

· 论 著 ·

护理 SARS 病人真实体验的质性研究

钟佩雯 孙淑冰 钟慧仪 汪国成

【摘要】 目的 深入了解和探索香港护士照顾 SARS 病人的经验。方法 运用了 Edmund Husserl 观点构成的质性研究, 深入访问 3 家地区医院的 8 名注册护士。结果 使用 Colaizzi 的分析程序, 了解到护士在照顾 SARS 病人时得到的不同感受、不稳定的概念、关怀和照顾病人的新理念。结论 需要对护士作出广泛而持续的支持, 使他们更了解如何去照顾 SARS 病人, 及走过他们不确定和难以预料的旅程。

【关键词】 严重急性呼吸综合征; 护士; 真实体验; 质性研究

The lived experience of 8 Hong Kong nurses during the SARS outbreak/ ZHONG Peiwen SUN Shubing ZHONG Huiyi, et al// Chinese Journal of Nursing -2004, 39(8): 561.

【Abstract】 Objective This study describes the lived experience of eight registered nurses who cared for SARS patients in three regional hospitals in Hong Kong. **Method** A complex mesh of feelings and interrelated experiences were expressed. **Results** In the process of caring for SARS patients, nurses recognized that they were creating the conditions whereby caring beliefs could be realized and revitalized. **Conclusions** There is a need for extensive and on-going support to prepare and enable nurses to care for SARS patients with greater understanding, and to be understood as they simultaneously experience their own journey of uncertainty.

【Key words】 SARS; Nurse; Lived experience; Qualitative research

【Author's address】 Scholo of Nursing the Hong Kong Polytechnic University, Hong Kong, Sar, P. R. China

严重急性呼吸系统综合征(SARS)是一种新发现的临床疾病。香港某医院在 2003 年 2 月 21 日接收了第 1 例 SARS 疑似病人, 至 6 月 25 日, 香港共有 1755 例感染 SARS, 其中包括 299 例死亡。这个突然出现的 SARS 恐慌为医护人员带来沉重的打击。全世界各公众健康机构、医生、护士、微生物学家、科学家及实验室工作人员都在尽力尝试和研究对抗 SARS 的方法。但到目前为止, 有关疾病的研究及在此次爆发中得到的教训等^[1-5] 都集中在医学研究方面, 未见护士照顾 SARS 病人真实体验的报告。因此, 这次研究计划的中心问题是: SARS 在香港爆发时, 护士照顾病人的情况是怎样的?

1 研究内容

1.1 研究对象

本研究阐述了 8 位在 3 家香港地区医院工作的注册护士照顾 SARS 病人的真实体验。他们的年龄为 21~40 岁。其中 2 名受访者有 10 年以上在重症监护室的经验, 而另外 6 位都在普通病房工作(表 1)。

研究使用了 Edmund Husserl (1964) 观点构成的理论方法进行^[6], 记录曾照顾 SARS 病人的护士的主观体验, 并视作所有曾参与对抗 SARS 的护士的真实体验, 作为使其他人也了解此体验的渠道。

表 1 受访护士一般资料

护士	性别	年龄(岁)	地区医院	护龄(年)	护理教育程度
梁	男	22	甲	1.5	高级文凭
李	女	24	甲	3	本科
雯	女	21	乙	0.5	高级文凭
冯	男	21	丙	0.5	高级文凭
金	男	21	丙	0.5	高级文凭
仪	女	40	乙	14	文凭
恒	男	21	丙	0.5	高级文凭
温	女	36	乙	10	文凭

此现象学研究方法在近代曾引发不少关注, 例如有关 Husserl 以“置身度外”(Bracketing)的方法去找出结论: 摒除研究人员所有个人的判断、信念及理解, 仅以崭新的角度去研究现象, 并从中找出一些新的发现^[9]。虽然像其他现象学研究一样, 难以达到绝对的“置身度外”^[7,8], 但研究人员尝试摒除原有的经验, 如在这研究前不作类似研究的参考, 及从未有照顾同类病人的经验, 亦避免跟同事和朋友讨论这个题目, 尽力排除本身的主观意见。再者, 在访问每一位对象和分析结果之前, 研究人员会先进行思考及写作以重新整理思想——以上种种都可以提高本次科研的准确性^[9]。

1.2 资料搜集及分析

本研究已得到大学的道德委员会批准, 并得到受访者口头及书面同意参加, 且以假名代替他们的真实姓名以保障隐私。8 位护士分别在私人房间接受访问, “交谈”是访问的真

作者单位: 香港理工大学护理学院
钟佩雯: 女, 博士, 讲师
2003-10-10 收稿

实过程^[10],其内容不只是对这次经验的描述,更包括了他们在事件中的反省。访问以有重点的谈话形式进行,并以“可否形容一下照顾病人的情形?”开始。过程中没有特定的建构式问题,只运用了刺探和引导的方法^[11]令被访者更深入地发掘出在 SARS 暴发时他们的思想、感受、关心和担忧,接着问一些如“可否多告诉我一点有关这方面的事情?”等问题。在每一次访问之后,所有的对话都完整地记录,打印出来作人工分析。

数据分析利用了接近 Colaizzi^[12]所提出的方法及 Sandelowski^[13]的策略,尝试融入被访者的经验,而不跟随既定的研究规则。此外,研究人员运用 Beck^[14]的准则以评估可信性、切合性及能否被准确理解,使研究结果更为精确。

研究人员多次聆听录音,同时阅读访问记录,这个初步的分析可使研究人员对访问的内容有一个大概印象。集中聆听是分析录音数据的一个必要条件^[15],而在多次阅读访问记录的当中抽出其中的精句和意见。最后一个阶段就是取得被访者确切的见解及对证所找出的意义。正如 Colaizzi^[12]提出的方法,研究人员在每一个阶段都会根据访问记录来对证得出的结论。

虽然研究中只得少量实例,但不会影响结果,因为研究方法本身不是要求找出大量数据,而是由这些典型的例子来代表大多数人的经历^[16]。

2 发现和讨论

经过深入的分析 and 反省,研究中得出了 3 个主题。我们在介绍每一个主题后讨论其中的发现,通过结合各种发现和讨论,恰当地发掘出现象中的精髓。

2.1 主题一:在照顾病人期间的各种情绪

受访者形容了从他们照顾 SARS 病人的经验中回忆起的各种情绪。他们不断提到无力感、压力、不知所措、挫败感、易受伤、恐惧以及同情代入的情绪。

2.1.1 无力感

受访者指出,“无力感”是当中最主要的感觉。因他们面对一个未知的将来,也不能充分而称职地帮助病人。1 名护士(雯)指出:“前线医护人员身、心上承受着极度的压力,因为我们在之前并未经历过 SARS 其影响力却快速地扩散到每一个人……我还可以作什么?我们怎样才能遏止这个病的蔓延?”另 1 名护士(冯)说:“我曾经多次想过要离开……在这个充满压力的地方工作,我连自己也照顾不了。我怎能帮助我的病人?我真的感到很无助。”

2.1.2 陌生感

“陌生感”产生的原因包括使用负压隔离病室、N95 口罩或更高保护性的呼吸器、手套、隔离衣、眼罩及保持彻底的手部卫生。“使用个人防护装备是个挑战,特别是 N95 口罩,戴着它简直是个恶梦!……戴上它一会儿后,我便感到头痛。”(冯)

2.1.3 挫败感

SARS 暴发时,医院都在极度紧张的状态,对传染病的控制更为严格。当发现部分工作人员并没有执行医院的感染

预防措施时,受访者都说他们很有“挫败感”。“在病室,我们感到很难跟那些低估危险及作出反抗的医护人员合作,他们没有了解真正的危机,只相信从传媒、同事和朋友之间得到的信息。当我发现职员并没有依从防感染措施工作时,我真的感到十分失望。”(温)

2.1.4 恐惧感

医院和公共医疗系统承受不了 SARS 暴发的巨大冲击,有的医护人员本身也被感染,前线医护人员面临很大的感染危险。他们感到十分恐惧的同时并感到特别脆弱,这种脆弱无助感突显了受访者在个人层面上更深切地对自己所遭遇的危机的关注。“我看见我的同事倒下了。我最关心的并不是他们如何受感染,预防装备是否安全,而是下一位倒下的会不会就是我?……事实上,我绝对有可能把这个病毒传染给我的家人。”(雯)

2.1.5 同情和代入

当护士认识他们的病人后,更会同情和代入病人的感受。正如其中一位护士所说:“我尝试想象她的情景,她的情况一直都很好。直至那天,她从洗手间回来时,便不能呼吸。她望着我叫我帮忙,问我她是否快要死了。她说她不懂得呼吸……我知道其实她很害怕窒息的感觉。然而她愈紧张,就愈用力呼吸,反而使她更紧张。我指导她怎样吸入和呼出空气,我们两人就这样一起做……”(仪)

“事实证明照顾病人的工作会增加受感染的机会。我们要尽量避免长期的暴露,以及减少和病人一起的时间。但是这样我们反而更亲近了。我同情他们的处境,尝试把自己代入他们的角色,去想象他们是我的朋友。”(雯)

2.2 主题二:不稳定的概念

照顾 SARS 病人是一个新出现的现象,难以预料将来和缺乏知识是众护士在照顾这类病人时遇到的共同困难。

“我们并没有足够数据和真实体验来面对不肯定的将来,这个新病症为公众和个人带来恐惧。有关 SARS 的信息在不断发展和增加,我需要在提供照顾的同时又要处理一定程度的个人恐惧……”(温)

“开始时医院有不少传闻:仍然未清楚发病的原因、仍未发展出诊断病症的方法……没有任何的治疗方法、任何疫苗,病人都步向死亡……有谁可以免疫?起初我们不知道病毒的源头,也不知它有多大的传染力。”(冯)

“因为对一切都不肯定,很多有关病症的资料仍然使人感到困惑,好像所有事情都不清楚和不可知。我想我知道的并不比我的病人多……”(梁)

总之,受访者都觉得他们被 SARS 突然大规模暴发所影响,很怕受感染或把病毒传染给家人、朋友和同事等等。因此,护士感觉他们正和 SARS 病人一起经历一个不能预知的旅程。

Mishel^[17]指出不稳定的感觉会在一些不能够被准确地分类或解释,又或者结果已被预料到的现象或疾病中出现。例如在这次照顾 SARS 病人的经验中,不稳定的感觉在诊断、治疗、预测和推断传染途径等方面,以及了解疾病感染力时均

会出现。这些情况都是复杂的,当中包括不能估计、不熟悉、不一致和足够的信息,及如何对抗这个新出现的致命性疾病。

受访者的描述肯定了 Mishel^[17]最近的研究,说明了不稳定的情绪是一种复杂的感觉,可以是正面或反面的。护士们形容不稳定是情绪低落的其中一个因素,但也是给护士一个新的学习机会。这次经验使他们更懂得欣赏护士的工作,增加对 SARS 的了解和警惕以及增加自信心。它也应和了 Babrow 和他的同事^[18]提出的“不稳定其实是通往希望、机会、挑战或威胁的大门。”

“在最初数天,每个人都戴上口罩和包着整个身体,除了病人是躺在床上之外,我真的不知道他们是护士、医生还是病人。我并不清楚保护衣的保护能力……但不知怎的有一天我突然觉得每个人都变得美丽了,或许因为我只能看见他们的眼睛,而从他们的眼中看到他们想说的话。”(雯)

2.3 主题三:关怀和照顾病人的新理念

在 SARS 暴发初期,护士的不安感和情绪混乱跟这个主题中的内容成了对比。所有人都肯定地指出这是一个难忘的经验,尤其对护士来说,因为他们知道在拯救自己的同事和别人生命的同时,极有可能会感染到这个致命的病毒。要与疾病搏斗的顽强意志,使他们和病人更为接近,也使他们更决意地要站起来接受照顾 SARS 病人的挑战。

2.3.1 护士的动力

在以下的对话中可以看出在团队面对挑战时自我推动和贡献的副主题:“只要没有受感染,我第2天仍然可以工作,我已经拯救了自己的生命。虽然觉得自己像在战场上工作,但我们仍是一个团队。病室中友善和主动的护士都不会给病人一些不必要的限制,我们给病人最多的时间,病人的问题或要求,不论大小,我们也尽力替他们解决和满足。所有职级的职员都很团结,且无论等级,也乐意一起工作。”(李)

2.3.2 细心关怀和陪伴

怀疑感染 SARS 的症状很多,由严重的不能呼吸到比较轻微的发热、头痛及发冷等。被隔离的 SARS 病人需要更多精神上的支持。他们认为护士愿意付出时间和关心,已经十分宝贵。

“一个细心的护士应能关心病人的需要和尽量满足他们。因为被隔离的病人不能有家庭成员探访,所以他们大部分都表达了自己因挂念家人,由沉闷、孤独而引起不愉快。”(温)

“我觉得在患病同事身边支持他们是十分重要的……有些‘熟悉’他们的人在身边支持,使他们知道自己并不孤独……”(金)

2.3.3 微小但具影响力的事情

大部分护士详细地形容了关怀和照顾病人的各种范畴。他们发现一些微小但重要的事情可以为病人带来很正面的感觉。“SARS 病人感觉到很害怕、很孤独和沉闷。住院病人可以用手机与外界联络,我从不知道有机会跟家人简单谈话

是如此重要,直至我把无线电话交给一个 75 岁的老病人跟他的妻子交谈。真不敢相信在此以后他的血液含氧量竟然有所改善!”(冯)

“在 SARS 爆发之前,我通常集中在实质的护理工作和关注医学诊断和治疗计划方面的知识。但眼前的 SARS 病人,他们很害怕,担忧家人和朋友因他们受感染,使他们产生罪恶感及内疚感,特别是家中有长者的时候……从而使我突然注意到,关怀和照顾病人不只在于做一些如清洗伤口等病人不会做的事情,应该也包括为他们做一些他们不能做到的事情,例如买报纸。以往我不会关注这些‘小事’,因为病人自己或他们的家人都会做。”(雯)

“关怀和照顾 SARS 病人不一定要在生理上,和病人谈话也是其中的一种。虽然病人不能看见我们的面部表情,但却知道了解他们的心情。我会问我的病人是否需要梳洗用具或餐厅的食物……我想,当我能超越平日重重重复的事务性工作,关注一些微小但具影响力的事情,便真正做到了关怀病人。”(金)

2.3.4 家庭照顾

由于病人的家庭成员不能直接到医院探访病人,所以需要更多实质和精神上的支持。因此照顾 SARS 病人应该包括关心他们的家人和评估他们的需要。大部分的护士都展示了对病人和家属的关怀。

“帮助家属要诚实和简洁地解答他们的问题,使他们知道及明白病人可能面对的结果……我们每天都以电话向病人家属报告他们的情况。”(雯)

“通过电话找出家属的需要,给他们表达感受的机会和支持他们作出有效的应变,能帮助凝聚家庭的力量。”(温)

2.3.5 提供数据

病人期望护士能提供有关他们的疾病、进度及治疗的资料。由于 SARS 的突然暴发,没有时间让病人、家属和医护人员去预备。护士在承受这种压力时,都感觉到混乱和无助。因此新入职的护士很难给予病人所需信息。但是,较有资历的护士比较能给病人提供数据、明白他们的进度、照顾和治疗情况及其他程序,也懂得在适当的时候恰当地提供有用的资料。

“在这次危机中衍生的压力使病人感到很无助,他们甚至连阅读和了解信息的能力也减低了。一般来说,给病人的数据通常都比较简单,因此我们需要有足够的知识基础及沟通技巧。”(仪)

2.3.6 互动关系

以下是护士对他们和病人在精神和情感上各种交流的描述,其中特别的是病人丰富了护士们的人生经历,使他们得到一些意想不到的回报。例如:“起初,在照顾原是医生和护士的病人时,我感到十分困难,原本病人和医护人员的清晰界线变得很模糊。在照顾原是同事的病人时,我经历到了情感上的困难和挑战。作为新入职的医护人员,照顾医生和高级护士加重了我对自己的能力和技巧上的不安及忧虑。当为他们注射时,我的手颤抖得很厉害。他们的一句说:‘你

做得很好!‘多谢’,我已经很满足了……我知道他们觉得我处理得还不错。”(李)

3 结论及应用

本研究散发出护士在照顾 SARS 病人的事件中的光芒,也展示了一个新现象。这是一个集合了很多感受和相互影响的事件的经验,有些跟其他重迭,也有些在不断改变。起初医护人员混乱的情绪,是这次经验中的最低潮时期。因为在没有任何警告之前,难以预料的旅程就开始了,根本没有给病人、家属、甚至是医护人员任何时间准备。受访者所提出的不稳定、陌生感和信息不足是每一位照顾 SARS 病人的护士初期所遇到的共同困难。我们不可能寄望没有准备的护士在没有足够指示和适当训练的情况下去照顾 SARS 病人。因而具领导才能的护士在危机中显得非常重要。

关怀和照顾病人的内容其实是复杂而多方面的。为了有效改善病人的情况,医护人员照顾病人的任务,不但包括了评估和强调病人和家属的独特需要,同时在情感上的参与也需要被肯定。护士和病人关系的进步使护士懂得尝试跟病人分担痛苦,而这种分担可以给护士带来打击,或是唤醒他们的同情同感心。关怀和照顾其实就是满足病人和护士的需要。受访护士开始醒觉他们自己的感觉是也当中的一部分,也因此提高了病人和护士之间的互相认识和了解。这对决定应如何照顾病人很有帮助。当护士关注病人的感受和期望,也就提醒了自己要留意个人健康的重要,并藉此建立一个充满关怀的生活环境。在照顾 SARS 病人的过程中,护士发现他们懂得以更深入的角度去照顾病人,也醒觉他们可以创造互相关怀和理解的机会,以实践更深层的关怀和照顾。

鸣谢 本次研究得到了中国香港特别行政区香港理工大学医疗及社会科学学院属下院长办公室的资助(1.53.XX.991R)。感谢庄佩瑜校对。

参 考 文 献

- 1 Avendano M, Derkach B, Swan S. Clinical course and management of SARS in health care workers in Toronto: a case series. *Journal of Canadian Medical Association*, 2003, 168(13): 1649-1660.
- 2 Hynes-Gay P, Bennett J, Sarjoo-Devries A, et al. Severe Acute Respiratory Syndrome: The Mount Sinai Experience. *Canadian Nurse*, 2003, 99(5): 17-19.
- 3 Maunder R, Hunter J, Vincent L, et al. The immediate psychological and

- occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Journal of Canadian Medical Association*, 2003, 168(10): 1245-1251.
- 4 Masur H, Emanuel E, Lane H. Severe Acute Respiratory Syndrome: providing care in the face of uncertainty. *Journal of American Medical Association*, 2003, 289(21): 2861-2863.
- 5 Ofner M. Cluster of Severe Acute Respiratory Syndrome cases among protected health care workers-Toronto, Canada, April 2003. *Journal of American Medical Association*, 2003, 289(21): 2788-2789.
- 6 Patton MQ. *Variety in Qualitative Inquiry: Theoretical Orientations*. In *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3rd edn). California: Thousand Oaks 2002. 75-142.
- 7 Baillie L. A phenomenological study of the nature of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 1996, 24(6): 1300-1308.
- 8 Witle V. Controversial hypotheses on the relationship between researcher and informant in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 1992, 17(2): 234-242.
- 9 Corben V. Misusing phenomenology in nursing research: identifying the issues. *Nurse Researcher*, 1999, 6(3): 52-66.
- 10 Bergum V. Being a phenomenological researcher. In *Qualitative Nursing Research: A Contemporary Dialogue* (Morse J. M. ed). California: Newbury Park, 1991. 55-71.
- 11 Minichiello V, Aroni R, Timewell & Alexander L. *In-Depth Interviewing*. Melbourne: Longman 1995.
- 12 Colaizzi P. Psychological research as the phenomenologist views it. In *Existential Phenomenological Alternatives for Psychology* (Valle R. S. & King M. ed). New York: Oxford University Press, 1978. 48-71.
- 13 Sandelowski M. Rigor or rigor mortis: the problem of rigor in qualitative researcher revisited. *Advances in Nursing Science*, 1993, 16(20): 1-8.
- 14 Beck CT. Qualitative research: the evaluation of its credibility, fittingness and auditability. *Western Journal of Nursing Research*, 1993, 15(1): 263-266.
- 15 Too SK. Issue in qualitative research: practical experiences in the field. *Nurse Researcher*, 1996, 3(3): 80-91.
- 16 Coyne IT. Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling merging or clear boundaries. *Journal of Advanced Nursing*, 1997, 26(3): 623-630.
- 17 Mishel MM. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 1990, 22(4): 256-262.
- 18 Babrow AS, Kasch CR, Ford LA. The many meanings of uncertainty in illness. Towards a systematic accounting. *Health Communication*, 1998, 10(1): 1-23.

(本文编辑 王红丽)