

护士灵性照顾能力现状及其影响因素研究

陈银娟¹, 蓝静², 戴利³, 陈娟慧⁴

Spiritual care competence of nurses and its associated factors Chen Yinjuan, Lan Jing, Dai Li, Chen Juanhui

摘要:目的 了解护士灵性照顾能力现状及其影响因素,为医院管理部门提高护士灵性照顾能力水平提供参考。**方法** 采用方便抽样法选取 406 名护士,运用灵性照顾能力量表进行调查。**结果** 护士灵性照顾能力总均分为(3.21±0.27)分,6 个维度得分由高到低依次为对患者灵性的态度、交流能力、支持能力、转介能力、评估和实施能力及专业发展和质量改进能力。多元线性回归分析结果显示,学历、医院等级及是否接受过灵性教育是影响护士灵性照顾能力的因素(均 $P < 0.01$)。**结论** 护士灵性照顾能力处于中等水平,护理管理者可通过加强在职人员灵性照顾教育培训,从而提高护士灵性照顾能力。

关键词: 护士; 灵性照顾能力; 影响因素; 教育培训

中图分类号: R47; C931.3 **文献标识码:** B **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2019.06.062

灵性照顾是指相关人员通过作用于患者的信念、信仰、价值观以及与他人的联系等来协助其寻求生命的意义并且获得安宁舒适^[1]。如果灵性困扰得不到舒缓,则可能影响患者身体症状和心理方面的治疗效果,甚至产生灵性痛苦^[2]。灵性护理是护理人员在灵性护理价值观(特别是对人类尊严、善良、慈悲、安宁、温柔、自我护理及照顾他人等一些观点的认可)的引导下的态度与行为^[3]。国外已有研究证实灵性照顾对患者生理和心理健康有着显著影响,已成为健康相关研究的重要问题^[4]。对患者实施灵性照顾,满足其灵性需求,能够缓解个体的痛苦,培养幸福感以及应对不幸^[5]。因此,护理人员应在日常工作中重视自身灵性照顾能力的提升,及时有效地为患者提供合理的灵性照顾。本研究旨在了解护士灵性照顾能力水平,并从人口统计学角度分析护士灵性照顾能力的影响因素,为医院管理部门提高护士灵性照顾能力水平提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用方便抽样法于 2017 年 12 月至 2018 年 3 月对深圳市宝安区 2 所综合医院(其中 1 所三甲医院,1 所二甲医院)的 406 名护士进行问卷调查。纳入标准:①取得护士执业资格证书;②临床工作 1 年以上;③自愿参与本研究。排除标准:①实习护士;②外出进修者及来院进修者;③调查期间休假不在岗者。406 名护士中,男 26 名,女 380 名;年龄 18~54(25.64±3.42)岁;护龄 1~37(7.38±4.56)年。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 ①一般情况调查表:由研究者自行设计,内容包括性别、年龄、婚姻状况、护龄、职称、学历、是否接受过灵性教育等。②灵性照顾能力量表

(Spiritual Care Competence Scale, SCCS)^[6];包含 6 个维度 22 个条目,分别是评估和实施能力(4 个条目),专业发展和质量改进能力(5 个条目),支持能力(5 个条目),转介能力(2 个条目),对患者灵性的态度(4 个条目),交流能力(2 个条目)。采用 Likert 5 级评分法,“从不”、“很少”、“有时”、“经常”、“总是”分别计 1、2、3、4、5 分,总分 22~110 分,得分越高,表示灵性照顾能力越强。本研究中量表的 Cronbach's α 系数为 0.948。

1.2.2 调查方法 由经过统一培训的研究小组成员深入病区,采用统一的指导语说明问卷填写要求,取得护士知情同意后,采用匿名方式进行调查,受试者当场答卷,并现场收回。共发放问卷 458 份,回收有效问卷 406 份,有效回收率 88.65%。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件,运用描述性统计、 t 检验、方差分析和多元线性回归分析,检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 护士灵性照顾能力得分情况 见表 1。

表 1 护士灵性照顾能力得分($n = 406$)

项目	得分($\bar{x} \pm s$)	排序
评估和实施能力	2.70±0.78	5
专业发展和质量改进能力	2.56±0.63	6
支持能力	3.22±0.47	3
转介能力	3.10±0.60	4
对患者灵性的态度	4.16±0.40	1
交流能力	3.51±0.63	2
总均分	3.21±0.27	—

2.2 不同特征护士灵性照顾能力得分比较 见表 2。

2.3 影响护士灵性照顾能力的多元回归分析 以护士灵性照顾能力的总均分为因变量,表 2 中各影响因素为自变量进行多元线性回归分析($\alpha_{入} = 0.05, \alpha_{出} = 0.10$)。进入回归方程的变量为学历(赋值:中专 = 1,

作者单位:深圳市宝安区福永人民医院 1. 内一科 2. 护理部(广东 深圳, 421001);3. 深圳市宝安区人民医院护理部;4. 深圳市龙岗区中心医院护理部

陈银娟,女,硕士,主管护师,36981703@qq.com

收稿:2018-08-18;修回:2018-10-27

大专=2,本科及以上=3)、医院等级(三甲医院=1,二甲医院=2;)及是否接受过灵性教育(是=1,否=2),共能解释护士灵性照顾能力总变异的19.5%,见表3。

表2 不同特征护士灵性照顾能力得分比较

项目	人数	得分($\bar{x} \pm s$)	F/t	P	
性别	男	26	3.14±0.27	-1.308	0.191
	女	380	3.21±0.26		
护龄(年)	1~	155	3.19±0.25	3.216	0.023
	6~	101	3.22±0.28		
	11~	76	3.28±0.28		
	16~37	74	3.33±0.29		
婚姻状况	有配偶	192	3.21±0.25	0.240	0.811
	无配偶	214	3.20±0.27		
职称	护士	217	3.18±0.25	3.189	0.042
	护师	133	3.22±0.27		
	主管护师及以上	56	3.28±0.30		
学历	中专	113	3.12±0.27	12.193	0.000
	大专	209	3.22±0.24		
	本科及以上	84	3.30±0.27		
科室	门急诊	98	3.15±0.25	3.235	0.040
	普通病房	222	3.22±0.25		
	特殊科室*	86	3.24±0.31		
是否带教老师	是	104	3.27±0.27	2.593	0.010
	否	302	3.19±0.26		
医院等级	三甲	200	3.27±0.26	4.881	0.000
	二甲	206	3.15±0.26		
是否管理者	是	96	3.26±0.33	2.086	0.039
	否	310	3.19±0.24		
宗教信仰	无	350	3.20±0.26	-0.957	0.339
	有	56	3.24±0.28		
是否接受过灵性教育	是	78	3.39±0.26	7.031	0.000
	否	328	3.16±0.25		

注:*包括肿瘤科、ICU、手术室。

表3 护士灵性照顾能力的多元线性回归分析结果(n=406)

变量	β	SE	β'	t	P
常数	3.585	0.119	—	30.223	0.000
学历	0.066	0.018	0.172	3.747	0.000
医院等级	-0.101	0.024	-0.190	-4.197	0.000
接受教育	-0.183	0.031	-0.272	-5.984	0.000

注: $R^2=0.211$,调整 $R^2=0.195$, $F=13.294$, $P=0.000$ 。

3 讨论

3.1 护士灵性照顾能力分析 本次调查结果显示,护士灵性照顾能力得分为(3.21±0.27)分,按照Likert 5级评分法,护士灵性照顾能力处于中等水平。灵性照顾是指护士通过对患者所表达的灵性需求进行有目的的监测和富有同情心的回应,旨在帮助个体找寻意义、关联和平静^[7]。护理人员灵性照顾能力不高,可能与国内灵性护理还处于起步阶段,大多护士对灵性缺乏了解^[8],尚未意识到灵性照顾的重要性有关。各维度得分以专业发展和质量改进能力得分最低,原因是护理人员对灵性照顾的作用与地位认识不足,对患者的灵性需求缺乏敏锐的观察能力、应变能力及灵性决策能力,无法将灵性照顾纳入到患者及其家属的整体护理中,不能制定相应的灵性护理方案及护理措施,以解决患者的灵性困扰。评估和实施

能力得分较低,原因可能是在灵性护理实践中,护理人员主要通过倾听和同理的方法,很难挖掘患者话语深处隐含的内心困扰,对于患者灵性痛苦处于的阶段和等级及其程度如何难以做出准确的评估,故而该维度得分低。对患者灵性的态度维度得分高,这可能与近年来宝安区大力推广全人照护的服务流程及人文关怀的服务行为,对患者身、心、灵的照护即是全人照护的重要内容,强化了护士尊重患者人格、生命及健康权利的意识,因此该维度得分高。交流能力维度得分较高,原因可能是在灵性护理实践中,多数护理人员表示“能够积极倾听患者疾病的生命故事”,并且“能够怀着接纳的态度”关心和同情患者,因此该维度得分较高。

3.2 是否接受过灵性教育对护士灵性照顾能力的影响 本研究结果显示,接受过灵性教育的护士灵性照顾能力得分更高,并且护士灵性照顾能力受其灵性教育的影响最大。灵性教育能使护理人员更新灵性护理知识,增强灵性应对的敏感性,理解整体护理中灵性照顾成分,从而促使患者的灵性正向转变,以满足患者的灵性需求。现代护理越来越强调整体化护理,除了在生理、心理和社会支持方面提供帮助之外,灵性照顾也是不容忽视的一个重要环节^[9]。因此,提高护士的灵性照顾能力,促进患者身、心、社、灵和谐统一,对护理人员进行灵性教育刻不容缓。目前我国台湾地区已经形成一支提供灵性照顾的灵性照顾队伍,他们由医院统一管理,为心理障碍的临终患者提供心理疏导,在日常的照顾中建立情感和信任,使其能够坦然面对或接受死亡,提高其生活品质和生存质量^[10]。而大陆更重视技能操作,对患者深层次的感受及全人护理理念关注较少,并且缺乏相应的灵性教育,使护理人员没有足够的能力对患者实施灵性照顾^[11]。因此,护理管理者在护理人员灵性照顾能力的培训中,可将灵性照顾能力作为护理实践的一项重要能力,并将其列入护理教育中^[12],以患者的需求为中心,以护理人员的灵性照顾能力为培养目标,选择科学的、可行的灵性照顾教育模式,配备合适的、优化的教学资源,对护理人员进行有关灵性护理的继续教育培训,增强护理人员灵性照顾能力,以便更好地发现患者的灵性护理需求,让灵性照顾落实到临床护理实践中,促使护理人员更好地实施整体护理,以促进患者的灵性健康。

3.3 学历对护士灵性照顾能力的影响 本研究结果显示,学历越高,其灵性照顾能力越强。学历越高,对知识的掌握程度越高,接受的教育更全面和完善,其知识储备也更丰富。另外,高学历护理人员的需求层次更高,对自身能力的培养和发展更重视。医院给予了他们更多进修、学习及管理等方面发展的机会,促进了他们自身素质和综合能力的发展与完善,因此灵性照顾能力更强。由于疾病的冲击,患

者大多会产生悲观、恐惧、失望等心理,如何在这种心理状态下带给患者幽默,使其身心都得到放松,是护士必须具备的能力^[13]。然而,在临床工作中更多地关注常规护理,对灵性照顾能力的重视不够,并且缺乏灵性照顾能力的针对性培训。建议卫生主管部门和医疗机构根据行业发展需求,根据护理人员学历情况,增加相关培训,提供适当的学习机会和展示能力的平台,最大限度发挥其潜能,促进其灵性照顾能力的发展,培养具有较高灵性照顾能力的高素质护理人才。

3.4 医院等级对护士灵性照顾能力的影响 本研究中,三级医院护士灵性照顾能力显著高于二级医院($P < 0.05$)。医院等级是影响医护人员工作能力的主要因素之一,同时也是衡量医院综合实力的重要指标。等级高的医院招聘护士时要求相对更高,后期对护士的培养也更重视。同时,三甲医院护理人员工作环境更好,工作自主性更强,学习机会更多,培训考核更规范和成熟,因此,其护理人员的灵性照顾能力越强。另外,灵性照顾能力的获得是日积月累的过程,需要不断地学习、培训和实践才得以发展和完善。目前,护理人员灵性照顾能力的提高和规范的培训亟待加强。应针对不同等级医院护理人员灵性照顾能力,制订有效的干预措施。在提高护理人员灵性照顾能力与专业培训的干预措施中,重视系统化、规范化的科学培训理念,注重培训的实践性,提高培训的效率和效果,以提高其灵性照顾能力,继而培养专业的灵性照顾人才。与此同时,提高人们对灵性照顾的接纳程度,加强对临床灵性照顾实施结果的评价,从而不断完善我国灵性照顾的经验。有学者认为,灵性的培养可提高个体应对困难的能力^[14],而对灵性的认知又直接影响护士对患者提供灵性照顾的判断及处理问题的方式^[15]。因此,可强化护士灵性认知的信念和价值观,增强灵性敏感技能,并提供机会反思他们的经历、情感、行动和对灵性的反应,加强精神关怀利用的可能性,强化对临床灵性照顾实施结果的评价,从而不断完善我国灵性照顾的经验。

4 小结

本研究结果显示,护士灵性照顾能力处于中等水平,学历、医院等级及是否接受过灵性教育是护士灵性照顾能力的主要影响因素。护理人员应不断学习和反思,以提升自我的灵性修养及敏感度,提高灵性护理的能力,准确地评估患者的灵性困扰,察觉患者的灵性需求,创造一个爱与包容、倾听、陪伴及同理的支持环境,为其提供个性化的灵性护理措施,满足其灵性护理需求。因地域、研究时限等客观原因的限制,本研究只对宝安区2所医院的护士灵性照顾能力进行了调查,有关其他地区、专科医院及扩大样本的

调查结果如何有待进一步研究。

参考文献:

- [1] Best M, Butow P, Olver I. Palliative care specialists' beliefs about spiritual care[J]. *Support Care Cancer*, 2016, 4(8):3295-3306.
- [2] Delgado-Guay M O, Hui D M D, Parsons H A, et al. Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2011, 41(6):986-994.
- [3] Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, et al. Spiritual care in nursing: a concept analysis[J]. *Int Nurs Rev*, 2014, 61(2):211-219.
- [4] de Jager Meezenbroek, Garssen B, van den Berg M, et al. Measuring spirituality as a universal human experience: a review of spirituality questionnaires[J]. *J Relig Health*, 2012, 51(2):336-354.
- [5] Weathers E, McCarthy G, Coffey A. Concept analysis of spirituality: an evolutionary approach[J]. *Nurs Forum*, 2016, 51(2):79-96.
- [6] 韦迪,刘翔宇,谌永毅,等. 灵性照顾力量表的汉化及信度效度检验[J]. *中国护理管理*, 2017, 17(12):1610-1615.
- [7] Petersen C L, Callahan M F, McCarthy D O, et al. An online educational program improves pediatric oncology nurses' knowledge, attitudes, and spiritual care competence[J]. *J Pediatr Oncol Nurs*, 2017, 34(2):130-139.
- [8] 李嘉诚基金会. “人间有情”全国宁养医疗服务计划办公室. 舒缓医学[M]. 北京:高等教育出版社, 2014:382-383.
- [9] 梁赛,成琴琴,谌永毅,等. 灵性照顾教育的研究现状[J]. *护理学杂志*, 2016, 31(3):94-97.
- [10] 于乐静. 台湾长庚医院人性化护理服务介绍[J]. *护理学杂志*, 2012, 27(13):21.
- [11] Wong K F, Yau S Y. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong[J]. *Appl Nurs Res*, 2010, 23(4):242-244.
- [12] Baldacchino D R. Teaching on spiritual care: the perceived impact on qualified nurses[J]. *Nurse Educ Pract*, 2011, 11(1):47-53.
- [13] 李梦奇,王颖,谢海燕,等. 癌症患者灵性护理需求的现状及其影响因素研究[J]. *中华护理杂志*, 2017, 52(8):930-934.
- [14] Tan J Y, Lim H A, Kuek N M, et al. Caring for the caregiver while caring for the patient: exploring the dyadic relationship between patient spirituality and caregiver quality of life[J]. *Support Care Cancer*, 2015, 23(12):3403-3406.
- [15] Mthembu T G, Roman N V, Wegner L. A cross-sectional descriptive study of occupational therapy students' perceptions and attitudes towards spiritual care in occupational therapy education[J]. *J Relig Health*, 2016, 55(5):1529-1545.

(本文编辑 吴红艳)