

【调查研究】

210名肿瘤科护士专业生活品质现状及影响因素分析

刘明慧,覃惠英

(中山大学肿瘤防治中心 综合科,广东 广州 510060)

【摘要】目的 调查肿瘤科护士专业生活品质的现状,分析其影响因素。**方法** 采用便利取样的方法,使用一般情况调查表、中文版护士专业生活品质量表、护士版健康促进生活方式量表对广州市3家肿瘤专科医院工作的210名护士进行问卷调查。采用多元线性回归分析肿瘤科护士专业生活品质的影响因素。**结果** 肿瘤科护士专业生活品质中共情满足、倦怠和二次创伤应激的原始分分别为(31.69±5.71)分、(26.87±4.32)分和(25.45±4.18)分,处于中高度共情满足水平、中高度倦怠水平和中高度二次创伤应激水平的肿瘤科护士分别占80.0%、77.7%和83.8%;肿瘤科护士健康促进生活方式总分为(60.00±14.21)分,处于中等水平。多元线性回归结果显示:自我实现、是否愿意护理临终患者、护士层级/职务进入共情满足维度的回归方程($P<0.05$),共解释总变异的42.0%;自我实现、人际支持发展、是否愿意护理临终患者、所在医院是否有举办关于护士心理支持活动或讲座进入倦怠维度的回归方程($P<0.05$),共解释总变异的37.8%;自我实现进入二次创伤应激维度的回归方程($P<0.05$),解释总变异的1.6%。**结论** 本组肿瘤科护士共情满足水平较高,共情疲劳水平也较高,总体专业生活品质有待提高;自我实现、是否愿意照顾临终患者、护士层级/职务是肿瘤科护士共情满足的影响因素,自我实现、人际支持发展、是否愿意护理临终患者、所在医院是否有举办关于护士心理支持活动或讲座是肿瘤科护士倦怠的影响因素,自我实现是肿瘤科护士二次创伤应激的影响因素。建议护理管理者关注肿瘤科护士的专业生活品质,及时识别改善可控的因素,采取相应的干预策略,例如改革薪酬、晋升、进修等制度,建立积极、健康、支持性的工作环境以及定期开展相关培训,提高护士的职业价值观,促进护士自我实现和人际支持发展,进而保持良好的专业生活品质。

【关键词】 肿瘤科,护士; 专业生活品质; 健康促进生活方式

[中图分类号] R47 [文献标识码] A [DOI] 10.16460/j.issn1008-9969.2020.05.028

Current Status of Professional Quality of Life among Oncology Nurses and Its Influence Factors: A 210-case Study

LIU Ming-hui, QIN Hui-ying

(VIP Region, Sun Yat-sen University Cancer Center, Guangzhou 510060, China)

Abstract: Objectives To describe the status of professional quality of life among oncology nurses, and to explore the influence factors. **Methods** By convenient sampling, a self-designed general questionnaire, the Chinese version of Professional Quality of Life Scale (ProQOL) and the Nurses' version of Health-promoting Lifestyle Profile (HPLP) were used to investigate 210 oncology nurses from 3 cancer-specialist hospitals in Guangzhou. Multiple linear regression analysis was conducted to analyze the influence factors. **Results** The raw scores of compassion satisfaction, burnout and secondary trauma stress were 31.69±5.71, 26.87±4.32 and 25.45±4.18 respectively. Oncology nurses with a moderate to high level of compassion satisfaction, burnout and secondary trauma stress accounted for 80.0%, 77.7% and 83.8% of the total, respectively. The total score of health-promoting lifestyle among oncology nurses was 60.00±14.21, indicating a moderate level of health-promoting lifestyle. Multiple linear regression analysis showed that self-realization, willingness to care for hospice patients, position/professional title entered into the multiple regression equation of compassion satisfaction ($P<0.05$), explaining 42.0% of the total variance. Self-realization, development of interpersonal support, willingness to care for hospice patients, and whether the hospital had organized activities or lectures on psychological support for oncology nurses, entered into the multiple regression equation of burnout ($P<0.05$), explaining 37.8% of the total variance. Self-realization entered into the multiple regression equation of secondary traumatic ($P<0.05$), explaining 1.6% of the total variance. **Conclusion** The level of compassion satisfaction and compassion fatigue among oncology nurses is relatively high. The professional quality of life among oncology nurses needs to be improved. Oncology nurses' self-realization, development of interpersonal support, willingness to care for the hospice patients, position/professional title and whether the hospital had organized activities or lectures on psychological support are the main influence factors. Nursing managers should pay attention to oncology nurses' professional quality of life, identify the factors that can be controlled in time, and take individualized intervention measures to keep their professional quality of life.

Key words: oncology, nurse; professional quality of life; health-promoting lifestyle

专业生活品质(professional quality of life)最早

起源于1992年的共情疲劳(compassion fatigue)一词,是由美国学者Joinson提出用来描述急诊科护士出现的情感麻木、工作丧失激情等现象^[1]。美国心理学教授Figley^[2]于1995年最先将共情疲劳引入助人群体的心理健康研究领域,随后研究者们对共情疲

[收稿日期] 2019-11-27

[作者简介] 刘明慧(1985-),女,广东广州人,硕士,主管护师。

[通信作者] 覃惠英(1966-),女,广东清远人,硕士,主任护师,护理部主任,硕士研究生导师。

劳开展了大量的理论和实证研究。1996年 Stamm 和 Figley^[3]在研究中发现,虽然有一些助人工作者是共情疲劳的高危人群,但他们的工作依然保持良好状态,指出助人工作者在工作中也会得到正性情绪,并把这种情绪定义为共情满足。2005年 Stamm^[4]提出了专业生活品质的概念,指的是助人工作者(例如医护人员、福利院工作人员、心理咨询师、教师、消防员、警察等)从助人工作中所获得的生活品质,即为他人服务过程中对自身心理上产生的一系列影响,包括积极和消极2个方面,即共情满足和共情疲劳,其中共情疲劳由倦怠和二次创伤应激组成。护士是一个特殊的助人团体,护士专业生活品质的高低会对其身心健康、工作满意度,甚至对护理质量产生影响^[5-6]。Yu 等^[7]和 Jang 等^[8]的研究指出,与其他科室人员相比,肿瘤科护士具有更低的专业生活品质。国外有研究^[9]发现,采取积极的健康促进生活方式可改善护士的专业生活品质。健康促进生活方式(Health-promoting lifestyle)是指引领个人、家庭、社区及社会朝向增进安宁、幸福及实现健康潜能的行为,即为了达到更高层次的健康与安宁幸福的目的所采取的任何活动^[10]。目前,国内针对肿瘤科护士专业生活品质的研究少见报道。本研究旨在通过调查肿瘤科护士专业生活品质的现状,并从肿瘤科护士健康促进生活方式方面考虑其对肿瘤科护士专业生活品质的影响,为将来设计并实施提高护士专业生活品质的干预策略提供一定的参考和依据。

1 对象和方法

1.1 研究对象 采用便利抽样的方法,于2018年7—9月选取广州市3家肿瘤专科医院工作(中山大学肿瘤防治中心、广州医科大学附属肿瘤医院、广州复大肿瘤医院)的210名护士作为研究对象。纳入标准:(1)具有中华人民共和国注册护士执业资格证的在职护士;(2)自愿、同意参与本研究;(3)临床一线肿瘤科工作 ≥ 1 年。排除标准:(1)休假(产假、病假、事假等)、外出进修或学习无法参加调查的护士;(2)实习护士、助理护士、进修护士、退休返聘的护士。

1.2 调查工具

1.2.1 一般资料调查表 由研究者设计,分为2部分:(1)人口学特征,包括性别、年龄、婚姻状况、第一学历、最高学历、工作年限、职称、护士层级/职务、用工性质;(2)工作和学习特征:所在科室、1个月夜班(指22:00之后的班次)频次、过去1周工作时间、过去1年有无护理过临终患者、是否愿意护理临终患

者、是否会与他人分享护理临终患者的经历、有无参加过护士心理支持的活动或讲座等。

1.2.2 中文版护士专业生活质量表(Professional Quality of Life Scale, ProQOL) 1996年 Stamm 和 Figley 编制了共情满足与疲劳量表(Compassion Satisfaction and Fatigue Test, CSFT)^[3],2005年 Stamm 在 CSFT 基础上进行修订并重新命名为专业生活质量表^[4],用来测验助人工作者在过去的30d内、为他人提供帮助的过程中产生的共情满足和共情疲劳的状况,是现今用来测量专业生活品质最为广泛的测评工具之一,目前已形成第5版(ProQOL-V)^[11]。该量表各维度的 Cronbach α 系数为0.75~0.88,国内外许多研究者用此量表测量护理人员的专业生活品质^[12-13]。国内学者郑杏^[14]2012年翻译为中文版并进行跨文化调适,量表各维度的 Cronbach α 系数为0.73~0.82。该量表包括3个维度,共有30个条目,即共情满足(10个条目)、倦怠(10个条目)、二次创伤应激(10个条目)。均采用 Likert 5级计分,按从未有过~总是如此分别计1~5分,除了条目1、4、15、17、29为反向计分外,其余均为正向计分,每个维度独立计分,不可叠加。将其标准分T分按照原作者 Stamm^[11]的划分标准将各维度分为低度、中度和高度,其中共情满足得分低、中、高的范围分别是 ≤ 43 分,44~57分, ≥ 58 分;倦怠得分低、中、高的范围分别是 ≤ 42 分,43~56分, ≥ 57 分;二次创伤应激得分低、中、高的范围分别是 ≤ 41 分,42~56分, ≥ 57 分。本研究中该量表各维度的 Cronbach α 系数为0.760~0.935。

1.2.3 护士版健康促进生活方式量表(Health-promoting Lifestyle Profile, HPLP) Walker 等^[15]于1995年制定了 HPLP-II,包括6个维度52个条目。我国台湾学者黄毓华等^[16]在1996年最先将 HPLP-II 引入;2001年台湾宋素真等^[17]进行了修订,制定了5个维度38个条目的护理人员健康促进生活方式量表,该量表总的 Cronbach α 系数为0.9044。我国大陆护理学者洪静芳^[18]将该量表引入,并进行文化调适,最终保留36个条目,量表总 Cronbach α 系数0.915,各维度的 Cronbach α 系数为0.790~0.915。该量表包括5个维度,即自我实现(条目1~9)、运动保健(条目10~18)、均衡饮食(条目19~22)、职业安全(条目23~29)、人际支持发展(条目30~36)。均采用 Likert 4级评分,从从来没有~总是如此分别计0~3分。总分为0~108分,得分越高代表健康促进生活方式越好。本研究中该量表总 Cronbach α 系数为0.937,各维度的 Cronbach α 系数为0.724~0.911。

1.3 资料收集方法 本研究采用问卷调查法,调查前取得医院护理部和相关科室的同意和支持,由研究者采用统一的指导语向受试对象解释本研究的目的、意义、问卷填写方法及保密性,获得其知情同意后发放问卷,由其自行填写。如有疑问,研究者采用不带有暗示性语言予以解释。所有问卷当场发放,当场收回,检查并补漏纠错。共发放问卷 225 份,回收有效问卷 210 份,有效回收率为 95.9%。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 20.0 录入和分析数据。计量资料若服从正态分布,则采用均值±标准差描述,组间比较采用两独立样本 *t* 检验或单因素方差分析;若为偏态分布则采用中位数与四分位数间距描述,组间比较采用秩和检验。计数资料采用频数、构成比描述;专业生活品质与健康促进生活方式的相关性采用 Pearson 相关分析,专业生活品质影响因素的分析采用多元线性回归分析。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

2.1.1 人口学特征 210 名护士,年龄 22~46(32.07±5.89)岁;其中男 12 名(5.7%),女 198 名(94.3%);婚姻状况以已婚居多,152 名(72.4%);第一学历:中专 66 名(31.4%),大专 78 名(37.2%),本科 66 名(31.4%);最高学历多为本科及以上学历,182 名(86.7%);工作年限 1~27(10.43±6.71)年,工作 6~10 年的护士居多,

65 名(31.0%);职称:护士 29 名(13.8%),护师 115 名(54.8%),主管护师及以上 66 名(31.4%);护士层级/职务:临床护士 126 名(60.0%),护理组长 71 名(33.8%),专科护士 7 名(3.3%),护士长 6 名(2.9%);用工性质以合同聘用居多,156 名(74.3%)。

2.1.2 工作和学习特征 210 名护士,所在科室以外科居多,86 名(41.0%);1 个月的夜班数:没有夜班 22 名(10.5%),1~3 个夜班 74 名(35.2%),4~6 个夜班 114 名(54.3%);过去 1 周工作时间≤40 h 居多,188 名(89.5%);170 名(81.0%)过去 1 年护理过临终患者;护理临终患者的意愿以一般居多,93 名(44.3%),非常愿意者仅有 2 名(1.0%);分享护理临终患者经历频次以有时居多,85 名(40.5%),从不分享的有 30 名(14.3%);90 名(42.9%)参加过护士心理支持活动或讲座,所在医院没有举办过护士心理支持的活动或讲座的有 47 名(22.3%)。

2.2 肿瘤科护士专业生活品质各维度得分情况 本组肿瘤科护士专业生活品质的共情满足、倦怠、二次创伤应激维度原始分分别为(31.69±5.71)分、(26.87±4.32)分和(25.45±4.18)分;根据 Stamm^[11]的计分方法把原始分转化为标准分后,各维度根据标准分得分划分为低、中、高度,其中处于低度共情满足水平的肿瘤科护士 42 名(20.0%),处于高度倦怠和二次创伤应激水平的护士分别为 48 名(22.9%)和 50 名(23.8%)。见表 1。

表 1 肿瘤科护士专业生活品质各维度得分情况($n=210$)

维度	评分范围	最小值	最大值	得分($\bar{X}\pm S$,分)	低度(名,%)	中度(名,%)	高度(名,%)
共情满足	10~50	10	49	31.69±5.71	42(20.0)	114(54.3)	54(25.7)
倦怠	10~50	16	39	26.87±4.32	47(22.3)	115(54.8)	48(22.9)
二次创伤应激	10~50	14	39	25.45±4.18	34(16.2)	126(60.0)	50(23.8)

2.3 不同特征肿瘤科护士专业生活品质各维度得分的比较 将本组肿瘤科护士按年龄、性别、婚姻状况、第一学历、最高学历、工作年限、职称、护士层级/职务、用工性质、所在科室、1 个月夜班频次、过去 1 周工作时间、过去 1 年有无护理过临终患者、是否愿意护理临终患者、是否分享护理临终患者的经历、所在医院是否有举办关于护士心理支持的活动或讲座分组,比较其专业生活品质各维度得分。单因素分析结果显示,不同的性别、婚姻状况、第一学历、最高学历、职称、用工性质、科室、1 个月夜班频次、过去 1 周工作时间、过去 1 年有无护理过临终患者的肿瘤

科护士,其专业生活品质各维度得分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。而不同的护士层级/职务、是否愿意护理临终患者、是否分享护理临终患者的经历、所在医院是否有举办关于护士心理支持的活动或讲座的护士,其共情满足维度得分比较,差异有统计学意义($P<0.05$);不同的工作年限、是否愿意护理临终患者、是否分享护理临终患者的经历、所在医院是否有举办关于护士心理支持的活动或讲座,其倦怠维度得分比较,差异有统计学意义($P<0.05$);不同年龄的护士,其二次创伤应激维度得分比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 不同特征肿瘤科护士专业生活品质各维度得分的比较 (n=210, $\bar{X} \pm S$, 分)

项目	n	共情满足	倦怠	二次创伤应激	项目	n	共情满足	倦怠	二次创伤应激
年龄(岁)					是否愿意护理临终患者				
22~30	103	49.30±9.87	50.24±10.43	50.15±10.05	非常不愿意	7	42.04±16.47	55.60±13.29	50.28±7.15
31~40	87	50.50±9.64	49.03±9.19	48.70±9.39	不愿意	37	46.19±8.70	53.25±9.16	52.86±10.50
41~46	20	51.42±12.27	52.97±10.95	54.89±11.22	一般	93	48.53±9.09	50.73±9.77	50.90±9.72
F		0.560	1.326	3.208	愿意	71	54.41±9.19	47.37±9.26	47.40±9.91
P		0.572	0.268	0.042	非常愿意	2	60.17±16.09	29.46±6.55	46.53±13.52
工作年限(年)					F		7.838	5.405	2.253
1~5	62	49.72±9.99	50.98±10.62	50.54±10.41	P		<0.001	<0.001	0.065
6~10	65	49.81±9.16	48.56±9.63	49.10±9.09	是否分享护理临终患者的经历				
11~15	29	47.64±8.79	52.86±7.81	49.99±9.66	从不	30	41.61±9.60	55.56±9.75	51.31±10.69
16~20	34	53.73±9.46	46.77±8.46	48.71±10.45	很少	82	50.41±9.54	50.11±10.27	49.01±9.77
21~27	20	48.53±13.84	52.97±12.67	53.46±11.29	有时	85	51.53±8.98	49.19±8.84	50.27±9.81
F		1.738	2.478	0.914	经常	9	56.77±10.29	44.39±9.77	54.76±11.57
P		0.143	0.045	0.457	总是	4	56.67±10.36	35.83±8.29	44.14±8.51
护士层级/职务					F		8.301	5.632	1.204
临床护士	126	49.26±9.85	50.60±10.66	50.40±10.63	P		<0.001	<0.001	0.310
护理组长	71	49.80±10.16	50.18±9.00	49.22±9.39	所在医院是否有举办且参加过关于护士心理支持的活动或讲座				
专科护士	7	58.04±7.94	43.69±7.62	50.63±6.43	是,且参加过	90	51.71±10.73	47.79±10.10	50.59±10.17
护士长	6	58.42±6.71	42.59±2.81	50.11±7.82	是,但没参加过	73	49.65±8.51	50.40±9.61	49.38±10.12
F		3.268	2.226	0.217	否	47	47.26±10.24	53.61±9.46	49.83±9.63
P		0.022	0.086	0.885	F		3.182	5.559	0.304
					P		0.044	0.004	0.739

2.4 肿瘤科护士专业生活品质各维度与健康促进生活方式的相关性分析 本组肿瘤科护士健康促进生活方式总分为(60.00±14.21)分,处于中等水平;各维度得分分别为自我实现(15.90±4.14)分、运动保健(9.86±4.51)分、均衡饮食(6.90±2.36)分、职业安全(14.62±2.86)分、人际支持发展(12.72±4.08)分。

Pearson 相关分析结果显示,本组肿瘤科护士健康促进生活方式总分、自我实现、人际支持发展得分与共情满足得分呈中度正相关($r=0.508, 0.558, 0.420$,

均 $P<0.01$),运动保健、均衡饮食、职业安全得分与共情满足得分呈低度正相关($r=0.336, 0.272, 0.362$, 均 $P<0.01$);健康促进生活方式总分、自我实现、职业安全、人际支持发展得分与倦怠得分呈中度负相关($r=-0.564, -0.557, -0.442, -0.503$, 均 $P<0.01$),运动保健、均衡饮食得分与倦怠得分呈低度负相关($r=-0.345, -0.356$, 均 $P<0.01$);自我实现与二次创伤应激得分呈低度负相关($r=-0.143, P<0.05$)。见表 3。

表 3 肿瘤科护士专业生活品质各维度与健康促进生活方式的相关性分析 (n=210)

项目	共情满足		倦怠		二次创伤应激	
	r	p	r	p	r	p
健康促进生活方式总分	0.508	<0.001	-0.564	<0.001	-0.102	0.139
自我实现	0.558	<0.001	-0.557	<0.001	-0.143	0.039
运动保健	0.336	<0.001	-0.345	<0.001	0.033	0.637
均衡饮食	0.272	<0.001	-0.356	<0.001	-0.115	0.097
职业安全	0.362	<0.001	-0.442	<0.001	-0.133	0.054
人际支持发展	0.420	<0.001	-0.503	<0.001	-0.088	0.202

2.5 肿瘤科护士专业生活品质各维度影响因素的多元线性回归分析 分别以本组肿瘤科护士专业生活品质质量表中 3 个维度(共情满足、倦怠、二次创伤应激)得分作为因变量,以单因素分析及相关分析中有统计意义的 11 个变量(年龄、工作年限、护士层级/职务、是否愿意护理临终患者、是否分享护理临终患者的经历、所在医院是否有举办且参加过关于护士心理支持的活动或讲座、自我实现、运动保健、均衡饮食、职业安全、人际支持发展)为自变量,进行

多元线性回归分析。结果显示:自我实现、是否愿意护理临终患者、护士层级/职务是肿瘤科护士共情满足的主要影响因素($P<0.05$),共解释总变异的 42.0%;自我实现、人际支持发展、是否愿意护理临终患者、所在医院是否有举办关于护士心理支持活动或讲座是肿瘤科护士倦怠的主要影响因素($P<0.05$),共解释总变异的 37.8%;自我实现是肿瘤科护士二次创伤应激的主要影响因素($P<0.05$),解释总变异的 1.6%。见表 4。

表 4 肿瘤科护士专业生活品质各维度影响因素的多元线性回归 ($n=210$)

项目	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>P</i>
共情满足					
常数	17.325	2.881	-	6.014	<0.001
自我实现	1.191	0.132	0.493	8.995	<0.001
是否愿意护理临终患者	3.584	0.656	0.295	5.464	<0.001
护士层级/职务(以临床护士为参照)					
专科护士	8.269	2.972	0.149	2.782	0.006
护士长	8.379	3.287	0.140	2.549	0.012
倦怠					
常数	80.189	2.946	-	27.216	<0.001
自我实现	-0.943	0.175	-0.390	5.402	<0.001
人际支持发展	-0.489	0.178	-0.199	2.738	0.007
是否愿意护理临终患者	-2.141	0.675	-0.176	3.171	0.002
所在医院是否有举办且参加过关于心理支持活动或讲座(以否为参照)					
是,且参加过	-3.223	1.443	-0.160	2.234	0.027
二次创伤应激					
常数	55.483	2.724	-	20.366	<0.001
自我实现	-0.345	0.166	-0.143	2.709	0.039

注:共情满足, $R^2=0.445$, 调整后 $R^2=0.420$, $F=17.834$, $P<0.001$;倦怠, $R^2=0.393$, 调整后 $R^2=0.378$, $F=26.372$, $P<0.001$;二次创伤应激, $R^2=0.020$, 调整后 $R^2=0.016$, $F=4.324$, $P=0.039$;自变量赋值,自我实现、人际支持发展均以原始数值录入;是否愿意护理临终患者(非常不愿意=1,不愿意=2,一般=3,愿意=4,非常愿意=5);护士层级/职务[临床护士($Z_1=0$, $Z_2=0$, $Z_3=0$),护理组长($Z_1=1$, $Z_2=0$, $Z_3=0$),专科护士($Z_1=0$, $Z_2=1$, $Z_3=0$),护士长($Z_1=0$, $Z_2=0$, $Z_3=1$)];所在医院是否有举办且参加过关于心理支持活动或讲座[是且参加过($Z_1=1$, $Z_2=0$),是但没参加过($Z_1=0$, $Z_2=1$),否($Z_1=0$, $Z_2=0$)]

3 讨论

3.1 肿瘤科护士的共情满足水平较高,共情疲劳水平也较高,总体专业生活品质有待提高。共情满足是专业生活品质的积极方面,是指助人工作者对经历创伤压力和痛苦的人提供关怀照顾后获得的快乐和满足感,是在工作中得到的正性情绪^[4]。本研究结果显示,肿瘤科护士共情满足的原始分为(31.69±5.71)分,处于中高度共情满足水平的肿瘤科护士占80.0%,稍高于国内学者^[19-20]的研究,也高于韩国学者 Jang 等^[8]的研究,较为乐观,但低于美国学者 Kelly 等^[21]的研究。分析其中可能的原因:(1)与美国相比,中国护士人手短缺、工作时间长、工作负荷大^[22],容易使护士产生疲劳、精力不足、焦虑等身心症状,进而降低其共情满足水平;(2)本研究中调查的医院均为三级肿瘤专科医院,医疗技术和诊疗水平高,虽然目前大部分肿瘤患者仍无法完全治愈或最终死亡,但先进的技术和较高的诊疗水平可以较好地缓解患者的躯体症状和提高其生存质量,因此本研究中的肿瘤科护士在工作中获得较高的满足感,共情满足水平较高;(3)肿瘤科护士在与肿瘤患者相处的过程中,被患者与疾病抗争的坚强所感动,获得了个人成长和人生感悟等正性的情绪体验^[23];(4)本研究中40.0%的肿瘤科护士为护理组长、专科护士和护士长,业务水平强,也有更多的机会接受最新的肿瘤护理知识和技能的培训,个人成就感较高,因此共情满足水平也较高。

共情疲劳是专业生活品质的消极方面,是指助

人工作者对经历创伤压力和痛苦的人提供关怀照顾后出现的消极反应,由倦怠和二次创伤应激组成^[4]。倦怠是指助人工作者在工作中逐渐产生的沮丧、挫败感、愤怒、抑郁、精疲力竭等症状,是共情疲劳的一个组成部分。本研究结果显示,肿瘤科护士倦怠的原始分为(26.87±4.32)分,处于中高度倦怠水平的肿瘤科护士占77.7%,与既往的研究结果基本一致^[20,24]。分析原因可能与肿瘤科护士竭尽全力治疗和护理后仍无法完全缓解肿瘤患者的身心痛苦症状和挽救其生命而产生的挫败感有关,加上本研究中护士的夜班强度大,倦怠水平较高。

二次创伤应激是共情疲劳的另一个组成部分,是指与助人工作相关的、再次暴露于他人的创伤或痛苦经历所带来的负性体验,例如恐惧、入睡困难、避免回忆创伤经历等^[4]。本研究结果显示,肿瘤科护士二次创伤应激的原始分为(25.45±4.18)分,处于中高度二次创伤应激水平的肿瘤科护士占83.8%,较潘金金^[20]、田梅梅^[25]的研究严重,与 Jang 等^[8]、Hooper^[12]的研究结果基本一致,分析可能是与肿瘤科独特的工作环境和服务对象有关。肿瘤科护士长期、反复暴露于肿瘤患者的身心痛苦和死亡等创伤事件中,逐渐产生焦虑、抑郁、回避、崩溃等负性情绪,如果不能识别自身这种情绪的原因,或缺乏有效的应对方法,二次创伤应激水平会越来越高。

3.2 肿瘤科护士专业生活品质各维度的影响因素

3.2.1 自我实现、是否愿意护理临终患者、护士层级/职务是共情满足的影响因素。本研究结果显示,

自我实现、是否愿意护理临终患者、护士层级/职务对肿瘤科护士共情满足有影响($P<0.05$),共解释总变异的42.0%。自我实现是本组肿瘤科护士共情满足的主要影响因素($B=1.191, P<0.001$),即肿瘤科护士的自我实现越好,其共情满足水平越高,与Neville等^[9]的研究结果一致。自我实现是指个体为实现自我价值和人生目标的内在的成长,是马斯洛需要层次论的最高需要^[26],护士的自我实现主要表现在职称晋升、继续教育、发表论文、个人成就和前途等方面^[27]。分析原因:护士的自我实现越好,其生理健康、心理健康和社会功能健康结合的越好,会更加热爱生命,积极主动学习和工作,容易在工作中获得快乐和满足感,因此获得更高水平的共情满足。

愿意护理临终患者是本组肿瘤科护士共情满足的影响因素($B=3.584, P<0.001$),即肿瘤科护士护理临终患者的意愿越强烈,其共情满足水平越高。分析原因:愿意护理临终患者的肿瘤科护士能认识到临终护理工作的重要性,具有积极的职业价值观;职业价值观水平越高,越容易克服在工作中出现的问题,且在工作中会不断提升自己的专业水平和综合素质,进而提高自己的工作满足感^[28],在护理临终患者的过程中也能获得快乐,共情满足水平更高。Jang等^[8]的研究结果也显示,肿瘤科护士的职业化程度越高,其共情满足水平越高。

护士层级/职务是本组肿瘤科护士共情满足的影响因素,即以临床护士为参照,专科护士($B=8.269, P=0.006$)和护士长($B=8.379, P=0.012$)的共情满足水平更高。赵允兰等^[29]的研究结果也显示,护士长的共情满足水平高于临床护士,同时倦怠和二次创伤应激水平低于临床护士。分析原因:专科护士和护士长一般为高年资护士,人生阅历更为丰富,业务水平更高,沟通、理解及应对能力都会有所提高,多采用正向引导和自我控制等积极的应对方式,进而在护理临终患者的过程中态度更积极,有更高的共情满足水平。

3.2.2 自我实现、人际支持发展、是否愿意护理临终患者、所在医院是否有举办关于护士心理支持活动是倦怠的影响因素 本研究结果显示,自我实现、人际支持发展、是否愿意护理临终患者、所在医院是否有举办关于护士心理支持活动或讲座对肿瘤科护士倦怠有影响($P<0.05$),共解释总变异的37.8%。自我实现是本组肿瘤科护士倦怠的主要影响因素($B=-0.943, P<0.001$),即肿瘤科护士的自我实现越好,其倦怠水平越低,与Neville等^[9]的研究结果一致。分析原因:护士的自我实现越好,表明其工作会更加积极主动,

在工作过程中获得的积极体验多,成就感也较高,因此不容易产生倦怠情绪。

人际支持发展是本组肿瘤科护士倦怠的影响因素($B=-0.489, P=0.007$),即肿瘤科护士的人际支持发展越好,其倦怠水平越低。分析原因:护士的人际支持发展越好,其获得的社会支持越多,研究指出良好的社会支持能使护士加强与亲人、朋友、同事的关系,分享生活、工作中的正性事件和感受,与他们交流并诉说负性经历和体验,有利于心理压力的释放,降低护士的职业倦怠^[30-31]。

愿意护理临终患者是本组肿瘤科护士倦怠的影响因素($B=-2.141, P=0.002$),即肿瘤科护士护理临终患者的意愿越强烈,其倦怠水平越低。分析原因:愿意护理临终患者的肿瘤科护士能认识到为临终患者和家属提供全方位的照顾和支持、帮助他们保持最佳生活质量,是临终护理工作的重要内容,也是肿瘤科护士的职责,在工作中会主动学习临终护理的知识和技能,有良好的职业认同感和职业价值观,因此职业倦怠水平较低。Jang等^[8]的研究结果也显示,肿瘤科护士的职业化程度越高,其倦怠水平越低。

所在医院是否有举办且参与关于护士心理支持活动或讲座是本组肿瘤科护士倦怠的影响因素,即所在医院举办且参加过心理支持活动或讲座的肿瘤科护士($B=-3.223, P=0.027$),比所在医院没有举办过心理支持活动或讲座的肿瘤科护士的倦怠水平低。肖柳红等^[32]的研究也发现,心灵工作室能促进肿瘤科护士之间的心理支持,减轻她们面对创伤事件的负性情绪,增强心理调适能力。分析原因可能是肿瘤科护士可从心理支持的活动或讲座中获得压力管理、人际沟通、个人成长等知识和技巧,增强自身的心理弹性,因此倦怠水平低。

3.2.3 自我实现是二次创伤应激的影响因素 本研究结果显示,自我实现是肿瘤科护士二次创伤应激的影响因素($B=-0.345, P=0.039$),仅解释总变异的1.6%,与Neville等^[9]的研究结果基本一致。分析原因:护士的自我实现越好,表明其工作会更加积极主动,接受相关的专业培训更多,并在工作中不断进行总结,增强自身面对创伤事件的能力,因此二次创伤应激水平较低。

4 对策

建议护理管理者应关注肿瘤科护士的专业生活品质,使用科学的测评工具对其进行专业生活品质的测量,当发现其有共情疲劳的危险时,实施相应的干预策略,保持共情满足和共情疲劳的平衡,例如改

革绩效管理,提供更多的晋升、培训、进修等机会,提高护士的职业价值观和个人成就感;建立积极、健康、支持性的工作环境,采用“弹性排班”的方式,保证护理人力资源的配备,降低护士工作强度;鼓励护士积极参加各种社交活动、体育锻炼,培养广泛的兴趣爱好;定期向肿瘤科护士提供心理咨询,开展有效沟通技巧、压力管理、自我照护、增强人际支持发展等相关培训,引导护士及时识别自身负性情绪,使其从创伤体验中及时走出来,进而保持良好的专业生活品质。

5 本研究的不足

本研究尚存在一定的局限性,仅选取广州市3家肿瘤专科医院工作护士,代表性不足,且在资料调查中未加入工作环境因素和患者因素,有待今后研究扩大样本量,纳入更多因素进行分析,对肿瘤科护士的专业生活品质进行更全面的研究。

参 考 文 献

- [1] Joinson C. Coping with Compassion Fatigue[J]. *Nursing*, 1992, 22(4):118-121.
- [2] Figley CR. Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview[M]. New York: Brunner-Routledge, 1995:1-20.
- [3] Stamm BH. Measuring Compassion Satisfaction as well as Fatigue: Developmental History of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test[M]. New York: Brunner-Routledge, 2002.
- [4] Stamm BH. The ProQOL Manual: The Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction, Burnout & Compassion Fatigue/Secondary Trauma Scales[M]. Baltimore: Sidran Press, 2005:4-17.
- [5] Yoder EA. Compassion Fatigue in Nurses[J]. *Appl Nurs Res*, 2010, 23(4):191-197. DOI:10.1016/j.apnr.2008.09.003.
- [6] Kim K, Han Y, Kim JS. Korean Nurses' Ethical Dilemmas, Professional Values and Professional Quality of Life[J]. *Nurs Ethics*, 2015, 22(4):467-478. DOI:10.1177/0969733014538892.
- [7] Yu H, Jiang A, Shen J. Prevalence and Predictors of Compassion Fatigue, Burnout and Compassion Satisfaction among Oncology Nurses: A Cross-sectional Survey[J]. *Int J Nurs Stud*, 2016(57):28-38. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012.
- [8] Jang I, Kim Y, Kim K. Professionalism and Professional Quality of Life for Oncology Nurses[J]. *J Clin Nurs*, 2016, 25(19/20):2835-2845. DOI:10.1111/jocn.13330.
- [9] Neville K, Cole DA. The Relationships Among Health Promotion Behaviors, Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Nurses Practicing in a Community Medical Center[J]. *JONA*, 2013, 43(6):348-354. DOI:10.1097/NNA.0b013e3182942c23.
- [10] Pender NJ, Murdaugh L, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice[M], 5th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2006:37.
- [11] Stamm BH. ProQOL Test[EB/OL]. (2012-03-21)[2019-09-20]. http://www.proqol.org/ProQol_Test.html.
- [12] Hooper C, Craig J, Janvrin DR, et al. Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue among Emergency Nurses Compared with Nurses in Other Selected in Patient Specialties[J]. *J Emerg Nurs*, 2010, 36(5):420-427. DOI:10.1016/j.jen.2009.11.027.
- [13] 谢莹莹,曹姗姗,王艾红,等. 肿瘤内科护士共情疲劳与人格特征的相关性研究[J]. *护理学报*, 2018, 25(21):1-4. DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2018.21.001.
- [14] 郑杏,杨敏,高伟,等. 中文版护士专业生活品质量表的信度效度检测[J]. *护理学杂志*, 2013, 28(5):13-15. DOI:10.3870/hlxz.2013.05.013.
- [15] Walker SN, Sechrist K, Pender NJ. The Health-promoting Lifestyle Profile II[R]. Omaha: University of Nebraska Medical Center, College of Nursing, 1995.
- [16] 黄毓华,丘启润. 健康促进生活型态量表信效度之评估[J]. *高雄医学科学杂志*, 1996, 12(2):529-537.
- [17] 宋素真,黄瑞美,林丽英. 临床护士与实习护生健康促进生活型态及相关因素之探讨[J]. *荣总护理*, 2001, 18(2):147-158.
- [18] 洪静芳,李峥. 临床实习护生健康促进生活方式及相关因素的研究[J]. *中华护理杂志*, 2008, 42(2):103-107.
- [19] 高娟. 护士专业生活品质、心理资本与工作投入的关系[D]. 济南:山东大学, 2016.
- [20] 潘金金,魏丽丽,孙黎惠,等. ICU 护士专业生活品质与组织支持感的相关性研究[J]. *中国护理管理*, 2018, 18(9):1208-1212. DOI:10.3969/j.issn.1672-1756.2018.09.012.
- [21] Kelly L, Runge J, Spencer C. Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Acute Care Nurses[J]. *J Nurs Scholarsh*, 2015, 47(6):522-528. DOI:10.1111/jnu.12162.
- [22] 徐莹,唐昌敏. 我国护理人员发展规模与配置现状研究[J]. *管理观察*, 2017(23):152-154.
- [23] 沈洁,陆箴琦,姜安丽. 肿瘤护理人员职业情感体验的质性研究[J]. *解放军护理杂志*, 2013, 30(1):5-8. DOI:10.3969/j.issn.1008-9993.2013.01.002.
- [24] 刘巧梅,王媛媛,谭开宇,等. 肿瘤科护士共情疲劳现状及其影响因素研究[J]. *中国护理管理*, 2016, 16(5):614-620. DOI:10.3969/j.issn.1672-1756.2016.05.011.
- [25] 田梅梅,范霖,施雁,等. 临床护士共情疲劳的现状及其影响因素分析[J]. *中华护理杂志*, 2018, 53(1):76-82. DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2018.01.014.
- [26] 胡家祥. 马斯洛需要层次论的多维解读[J]. *哲学研究*, 2015(8):104-108.
- [27] 王庆玲,余丽君. 北京市11家医院合同制护士生存现状调查[J]. *护理学报*, 2009, 16(2A):24-26. DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2009.03.018.
- [28] 徐娜,张永爱,张晓娜,等. 1640名陕西省综合医院护士职业满意度现状及影响因素分析[J]. *护理学报*, 2019, 26(16):46-51. DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2019.16.046.
- [29] 赵允兰,胡晓莹. 护士同情心疲乏的现状及相关因素调查[J]. *医学与哲学*, 2013, 34(2B):75-78.
- [30] Yom YH, Kim HJ. Effects of Compassion Satisfaction and Social Support in the Relationship Between Compassion Fatigue and Burnout in Hospital Nurses[J]. *J Korean Acad Nurs*, 2012, 42(6):870-878. DOI:10.4040/jkan.2012.42.6.870.
- [31] 刘雯,康晓菲,方跃艳,等. 116名生殖科护士职业倦怠现状及影响因素分析[J]. *护理学报*, 2018, 25(3):46-49. DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2018.03.046.
- [32] 肖柳红,黄敏清,宋文强. 心灵工作室在肿瘤科护士面对患者死亡所致负性情绪中的应用[J]. *中国护理管理*, 2013, 13(6):105-119. DOI:10.3969/j.issn.1672-1756.2013.06.036.

[本文编辑:王影]