

ICU 护士角色清晰度和道德困境对灵性照顾能力的影响

桑明¹, 卫建华¹, 李旭芳², 翁峰霞¹, 樊恬静², 姜云龙²

摘要:目的 探讨 ICU 护士的角色清晰度、道德困境对灵性照顾能力的影响,为制订针对提高 ICU 护士灵性照顾能力的干预措施提供依据。**方法** 选取浙江省 6 所三级甲等综合性医院 ICU 的 306 名护士为研究对象,采用一般资料问卷、灵性照顾能力量表、角色清晰度量表和道德困境量表进行调查。**结果** ICU 护士灵性照顾能力总分为(77.70±16.43)分,道德困境得分为 59.81(15.0, 88.0)分,角色清晰度总分为(32.22±5.37)分。灵性照顾能力与角色清晰度呈正相关($r=0.442, P<0.05$),与道德困境呈负相关($r=-0.424, P<0.05$)。多元线性回归分析表明,教育程度、是否接受过灵性教育培训、角色清晰度及道德困境是其灵性照顾能力的影响因素(均 $P<0.05$)。**结论** ICU 护士灵性照顾能力处于中等水平,有待进一步提高。护理管理者应制订相关培训项目,采取针对性措施提高 ICU 护士的灵性照顾能力。

关键词: 护士; ICU; 灵性照顾; 角色清晰度; 道德困境; 影响因素

中图分类号: R47; R395.6 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2022.22.001

Influence of ICU nurses' role clarity and moral dilemmas on spiritual care ability Sang Ming, Wei Jianhua, Li Xufang, Weng Fengxia, Fan Tianjing, Jiang Yunlong. Qingchun Surgical ICU, The First Affiliated Hospital, College of Medicine, Zhejiang University, Hangzhou 310003, China

Abstract: **Objective** To explore the effect of ICU nurses' role clarity and moral dilemmas on spiritual care ability, and to provide reference for the development of intervention measures aiming at improving ICU nurses' spiritual care ability. **Methods** A total of 306 nurses in ICU from 6 3A general hospitals in Zhejiang province were selected to fill out the demographic questionnaire, the Spiritual Care Ability Scale, the Role Clarity Scale and the Moral Dilemma Scale. **Results** The nurses scored (77.70±16.43) points in spiritual care ability, 59.81 (IQR: 15.0-88.0) points in moral dilemma, and (32.22±5.37) points in role clarity. Nurses' spiritual care ability were positively correlated with role clarity ($r=0.442, P<0.05$), while negatively correlated with moral dilemma ($r=-0.424, P<0.05$). Multiple linear regression analysis showed that education level, whether having received training on spiritual care, role clarity and moral dilemma were the influencing factors of spiritual care ability (all $P<0.05$). **Conclusion** ICU nurses' spiritual care ability is at medium level and needs to be further improved. Nursing managers should offer training programs, and take targeted measures to improve ICU nurses' spiritual care ability.

Key words: nurse; ICU; spiritual care; role clarity; moral dilemma; influencing factors

灵性照顾指关注患者的灵性需求以及照顾患者的身体、心理、社会以及灵性健康的照顾方式,在患者面对困难、经历创伤时,护士能感知其内心的灵性需求,并采取合理的措施帮助患者保持积极面对疾病的心态^[1-2]。护士灵性照顾能力是指护士通过鼓励的方式,有效识别和回应患者的灵性需求,为患者提供最佳灵性照顾的一种能力^[3]。研究表明,护士灵性照顾能力现状并不乐观,难以满足患者的灵性需求^[4-5]。道德困境是指个人采取符合道德的行为却被环境限制无法执行时,产生的负性心理体验^[6]。既往研究表明,护士在进行临床操作过程中易遇到复杂的伦理问题,因此易陷入道德困境,从而使护士灵性照顾能力降低^[7]。角色清晰度是指个体对工作标准和组织期望的了解程

度,是个体能够更好地完成工作任务的前提^[8],其对道德困境有显著影响,影响灵性照顾能力^[9]。ICU 护士需要面临较多的临床考验,承受的心理-生理压力较普通病房护士更为明显。有研究显示,增强道德敏感性,加强护士对角色的认知,可不断完善其灵性照顾的经验^[10]。目前国内研究主要集中在对患者灵性需求方面^[7]。本研究调查 ICU 护士角色清晰度、道德困境对灵性照顾能力的影响,为 ICU 护士灵性照顾能力干预措施的制订提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 2020 年 12 月至 2021 年 4 月,采用便利抽样法选取浙江省 6 所三级甲等综合医院 ICU 的护士为研究对象。纳入标准:已取得护士执业资格证; ICU 工作时间≥3 个月;自愿参与本研究。排除标准:进修护士;规范化培训护士;病假、产假等护士。本研究纳入研究对象 306 人。

1.2 方法

1.2.1 研究工具 ①一般资料问卷。由研究者自行设计。内容包括年龄、性别、临床工作年限、婚姻状

作者单位:浙江大学医学院附属第一医院 1. 庆春外科监护室(浙江 杭州, 310003);2. 余杭综合监护室

桑明:女,硕士,护士

通信作者:卫建华,1188029@zju.edu.cn

科研项目:浙江省医学会科研资金项目(2017ZYC-A10)

收稿:2022-06-13;修回:2022-08-02

况、宗教信仰、教育程度、是否接受过灵性教育相关培训(包括灵性照顾、灵性健康内容)、是否为带教老师、子女状况。② 灵性照顾力量表。由韦迪等^[11]在 van Leeuwen 等^[12]编制的灵性照顾力量表基础上汉化修订,共 22 个条目,6 个维度,分别为支持能力(5 个条目)、交流能力(2 个条目)、转介能力(2 个条目)、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)及对患者灵性的态度(4 个条目)。各条目采用 Likert 5 级评分法,由“从来不”到“总是”分别赋予 1~5 分。总分 22~110 分,得分越高,表明被试者灵性照顾能力水平越高。本研究中量表 Cronbach's α 系数为 0.950。③ 角色清晰度量表。由 Rizzo 等^[13]开发,张燕红等^[8]翻译,共 6 个条目,分别为我很清楚地知道我在工作中拥有的权利、我对工作有清楚和明确的目标与要求、我知道我的工作职责、我准确地知道我对工作寄予的期望、我知道我已经合理地分配了我的工作时间、我不知道我的工作能否被我的上级接受。采用 Likert 7 级评分法,1 表示非常不同意,7 表示非常同意,反向条目反向计分,总分 42 分,得分越高表示对工作角色越清晰。本研究中量表 Cronbach's α 系数为 0.830。④ 道德困境量表。由 Corley^[6]研制,中文版由孙霞^[14]翻译并修订,量表包括个体责任(8 个条目)、未能维护患者最大利益(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 系数为 0.957。

1.2.2 资料收集方法 本研究采用问卷调查法,研究者与 2 名经过统一培训过的调查员利用纸质版问卷和“问卷星”发放电子问卷相结合的方式展开调查。发放纸质问卷前,采用统一指导语向研究对象解释本研究的目的、意义及问卷填写方法,获得知情同意后当场发放问卷并当场收回;发放电子问卷则以问卷星的形式发送给各 ICU 护士长,由护士长在科室群中转述本研究的目的、意义并发送问卷星链接,取得护士知情同意后由护士自行填写。为确保问卷质量,将问卷中所有条目设置相关权限,防止漏答,且将问卷设置为同一 IP 地址、微信号仅能填写 1 次,防止重复填写。发放纸质版问卷 90 份,回收有效问卷 86 份,有效回收率 95.56%;回收电子问卷 231 份,有效问卷 220 份;有效率为 95.24%。本研究最终回收有效问卷 306 份。

1.2.3 统计学方法 数据采用 SPSS22.0 软件进行统计分析。计数资料采用频数、构成比表示;计量资料采用均数、标准差(资料符合正态分布)或中位数、

四分位数(不符合正态分布)表示。行 Pearson 相关性分析或 Spearman 相关性分析、多元线性逐步回归分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 ICU 护士灵性照顾能力、角色清晰度及道德困境得分 ICU 护士灵性照顾能力总分 34~110(77.70±16.43)分,条目均分(3.56±0.83)分,各维度条目均分:评估和实施能力(3.55±0.05)分、专业发展和质量改进能力(3.47±0.85)分、支持能力(3.26±0.94)分、转介能力(2.99±1.18)分、对患者灵性的态度(3.97±0.80)分、交流能力(3.97±0.86)分。角色清晰度总分为 6~42(32.22±5.37)分,道德困境得分为 59.81(15.0, 88.0)分。

2.2 不同特征 ICU 护士灵性照顾能力比较 见表 1。

表 1 不同特征 ICU 护士灵性照顾能力比较

项目	人数	灵性照顾能力	<i>t</i> / <i>F</i>	<i>P</i>
年龄(岁)			4.190	0.016
20~	140	75.89±15.98		
25~	144	80.35±16.68		
35~50	22	71.86±15.18		
性别			1.030	0.270
男	69	79.62±17.99		
女	237	77.14±15.94		
临床工作年限(年)			5.032	0.007
<3	170	74.62±17.20		
3~	77	80.51±16.73		
10~30	59	73.62±13.78		
婚姻状况			0.018	0.648
已婚	127	77.19±16.79		
未婚、丧偶、离异	179	78.06±16.21		
宗教信仰			0.364	0.716
有	9	79.67±18.55		
无	297	77.64±16.39		
教育程度			2.986	0.003
大专	38	85.05±15.75		
本科及以上	268	76.66±16.29		
灵性教育培训			6.354	<0.001
有	185	80.45±15.10		
无	121	73.49±17.52		
带教老师			1.993	0.048
是	100	80.36±16.19		
否	206	76.41±16.43		
子女状况			0.983	0.375
无子女	236	77.41±16.35		
孕期及婴幼儿	35	76.17±17.42		
学龄期及以上	35	81.20±15.94		

2.3 ICU 护士角色清晰度、道德困境与灵性照顾能力的相关性分析 灵性照顾能力与角色清晰度呈正相关($r=0.442, P<0.05$),与道德困境呈负相关($r=-0.424, P<0.05$)。

2.4 ICU 护士灵性照顾能力影响因素的多元线性回归分析 以灵性照顾能力总得分为因变量,以单因素分析中差异有统计学意义的项目为自变量进行多元

线性回归分析($\alpha_{入}=0.05, \alpha_{出}=0.10$), 最终进入回归方程的有教育程度(大专=1, 本科及以上=2)、是否接受过灵性教育培训(有=1, 无=2)、角色清晰度(原值输入)以及道德困境(原值输入), 见表 2。

表 2 ICU 护士灵性照顾能力影响因素的多元线性回归分析($n=306$)

变量	β	SE	β'	t	P
常数	70.709	9.814	—	7.205	<0.001
教育程度	-5.838	2.148	-0.128	-2.718	0.007
接受过灵性教育培训	-4.973	1.558	-0.148	-3.193	0.002
角色清晰度	1.333	0.144	0.435	9.274	<0.001
道德困境	-0.100	0.013	-0.359	-7.792	<0.001

注: $R^2=0.379$, 调整 $R^2=0.365$; $F=26.032, P<0.001$ 。

3 讨论

3.1 ICU 护士灵性照顾能力现状 ICU 患者常存在复杂病情, 如何为其提供有效的灵性照顾支持和指导, 已受到越来越多研究者的关注^[15]。由于 ICU 护士灵性照顾能力不足, 存在患者灵性问题可能被忽视的情况^[16]。本研究结果显示, ICU 护士灵性照顾能力总分为(77.70±16.43)分, 条目均分为(3.56±0.83)分, 处于中等水平, 略高于郑玲玲等^[17]对低年资护士的研究结果[(73.05±13.64)分]。原因可能是: 工作年限较长的护士思考问题会更全面到位, 易感知患者的灵性需求, 尤其是 ICU 护士时常面临患者病情危重、抢救治疗等情况, 故其灵性照顾能力水平要高于其他科室护士。且本研究显示灵性照顾能力水平得分最高的是维度“交流能力”, 这表明护士对与患者在灵性问题上的交流较有信心。“转介能力”维度得分最低, 这表明护士可能由于在对灵性照顾认知不高的情况下, 也可能会因为自身局限而做出转介行为, 即针对患者的灵性需求将患者安排给其他相关人员。这可能是与国内医疗团体在灵性照顾方面的角色分工不明确有关。国内有关灵性照顾的理论比较抽象, 缺乏明确的认知定义及实施方法, 从而导致临床实践应用困难^[18]。ICU 护士尚不清楚自己在灵性照顾中的角色及职责, 可能会导致其在遇到患者的灵性问题时, 不知该把患者转介给谁比较合适。这表明需要进一步研究和管理者支持, 以探索适合中国患者的灵性照顾模式, 评估护士灵性照顾能力的哪些领域需要加强, 针对影响因素开展管理或培训, 并确定医护人员或心理咨询师在提供灵性护理中的作用。Ghorbani 等^[19]探究了灵性照顾模式(Spiritual Care Model, SCM)对癌症患者幸福感和护理质量的影响, 其效果显著。护理管理者可参考 SCM 框架的培训计划为提高护士灵性照顾能力提供方向。另外, 该项培训计划的应用不需要额外的设备、复杂的管理干预, 护士可通过在职培训班并在临床监督下获得灵性照顾能力。护理管理者应建立适当的激励制度, 并且时间紧迫也是护士进行灵性照顾的阻碍因素, 因此卫生管理部门需增加护士配比, 给予护士进行灵性

照顾的环境支持。

3.2 对 ICU 护士灵性照顾能力影响因素分析

3.2.1 角色清晰度 角色清晰度的认知包括角色冲突和角色模糊, 前者指个体所承担的不同角色间的冲突或来自于环境的不同期待所造成的冲突, 后者指个体所体验到的角色环境的不确定性, 即对角色缺乏明确的认识^[20]。本研究结果显示, ICU 护士的角色清晰度与灵性照顾能力有关。对自身职业的角色认知程度越高, 其更能感知到对患者的灵性需求, 导致灵性照顾能力相对较强^[21]。提示护理管理者应采取有效的激励措施, 如具体实在、角色清晰度鲜明的单项奖励(如奖金绩效、小礼物等), 以提高护士工作积极性; 建立相应的准入制度, 提供多层次、多途径的继续教育机会, 以提高 ICU 护士专业能力。通过增强护士多种角色的自信, 使其对自我角色有更高的清晰度, 尽快进入工作角色, 从而提高灵性照顾能力。护士也可利用自身职业的优势, 通过倾听和同理的方法, 努力挖掘患者话语深处隐含的内心困扰, 提升灵性照顾的评估和实施能力。

3.2.2 道德困境 本研究的 ICU 护士道德困境处于较低水平, 说明其面对道德困境时的心理较积极。同时本研究显示道德困境是灵性照顾能力的影响因素, 通过降低道德困境可以提高护士灵性照顾能力, 与侯伯等^[22]的研究结果一致。分析原因可能为, ICU 患者及其家庭照顾者存在较大的压力感及无助感, 因此对临床医务人员抱有较大的期待, 容易引起护士道德困境等负性表现, 护士一旦产生负性心理会影响其身心健康, 并间接导致其对患者的灵性照顾能力减弱。另外, ICU 患者病情复杂, 疾病转归不明, 护士时常面临维持治疗还是采用姑息护理等伦理道德抉择, 故其道德困境水平要高于其他科室^[23]。提示护理人员应加强与家庭照顾者以及患者的沟通, 表达自我观点且倾听医生以及家庭照顾者的观点, 共同协商对患者最佳的护理照顾方式。另外, 有研究证明, 举办研讨会可以减少护士的道德困境^[24]。通过护理部定期为护士举办“道德”研讨会和培训的政策可有效减少护士的道德困境。护理管理者可根据医院的类型、参与人数以及各种教育方式设计研讨会, 每期设定不同主题, 以小组为单位用结构化汇报和指导的形式阐述事件, 确保每位护士将自己的感觉和应对策略与他人进行比较, 并及时反馈研讨会的有效性, 并对道德研讨会的影响进行长期跟踪研究, 以此减轻护士的道德困境, 从而提高护士的灵性照顾能力。另外, 由于护士的人格特征、工作环境(无效的治疗管理和资源管理问题)也会对道德敏感性或行为产生影响^[25]。护理管理者应鼓励护士积极参与道德相关管理决策, 以营造有利于执行正确道德决策的环境。

3.2.3 其他影响因素 ①教育程度。本次研究表明, 随着教育程度的增加, 灵性照顾能力得分降低, 这

一结果与刘莹等^[26]的研究结果不同。刘莹等^[26]研究表明教育程度越高的护士,其灵性照顾能力水平越高。原因可能是影响灵性照顾能力的两个因素之间存在交互作用,但该结果仍需进一步的研究证实。在教育过程中注重提升护士对患者的灵性需求的敏锐的观察能力、应变能力及灵性决策能力,将其纳入到患者及其家属的整体护理中,以解决患者的灵性困扰,从而改善护士的专业发展和质量改进能力。②灵性教育培训。本研究结果显示,参与灵性教育培训对灵性照顾能力高于未接受培训的护士。护士的灵性照顾能力也受益于培训支持,接受过灵性教育培训的护士可能更准确衡量不同特征 ICU 患者的灵性需求^[10]。目前相关的培训可以通过案例研究、角色扮演、叙事日记、灵性自我评估、护理计划制订、角色建模等方式更好地帮助护士将灵性照顾理论学习转化为临床实践。实施量身定制的培训模块,内容包括灵性的概念、灵性困扰、个体的灵性经验、灵性需求的评估、压力及压力的应对、整体护理、与伦理有关的问题,以提高护士的灵性照顾能力^[27]。Hu 等^[28]将 92 名护士作为研究对象,干预组在常规护理教育的基础上,每 6 个月进行 1 次灵性护理小组培训。培训主要包括专家讲座、小组干预、临床实践和病例分享,干预 12 个月后,对护士的灵性照顾能力产生了积极影响。可借鉴灵性活动及灵性关怀教育训练设计灵性照顾培训内容,以工作坊的形式开展短期培训;也可基于“互联网+”模式,开展以灵性照顾理论为驱动,护士自学为主、导师督导为辅的网络培训项目。护理管理者应为护士创造更多的机会参加灵性照顾培训,根据医院等级开展科室内的灵性照顾培训。

4 小结

本研究结果显示,ICU 护士灵性照顾能力处于中等水平,有待进一步提高;教育程度、接受灵性教育培训、角色清晰度和道德困境是其主要影响因素。护理管理者应采取针对性措施提高 ICU 护士的灵性照顾能力,包括制订灵性教育培训内容,重视护士的心理辅导与教育,提高其角色清晰度,降低其道德困境等。本研究为横断面研究,无法描述 ICU 护士灵性照顾能力与角色清晰度、道德困境的变化趋势;研究对象来自单一省份三级甲等医院的护士,不能全面反映 ICU 护士灵性照顾能力的总体水平。在以后的研究中可开展多中心、大样本的纵向研究与路径分析,以充分了解 ICU 护士灵性照顾能力与角色清晰度、道德困境的动态变化,为干预性研究奠定基础。

参考文献:

[1] Chen J, Lin Y, Yan J, et al. The effects of spiritual care on quality of life and spiritual well-being among patients with terminal illness: a systematic review [J]. Palliat Med, 2018, 32(7): 1167-1179.

[2] Park C L, Sacco S J. Heart failure patients' desires for

spiritual care, perceived constraints, and unmet spiritual needs: relations with well-being and health-related quality of life [J]. Psychol Health Med, 2017, 22(9): 1011-1020.

[3] Paal P, Helo Y, Frick E. Spiritual care training provided to healthcare professionals: a systematic review [J]. J Pastoral Care Counsel, 2015, 69(1): 19-30.

[4] 陈银娟, 蓝静, 戴利, 等. 护士灵性照顾能力现状及其影响因素研究 [J]. 护理学杂志, 2019, 34(6): 62-64.

[5] Adib-Hajbaghery M, Zehtabchi S, Fini I A. Iranian nurses' professional competence in spiritual care in 2014 [J]. Nurs Ethics, 2017, 24(4): 462-473.

[6] Corley M C. Moral distress of critical care nurses [J]. Am J Crit Care, 1995, 4(4): 280-285.

[7] 蔡星草, 胡君娥, 向艳华, 等. 护士灵性护理能力的研究进展 [J]. 现代临床护理, 2020, 19(2): 78-83.

[8] 张燕红, 廖建桥. 团队真实型领导、新员工反馈寻求行为与社会化结果 [J]. 管理科学, 2015, 28(2): 126-136.

[9] 刘玉玲. 重症监护室护士角色压力现状及其影响因素研究 [D]. 遵义: 遵义医学院, 2017.

[10] Lai C, Luciani M, Di Mario C, et al. Psychological impairments burden and spirituality in caregivers of terminally ill cancer patients [J]. Eur J Cancer Care (Engl), 2018, 27(1). doi: 10. 1111/ ecc. 12674.

[11] 韦迪, 刘翔宇, 湛永毅, 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.

[12] 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.

[13] Rizzo J R, House R J, Lirtzman S I. Role conflict and ambiguity in complex organizations [M]. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, 1970: 150.

[14] 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]. 青岛: 山东大学, 2011.

[15] Rusa S G, Peripato G I, Pavarini S C, et al. Quality of life/spirituality, religion and personal beliefs of adult and elderly chronic kidney patients under hemodialysis [J]. Rev Lat Am Enfermagem, 2014, 22(6): 911-917.

[16] Vigna P M, de Castro I, Fumis R. Spirituality alleviates the burden on family members caring for patients receiving palliative care exclusively [J]. BMC Palliat Care, 2020, 19(1): 77.

[17] 郑玲玲, 李红贺, 石庆宇. 低年资护士灵性照顾能力现状及其影响因素 [J]. 护理研究, 2021, 35(3): 501-505.

[18] 江昱, 方桂珍, 马硕. 护士灵性照顾认知与体验质性研究的 Meta 整合 [J]. 中华护理教育, 2020, 17(6): 539-545.

[19] Ghorbani M, Mohammadi E, Aghabozorgi R, et al. The effect of applying Spiritual Care Model on well-being and quality of care in cancer patients [J]. Support Care Cancer, 2021, 29(5): 2749-2760.

[20] Vogel A, Schep-Akerman A E. Competence and frequency of provision of spiritual care by nurses in the Netherlands [J]. Scand J Caring Sci, 2018, 32(4): 1314-1321.