

• 安宁疗护 •

肿瘤医院护士灵性照护能力及影响因素调查

侯伯¹, 高茜¹, 刘洪艳²

Spiritual care ability of nurses in cancer hospitals and its influencing factors Hou Bo, Gao Qian, Liu Hongyan

摘要:目的 了解肿瘤医院护士灵性照护能力现状,分析影响因素,为采取针对性干预措施提供参考。方法 采用方便抽样法选取 595 名肿瘤医院护士,应用灵性照护能力量表、护士工作环境量表及道德困境量表进行调查。结果 灵性照护能力评分为 78.73±14.28;每天接触患者时间、宗教信仰、道德困境及工作环境是灵性照护能力的主要影响因素(均 $P < 0.01$)。结论 肿瘤医院护士灵性照护能力处于中等水平,受多种因素影响。可通过调整人力资源配置,减轻护士道德困境及改善工作环境等方法,逐步提高灵性照护能力。

关键词:肿瘤; 护士; 灵性照护; 工作环境; 道德困境

中图分类号:R473.73 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.09.074

灵性照护(Spiritual Care)是指医务人员在识别患者灵性需求后,通过陪伴、倾听、尊重或直接与患者讨论生命的意义及价值等方式,为患者提供灵性安适的相关活动^[1]。肿瘤不仅给患者机体带来病痛,对其心理也造成很大的压力,肿瘤患者对灵性照护的要求更高。1998 年 WHO 将灵性健康作为身体、心理、社会健康之后,满足患者需求的第 4 维健康^[2]。美国护理协会、国际护士会已将灵性健康纳入执业准则与规范,以此评估灵性照顾能力^[3-4]。马斯洛需要层次理论认为,灵性需求与生理、心理需求一样需要满足^[5]。国外研究表明,护理人员的灵性护理能力对癌症患者有积极作用,可提高患者的心理应对能力、满足感、内在精神力量及生存质量^[6-7]。目前国内研究主要集中在患者的灵性需求^[8-9]。本研究旨在调查肿瘤医院护士灵性照护能力及影响因素,为制定有效的干预措施提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用方便抽样法,于 2019 年 5~7 月选取我院临床护士为研究对象。纳入标准:①临床一线注册护士;②工作 1 年以上;③签署知情同意书自愿参加本研究。排除标准:①进修、轮转及规培护士;②既往有精神疾病史;③1 年内休假或外出学习超过 1 个月。依据多元线性回归样本量需达到自变量条目数的 5~10 倍,本研究护士一般资料表条目数 11 个,护士工作环境量表条目数 31 个,道德困境量表条目数 22 个,因此样本量应为 320~640^[10]。

1.2 方法

1.2.1 调查工具

1.2.1.1 一般资料问卷 研究者自行设计,包括年龄、性别、学历等 11 项。

1.2.1.2 中文版灵性照护能力量表 van Leeuwen 等^[11]编制,量表 Cronbach's α 系数 0.560~0.820。韦迪等^[12]汉化修订后形成中文版,量表总 Cronbach's α 系数为 0.97,内容效度 0.98。量表由评估和实施能力(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)、对患者灵性态度(4 个条目)、交流能力(2 个条目)6 个维度 22 个条目组成。采用 Likert 5 级计分法,1~5 分分别表示“从来不”到“总是”,总分 22~110 分,得分越高表明护士的灵性照护能力越强。本研究中量表 Cronbach's α 系数 0.906。

1.2.1.3 护士工作环境量表 Lake^[13]编制,中文版由王丽等^[14]翻译并修订,量表 Cronbach's α 系数 0.91,内容效度 0.94。量表包括参与医院事务(9 个条目)、护理管理者的能力及领导方式(5 个条目)、高质量护理服务基础(10 个条目)、人力和物力资源充裕度(4 个条目)、医护合作(3 个条目)5 个维度,共 31 个条目。采用 Likert 4 级计分法,“非常不同意”至“非常同意”依次赋 1~4 分,总分 31~124 分,得分越高表明护士工作环境越好。本研究中量表 Cronbach's α 系数 0.890。

1.2.1.4 道德困境量表 Corley 等^[15]研制,中文版由孙霞^[16]翻译并修订,Cronbach's α 系数 0.88,内容效度 0.91。量表包括个体责任(8 个条目)、未维护患者最大利益(5 个条目)、价值冲突(6 个条目)和损害患者利益(3 个条目)4 个维度,共 22 个条目。每个条目分别评测道德困境发生的频率及困扰程度两方面,均采用 Likert 5 级评分法,计 0~4 分,分别表示发生频率“从未发生”至“非常频繁”;困扰程度为“没有困扰”至“严重困扰”。发生频率与困扰程度乘积为该条目最终得分。总分 0~352 分,得分越高表明护士的道德困境越严重。本研究中量表 Cronbach's α 系数 0.880。

1.2.2 调查方法 由经过统一培训的研究人员进行调查,并以科室为单位,在各科室护士长的协助下进

作者单位:哈尔滨医科大学附属肿瘤医院 1. 二病区胃肠外科 2. 护理服务保障中心(黑龙江 哈尔滨,150040)

侯伯:女,本科,护师,houbol198200@163.com

收稿:2019-12-20;修回:2020-02-15

行问卷发放。调查前采用统一指导语向研究对象解释调查目的、意义及问卷填写方法,要求研究对象知情同意后自行填写问卷。问卷当场发放与回收。共发放调查问卷 612 份,回收有效问卷 595 份,有效回收率为 97.22%。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS23.0 软件进行 *t* 检验、方差分析、Pearson 相关性分析及多元线性回归分析,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 肿瘤医院护士灵性照护能力、工作环境及道德困境评分 见表 1。

表 1 肿瘤医院护士灵性照护能力、工作环境及道德困境评分($n=595$)

项目	总分范围	实际得分 ($\bar{x} \pm s$)	条目均分 ($\bar{x} \pm s$)
灵性照护能力总分	22~110	78.73±14.28	3.58±0.65
交流能力	2~10	8.62±1.24	4.31±0.62
对患者灵性态度	4~20	15.39±2.76	3.85±0.69
专业发展和质量改进能力	5~25	17.91±3.20	3.58±0.64
评估和实施能力	4~20	14.16±2.84	3.54±0.71
支持能力	5~25	16.31±3.25	3.26±0.65
转介能力	2~10	6.34±3.25	3.17±0.58
工作环境总分	31~124	101.25±18.91	3.27±0.61
护理管理者的能力及领导方式	5~20	17.69±3.04	3.54±0.61
高质量护理服务基础	10~40	33.81±6.49	3.38±0.65
参与医院事务	9~36	28.71±5.67	3.19±0.63
医护合作	3~12	9.36±1.68	3.12±0.56
人力和物力资源充裕度	4~16	11.68±2.32	2.92±0.58
道德困境总分	0~352	155.38±64.89	7.06±2.94
价值冲突	0~96	58.86±23.64	9.81±3.94
未维护患者最大利益	0~80	43.80±19.05	8.76±3.81
个体责任	0~128	40.24±16.48	5.03±2.06
损害患者利益	0~48	12.48±2.10	4.16±1.98

2.2 肿瘤医院护士工作环境、道德困境与灵性照护能力的相关性 肿瘤医院护士工作环境总分与灵性照护呈正相关($r=0.332, P<0.01$),道德困境总分与灵性照护能力呈负相关($r=-0.319, P<0.01$)。

2.3 不同特征肿瘤医院护士灵性照护能力评分比较 见表 2。

2.4 肿瘤医院护士灵性照护能力影响因素分析 以灵性照护能力总分为因变量,以表 2 中有统计学意义的一般资料及工作环境总分、道德困境总分为自变量,进行多元线性回归分析($\alpha_{入}=0.05, \alpha_{出}=0.10$)。结果见表 3。

3 讨论

3.1 肿瘤医院护士灵性照护能力处于中等水平 表 1 显示,肿瘤医院护士灵性照护能力总分(78.73±14.28)分,略高于齐梦影等^[17]对护理实习生灵性照护能力的研究结果。可能与研究对象来源及所在医院接触的患者群有关。实习护生因刚刚从学生角色转变到护士角色,还不能完全适应临床环境,对照濒危重、濒死患者经验有限,与临床护士相比,实习护生灵性照护能力仅停留在书本知识的认知;同时齐梦影

表 2 不同特征肿瘤医院护士灵性照护能力评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

项目	人数	灵性照护能力	<i>t</i> / <i>F</i>	<i>P</i>
年龄(岁)				
23~	209	76.81±12.39	4.960	0.007
30~	277	78.87±14.70		
40~52	109	82.07±15.96		
性别				
男	42	78.19±14.99	0.255	0.799
女	553	78.77±14.23		
学历				
大专	84	74.60±11.95	2.884	0.004
本科以上	511	79.41±14.52		
聘任形式				
在编	348	79.95±15.30	2.476	0.014
合同制	247	77.02±12.52		
职务				
护士长	36	87.25±13.26	3.733	0.000
护士	559	78.18±14.18		
职称				
护师以下	454	77.95±13.83	2.405	0.016
主管护师以上	141	81.25±15.43		
科室				
外科	412	79.36±14.84	1.570	0.209
内科	108	76.67±11.62		
放疗科	75	78.27±14.48		
宗教信仰				
有	72	84.97±15.44	4.005	0.000
无	523	77.87±13.91		
每天接触患者时间(h)				
<5	97	83.30±15.55	8.566	0.000
5~7	322	78.89±14.68		
>7	176	75.94±12.02		
月均夜班数(个)				
≤5	208	81.30±15.14	3.245	0.001
>5	387	77.35±13.61		
工作年限(年)				
1~	318	77.83±13.54	3.853	0.022
10~	235	78.97±14.93		
20~33	42	84.26±15.01		

表 3 肿瘤医院护士灵性照护能力影响因素的多元线性回归分析($n=595$)

变量	β	SE	β'	<i>t</i>	<i>P</i>
常数项	81.333	3.561	—	22.840	0.000
每天接触患者时间	-0.201	0.025	-0.385	-7.961	0.000
宗教信仰	0.247	0.034	0.438	7.332	0.000
道德困境	-0.113	0.016	-0.246	-7.074	0.000
工作环境	0.219	0.040	0.267	5.417	0.000

注:自变量赋值:每天接触患者时间<5 h=1,5~7 h=2,>7 h=3;无宗教信仰=0,有=1;道德困境和工作环境原值带入。 $R^2=0.426$,调整 $R^2=0.417$; $F=48.222, P<0.001$ 。

等^[17]研究场所为综合性医院,接触的患者人群与肿瘤医院不同,患者对灵性照护的要求也不同。本研究各条目均分为(3.58±0.65)分,在 1~5 分计分中处于中等水平。与杨玉丽等^[18]研究结果相似。可能因为目前我国灵性照护教育相关课程设置较少,也没有

专门的教学资源、师资及权威的教科书,导致肿瘤医院护士灵性照护能力总体水平不高。建议护理教育者与管理者在借鉴西方灵性照护文化发展基础上,结合我国道教、佛教的“仁”“慈”“善”文化特点,将中国传统中医、太极等思想融入到灵性照护教育和培训中,加强护士灵性照护能力。

3.2 肿瘤医院护士灵性照护能力影响因素分析

3.2.1 每天接触患者时间 本研究显示,每天接触患者时间是肿瘤医院护士灵性照护能力的影响因素($\beta = -0.385, P < 0.01$),每天接触患者时间越多,灵性照护能力评分越低,与 Groot 等^[19]研究结果相似。癌症患者及家属思想负担重,对医疗技术及医护人员寄予高度期望。每天接触患者时间的增多,护士长期暴露于极端创伤事件中,导致护士情感与精力过度透支,容易引起共情疲劳与职业倦怠等负性心理。研究表明,肿瘤科护士受职业压力及心理弹性的影响,存在一定程度的共情疲劳^[20]。一旦产生负性心理会影响护士的身心健康,直接影响护士对患者实施灵性照护。护理管理者应科学安排护士工作强度,根据各科室工作量进行人力资源调整,提高工作效率,增加一线护士的绩效,减轻工作压力,降低护士共情疲劳与职业倦怠,保证对患者实施有效护理。

3.2.2 宗教信仰 本研究显示,宗教信仰是肿瘤医院护士灵性照护能力的影响因素($\beta = 0.438, P < 0.01$),有宗教信仰者灵性照护能力评分较高,与杨玉丽等^[18]研究结果相似。有宗教信仰的护士能够避免触犯患者的宗教禁忌,实施灵性照护时给予患者精神慰藉,理解患者心中所想,满足患者的诉求,提高护理质量。

3.2.3 道德困境 道德困境是肿瘤医院护士灵性照护能力的影响因素($\beta = -0.246, P < 0.01$),即道德困境得分越高,灵性照护能力评分越低。道德困境是个体采取正确行动,但因内外部因素的影响无法实行而产生的痛苦感受或心理失衡^[21]。肿瘤医院护士有时会在家属的要求下给患者提供关于病情及预后的不正确信息,给患者更多的希望,这种不坦诚使护士时常经历道德困境,这些困境会让人产生头痛、焦虑、挫败感及精力耗竭等身心反应,甚至通过减少与患者互动这样的消极护理方式进行应对,导致护士灵性照护能力下降。对终末期癌症患者,家属因个人意愿要求对患者实施过度治疗,护士面对临终患者没必要的侵入性治疗与操作会感到苦恼,这些使护士道德困境加重,进而影响到灵性护理。当护士、医生、患者及家属的价值观发生冲突时,护士应加强沟通,表达自我观点且倾听他人观点,共同协商对患者最佳的医疗护理决策,当发生价值冲突后管理者应重视护士的心理辅导与教育,可以开设道德学习讲堂,营造科室良好的道德环境,以此减轻护士的道德困境。

3.2.4 工作环境 表 3 显示,工作环境是肿瘤医院护士灵性照护能力的影响因素($\beta = 0.267, P < 0.01$),工作环境评分越高,灵性照护能力评分越高。为满足患者的灵性需求,需要护理人员通过倾听、陪伴,帮助患者理清内心想法,以慈悲、善良的价值观引导癌症患者缓解困扰与恐惧,保持平和心态、正视病情、尊重生命与死亡。癌症患者对灵性照护需求的增加,也提升了肿瘤医院护士的灵性照护能力。而在积极的工作环境中,护理管理者充分重视护士的意见与建议,加强与护士的有效沟通,鼓励护士参与医疗、护理决策,搭建医院、医生、护士及患者沟通平台,授予护士更多的自主权,从而促使护士全身心投入到工作中,为患者提供高质量的灵性照护。因此,在提高患者安全与满意的前提下,护理管理者应针对不同科室特点采取个性化的管理措施,充分授权,稳定护理队伍,营造良好的护理工作环境,使护士以积极的心态全心全意为患者服务。

4 小结

肿瘤医院护士灵性照护能力总体处于中等水平,每天接触患者时间、宗教信仰、道德困境及工作环境是灵性照护能力的影响因素。本研究受经费、地域及时间的限制,仅抽取本地区 1 所医院,样本局限,今后将进一步扩大调查区域及样本量,以期为护士灵性照护的发展提供借鉴。

参考文献:

- [1] Deal B, Grassley J S. The lived experience of giving spiritual care: a phenomenological study of nephrology nurses working in acute and chronic hemodialysis settings [J]. *Nephrol Nurs J*, 2012, 39(6):471-481.
- [2] Hong S J, Lee E. Korean hospice nursing interventions using the Nursing Interventions Classification system: a comparison with the USA [J]. *Nurs Health Sci*, 2014, 16(4):434-441.
- [3] Musa A S. Spiritual care intervention and spiritual well-being [J]. *J Holist Nurs*, 2017, 35(1):53-61.
- [4] Dy S M, Kiley K B, Ast K, et al. Measuring what matters: top-ranked quality indicators for hospice and palliative care from the American Academy of Hospice and Palliative Medicine and Hospice and Palliative Nurses Association [J]. *J Pain Symptom Manage*, 2015, 49(4):773-781.
- [5] 梁赛,成琴琴,谌永毅,等. 灵性照护教育的研究现状 [J]. *护理学杂志*, 2016, 31(3):94-97.
- [6] Berning J N, Poor A D, Buckley S M, et al. A novel picture guide to improve spiritual care and reduce anxiety in mechanically ventilated adults in the intensive care unit [J]. *Ann Am Thorac Soc*, 2016, 13(8):1333-1342.
- [7] Weathers E, McCarthy G, Coffey A. Concept analysis of spirituality: an evolutionary approach [J]. *Nurs Forum*, 2016, 51(2):79-96.
- [8] 邹丽燕,曹梅娟. 灵性健康及其评估方法现状 [J]. *护理*

学杂志,2015,30(21):109-112.

[9] 蔡丽丽,王会英.胃癌病人灵性照护需求现状及影响因素[J].护理研究,2018,32(21):3463-3466.

[10] 倪平,陈京立,刘娜.护理研究中量性研究的样本量估计[J].中华护理杂志,2010,45(4):378-380.

[11] van Leeuwen R, Tiesinga L J, Middel B, et al. The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care[J]. J Clin Nurs, 2009, 18(20):2857-2869.

[12] 韦迪,刘翔宇,谌永毅,等.灵性照护力量表的汉化信效度检验[J].中国护理管理,2017,17(12):1610-1615.

[13] Lake E T. Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index[J]. Res Nurs Health, 2002, 25:176-188.

[14] 王丽,李乐之.中文版护理工作环境量表的信效度研究[J].中华护理杂志,2011,46(2):121-123.

[15] Corley M C, Elswick R K, Goman M, et al. Development and evaluation of a Moral Distress Scale[J]. J Adv

Nurs, 2001, 33(2):250-256.

[16] 孙霞.中文版护士道德困境量表的修订及在护理人员中的应用[D].济南:山东大学,2011.

[17] 齐梦影,严谨,毛平,等.护理实习生灵性照顾能力现状及其改进对策分析[J].中国护理管理,2019,19(4):563-568.

[18] 杨玉丽,吴小玉,鲍春燕,等.肿瘤科护士灵性照护实施的自我评价[J].中华护理教育,2019,16(6):453-456.

[19] Groot M, Ebenau A F, Koning H, et al. Spiritual care by nurses in curative cancer care: protocol for a national, multicentre, mixed method study[J]. J Adv Nurs, 2017, 73(9):2201-2207.

[20] 苏继亮,何朝珠,夏佳颖.肿瘤科护士共情疲劳现状及影响因素分析[J].南昌大学学报,2019,59(4):82-87.

[21] Austin C L, Saylor R, Finley P J. Moral distress in physicians and nurses: impact on professional quality of life and turnover[J]. Psychol Trauma, 2017, 9(4):399-406.

(本文编辑 宋春燕)

(上接第 73 页)

持续时间、平均每次床边坐位锻炼持续时间长于对照组,首次下床时间早于对照组,差异有统计学意义(均 $P < 0.01$)。患者越早下床活动,机械通气时间及 ICU 住院时间越短,利于患者康复。

3.2 康复床上座椅的应用降低 ICU 获得性衰弱及 ICU 谵妄发生率 长期卧床与制动可加速肌肉分解代谢,减缓肌蛋白合成,促进肌肉分解和损耗,造成肌肉萎缩^[9]。研究表明,在制动第 1 周内肌力损失可高达 40%,并在入 ICU 的第 2~3 周达到高峰,肌肉无力延长呼吸机使用时间,增加脓毒症患者病死率^[10]。谵妄主要表现为意识和认知障碍,是 ICU 患者的严重并发症之一,不仅延长机械通气时间及住院时间,还可以导致严重的认知障碍。研究表明,早期活动可以减少 ICU 获得性衰弱及 ICU 谵妄等并发症的发生^[11]。本研究结果与之相符,应用康复床上座椅实施卧位训练,更早的活动、减少卧床时间,扩展患者的目光视野和活动范围,增加与医务人员的沟通交流,缓解患者对 ICU 环境和病情的恐惧,改善睡眠,有效降低了 ICU 获得性衰弱及谵妄发生率。

4 小结

本研究显示,在入 ICU 24 h 后满足早期康复指征的患者使用自制康复床上座开展床边坐位锻炼,保障了患者早期活动的效率和安全。本研究的样本量偏小,应用效果还需进一步验证。

参考文献:

[1] Jang M H, Shin M J, Shin Y B. Pulmonary and physical rehabilitation in critically ill patients[J]. Acute Crit Care, 2019, 34(1):1-13.

[2] 陈明君,丁群力,陈益峰.床旁端坐位护理对 COPD 患者机械通气时间的影响研究[J].中国现代医生,2015,53(35):127-130.

[3] 孔婵,何华英,兰红珍.体位转移技术培训及效果评价[J].中华护理杂志,2017,52(1):84-86.

[4] 李小寒,尚少梅.基础护理学[M].北京:人民卫生出版社,2012:42-47.

[5] Latronico N, Gosselink R. A guided approach to diagnose severe muscle weakness in the intensive care unit[J]. Rev Bras Ter Intensiva, 2015, 27(3):199-201.

[6] 骆艳妮,王秀莹,王小闯,等.ESCAPE 策略在机械通气患者谵妄管理的应用[J].护理学杂志,2019,34(19):37-40.

[7] 周燕,胡玉琴,陈娟丽,等.体位干预在老年胸腔镜术后全麻气管导管拔除后复苏的影响[J].护士进修杂志,2018,33(33):1230-1232.

[8] 季建红,吴小丽,祁峰,等.多功能脚踏车在重症病人下肢早期康复运动中的应用效果[J].护理研究,2019,33(20):3630-3633.

[9] 周茜,耿亚琴,狄捷,等.器械拉力操预防 ICU 获得性衰弱效果研究[J].护理学杂志,2016,31(17):18-20.

[10] Thomas S, Mehrholz J, Bodechtel U, et al. Effect of physiotherapy on regaining independent walking in patients with intensive-care-unit-acquired muscle weakness: a cohort study[J]. J Rehabil Med, 2019, 51(10): DOI:10.2340/16501977-2606.

[11] 方秀花,吴立新,苏燕,等.ICU 重症患者早期活动的可行性研究[J].中华全科医学,2017,15(7):1259-1262.

(本文编辑 宋春燕)