

# 醫院護理人員的悲憫疲憊及其因應策略

楊琳琪<sup>1</sup> 林采蓉<sup>2</sup> 余月里<sup>3</sup> 楊禮謙<sup>4</sup> 蔡素華<sup>3</sup> 洪志秀<sup>5\*</sup>

<sup>1</sup>國軍高雄總醫院加護病房護理師 <sup>2</sup>高雄醫學大學附設中和紀念醫院加護病房護理師

<sup>3</sup>高雄醫學大學附設中和紀念醫院護理部護理長 <sup>4</sup>奇美醫院護理部護理長

<sup>5</sup>高雄醫學大學護理系教授

**摘要：**護理人員在照護病患的過程中，因持續接觸而有過度投入於病患傷害及痛苦的經歷中，這樣的經驗會佔據著護理人員的心思而產生負面症狀，此狀態稱為悲憫疲憊。悲憫疲憊的前因包括長時間持續接觸受創個案、過度投入照護情境中、關懷(caring)能量過度耗竭而且來不及恢復。若護理人員未能獲得良好的調適及因應，將可能影響其身心健康，進而影響照護品質，增加醫療缺失，導致護理人員離職之後果。許多學者建議透過評估個人情境並調整工作態度、提供在職教育課程和增加支持系統的方式可減輕或避免悲憫疲憊的產生，以及預防不良後果的發生。國內鮮少針對護理人員因照護病患而引發悲憫疲憊的狀況進行研究探討，因此，本文希冀藉由闡述悲憫疲憊的定義、嚴重性、後果及因應策略，期望可帶動學者研究此現象，以發展相關理論或是確切有效的處理措施。

**關鍵詞：**護理人員、悲憫疲憊、因應策略。

## 前言

近年來，全世界災難頻傳，南亞海嘯、四川地震，以及國內的九二一大地震、八八風災、蘇花公路坍塌等，民眾因天災而受到的苦難越來越多，使得全世界的醫療體系開始重視災難醫療的訓練，災難護理的相關議題也逐漸受到關注。學者發現，災難醫療中的助人者，如社工師、心理諮詢師、護理人員以及相關的救災人員，在工作上常感同民眾所承受的苦難，其生理與心理層面逐漸出現疲憊。此外，在臨床上，護理人員常需面對病患瀕死過程，承受病情急遽惡化，情緒因此受到交互影響，生理、心理層面便開始出現倦怠。學者稱此類因助人者或照顧受難者而產生的壓力為悲憫疲憊(compassion fatigue; Figley, 2002b)。

悲憫疲憊意指透過幫助或想要幫助受到創傷的人而感受到的壓力，助人者會產生無助、孤獨、焦慮、憂鬱的情緒。若此壓力未得到適當的調適或因應，會使得助人者走向專業疲潰(burnout; Conrad & Kellar-Guenther, 2006)。護理人員被認為需要擔任照護受傷或創傷病患的責任，因此在工作中，會經歷到病患的痛苦、苦難及創傷，而可能影響到護理人員安適及提供關懷照護的能力，進而影響醫療照護品質、增加醫療疏失、甚至導致護理人員的離職(Coetzee & Klopper, 2010; Meadors & Lamson, 2008)。

近二十年來，國外學者以不同面向探討悲憫疲憊，特殊專業人員被認為是悲憫疲憊的高危險群，如心理治療師(Figley, 2002a)、腫瘤病房(Aycock & Boyle, 2009; Potter et al., 2010)及兒科加護病房的護理人員(Meadors & Lamson, 2008)。顯示國外學者已重視這問題的嚴重性，相對地，國內顯少針對護理人員因照護病患而引發悲憫疲憊的狀況進行研究與探討。因此，本文希冀藉由闡述悲憫疲憊的定義、嚴重性及後果，期望可帶動學者研究此現象，以發展相關理論或是確切有效的處理措施。

## 悲憫疲憊定義及盛行率

1992年Joinson研究發現，當急診護理人員照護嚴重疾病和創傷病患時，所產生的壓力會以無力感或生氣來表現，隨後多被以次級創傷壓力失調(secondary traumatic stress disorder, STSD)來解釋。直到1995年，才被Figley正式命名為悲憫疲憊，他認為此一名詞較能貼切表達其含意，亦較能讓人理解其所呈現的現象(Coetzee & Klopper, 2010; Figley, 2002b)。

接受刊載：100年12月14日

\*通訊作者地址：洪志秀 80708 高雄市三民區十全一路100號

電話：(07) 3121101-2601

E-mail：chhung@kmu.edu.tw

doi:10.6224/JN.59.3.93

許多學者也指出次級創傷壓力失調(STSD)與悲憫疲憊及疲潰(burnout)雖然產生的症狀及後果類似,但是其成因卻有程度上的不同;次級創傷壓力失調為長時間暴露在創傷事件以及他人創傷的歷程中,而出現與創傷後壓力適應障礙類似的急性壓力症狀(傅、陳,2011; Craig & Sprang, 2010);而悲憫疲憊則為具有同感他人之憐憫心的照護者,因長時間、密集與持續照護病患,使自己長期暴露在壓力當中,卻未能滿足自己的情緒需求所致。悲憫疲憊可能是疲潰的導因,但是疲潰是情緒上的過度耗損,悲憫疲憊不像疲潰常常產生害怕、悲傷的症狀。以正面的角度來看,從悲憫疲憊復原會比疲潰恢復來的快(傅、陳,2011; Conrad & Kellar-Guenther, 2006)。簡而言之,悲憫疲憊的定義為助人者在助人的過程中,持續經驗到並過度投入(over-involve)於受難者傷害及痛苦的經歷,這樣的經驗會佔據助人者的心思而產生負向症狀(Figley, 2002b)。

Coetzee和Klopper(2010)分析「悲憫疲憊」概念,認為它是一種持續進展的過程,主要原因是照護者持續及密集的接觸病患、長期暴露在壓力狀態下的一種結果。照護者先從悲憫不適(compassion discomfort:指暫時性的,透過休息可以改善的不舒服感)開始發展,若沒有獲得適時的休息,會產生悲憫壓力(compassion stress),意指超越護理人員所能承受的範圍,最終造成了悲憫疲憊,產生身體與心理上的不適。由於照護者必須常常運用真誠、正向的關心及同情心來面對病患,當付出越多的同情心時,越容易將受創個案的創傷內化在自己身上(Conrad & Kellar-Guenther, 2006),轉而變為照護者的心理負擔。

換句話說,悲憫疲憊就是照護者在助人的過程中,持續經驗到並過度投入於個案傷害及痛苦的經歷,這樣的經驗會佔據助人者的心思而產生身心症狀。護理人員除了在災難醫療中是重要的助人及關懷者之角色外,在臨床實務中,亦需長時間面對受到疾病苦難的病患及家屬,因此,護理人員更是悲憫疲憊的高危險群。

研究顯示加護病房、安寧病房、腫瘤病房及兒科病房之護理人員常頻繁面臨病人的死亡、較複雜的疾病治療以及照護症狀較嚴重的病患,易處於悲憫疲憊之中(DePanfilis, 2006; Meadors & Lamson, 2008; Potter et al., 2010)。Conrad和Kellar-Guenther(2006)針對363位兒童保護工作人員進行研究,發現其中64.2%工作人員有中度到高度悲憫疲憊;Potter等人

於2010年針對153位腫瘤病房工作人員進行調查,發現有35~37%經歷到悲憫疲憊;Abendroth和Flannery(2006)針對216位安寧護理人員進行研究,發現高達78%的比例屬於悲憫疲憊的中高程度風險群。國內部分,僅有許和陳(2009)研究200位護理人員悲憫疲憊狀態,結果有82%屬於中高度以上程度的危險群。換言之,護理人員感受到中高程度的悲憫疲憊,此種現象不應該被忽視。因此,探知護理人員悲憫疲憊的導因及其影響後果乃是一項重要課題。

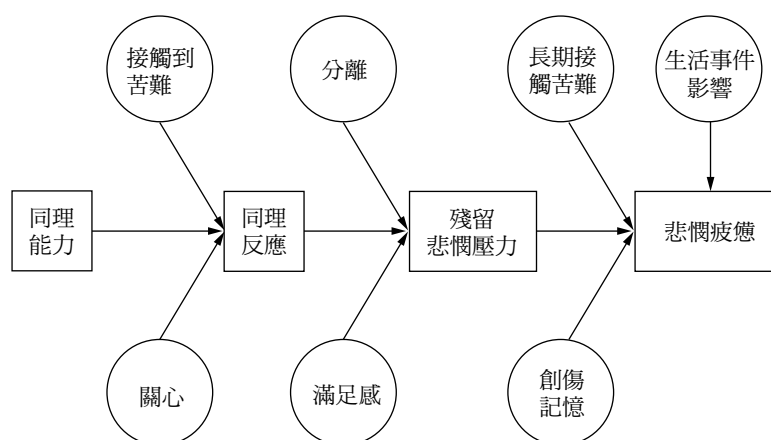
### 悲憫疲憊的形成過程及相關因素

由上述悲憫疲憊之文獻中得知,悲憫疲憊的前因包括長時間持續接觸受創個案、過度投入照護情境中、關懷(caring)能量過度耗竭並且來不及恢復、以及忽略因照護病人所累積的壓力(傅、陳,2011; Coetzee & Klopper, 2010; Keidel, 2002),當壓力無法適時的解除時,便可能引發悲憫疲憊。

Figley(2001)提出悲憫疲憊過程(如圖一),說明悲憫疲憊會受到許多因素的影響,包含接觸到苦難(exposure to suffering)、同理能力(empathic ability)、關心(concern)、同理反應(empathic response)、分離(detachment)、滿足感(sense of satisfaction)(指透過無私奉獻自己及使用可利用的資源去照護病患,使其減緩痛苦,從中得到了滿足感,具有鼓舞,並充沛悲憫能量的功能)、殘留悲憫壓力(residual compassion stress)、長期接觸苦難(prolonged exposure to suffering)、創傷記憶(traumatic memories)、生活事件影響(other life demands)等。Figley(2001)透過此模式說明悲憫疲憊的形成過程中,照護者在接觸到遭遇苦難的民眾後,其具備的同理能力引發了關心及同理反應,照護者若能適時分離此情境,或是從照護過程中提升滿足感,所殘留的悲憫壓力便能減少,反之,若是長期接觸苦難、持續處於創傷記憶之中,再加上其他生活壓力,悲憫疲憊便會形成。

Figley(2002a)最先是探討心理諮商人員因工作需要接觸到受創個體,暴露在創傷情境中而引發的悲憫疲憊,對象雖不同於護理人員,但其面對的個體之屬性特質雷同,例如經歷災難或經年累月承受疾病所苦的個體,顯示護理人員可能是悲憫疲憊發生的高危險群。

悲憫疲憊主要的相關因素包括病患特性、醫療組織及個人特性三大方面:(一)病患特性方面包含(1)病



圖一 悲憫疲憊過程

註：摘自“*Compassion fatigue: An introduction*” (2001)，已獲得作者 Figley, C. R. 同意翻譯並轉載。

患情況：指照護病情嚴重或是快速死亡的病患；(2)挑戰性的行為：指病患或家屬的行為過於要求，導致難以照護；(3)無效的照護：指面臨家屬堅持每件事情都做，但卻明顯沒有指望或已是無效處置；(二)醫療組織方面指的是工作負荷量：如過度要求的工作量、被指派照護病情較嚴重的病患或額外增加工作時數；(三)個人特性方面包括(1)個人專業限制：如欠缺經驗、忽視病患嚴重症狀；(2)個人特質及經驗：如完美主義者、易受責難者、過度投入工作者容易受到壓力和悲憫疲憊的影響，或是過去處理困難的事件，再次面臨時，容易倍感壓力 (Keidel, 2002; Potter et al., 2010; Yoder, 2010)，上述因素與護理人員悲憫疲憊息息相關。

換句話說，為避免護理人員悲憫疲憊的產生或是悲憫疲憊惡化到專業疲潰，我們可以從這三方面試圖找出可能造成悲憫疲憊的原因，進而發展適當的預防或改善措施。

### 悲憫疲憊的徵狀及後果

當護理人員悲憫能量(指因同理、同情他人，而產生出關懷的能量)的耗損遠超過恢復過程，也就是喪失了復原能力的時候，會在身體、心理、社會、靈性及智能層面上呈現一些徵狀，例如身體出現頭痛、血壓上升，情緒顯得冷淡、悲傷、情緒暴躁，對待病患較沒有同理心，失去客觀性和幫助人的能力等等，綜整徵狀如表一 (Aycok & Boyle, 2009; Brown, 2006; Keidel, 2002)。

表一 悲憫疲憊之徵狀

層面	徵狀
身體	頭痛、血壓升高、疲勞、頸部僵硬、心血管疾病發病率上升、糖尿病、胃腸和免疫功能障礙、睡眠不足、注意力不集中
心理	疲潰、冷淡、渴求安靜、指責、脾氣暴躁、悲傷、憂鬱、焦慮、容易做噩夢、漠不關心、麻木、害怕去上班、無力感
社會	欠缺同情心、與人互動少、與他人疏遠、退縮、藥物濫用
靈性	對神生氣(質疑信仰)、無望感、自我反省能力變差
智能	判斷力變差、無邏輯性的

當悲憫壓力的來源沒有予以解除或是已進展到悲憫疲憊時，除了可能會影響護理人員的身心健康之外，還會影響病患的照護品質，增加醫療疏失，導致護理人員的離職，醫院必須不斷耗費成本於僱用和培訓新員工 (Meadors & Lamson, 2008)。因此，當護理主管或同仁間發現有悲憫疲憊的情形出現時，便應使用適當的因應策略，以改善悲憫疲憊的現象，和減緩可能造成的損失。

### 實證應用

目前針對悲憫疲憊現象已經發展出數個測量工具，可協助評估護理人員的悲憫疲憊情形。例如悲憫疲憊自我測試量表 (compassion fatigue self test, CFST) 由 Figley 於 1995 年發展出來，是最早用於測量悲憫疲憊的量表，共 40 題，內容包含悲憫疲憊 (23 題) 及工作疲潰 (17 題) 之評估，其內在一

致性約.86至.94 (Bride, Radey, & Figley, 2007)。Stamm及Figley再依據CFST修改為66題的悲憫滿足及疲憊測試 (compassion satisfaction and fatigue test, CSFT)，除了測試悲憫疲憊及工作疲憊兩大面向，並新增悲憫滿足的面向，其信度分別為.87, .87, .90 (Bride et al., 2007)。

在文獻查證中，我們也發現不少研究使用次級創傷壓力量表 (secondary traumatic stress scale, STSS) 和專業人員生活品質量表 (Professional Quality of Life, ProQOL) 來施測悲憫疲憊 (Bride et al., 2007)，其中ProQOL包含悲憫滿足感、疲憊及次級創傷壓力三大面向 (次量表)，若使用ProQOL測量悲憫疲憊，在研究中僅以一個量表的次量表來當作測量工具是不適當的。次級創傷壓力與悲憫疲憊雖然在概念上類似，但是在行為表現上是不完全相同的。傅和陳 (2011) 指出次級創傷會出現與創傷後壓力失調相似的急性壓力症狀，悲憫疲憊的產生則是因忽略壓力症狀，未能滿足情緒需求，而長期累積壓力，最後容易喪失自我。因此，專業人員生活品質量表與次級創傷壓力量表不適合作為悲憫疲憊之測量工具，在進行悲憫疲憊之相關研究，選擇測量工具時宜多加審慎考量。

目前已有實證研究試圖找出最有效的方式以改善悲憫疲憊，Gentry、Baggerly與Baranowsky於2004年以方便取樣調查83位心理健康專家，包括曾協助災難後存活者的社工師、諮詢者及心理師，受試者參加悲憫疲憊專家認證訓練的課程，課程內容為理論性瞭解悲憫疲憊的涵義與現象、實務課程及團體活動，結果呈現悲憫疲憊及疲憊達顯著性的降低，同時，也增加悲憫的滿足感，顯示教育課程確實可以改善悲憫疲憊的效果。

另一項針對以色列兒科臨床護理人員進行的研究，以80位受試者包括實驗組42位和控制組38位，採用15~20位一組的方式進行12週共計12堂課程的介入措施，每次包括理論性的知識、實務練習、生活經驗分享、學習技能及課後作業書寫，結果顯示，實驗組在專業自我效能、悲憫滿足及疲憊改善程度顯著大於控制組 (Berger & Gelkopf, 2011)。

由上述實證研究得知，透過教育訓練課程，包括理論性的概念及實務運用，可以提高悲憫疲憊的警覺。透過教育的方式，增加相關知識，藉由學習調適的技能，可以顯著改善臨床護理人員悲憫疲憊的狀況，同時也增加悲憫滿足感，因此，可舉辦在職教育課程，協助改善護理人員的悲憫疲憊之現象。

## 悲憫疲憊的因應策略

欲改善悲憫疲憊狀況，首先要儘早察覺徵象及症狀，以提供適當的因應策略。因應策略主要分為提升個人因應技能以及建構組織文化，茲分述如下。

### 一、評估個人情境並調整工作態度

針對個人的因應策略可由幾個方面著手：暫時脫離工作、運用靈性或宗教信仰、內心自我反思、秉持正向態度以及使用幽默態度應對。短暫休息可以遠離病患苦難的情境，讓疲勞的身心得到舒緩；有信仰者，可以藉助祈求的方式，讓心靈得到平靜，亦或是參與朋友團體活動，藉由舒解內心的疑惑，適時緩解情緒；當面臨壓力情境，自覺反省並分析事件，觀察個人是否有過度投入的傾向，避免長時間陷入情境；面對病患及家屬時，保持正向態度，選擇幽默以對，以達到鼓舞病患及自我的效果 (Keidel, 2002; Yoder, 2010)。因此，透過多方面個人調適方式，暫時遠離工作的環境，減少過度沉浸於創傷情境中，讓心靈得到釋放的空間，以增加恢復悲憫及照護的能力。

### 二、提供在職教育課程

主管應察覺護理人員的需求，定期辦理在職教育課程或研討會，以增加對於悲憫疲憊現象的警覺性，讓護理人員認識可能引發悲憫疲憊的危險因子及症狀，並提供因應措施，進而照顧自己，以面對工作需求。同時，提供社會心理方面的教育活動亦有助於悲憫疲憊的緩解 (Aycok & Boyle, 2009; Meadors & Lamson, 2008)，如壓力釋放、內心成長營等，更重要的是，教導取得專業工作與生活平衡點之相關資訊，並發展適應的技能。

### 三、增加支持系統

在同一醫療環境的工作團隊是最常見的支持系統，鼓勵主動提出困難情境，分享負面情緒並從同仁間得到支持，或是運用團體討論，分享看法以及允許闡述內心感傷；促進護理人員正向的人際關係、教導適當的調適技巧和提供非正式的諮詢協助，機構亦可舉辦戶外活動以減輕護理同仁工作上的壓力 (Aycok & Boyle, 2009; Keidel, 2002; Yoder, 2010)。另外，也可以運用宗教信仰來重建心靈的力量，做為度過難過的情緒支撐力量，寄情於音樂或藝術圖畫等，都是有益紓解悲憫疲憊的方式 (Lally, 2005)。

總而言之，儘早警覺到引發的導因、徵象及症狀，提供適當的策略，例如評估個人投入情境程度，適時的調整工作態度，藉助在職教育的課程，並堅固支持系統的力量，可以協助護理人員處理每日工作中無可避免的壓力，以改善悲憫疲憊的程度 (Coetzee & Klopper, 2010)。

### 結論與建議

悲憫疲憊是因為幫助受苦難的人而感受到的壓力，此壓力會產生無助、孤獨、憂鬱的情緒以及身體不適之症狀。許多文獻指出假如沒有得到適當的調適，會影響護理人員的照護品質，甚至異常事件的發生。臨床管理者應正視悲憫疲憊的問題，仔細察覺影響的因素與出現的徵象，並運用已發展的工具評估風險程度，以儘早提供適當策略，減緩其後果。

醫院管理者應辦理相關在職教育課程，增加護理人員進一步瞭解自身的狀況。主管應具備悲憫疲憊的敏感度，早一步發現症狀，協助度過悲憫壓力，降低進展為悲憫疲憊。此外，專家學者或可針對悲憫疲憊發展相關理論並發展符合國內文化的測量工具，進而針對國內護理人員發展不同的介入方式，例如音樂治療、冥想或團體治療等方案，並測試其改善悲憫疲憊之成效。

### 誌謝

感謝高雄醫學大學護理系邱啟潤副教授協助與指導本文寫作，使本文更臻完善，在此致上最深的謝意。

### 參考文獻

許雅惠、陳美琴 (2009)·醫院病房護理人員慈悲疲倦、慈悲滿足與靈性健康間的關係探討 (未發表的碩士論文)·新北市：輔仁大學臨床心理學系碩士班。[Hsu, Y. H., & Chen, M. C. (2009). *A study of compassion fatigue, compassion satisfaction and spiritual health among nursing staff in hospital ward* (Unpublished master's thesis). Fu Jen Catholic University, New Taipei City, Taiwan, ROC.]

傅家芸、陳幸眉 (2011)·悲憫疲憊之概念分析·*護理雜誌*, 58(2), 98-103。[Fu, C. Y., & Chen, H. M. (2011).

Concept analysis of compassion fatigue. *The Journal of Nursing*, 58(2), 98-103.]

Abendroth, M., & Flannery, J. (2006). Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8(6), 346-356.

Aycock, N., & Boyle, D. (2009). Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 183-191. doi:10.1188/09.CJON.183-191

Berger, R., & Gelkopf, M. (2011). An intervention for reducing secondary traumatization and improving professional self-efficacy in well baby clinic nurses following war and terror: A random control group trial. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 601-610. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.09.007

Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 155-163. doi:10.1007/s10615-007-0091-7

Brown, C. (2006). Promoting self-caring and healing in your work-place. *American Nurse Today*, 1(12), 54-55.

Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 235-243. doi:10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x

Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 30(10), 1071-1080. doi:10.1016/j.chiabu.2006.03.009

Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety Stress Coping*, 23(3), 319-339. doi:10.1080/10615800903085818

DePanfilis, D. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction: Implications for retention of workers. *Child Abuse & Neglect*, 30(10), 1067-1069. doi:10.1016/j.chiabu.2006.08.002

Figley, C. R. (2001). *Compassion fatigue: An introduction*. Retrieved from <http://www.giftfromwithin.org/html/cmpfatig.html>

Figley, C. R. (2002a). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441. doi:10.1002/jolp.10090

- Figley, C. R. (2002b). *Treating compassion fatigue*. New York, NY: Routledge.
- Gentry, J. E., Baggerly, J., & Baranowsky, A. (2004). Training-as-treatment: Effectiveness of the certified compassion fatigue specialist training. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6(3), 147–155.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116, 118–119, 120.
- Keidel, G. C. (2002). Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 19(3), 200–205. doi:10.1177/104990910201900312
- Lally, R. M. (2005). Oncology nurses share their experiences with bereavement and self-care. *Oncology Nursing Society*, 20(10), 4-5, 11.
- Meadors, P., & Lamson, A. (2008). Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(1), 24–34. doi:10.1016/j.pedhc.2007.01.006
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, L. (2010). Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), E56–E62. doi:10.1188/10.CJON.E56-E62
- Yoder, E. A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23(4), 191–197. doi:10.1016/j.apnr.2008.09.003



# Compassion Fatigue and Coping Strategies for Hospital Nurses

Lin-Chi Yang<sup>1</sup> • Tsai-Rung Lin<sup>2</sup> • Yueh-Li Yu<sup>3</sup> • Li-Chien Yang<sup>4</sup>  
Su-Hua Tsai<sup>3</sup> • Chich-Hsiu Hung<sup>5\*</sup>

---

<sup>1</sup>RN, MSN, Intensive Care Unit, Department of Nursing, Kaohsiung Armed Forces General Hospital; <sup>2</sup>RN, MSN, Intensive Care Unit, Department of Nursing, Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital; <sup>3</sup>RN, BSN, Head Nurse, Department of Nursing, Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital; <sup>4</sup>RN, BSN, Head Nurse, Department of Nursing, Chi Mei Medical Center; <sup>5</sup>RN, PhD, Professor, School of Nursing, Kaohsiung Medical University.

**ABSTRACT:** Over-involvement in patient trauma and loss in clinical settings negatively affects nurses and may cause compassion fatigue. Compassion fatigue is associated with prolonged exposure to trauma cases, over-involvement in patient situations and over-extending caring energies. Nurses unable to adapt and cope may suffer physically and psychologically, reduce their quality of care, cause medical care costs to increase, and ultimately become frustrated and decide to leave the nursing profession. While current approaches to addressing compassion fatigue focus on evaluating individual nurse situations, adjusting attitudes, holding education programs, and bolstering support systems, little research attention has been directed toward the consequences of such on patient care or the origins of compassion fatigue in Taiwan nurses. This paper defines compassion fatigue, examines its importance and consequences, and delineates common nursing coping strategies in Taiwan. Findings expand domestic research on this phenomenon and suggest relevant theories and effective interventions to achieve remediation.

**Key Words:** nurses, compassion fatigue, coping strategy.

---

Accepted for publication: December 14, 2011

\*Address correspondence to: Chich-Hsiu Hung, No. 100, Shi-Chuan 1st Rd., San Ming District, Kaohsiung City 80708, Taiwan, ROC.

Tel: +886 (7) 312-1101 ext. 2601; E-mail: chhung@kmu.edu.tw