

• 调查报告 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.33.025

# 癌症患者自杀事件影响肿瘤科护士心理应激状况的调查分析\*

边志衡, 田海英, 李俊青, 刘小庆

(第三军医大学西南医院肿瘤科, 重庆 400038)

**[摘要]** **目的** 调查肿瘤患者自杀事件对病区护士的心理影响,探讨有针对性的干预措施。**方法** 采用 Zung 氏焦虑自评量表(SAS)和自制的问卷调查表对肿瘤科 41 名护士进行调查,对所得数据进行分析。**结果** 患者自杀事件发生后的前 3 d,肿瘤科直接面对自杀事件的护士 SAS 评分为(63.30±9.21)分,与国内健康人群常模及国内护士常模 SAS 均分比较差异有统计学意义( $P<0.05$ );自杀事件发生后的 4 周内,护士群体的个人生活和工作状态受到明显影响,精神应激体验严重。**结论** 护理管理层应充分认识自杀事件发生对一线护士可能造成的心理影响,建立针对性强的心理干预机制,尽早对护士(特别是直接面对自杀事件的护士)实施心理干预,使护士身心处于最佳状态,保证护理队伍的稳定性。

**[关键词]** 肿瘤科护士;患者自杀事件;心理应激

**[中图分类号]** R473.1

**[文献标识码]** A

**[文章编号]** 1671-8348(2015)33-4683-03

## Stress reaction investigation and analysis on oncology nurse who suffered from the patients' suicide events\*

Bian Zhiheng, Tian Haiying, Li Junqing, Liu Xiaoqing

(Department of Oncology, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

**[Abstract]** **Objective** To investigate how patients' suicide events affects the nurses psychologically, and seeking for the proper intervention when it happens. **Methods** Using the Zung self-evaluating forms(SAS) and self-made questionnaire to investigate 41 oncology nurse and analyze the data. **Results** Three days after the patients' suicide events, the nurses' SAS score was (63.30±9.21), which was prominently different from the average score of nurses who did not face incidents like this( $P<0.05$ ); during the following four weeks, the nurses' working state and personal life experience was hugely influenced, experience of mental stress were severe. **Conclusion** The management should realize that the impact, which was caused by these incidents that the patients committed suicide, would render psychological damage to the nurses. Therefore, it is necessary to build up an intervention system to prevent the nurses from suffering psychological problems.

**[Key words]** oncology nurse; patients' suicide events; psychological stress

癌症患者是自杀的高危群体,有资料显示癌症患者自杀死亡率为 1%~25%<sup>[1]</sup>,其自杀的危險度高出常人 1.3~2.8 倍。患者自杀事件不仅给家属带来极大的痛苦,同样会给病房工作人员带来各种应激性创伤<sup>[2]</sup>。临床一线护士由于年龄相对较轻、与患者接触密切、经验不足、社会支持缺乏,易受到患者自杀事件的不良影响。以往关于护士职业应激方面的研究较多,但对于住院患者自杀这类特殊事件所造成的职业性创伤报道却不多;关于肿瘤患者自杀原因及护理干预的研究较多,但对于肿瘤患者自杀事件对病区护士的心理影响却鲜有报道。为了解肿瘤科住院患者自杀事件对一线护士的影响,有针对性地探讨可能的干预措施,减少职业性创伤,并促进护理队伍人力资源的保护,作者于 2010 年 12 月至 2013 年 12 月对本院 41 名肿瘤科一线护士进行肿瘤患者自杀或自杀未遂事件及其影响的相关调查,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本组受调查护士 41 名,均为女性,年龄 19~37 岁,从事肿瘤科护理工作 1~17 年。受教育程度:本科 16 名,大专 25 名。婚姻状况:已婚 15 名,未婚 26 名。职称:中级职称 9 名,初级职称 32 名。2010 年 12 月至 2013 年 12 月本院

肿瘤科共发生患者自杀事件 6 例,其中跳楼自杀死亡 2 例,自杀未遂 4 例,41 名受调查护士中直接面对自杀事件的当班护士(以下称直接护士)8 名,间接面对自杀事件的病区其他护士(以下称间接护士)33 名。

**1.2 方法** 在患者自杀事件发生后 3 d 内、2 周后、4 周后、8 周后和 10 周后分别向肿瘤科护士发放 Zung 氏焦虑自评量表(SAS),用以调查自杀事件发生时护士焦虑的发生情况及随时间延长焦虑的变化情况,并于自杀事件发生后 3 d 内、2 周后、4 周后发放自制的问卷调查表,用以调查自杀事件对护士个人生活及工作状态的影响;同时,对从未经历过自杀事件且刚进入医院开始临床实习的 40 名护生发放 SAS 作对照。自制的问卷包括两部分(第一部分是受调查者的一般情况,如年龄、婚姻状况、受教育程度、工作年限等,另外还包括是否是直接护士,是否是间接护士;第二部分则是询问受调查者对有关自杀事件的感受,即对个人生活及工作状态的影响),调查问卷采用无记名调查方式,统一指导语和填写方法,由调查员统一发放、收回。共发出问卷 528 份,回收有效问卷 521 份,有效应答率 98.7%。问卷信度和效度分别为 0.83、0.82。所得资料用统计学方法处理。

\* 基金项目:2013 年度第三军医大学西南医院护理科技创新基金课题(SWH2013HL02)。 作者简介:边志衡(1974—),主管护师,本科,主要从事肿瘤临床护理工作。

**1.3 评价方法** SAS有20个条目,应用1~4级评分法,标准的临界值为50分,其中50~59分为轻度焦虑,60~69分为中度焦虑,大于69分为重度焦虑;自制问卷根据被调查者的主观感受将个人生活所受影响分为无影响、明显影响(情绪悲伤,常回忆患者自杀事件,注意力不集中)、巨大影响(自我怀疑,睡眠紊乱,食欲下降,疲倦不堪等);工作所受影响亦分为无影响、明显影响(上班焦虑,设法回避有自杀风险的患者),巨大影响(易激惹,工作压力大,和患者保持距离,且盼望调换工作,离职等)。

**1.4 统计学处理** 资料经核对整理后编码录入计算机,用SPSS13.0统计软件包作为数据分析工具,采用 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 直接或间接护士焦虑的发生情况** 患者发生自杀事件后前3d,直接护士SAS评分( $63.30 \pm 9.21$ )分明显高于国内健康人群常模( $29.78 \pm 0.98$ )分( $P < 0.01$ )及国内护士常模<sup>[3]</sup>( $46.59 \pm 10.26$ )分( $P < 0.05$ ),其中直接护士焦虑的发生率达到87.5%。患者自杀事件致使直接或间接护士出现不同程度的焦虑,其中自杀事件发生2周后间接护士焦虑状况逐渐恢复正常,而直接护士则需要4周的时间才能恢复常态,但随着时间的推移,护士的焦虑状态会逐渐好转直至恢复正常状态。见

表1、图1。

**2.2 患者自杀事件后护士出现的应激反应调查** 见表2。

表1 护士焦虑的发生情况比较

组别	n	SAS ( $\bar{x} \pm s$ ,分)	无焦虑 [n(%)]	焦虑[n(%)]		
				轻度	中度	重度
直接护士	8					
3 d内		63.30±9.21	1(12.5)	4(50.0)	2(25)	1(12.5)
2周后		59.17±10.13	5(62.5)	1(12.5)	2(25)	0
4周后		50.29±8.16	6(6.8)	2(25.0)	0	0
6周后		49.71±8.07	7(87.5)	1(12.5)	0	0
8周后		49.06±12.10	7(87.5)	1(12.5)	0	0
10周后		48.90±10.54	7(87.5)	1(12.5)	0	0
间接护士	33					
3 d内		57.75±11.03	24(75.8)	7(21.2)	2(6.1)	0
2周后		50.06±10.15	29(90.9)	3(9.1)	1(3.0)	0
4周后		49.57±10.92	30(90.9)	2(6.1)	1(3.0)	0
6周后		47.56±11.07	31(93.9)	2(6.1)	0	0
8周后		46.15±10.67	31(93.9)	2(6.1)	0	0
10周后		47.66±12.49	31(93.9)	2(6.1)	0	0
护士	40	27.18±10.93	—	—	—	—

—:此项无数据。

表2 患者自杀事件后护士出现的应激反应调查[n(%)]

项目	直接护士(n=8)			间接护士(n=33)		
	3 d内	2周后	4周后	3 d内	2周后	4周后
个人生活						
失眠或入睡困难	7(87.5)	2(25.0)	1(12.5)	5(15.1)	2(6.1)	2(6.1)
内疚、易伤感	5(62.5)	3(37.5)	1(12.5)	0	0	0
噩梦	3(37.5)	1(12.5)	0	1(3.0)	1(3.0)	0
食欲下降、疲倦	3(37.5)	1(25.0)	0	0	0	0
易怒	4(50.0)	0	0	0	0	0
对周围事物提不起兴趣	5(62.5)	1(12.5)	1(12.5)	0	0	0
头晕、头痛	2(25.0)	1(12.5)	0	0	0	0
心慌、气短、胸闷	1(12.5)	1(12.5)	0	0	0	0
易哭泣	0	0	0	0	0	0
工作状态						
尽量回避有自杀风险的患者	4(50.0)	2(25.0)	1(12.5)	9(27.2)	2(6.1)	2(6.1)
不愿到病房或发生自杀事件的区域	7(87.5)	2(25.0)	1(12.5)	6(18.2)	2(6.1)	0
工作压力大	7(87.5)	2(25.0)	1(12.5)	10(30.3)	5(15.1)	3(9.1)
与患者保持距离	4(50.0)	2(25.0)	0	5(15.1)	3(9.1)	1(3.0)
注意力不集中	2(25.0)	1(12.5)	0	0	0	0
希望调换科室或离职	1(12.5)	1(12.5)	1(12.5)	0	0	0

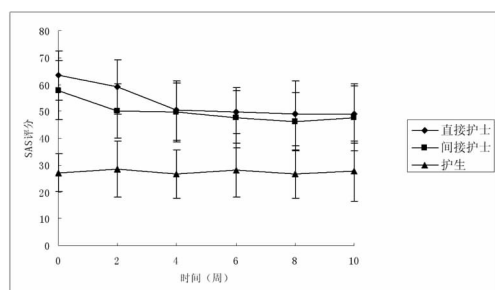


图1 自杀事件对护士远期与近期影响

## 3 讨论

**3.1 患者自杀事件对肿瘤科护士的影响** 肿瘤科护士是一个特殊的群体,由于面对的是病情危重、痛苦呻吟、情绪低落的肿瘤患者,同时又要经常经历危重症抢救、生离死别的场景,以往的量性研究结果显示<sup>[4-6]</sup>,肿瘤科护士是高压人群,普遍存在不同程度的焦虑与抑郁等心理问题<sup>[7]</sup>,而经历患者自杀事件后,肿瘤科护士焦虑发生率为39.0%,直接面对自杀事件的护士SAS评分为( $63.30 \pm 9.21$ )分,明显高于健康人群和国内护士的测试结果<sup>[2]</sup>。

焦虑是基本的人类感情,是与认知、躯体、情感和行为相结合的一种心理和生理状态,通常与不安、恐惧或担忧相关<sup>[8]</sup>,并且伴有身体不适感、植物神经功能障碍<sup>[9]</sup>。本文 6 例自杀事件中有 4 例是发生在凌晨 2:00~5:00 点,并且有 2 例是选择跳楼死亡,护士在发现患者未在病房时通常要立即四处寻找,发现患者跳楼时,要独自或与值班医师一起到达现场辨认患者,而后要进行现场紧急救治或判断患者是否已经死亡,现场的惨烈场景通常会给医护人员造成异常强烈的感官刺激,而这种刺激是常人不能想象的。本研究尽管样本量较少,但不难看出患者自杀事件对护士生活和工作状态所造成的不良影响,特别是直接护士焦虑的发生率高达 87.5%,对所面临过的自杀事件在一定时间内挥之不去,遭受的心理创伤表现为各种应激反应如抑郁、焦虑甚至出现创伤后应激障碍症状,如脑海中总是出现患者自杀现场的惨状,脱离工作环境后仍然回想上班时发生的事情,在上班时则设法回避有自杀倾向的患者等。而病房内的其他护士也可能由于与患者接触密切出现同样的心理应激反应,这时候如果缺乏及时的心理支持或疏导,就会出现不同程度的心理应激障碍,从而严重影响个人生活和工作状态,最终则直接影响到癌症患者的护理质量及护理人力资源的稳定性。

调查结果还显示,自杀事件发生后的前 3 d,护士精神应激体验最为严重,2~4 周后可恢复至常态,提示管理者应尽早给予心理干预。由于自杀事件发生的 4 周内,护士群体的个人生活和工作状态都会经历一段相对脆弱的时期,那些对于批评性的言语尤其敏感,护士长等管理层在调查询问的过程中应着眼于通过支持鼓励的方式,让护士知道,癌症患者是自杀的高危人群,晚期癌症患者所选择的自杀行动实际上是他们对于患病过程中痛苦体验的逃避<sup>[10]</sup>,护士并不是在任何时候都能够预防自杀发生的,在发生患者自杀事件后,护士所出现的强烈情绪反应如自责、羞耻、恐惧和悲伤等都是可以理解的正常反应。通过适当的方式、方法,尽可能减轻病房护士群体的创伤,使该群体尽快恢复到正常的工作运转状态。对个别应激反应明显的护士,护士长可根据情况让护士短期放假,使之暂时脱离事件发生的场所,减少来自各方面的刺激,以帮助护士尽快恢复正常状态,同时也保证了护理安全。

**3.2 肿瘤科护士心理危机干预机制** 在经历过患者自杀事件的护士当中,31 名(75.6%)反映她们在这类突发事件之后明显地不知所措,并希望在应对职业应激方面得到心理专家的指导。然而目前国内针对护士的心理危机干预却普遍缺乏,要改变这一状况,可考虑从以下方面着手。

**3.2.1 提高护理管理层对职业性创伤的重视程度** 有研究表明,社会支持与焦虑呈负相关,即社会支持越低,焦虑程度越高<sup>[11]</sup>。上级支持是社会支持的一部分,上级支持也是影响护士焦虑的主要因素,上级支持越高,护士的焦虑程度越低<sup>[12]</sup>。护理管理层要重视一线护士的身心健康,充分认识开展心理危机干预可以及时减少护士队伍的职业性创伤,进而改善护士队伍的工作状态。

**3.2.2 建立护士心理健康干预机制** Joyce 等<sup>[13]</sup>的研究显示,护士都认为在患者自杀事件后对他们本人及同事开展正规的心理危机干预非常必要。因此,可建立针对一线护士完善的

危机干预机制,包括一支专门的队伍,如严重事件支持小组、心灵绿洲中心等。由接受过专业培训的人员在事件发生后尽早对护士进行心理干预,一对一倾听护士面对的各种烦恼经历,引导找出解决办法;对于护士面对患者自杀死亡这类重大事件,可由临床心理专家及时介入并进行心理危机干预,必要时随访一段时间。在平时也可以有针对性地开展心理健康讲座或心理咨询服务,特别是对较低年资护士进行有关培训,使一线护士提高专业技能并掌握有效的自我心理防护,避免护士因日常工作环境中的应激累加,最终发展成心理危机。

综上所述,肿瘤科住院患者自杀事件对一线护士的个人生活和工作状态均会造成严重的影响,护理管理层应充分认识这类事件发生对一线护士(特别是直接面对自杀事件的护士)可能造成的心理影响,应建立具有良好可操作性、针对性强的心理干预机制,并尽早实施心理干预。同时干预机制不应仅限于针对肿瘤科护士群体或患者自杀这类特殊事件,对于其他护士群体在工作中可能面对的各类突发事件或日常工作中的累积性应激,这一心理干预机制也能减少损害,使护士身心处于最佳状态,保证护理队伍的稳定性。

## 参考文献

- [1] 黄丽,罗健.肿瘤心理治疗[M].北京:人民出版社,2000:196-199.
- [2] 曾莉,胡德英,刘义兰,等.经历患者自杀事件护士的心理干预[J].护理学杂志,2014,29(15):78-80.
- [3] 徐立萍,董媛侠,任春荣.护理人群中焦虑状况调查和分析[J].中华现代临床护理学杂志,2008,3(6):554-556.
- [4] 陈向明.质的研究方法与社会科学研究[M].北京:教育科学出版社,2000:277-307.
- [5] 鲁萍.肿瘤科护士工作压力源及相关因素的分析[J].护理研究,2007,21(4):1057-1058.
- [6] 于壮,杨海芹,刘春文.肿瘤科护士心理压力状况及应对方式调查[J].护理研究,2007,21(8):2088-2089.
- [7] 张晓楠.肿瘤科护士焦虑与抑郁状况的调查分析[J].解放军护理杂志,2005,22(6):29-31.
- [8] Gao YQ, Pan BC, Sun W, et al. Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study[J]. BMC Psychiatry, 2012, 12: 141.
- [9] 由娜,康博,尚鑫.护士焦虑状态及其相关因素的调查分析[J].中国实用护理杂志,2012,28(18):21-24.
- [10] 刘长梅,尚咏梅,焦春红,等.论死亡的尊严与权利[J].医学与哲学,2014,35(3A):20-22.
- [11] 张明园.精神科定量手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,1993:38-41.
- [12] 李冬梅,孟萍,谢明,等.护士焦虑及与职业紧张关系[J].中国公共卫生,2013,29(4):586-587.
- [13] Joyce B, Wallbridge H. Effects of suicidal behavior on a psychiatric unit nursing team[J]. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv, 2003, 41(3): 14-23.