

护理园地

三级医院护理管理者对不良事件第二受害者态度调查分析

孙 思,熊小燕

【摘要】 目的 调查三级医院护理管理者对护理不良事件中第二受害者的态度,分析其态度的影响因素,为构建组织支持提供建议。**方法** 便利抽取 2018 年 12 月-2021 年 12 月在南京某三甲医院工作的护士长,采用一般资料问卷、不良事件特征问卷、护理管理者对第二受害者态度问卷进行调查。**结果** 33%护理管理者认为不良事件发生的主要因素是护士原因,23.7%护理管理者认为护士应承担不良事件的全部责任,52.8%护理管理者在发生不良事件后给予护士经济处罚,29.2%护理管理者在发生不良事件后对护士给予相关支持。Logistic 回归分析显示,护理管理者职称、科室、任职年限、不良事件级别、类型是影响态度的独立因素($P<0.05$)。**结论** 护理管理者对不良事件中的第二受害者的态度组织支持较少、第二受害者承担责任和经济惩罚较多,态度的影响因素较多,建议针对相关因素采取干预措施,建立有效的组织支持策略。

【关键词】 不良事件;第二受害者;护理管理研究;患者安全

【中图分类号】 R47

【文献标志码】 B

【文章编号】 1672-271X(2023)02-0198-03

【DOI】 10.3969/j.issn.1672-271X.2023.02.019

0 引 言

护理不良事件是指护理过程中发生、不在计划中且通常不希望发生的事件^[1],经历护理不良事件的患者称为第一受害者,护士在过程中受到了不良事件相关的创伤和影响,称为第二受害者^[2]。近年来,第二受害者经历和体验逐渐受到国内外学者关注,据报道 10%~84%护理人员有过关于不良事件的创伤体验^[3],不良事件导致护理人员产生恐惧、焦虑、抑郁、耻辱感等心理方面负性体验,严重影响护理人员的工作状态和护理质量。护理管理者是护理人员组织支持中的重要角色,本文旨在通过调查护理管理者对不良事件中第二受害者的态度及影响因素,以期护理不良事件的第二受害者的组织支持构建提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 研究对象 采用便利抽样法,选取 2018 年 12 月-2021 年 12 月在南京某三甲医院工作的护理管理者。纳入标准:①从事临床护理管理工作一年以上病区护士长;②科室发生过不良事件;③签署知情同意书。排除标准:①研究期间休病产假的病区

护士长;②代理或进修的护士长。

1.2 研究工具 ①一般资料问卷,研究者自行设计,包括护理管理者的年龄、性别、学历、职称、工作年限、护理管理年限、科室等;②不良事件特征问卷,参考医院护理不良事件上报单由研究者自行设计,包括发生不良事件科室、床号、患者姓名、住院号、患者年龄、诊断、发生日期、发生地点、不良事件级别、对患者造成伤害分级、不良事件类型、第二受害者(护士)的相关信息(姓名、工作年限)等;③护理管理者对第二受害者态度问卷,通过文献回顾进行问卷设计,经过护理管理、临床护理、统计等 6 名专家 2 轮函询确定问卷,问卷包含 4 个条目,每个条目包括 3~4 个选项,由护理管理者单选作答。本次研究选取 29 名护理管理者进行预实验,测得问卷内容效度指数为 0.912, Cronbach's α 系数为 0.823。

1.3 资料收集 方法课题组对调查员进行统一培训,理解调查问卷中条目的内涵,调查员通过考核后 2018 年 12 月-2021 年 12 月参加各个科室每月集中护理不良事件讨论,在每例不良事件讨论后向科室护士长解释调查的目的并征得其知情同意,护士长当场填写问卷,如果不良事件者第二受害者被调查过,自动排除,问卷当场收回,此次调查共发放问卷 500 份,回收 494 份,问卷回收率 98.8%。

1.4 统计学分析 双人核对录入数据,采用 SPSS 19.0 对一般资料进行描述性分析,计量资料采用均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,计数资料采用频数、百分比

基金项目:江苏省卫生职业院校文化建设课题(JCH202034)

作者单位:210006 南京,南京医科大学附属南京医院(南京市第一医院)护理部(孙 思、熊小燕)

通信作者:熊小燕, E-mail: 15366110123@163.com

描述;护理管理者对第二受害者态度单因素分析采用卡方检验,多因素分析采用 Logistic 回归分析,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结 果

2.1 护理管理者一般资料 此次共调查护士长 494 人次,年龄 33~51(41.95±4.929)岁;工作年限 9~33(21.02±6.565)年;护理管理年限 2~29(8.74±5.878)年;其中男性 7 人次(1.4%),女性 487 人次(98.4%);文化程度:本科 459 人次(92.7%),硕士 35 人次(7.1%);职称:护师 46 人次(9.3%),主管护师 252 人次(50.9%),副主任护师 181 人次(36.6%),主任护师 15 人次(3%);科室:内科 217 人次(43.8%),外科 202 人次(40.8%),其他科室 75 人次(15.2%)。

2.2 不良事件特征资料 本次研究共调查 494 例不良事件,类型包括:核对错误 114 例(23.08%),跌倒 119 例(24.09%),院内压力性损伤 75 例(15.18%),非计划性拔管 122 例(22.67%),其他类型 64 例(12.96%);不良事件分级:Ⅲ级 447 例(90.49%),Ⅳ级 30 例(6.07%),不定级 17 例(3.44%)。第二受害者共 494 名,工作年限 0~37(7.96±5.918)年,0~10 年 352 名(71.25%),11~20 年 121 名(24.49%),>20 年 21 名(4.25%)。

2.3 护理管理者对第二受害者态度 33%护理管理者认为不良事件发生的主要因素是护士原因,23.7%护理管理者认为护士应承担不良事件的全部责任,52.8%护理管理者在发生不良事件后给予护士经济处罚,29.2%护理管理者在发生不良事件后对护士给予相关支持。见表 1。

表 1 护理管理者对第二受害者态度分析

条目	统计值[n(%)]
护士为不良事件发生的主要原因	
是	163(33.0)
否	331(67.0)
护士在不良事件中的责任	
无	91(18.4)
部分	286(57.9)
全部	117(23.7)
发生不良事件对护士惩罚	
无	233(47.2)
<50 元	23(4.7)
50~200 元	179(36.2)
>200 元	59(11.9)
不良事件后对护士的相关支持	
无	350(70.8)
改进流程	28(5.7)
改善环境	43(8.7)
给予关心和培训	73(14.8)

2.4 护理管理者对第二受害者态度多因素分析

以护理管理者认为护士是否为不良事件主要原因、护理管理者认为不良事件护士是否有责任、护理管理者认为发生不良事件后是否应对护士进行经济惩罚、护理管理者认为发生不良事件后是否应给予护士相关支持为因变量,以单因素分析有统计学意义的资料为自变量,对自变量进行赋值,以($a_{\text{入}}=0.05, a_{\text{出}}=0.10$)进行 Logistic 回归分析。护理管理者对第二受害者态度多因素分析结果见表 2-表 5。

表 2 护士是否为不良事件发生主要原因多因素分析

因素	β	SE	Wald	P 值	OR 值	95%CI
护理管理者科室	0.087	0.400	0.047	0.828	1.091	0.498~2.390
护理管理者职称	1.164	0.821	9.696	0.002	5.902	3.821~6.752
护理管理者任职年限	0.914	0.711	9.485	0.002	2.494	1.394~4.460
不良事件级别	1.073	0.853	3.946	0.047	2.924	1.027~4.235
不良事件类型	1.745	0.410	18.135	0.000	5.723	1.564~8.775
第二受害者工作年限	0.131	0.236	0.309	0.579	0.887	0.552~1.394

表 3 不良事件护士是否有责任多因素分析

因素	β	SE	Wald	P 值	OR 值	95%CI
护理管理者职称	1.547	0.932	7.467	0.006	2.770	2.055~3.435
护理管理者任职年限	0.284	0.316	0.805	0.37	1.328	0.715~2.467
不良事件级别	1.553	0.761	4.16	0.041	1.724	1.062~2.721
不良事件类型	1.314	0.986	6.112	0.013	2.447	1.657~3.064

表 4 不良事件后是否应对护士进行经济惩罚多因素分析

因素	β	SE	Wald	P 值	OR 值	95%CI
护理管理者科室	0.165	0.351	0.221	0.638	0.848	0.426~1.686
护理管理者学历	0.788	0.464	2.89	0.089	0.455	0.183~1.128
护理管理者性别	0.552	0.787	0.491	0.483	1.136	0.371~2.711
护理管理者职称	0.808	0.731	1.222	0.269	1.244	0.535~2.405
不良事件级别	1.952	0.793	8.991	0.003	3.795	2.280~5.120
不良事件类型	1.397	0.418	11.146	0.001	4.042	1.780~7.176

表 5 不良事件后是否应给予护士相关支持多因素分析

因素	β	SE	Wald	P 值	OR 值	95%CI
护理管理者科室	1.08	0.307	12.397	0.000	2.946	1.614~5.375
不良事件级别	0.602	0.544	1.227	0.268	0.549	0.189~1.590
不良事件类型	0.616	0.353	8.046	0.008	1.851	0.927~3.697

3 讨 论

3.1 护理管理者对第二受害者是否为不良事件发生主要原因态度 由本次调查结果可知,33%护理管理者认为不良事件发生的主要因素是护士原因。由多因素分析结果可知护理管理者科室、职称、任职年限、不良事件级别、不良事件类型是影响护理管理者对不良事件发生原因态度的独立因素。

护理管理者职称越高,认为护士是不良事件发生主要原因的比例越高,与吕永利等^[4]研究结果相似,部分护理管理者认为是因为护理人员未严格执行制度流程导致不良事件发生。近年来非惩罚性护理不良事件上报及管理逐渐受到大家关注,部分护理管理者转变思想,在不良事件讨论分析中从环境、制度等方面思考原因,通过改善环境和修订制度流程等来降低不良事件发生率。科室护士长是第二受害者组织支持的关键,第二受害者被护理管理者认为是不良事件发生的主要原因,承受较大的心理压力,且容易产生职业倦怠^[5]。

3.2 护理管理者对第二受害者是否有责任态度

23.7%护理管理者认为护士应承担不良事件的全部责任,多因素分析结果护理管理者职称、不良事件类型和不良事件级别是影响护理管理者对第二受害者应承担责任的独立因素。不良事件发生时情况环环相扣,护理人员是执行医嘱和护理操作的最后一步,是接触患者及家属最多的医务人员,如未发现问题,将直接导致不良事件发生。护理管理者将不良事件定责为第二受害者,第二受害者承担心理困扰较大^[6],在核对错误类型不良事件原因分析中,护士按照操作流程和严格执行查对核心制度可大大减少此类不良事件发生。

3.3 护理管理者对第二受害者的经济惩罚态度

此次研究结果显示,52.8%护理管理者认为应对第二受害者给予经济惩罚,50~200 元的经济惩罚比例最高(36.2%)。不良事件类型和级别是影响护理管理者是否对第二受害者经济惩罚态度独立因素。护理管理者认为第二受害者由于违反操作流程导致核对错误不良事件发生,对第二受害者给予一定经济处罚,能使护理人员增强记忆,对其他护士有一定警示作用^[4],目前国内外对不良事件推崇无惩罚性文化^[7],建立“支持性”安全文化^[8],这有利于降低第二受害者发生率,减少护理人员的职业倦怠感,提升护理服务质量,从而保障患者安全。

3.4 护理管理者对第二受害者的支持态度 第二受害者得到护理管理者相关支持较少,本研究结果显示仅有 29.2%护理管理者在不良事件发生后给予第二受害者改进流程、改善环境、给予关心培训支持。国内护理管理者对第二受害者了解较少,不良事件发生后主要关注点还是在患者和家属,常常忽略护士的不良体验。与国外研究结果显示,70%第二受害者认为没有得到来自管理者和机构的相关支持^[9]。陈贵儒等^[10]研究结果也说明国内第二

受害者得到上级支持得分最低。多因素分析结果显示护理管理者所在科室、不良事件类型是影响护理管理者对第二受害者支持的独立因素,对于第二受害者而言,发生不良事件后希望得到同事的安慰,尤其是科室护士长,作为护理人员的前辈和上级,给予第二受害者相关支持能减少负罪感和营造良好的科室氛围。

护理管理者对第二受害者的关注较少,不良事件发生后主要关注点是患者,对护理人员往往是批评教育,甚至给予一定的经济处罚。护理人员作为不良事件中的第二受害者得到的组织支持较少,根据本次调查研究结果,对核对错误等重点不良事件类型的第二受害者加强关注,护理管理者增加第二受害者相关知识培训,借鉴国内外的研究经验,增加护理管理者对第二受害者的组织支持,减少第二受害者的责备和处罚。本研究数据均来自 1 家三甲医院,具有一定的局限性,下一步应扩大研究面,并探讨适合我国国情的组织支持方案。

【参考文献】

- [1] Wagner LM, Castle NG, Handler SM. Use of HIT for adverse event reporting in nursing homes: barriers and facilitators [J]. *Geriatr Nurs*, 2013, 34(2):112-115.
- [2] Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, 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] Coughlan B, Powell D, Higgins MF. The second victim: a review [J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2017, 213:11-16.
- [4] 吕永利,王培红,李沙沙,等.护理管理者对护理不良事件中第二受害者态度的质性研究[J]. *中华护理杂志*, 2019, 54(8):1210-1214.
- [5] 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.
- [6] 陈娇娇,杨巧,赵庆华.患者安全事件中护士作为第二受害者的经历与支持现状[J]. *中华护理杂志*, 2020, 55(6):894-899.
- [7] 成守珍,黄天雯,蔡金辉,等.非惩罚性医院护理安全文化建设[J]. *中国护理管理* 2018, 18(10):1304-1307.
- [8] 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, 5(27):79-82.
- [9] Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, et al. The Aftermath of Adverse Events in Spanish Primary Care and Hospital Health Professionals [J]. *BMC Health Serv Res*, 2015, 15:151.
- [10] 陈贵儒,孙慧敏,黄蓉蓉,等.护士第二受害者支持现状及与医院患者安全文化的关系研究[J]. *护理学杂志*, 2020, 35(2):4-8.

(收稿日期:2023-02-13; 修回日期:2023-03-12)

(责任编辑:刘玉巧)