,虽然觉得烦,但是能接受这个东西。”(B19)“发药的时候不管他问什么我给他解释了,结果他甩一句我不要,然后直接把药甩给你,你就完全不想去跟他多说或者共情什么的。”(B16)

2.4.4 回避退缩 共情疲劳阶段的困境仍未完全缓解,为避免再次陷入投入—反馈失衡的痛苦境地,护士选择“自我保护”,在面对超出自身经验的问题和困难时,选择逃避。“我只能把自己班上的事情做好,不出事情就行了。”(B26)或面对患者的诉求不愿主动去解决,认为自己能力有限,将事情推脱给其他同事或医生。“处理不过来的时候,就会说要不要去给你找医生,去看一下医生。”(B28)

2.4.5 认同降低 上一阶段的职业成长问题仍未得到解决,护士致力于工作投入但未达到预期目标,此时护士专业认同度降低。“我觉得我不被社会尊重,我的劳动和付出也没有得到别人真心的感谢,或者有,但很少。”(B8)部分护士失去继续向上的斗志,选择“躺平”,“后来相对来说比较平稳,没啥我想完成的目标了,我就觉得不想再去努力了。”(B10)此期多数护士仅把护理职业当作维持生活的途径,如 B29 直言:“对于大多数人而言,这就是我们的一个职业,不是外界说的那么高尚的白衣天使,就是一个职业而已,我们以它谋生活就行了。”

2.5 共情升华期

共情由感性认知发展为理性认知,情绪控制特征明显,共情感知力强但不过度沉浸其中,着眼于问题的解决并追求自我实现。此期护士对本专业有坚定的职业信念,在面临压力或逆境时恢复力强且善于反思,主动寻求解决问题的办法,具备较强的专业韧性和职业认同感,愿意将护理作为毕生发展的事业。

2.5.1 情绪控制 理性认知和专业态度打败感性情绪,强调情绪控制,并主动寻求处理问题的方法。如

B17 提到:“共情疲劳在积累之中会变化,后面反而会积极地去想怎么能更好地解决问题。”情绪控制可表现为“感知—表达分离”,即能感知到患者的痛苦和无助,并能与其产生强烈的共情,但通过情绪克制,避免将自己的悲伤情绪示于患者和家属面前,或缩短悲伤情绪的持续时间,使自己的理性和专业态度站在情绪上方,先为患者解决问题,把情绪留在行动结束之后。“其实可能还是有这种悲伤情绪存在,但我可能不把它表现出来,我可以把它放在一个比较平稳的状态。”(B6)“可能下来(工作之余)会陷入这种情绪中,但在工作的时候我的专业性会占据上风。”(B24)此外,护士通过正念练习控制共情的着眼点,着重关注获得的正向反馈,并将这些正向反馈作为支撑自己职业坚守的信念。如积极面对困难或逆境,“就算出现了非常糟糕的状况,只要积极面对都能处理得比较好,还会有非常大的收获。”(B17)正向调节自身情绪,继续与患者建立正向的情感联结,促进职业坚守,“我仍然能感应到这些温暖瞬间的共情,会让我觉得我的工作有意义。虽然也有过‘被压垮了’的那种感觉,但这些温暖瞬间可以支撑你,是不是可以再往前走一点。”(B24)

2.5.2 视角移动 通过转换视角感知患者的痛苦和需求,理解共情对象的语言和行为,看到共情对象负性反馈背后呈现出的需求以及本质问题,选择直面问题并主动寻求解决方式。“随着工作阅历越多,更能够学会与患者怎么相处,站在他们的角度想问题。”(B5)通过视角移动理解患者及家属的过激行为或负性情绪,“有个患者病情比较重,她女儿随时都在喊我们,一直不停地喊会很烦,但其实退一步想也能够理解。”(B29)看到患者及家属情绪背后的原因和呈现出的问题,并通过行动去处理问题而非被情绪影响专业判断。“医务人员不光要明白他现在所外露的这些情感的表现,也要求我们去挖掘患者产生这些表现的原因。”(B24)

2.5.3 内部归因 通过主动的自我反思和专业技能提升来获得社会认可。当与患者或家属发生沟通困难,或出现矛盾、冲突时,护士通过对事件的反思和复盘,积累经验。“我会自己去复盘,分析问题到底出在哪里,想明白以后下次应对就更有经验”。(B5)护士坚持从自身角度寻找提升的契机,谨慎对待“外部推脱”的惰性观念。面对沟通困难的患者及家属时,并非用“惯性思维”评判患者,而从专业的角度出发,为其提供有效的帮助,获得正向反馈。“遇到不好沟通的患者,只要不跟他对着干,稍微专业点或者从他考虑问题的角度出发,他就会跟我们达成比较好的关系。”(B17)此外,面对护理行业的不利舆论会从中反省,“就是因为这种环境的不好,我们首先要自己去反省自身,检讨自身有没有不足或者是缺失。”(B24)着眼于当下作为一名护理人员能够做好事情,不断提升

自己,与舆论“和解”,“我们只能作为某一个护理人员,把自己的言行和我们能够提供的这些护理技术做好,做好自己身边每一件事情,就可以了。”(B25)

2.5.4 价值追求 此期护士对自身职业认知深刻,追求自我价值和成就感。“工作 10 多年了,会想在职业中体现自己的价值,想往高处看,看自己能达到什么样的目标……还是希望得到别人的认同,自己更想各方面去突破和提高。”(B17)“既然做了这么一份工作,还是想找那么一点成就感。”(B29)不局限于已有经验和环境中,主动探索,通过使用更多技巧来帮助患者缓解痛苦或解决问题,“能有一些不费力又能够做到的一些小措施,能让他心里舒服一点,我觉得是每个人都能够做的。”(B5)或通过进一步的学习提升自己,追求自我成长,“他们本来是中专、大专,都自学了本科了,我们本来就是本科毕业的,难道不能再去自学读一个研究生吗?”(B29)

2.5.5 责任担当 将共情视为职业素养,从各个角度强调工作责任和职业担当。B5 在谈到工作和生活的关系时提到:“上班就得有上班的状态,不可能脑子里就只想到自己的事情,肯定还得看到患者和工作相关的事情。”“共情是我们的职业素养,不能说今天跟患者共情了,就期待他明天给你写一封感谢信或者怎么样。”(B29)“穿上了白大褂,就要按照职业的要求来,就不该被这种过于情绪化的东西限制住。”(B6)

3 讨论

本研究显示,临床护士共情疲劳是一个多层次、多阶段不断变化和发展的过程,可划分为 5 个发展阶段且每个阶段各有其特点,并呈现轻→中→重→中→轻的变化水平,该变化规律呼应了创伤后成长理论认为个体在经历创伤事件后不仅会出现创伤反应,还可能经历个人成长和积极变化的观点^[16]。在实际临床工作中,共情疲劳难免发生,但其发生程度更多是个人情绪控制和调节能力的外在体现,这种控制能力受到自身成长经验的限制,因此共情疲劳的发展实质是职业成长发展在不同阶段的外化表现。

共情初期,护士正式进入临床工作,开始从职业的角度感受和探索共情的含义,由于对新环境的好奇和热情,护士常积极主动地投入临床工作,但受经验限制,盲目的共情投入却无法及时调节可导致护士出现共情疲劳,与谢素芸等^[17]的研究结果一致。此外,初入临床工作时,岗位和角色的适应压力使护士无暇顾及共情感知,甚至可能出现离职倾向和意愿,与田梅梅等^[18]研究结论一致。因此,管理者应注意引导低年资护士正确认识共情的内涵和意义,加强管理和培训,指导护士有控制地共情投入,并在缓解工作压力上给予支持,以助其顺利完成角色适应和建立积极的专业自我概念。共情困扰期常出现于临床护士工作的初中期阶段,此期护士基本完成了角色适应,熟悉了岗位职责并有更多精力关注患者的心理状态,过

度的共情投入使得护士轻易陷入共情对象的创伤经历中并难以自拔,表现出难以自制的悲伤、内疚和焦虑^[18-19],易受情绪困扰影响工作成效。另外,本期护士在适应临床角色和工作程序后开始关注自身的职业发展,若未达预期则陷入迷茫感,而研究表明持续的压力刺激可致护士出现共情疲劳^[20]。因此,管理者可鼓励护士表达情绪感受和发展需求,进一步加强心理指导,与其构建良好的互动网络,并结合护士的个体差异制订多元化的工作管理策略,给予护士充分的学习和发展机会,鼓励护士发挥所长,积极进取,从而突破发展瓶颈。

重度共情疲劳期的护士由于受到内外部环境压力的持续刺激,自我调节失效,大多采取消极应对的方式面对家庭和工作,甚至可能出现抑郁和离职等表现^[19,21]。此时仅靠护士的自我调节可能无法走出情绪困境,离不开家人、朋友和同事的关怀与支持^[18],这与丛胜楠等^[22]的研究认为社会支持是帮助护士缓解共情疲劳的关键措施的结论一致。此期管理者应关心临床护士的身心状态和生活动向,加强外部支持,如构建人性化工作制度,帮助护士协调好工作一家庭失衡问题,帮助护士脱离应激源,走出情绪困境,促进职业坚守。

共情妥协期常出现于经历明显的疲劳阶段后,为避免陷入痛苦,护士开启“自我保护”模式,此期护士存在共情感知,但不愿投入过多情感和精力为患者解决超出自身经验的问题,此期若得不到患者及家属的理解和认可,护士可表现为麻木和漠然,采取回避困难和接受现状的方式应对工作中遇到的问题^[23]。本研究发现,处于共情妥协期的护士大多为中高年资护士,这与曾丽华等^[24]的研究发现中高年资护士的共情疲劳多处于中度及以上的结果相呼应。此外,有研究表明,工作年限越长的护士累积的痛苦记忆和经历越多^[25],而且长期的奉献可导致护士精力和情感枯竭,年龄和家庭的压力使护士更容易发生共情疲劳^[26]。此期容易出现“躺平”和“懈怠”风气,不利于科室的氛围建设和行业的稳定发展。管理者可根据此期的特点,帮助护士摆脱固有的认知模式,实现认知重构,并通过营造和谐互助良性竞争氛围,摆脱“躺平”风气,助其找到自身职业价值和发展方向。

共情升华期处于模型的最后一个阶段,此期护士共情感知强且情绪控制特征明显,关注患者及家属负性反馈背后呈现出的本质问题,致力于积极应对和主动解决。此期共情疲劳程度较低,具备较强的专业韧性和职业认同感,渴望通过工作实现自我价值,在面临压力或逆境时恢复力强且善于主动寻求解决问题的办法。但能够跨越共情妥协期达到共情升华期的护士只占少数,绝大多数受访对象仍只将护理视作谋生手段,而护理行业的发展需要升华阶段的护士来引领。因此,需要开展经验分享活动,将护士克服共情

疲劳进入到共情升华期的经验进行推广,帮助共情疲劳的护士恢复和升华;另一方面,蒿若楠等^[27]研究认为,心理弹性和职业认同可减轻护士共情疲劳程度,愿意将护理作为毕生发展的事业,提高心理弹性和职业认同的措施或可促进护士实现共情升华。

4 结论

共情是护理人员的必备素养,共情投入难免产生共情疲劳,当发生共情疲劳时,管理者应根据不同疲劳阶段的特点进行干预和引导,避免或尽量缩短重度共情疲劳的发生或持续时间。本研究构建的临床护士共情疲劳发生发展模型描述了共情疲劳的 5 个发展阶段并阐释了各分期特点,可为医院改善护士共情疲劳和心理健康干预提供依据。本研究地域局限,且未能纳入临床护理工作的博士学历层次的护士,可在今后的研究中加以补充以提高模型的阐释力。此外,模型是否适合以行政、科研工作为主的护士群体仍有待进一步验证。

参考文献:

[1] 江语童,李红,孟现鑫.“关怀的代价”:共情疲劳的评估及干预[J].心理科学,2024,47(3):752-759.

[2] Sheppard K. Compassion fatigue among registered nurses: connecting theory and research[J]. Appl Nurs Res, 2015,28(1):57-59.

[3] 刘洋. 护理工作环境和应对方式对 PICU 护士共情疲劳的影响研究[D]. 长春:吉林大学,2020.

[4] Xie W, Chen L, Feng F, et al. The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: a systematic review and meta-analysis[J]. Int J Nurs Stud, 2021,120:103973.

[5] Missouridou E, Mangoulia P, Pavlou V, et al. Wounded healers during the COVID-19 syndemic: compassion fatigue and compassion satisfaction among nursing care providers in Greece[J]. Perspect Psychiatr Care, 2022,58(4):1421-1432.

[6] O'Callaghan E L, Lam L, Cant R, et al. Compassion satisfaction and compassion fatigue in Australian emergency nurses: a descriptive cross-sectional study[J]. Int Emerg Nurs, 2020,48:100785.

[7] Shi H, Shan B, Chen Q, et al. Prevalence and predictors of compassion satisfaction, secondary traumatic stress, and burnout among Chinese hospice nurses: a cross-sectional study[J]. Appl Nurs Res, 2023,69:151648.

[8] Marshman C, Hansen A, Munro I. Compassion fatigue in mental health nurses: a systematic review[J]. J Psychiatr Ment Health Nurs, 2022,29(4):529-543.

[9] Yu H, Gui L. Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among emergency nurses: a path analy-

sis[J]. J Adv Nurs, 2022,78(5):1294-1304.

[10] Laserna Jiménez C, Casado Montañés I, Carol M, et al. Quality of professional life of primary healthcare nurses: a systematic review[J]. J Clin Nurs, 2022,31(9-10):1097-1112.

[11] Charmaz K. Constructing grounded theory[M]. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2014:113-150, 213.

[12] 陈华英,王卫红. 中文版同情疲劳量表的信度、效度研究[J]. 中国护理管理, 2013,13(4):39-41.

[13] Corbin J M, Strauss A L. 质性研究的基础:形成扎根理论的程序与方法[M]. 朱光明,译. 重庆:重庆大学出版社,2015:27-29.

[14] Higginbottom G, Lauridsen E I. The roots and development of constructivist grounded theory[J]. Nurse Res, 2014,21(5):8-13.

[15] Zhu J H, Rodgers S, Melia K M. A qualitative exploration of nurses leaving nursing practice in China[J]. Nurs Open, 2014,2(1):3-13.

[16] 熊文燕,初喆,张春艳,等. 急诊科护士经历传染病公共卫生事件后成长体验的质性研究[J]. 中华急危重症护理杂志, 2023,4(12):1087-1093.

[17] 谢素芸,范丽红. ICU 护士同情心疲乏的现状和影响因素[J]. 护理学杂志, 2014,29(13):10-13.

[18] 田梅梅,施雁,刘海俐,等. 临床护士共情疲劳影响因素的质性研究[J]. 护理学杂志, 2017,32(9):60-63.

[19] 张晗. 临床护士共情疲劳影响因素及与共情满意、情绪劳动的关系研究[D]. 赣州:赣南医科大学,2024.

[20] 王妍妍. 急诊科护士共情疲劳真实体验及其负面情绪、反刍思维的关系研究[D]. 广州:南方医科大学,2023.

[21] 吴敏,何英. 护士共情疲劳对离职意愿的影响:应对方式的中介作用[J]. 农垦医学, 2023,45(2):167-172, 186.

[22] 丛胜楠,张爱霞,刘颖,等. 江苏省妇产专科医院护士共情疲劳的影响因素及路径分析[J]. 中华护理杂志, 2022,57(8):977-984.

[23] 张杰. 临床护士共情疲劳现状、心理历程及干预方案的构建研究[D]. 长沙:中南大学,2022.

[24] 曾丽华,陈娴,朱珠,等. 江苏省高年资护士共情疲劳的潜在类别分析[J]. 护理学杂志, 2024,39(2):64-68.

[25] Xie W, Wang J, Okoli C T C, et al. Prevalence and factors of compassion fatigue among Chinese psychiatric nurses: a cross-sectional study[J]. Medicine (Baltimore), 2020,99(29):e21083.

[26] 庄琳丽. 三甲医院临床护士共情疲劳现状及其影响因素研究[D]. 成都:成都中医药大学,2020.

[27] 蒿若楠,杨巧芳,郑改改,等. 心血管病专科医院护士离职意愿与工作韧性及专业自我概念的关系研究[J]. 护理学杂志, 2022,37(10):61-64.

(本文编辑 宋春燕)