

• 护理管理 •
• 论 著 •

天津市三级医院护士死亡应对量表常模的研制

卢美玲¹, 于思淼², 罗志芹¹, 张杰¹, 强万敏³

摘要:目的 建立天津市三级医院护士死亡应对量表的常模,为评价护士死亡应对能力提供参照。方法 于2023年5—6月抽取天津市23所三级医院的2 916名护士进行死亡应对能力问卷调查分析,建立均数常模、百分位常模、划界常模、分类常模。结果 护士死亡应对量表总分均数常模为(53.88±16.58)分,百分位常模间距为5%,共20个位数;划界常模划分为低、较低、中等、较高、高水平5个等级;分类常模为性别、年龄、学历、职称、工作年限、婚姻状况、医院性质、科室、护理临终患者经历9个类别。结论 构建的天津市三级医院护士死亡应对量表常模,可作为评估天津市三级医院临床护士死亡应对能力的参照。

关键词:护士; 三级医院; 天津; 死亡应对量表; 死亡应对能力; 常模; 测评工具; 标准研究

中图分类号:R47;R192.6;C931 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2024.11.060

Establishing norms for the Coping with Death Scale for nurses in tertiary hospitals in Tianjin

Lu Meiling, Yu Simiao, Luo Zhiqin, Zhang Jie, Qiang Wanmin. Chinese-Western Medicine Combined Department, Tianjin Medical University Cancer Institute & Hospital, Tianjin 300181, China

Abstract: **Objective** To establish the norms for the Coping with Death Scale for nurses in tertiary hospitals in Tianjin, and to provide reference for evaluating nurses' death coping ability. **Methods** A total of 2 916 nurses from 23 tertiary hospitals in Tianjin were selected and surveyed using the Coping with Death Scale between May and June 2023. The mean, percentile, threshold (cutoff) and classification norms were established. **Results** The mean norm score for the Coping with Death Scale in nurses was 53.88 (SD=16.58). The percentile norms were presented at each 5% interval, comprising 20 percentile ranks. The cutoff norms were described as: low, relatively low, moderate, moderate to high, and high. The classification norms included 9 categories: gender, age, educational background, professional title, working years, marital status, hospital nature, department, experience of caring for dying patients. **Conclusion** The established norms for the Coping with Death Scale for nurses in tertiary hospitals in Tianjin can serve as a reference for evaluating ability to cope with death among nurses in tertiary hospitals in Tianjin.

Keywords: nurse; tertiary hospital; Tianjin; Coping with Death Scale; ability to coping with death; the norm; assessment tool; standard study

死亡会给人带来极大的恐惧和焦虑感,这种感觉不仅会出现在患者和家属身上,医务人员同样会存在这种体验。临床工作中医务人员接触死亡时所产生的负性情绪是其压力的主要来源之一^[1-2]。随着社会老龄化进程加快,全国每年死亡人口近1 000万,天津市作为我国7个超大型城市之一,据2016—2020年数据统计显示,每年死亡人口约7.6万^[3]。岳阳阳等^[4]调查显示,我国三级医院住院患者死亡率0.838%(0.485%~1.738%),明显高于二级及以下医疗机构,这使得三级医院护士经常会暴露于患者的死亡过程中,因此死亡应对能力对护士尤其重要。死亡应对能力是个体应对死亡的一系列反应和处理能力,它代表应对死亡的技巧和适应性行为,也代表面

对死亡的信念和态度。研究表明,医务人员拥有良好的死亡应对能力可避免同情心疲乏和职业倦怠的发生,从而更容易提供优质护理^[5];而死亡应对能力不良的护士则会出现焦躁、情绪无常、疲惫、注意力缺乏等^[6]。死亡应对量表(the Coping with Death Scale, CDS)由Bugen^[7]研制,后经郑瑞双等^[8]引进汉化形成中文版CDS,具有良好的信效度。常模是划分评定结果等级的一种标准量数,目前尚无护士死亡应对量表常模相关研究。本研究采用中文版CDS对天津市23所三级医院护士进行调查,构建护士死亡应对量表常模,旨在为了解护士死亡应对能力及其程度提供标准化测量工具。

1 对象与方法

1.1 对象 于2023年5—6月选取天津市23所三级医院的护士为研究对象。纳入标准:天津市三级医院的注册护士,在岗;对本研究知情,自愿参加。排除标准:休假、外出学习、进修等不在岗护士;实习护士。样本量及选取方法:根据文献分析,建立全国性常模应选取样本量2 500~4 000,区域性常模为1 000~2 000^[9]。本研究为构建区域性常模,考虑10%无效率,样本量应为1 112~2 223。天津市共15个区县,有三级医院47所,根据地理位置、经济特点及区域所涵盖医院的比例,同时兼顾医院的性质与类型,选取

作者单位:天津医科大学肿瘤医院(国家恶性肿瘤临床医学研究中心,天津市恶性肿瘤临床医学研究中心,天津市肿瘤防治重点实验室)1.中西医结合科 2.胰腺肿瘤科 3.护理部(天津,300181)

卢美玲:女,硕士,主管护师,983328783@qq.com

通信作者:强万敏,qiangwanmin@sina.cn

科研项目:天津医科大学肿瘤医院护理专项基金项目(TJ-MUCH-H-2022-01);天津市医学重点学科(专科)建设项目(TJYXZDXK-011A)资助

收稿:2024-01-24;修回:2024-03-10

23 所三级医院,其中市内 6 个区 11 所,9 个郊县 12 所。共有效调查 2 916 人。

1.2 方法

1.2.1 研究工具 ①一般资料调查问卷。自行设计,内容包括医院名称、所在科室、性别、年龄、学历、婚姻状况、工作年限、职称、有否护理过临终患者或亲友等。②CDS。采用郑瑞双等^[8]汉化的中文版 CDS,包括与他人沟通临终或死亡的能力(8 个条目)、自我死亡接受能力(5 个条目)、死亡后事宜处理能力(4 个条目)、死亡应对能力(4 个条目)、自我死亡感知和表达能力(5 个条目)、生命省察能力(2 个条目)6 个维共 28 个条目。采用 Likert 7 级评分,从“完全不同意”至“完全同意”依次计 1~7 分,总分 28~196 分,总分越高表示应对死亡能力越强。中文版 CDS Cronbach's α 系数为 0.905,内容效度为 0.987。为便于计算与分析,本研究对量表分数采取百分制标准分^[10],计算方法为标准化分=[(原始分-理论最低分)÷理论最高分-理论最低分]×100%。

1.2.2 调查方法 研究者借助问卷星平台将一般资料调查问卷和中文版 CDS 生成电子版问卷,以二维码的形式发送给拟定的调查医院,开展线上调查。每所单位设定 1 名负责人,调查问卷采用统一的指导语,被调查对象知情同意后填写问卷。问卷涵盖的所有条目均设置为必答项目,问卷回收后先由各医院调查负责人对结果进行审查,查看问卷是否有规律性填写或漏填项目,然后发回研究者对数据进行进一步逻

辑审查,剔除无效问卷,最后由研究人员统一进行编码处理。本次调查共收回问卷 2 999 份,剔除无效问卷后获得有效问卷 2 916 份,问卷有效率 97.23%。

1.2.3 建模方法 通过上述调查结果建立天津市三级医院护士 CDS 的均数、百分位、分类和划界常模。均数常模采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示;通过对量表得分人口学特征进行分析,并以此为分类依据建立分类常模;通过百分位数建立百分位数常模。参照国内相关研究,本研究以 0.5 个标准差为间距,计算量表总分均数±2.5 个标准差以内的 10 种不同临界值确定划界常模^[11-13],建立天津市三级医院护士 CDS 的划界常模。

1.2.4 统计学方法 数据录入与分析采用 SPSS20.0 软件。以本条目中的平均数代替遗漏值。计数资料采用频数和百分比进行描述;计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 进行描述,两组间比较采用 *t* 检验,多组比较采用单因素方差分析确定划界常模。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 护士死亡应对能力得分(均数常模) 总分为(53.88±16.58)分,与他人沟通临终或死亡的能力(59.59±19.59)分、自我死亡接受能力(46.98±24.80)分、死亡后事宜处理能力(46.87±22.83)分、死亡应对能力(54.67±21.32)分、自我死亡感知和表达能力(51.00±13.52)分、生命省察能力(67.71±20.56)分。

2.2 护士死亡应对能力百分位分布(百分位常模) 本研究设定常模间距为 5%,建立 5 分位数至 95 分位数护士 CDS 的百分位常模,见表 1。

表 1 护士死亡应对能力百分位分布(百分位常模)(n=2 916)

百分位	死亡后事宜 处理能力	自我死亡 接受能力	自我死亡感知 和表达能力	生命省察 能力	死亡应对 能力	与他人沟通临终 或死亡的能力	总分
5	8.33	3.33	26.67	33.33	16.67	27.08	27.98
10	16.67	13.33	33.33	50.00	25.00	39.58	33.93
15	20.83	20.00	36.67	50.00	33.33	45.83	39.29
20	25.00	23.33	40.00	50.00	37.50	50.00	42.26
25	29.17	30.00	43.33	50.00	41.67	50.00	45.24
30	33.33	33.33	46.67	50.00	45.83	50.00	47.02
35	37.50	40.00	46.67	50.00	50.00	50.00	48.81
40	41.67	43.33	50.00	58.33	50.00	50.00	50.00
45	45.83	46.67	50.00	66.67	50.00	54.17	50.00
50	50.00	50.00	50.00	66.67	50.00	56.25	51.19
55	50.00	50.00	50.00	66.67	54.17	58.33	52.98
60	50.00	50.00	53.33	75.00	58.33	62.50	54.76
65	50.00	53.33	53.33	83.33	62.50	66.67	56.55
70	54.17	56.67	56.67	83.33	62.50	66.67	59.52
75	58.33	60.00	60.00	83.33	66.67	70.83	62.50
80	66.67	60.00	60.00	83.33	66.67	72.92	63.69
85	70.83	66.67	63.33	91.67	75.00	79.17	67.86
90	79.17	83.33	70.00	100.00	83.33	85.42	77.38
95	87.50	93.33	73.33	100.00	95.83	95.83	83.93
100	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

2.3 护士死亡应对能力划界分布(划界常模) 将死亡应对水平定义为 5 个等级:低、较低、中等、较高、高。本研究共划定 10 种方案,根据每种方案对样本进行分级,再与 CDS 总分进行相关性分析,相关系数 *r* 值越大,分布越相似,吻合程度越好。本研究中方案 1~10 的相关系数分别为 0.915、0.888、0.777、0.518、0.820、

0.899、0.782、0.954、0.895、0.944,其中方案 8 的相关系数最高,即若属于 $[0, \bar{x}-1.5s)$,则划为低水平;若属于 $[\bar{x}-1.5s, \bar{x}-0.5s)$,则划为较低水平;若属于 $[\bar{x}-0.5s, \bar{x}+0.5s)$,则划为中等水平;若属于 $[\bar{x}+0.5s, \bar{x}+1.5s)$,则划为较高水平;若属于 $[\bar{x}+1.5s, 100]$,则划为高水平。见表 2。

表 2 护士死亡应对得分划界分布(划界常模)(n=2 916)

等级	死亡后事宜 处理能力	自我死亡 接受能力	自我死亡感知 和表达能力	生命省 察能力	死亡应对 能力	与他人沟通临终或 死亡的能力	总分
低	[0,12.63)	[0,9.78)	[0,30.72)	[0,36.86)	[0,22.69)	[0,30.21)	[0,29.01)
较低	[12.63,35.46)	[9.78,34.58)	[30.72,44.24)	[36.86,57.43)	[22.69,44.01)	[30.21,49.80)	[29.01,45.59)
中等	[35.46,58.29)	[34.58,59.38)	[44.24,57.76)	[57.43,77.99)	[44.01,65.33)	[49.80,69.39)	[45.59,62.17)
较高	[58.29,81.12)	[59.38,84.18)	[57.76,71.28)	[77.99,98.55)	[65.33,86.65)	[69.39,88.98)	[62.17,78.75)
高	[81.12,100.00]	[84.18,100.00]	[71.28,100.00]	[98.55,100.00]	[86.65,100.00]	[88.98,100.00]	[78.75,100.00]

2.4 不同特征护士死亡应对得分比较(分类常模)

常模的制定需要考虑常模团体的组间差异特征,根据其差异分别建立常模^[14]。本研究经初步统计学方法,对各维度及总分进行常模团体组间差异性检

验,合并差异无统计学意义的项目(年龄“40~<50岁”与“≥50岁”合并为“≥40岁”;工作年限“20~<30年”与“≥30年”合并为“≥20年”),使之呈现组间差异特征,见表3。

表 3 不同特征护士死亡应对能力得分比较(分类常模)

分, $\bar{x} \pm s$

项目	人数	死亡后事宜 处理能力	自我死亡 接受能力	自我死亡感知 和表达能力	生命省察 能力	死亡应对 能力	与他人沟通临终 或死亡的能力	总分
性别								
男	127	51.34±24.36	54.04±24.05	52.52±13.24	63.45±24.49	58.00±27.71	61.25±20.73	56.68±17.73
女	2 789	46.67±22.74	46.66±24.79	50.93±13.53	68.09±22.84	54.52±21.29	56.68±17.73	53.52±16.52
t		2.259	3.380	1.295	-2.234	1.802	0.980	1.952
P		0.024	0.001	0.195	0.026	0.072	0.327	0.051
年龄(岁)								
20~<30①	1 421	44.63±22.55	44.52±24.60	49.93±13.43	67.04±22.46	53.17±21.20	58.17±19.50	52.25±16.35
30~<40②	473	50.65±23.05	49.36±24.99	51.00±13.52	70.30±22.94	58.39±21.10	62.39±19.15	53.88±16.51
≥40③	1 022	48.23±22.80	49.30±24.70	52.30±13.55	67.97±23.50	55.04±21.36	60.26±19.77	54.97±16.71
F		15.278	13.765	3.603	9.400	10.987	9.238	14.798
P		<0.001	<0.001	0.027	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
两两比较		①<②*,③<②*	①<②*		①<②*,③<②*	③<②*,①<②*	①<②*	①<③*
学历								
大专①	425	48.44±22.30	47.95±25.07	50.83±14.39	66.25±25.12	54.91±22.43	59.59±21.00	54.16±17.69
本科②	2 426	46.67±23.02	46.91±24.85	51.08±13.40	68.26±22.52	54.68±21.07	59.66±21.00	53.89±16.47
硕士及以上③	65	44.04±18.66	43.33±20.92	49.18±12.06	64.87±22.65	52.95±17.80	57.18±16.68	51.35±12.90
F		1.883	0.663	1.962	1.790	0.327	0.686	1.293
P		0.155	0.515	0.141	0.170	0.722	0.505	0.277
职称								
护士①	413	49.61±22.48	50.04±24.91	51.92±13.76	67.70±24.66	54.36±21.44	59.87±20.64	55.00±17.13
护师②	1 393	46.07±22.92	46.61±24.65	50.84±13.79	67.23±22.83	54.36±21.53	59.27±19.57	53.49±16.74
主管护师及以上③	1 110	46.87±22.79	46.30±24.88	50.86±13.08	68.80±22.93	55.18±21.01	59.88±19.23	53.95±16.16
F		3.837	3.724	1.117	1.511	0.501	0.345	1.345
P		0.022	0.024	0.300	0.221	0.606	0.708	0.261
两两比较		①>②,③*	①>②,③*					
工作年限(年)								
<10①	1 018	44.79±22.58	44.63±24.43	49.71±13.27	67.10±22.71	53.24±21.30	58.22±19.40	52.00±16.36
10~<20②	1 492	46.88±22.85	47.67±24.98	51.67±13.66	67.73±23.11	54.44±21.36	59.76±19.74	54.12±16.63
≥40③	406	52.07±22.61	50.33±24.56	51.78±13.44	70.46±22.65	59.12±20.62	62.38±19.26	56.98±16.48
F		14.910	8.913	7.214	3.202	11.315	6.680	12.085
P		<0.001	<0.001	0.001	0.041	<0.001	0.001	<0.001
两两比较		③>①,②*	①<②,③*,③>②*		③>②,①*	③>①,②*	③>①,②*	③>①*
婚姻状况								
未婚①	2 070	47.11±21.96	49.25±24.60	51.48±13.23	67.34±23.65	54.36±21.26	59.58±19.66	54.32±16.39
已婚②	778	46.54±23.13	45.86±24.84	50.77±13.63	67.99±22.63	54.59±21.33	59.44±19.57	53.54±16.64
离异或丧偶③	68	54.22±22.43	55.10±22.75	52.40±13.31	71.32±23.41	60.85±20.84	64.22±19.31	59.08±16.34
F		3.799	9.070	1.140	1.004	2.956	1.958	4.049
P		0.022	<0.001	0.320	0.367	0.052	0.141	0.018
两两比较		③>①,②*	①>②*,③>①,②*			③>①,②*	③>①,②*	③>①,②*
医院性质								
综合医院	2 163	46.77±22.60	46.99±24.70	50.67±13.48	67.76±23.01	54.52±21.23	59.37±21.23	53.71±16.41
专科医院	753	47.16±23.48	46.94±25.09	51.96±13.59	68.00±22.69	55.10±21.57	60.21±19.80	53.35±17.06
t		-0.404	0.048	-2.255	-0.542	-0.633	-1.026	0.911
P		0.687	0.961	0.024	0.588	0.527	0.305	0.362
科室								
内科	1 144	48.00±22.03	47.85±24.75	51.21±13.26	68.02±23.00	55.08±20.52	59.81±19.59	54.36±16.19
外科	840	46.37±23.15	46.83±25.23	51.47±14.02	68.83±22.60	55.22±21.87	60.19±19.13	54.18±16.76
妇科/产科	237	45.29±23.10	43.66±24.24	49.38±13.87	69.02±22.48	52.80±22.06	58.27±19.77	52.21±16.57
儿科	92	41.71±25.45	41.96±26.88	48.66±13.00	64.95±25.09	49.00±23.57	56.43±21.71	49.90±17.78
重症医学科	231	46.75±23.96	47.14±23.07	51.13±12.83	67.57±22.87	55.09±21.37	59.69±19.30	53.98±16.68
其他	372	46.91±22.85	47.91±24.67	50.83±13.45	65.59±23.11	54.53±21.21	59.09±20.17	53.69±16.91
F		1.809	2.003	1.506	1.467	1.887	0.930	1.803
P		0.108	0.075	0.185	0.197	0.093	0.460	0.109
护理临终患者经历								
有	1 732	48.67±22.99	47.85±25.04	51.67±13.49	68.61±23.00	55.80±21.25	61.00±19.74	55.11±16.75
无	1 184	44.25±22.34	45.70±24.39	50.01±13.51	66.84±22.79	53.02±21.31	57.11±19.11	52.08±16.17
t		5.158	2.307	3.262	2.046	3.462	5.715	4.895
P		<0.001	0.021	0.001	0.041	0.001	<0.001	<0.001

注: * P<0.05。

3 讨论

3.1 常模构建的依据及意义 本研究采用多中心、大样本数据调查,并根据地理位置、经济特点及区域所涵盖医院的比例,同时兼顾医院的性质与类型等因素差异进行抽样,使样本具有较好的代表性。采用 CDS,从与他人沟通临终或死亡的能力、自我死亡接受能力、死亡后事宜处理能力、死亡应对能力、自我死亡感知和表达能力、生命省察能力多角度对 2 961 名三级医院临床护士死亡应对进行调查分析。本研究初步构建了天津市三级医院临床护士死亡应对量表的均数常模、百分位常模、划界常模和分类常模,为同级别、医疗水平医院提供关于护士死亡应对能力水平的参考标准,明确死亡应对能力等级。

3.2 天津市三级医院临床护士死亡应对能力水平 天津市三级医院护士死亡应对能力总分处于中等水平,与唐蓉等^[15]在四川调研结果一致。究其原因可能为死亡在我国传统文化中是忌讳谈论的话题,且本次调查对象为全天津市三级医院护士,40.60%的临床护士无照顾临终患者的经历,缺乏死亡事件对护士的冲击,所以护士自觉缺乏应对和接受死亡的能力。有研究表明,护士的死亡应对能力不足可能导致自身出现死亡焦虑及死亡自我效能降低,进而导致护理质量下降^[16]。护士作为服务于患者一线的医务人员,不可避免会接触死亡,自身死亡教育有着很高的需求,提示管理者应当构建有效的死亡教育模式与培训方案。

3.3 本常模的使用范围与应用方法 常模应用时,调查对象应来自天津市或与天津市经济水平、医疗特点相近的地区,测试工具必须使用 CDS,不适用于其他版本的死亡应对能力评估工具。均数常模可为今后天津市三级医院临床护士死亡应对能力提供参考依据,将收集所得结果总分及各维度得分的标准分与均数常模做比较,若受测人员得分高于均数常模,说明其死亡应对能力水平较高。在百分位常模方面,本文将 CDS 得分按 5% 为间隔,建立 5 分位数至 95 分位数护士死亡应对能力的分布情况,百分位越高,显示受测人员死亡应对能力越强。划界常模方面,选取 $[0, \bar{x} - 1.5s)$ 、 $[\bar{x} - 1.5s, \bar{x} - 0.5s)$ 、 $[\bar{x} - 0.5s, \bar{x} + 0.5s)$ 、 $[\bar{x} + 0.5s, \bar{x} + 1.5s)$ 、 $[\bar{x} + 1.5s, 100]$ 作为等级分界点将死亡应对能力水平划分为低、较低、中等、较高、高,与划界常模比较可得出个体死亡应对能力在群体中所处的位置与级别。

3.4 天津市三级医院临床护士死亡应对能力分类常模分析 本研究建立护士死亡应对能力分类常模结果显示,年龄越大和在工作时间越长的护士死亡应对能力越高,与 Peters 等^[17]和 Seo 等^[18]的研究结果一致,分析原因可能为护理学是一门实践性、经验性学科,年龄大或在工作时间越长的护士随临床经验的积累及临床护理死亡病例数的积累,能够从中总结经验,从而知道如何从容地面对和处理死亡事件^[2]。离婚或

丧偶的临床护士死亡应对能力较高,分析原因可能为离异或丧偶者,婚姻经历往往更加复杂与坎坷,经历过对生命意义更深的思考,在面对死亡时更豁达^[19],在面对死亡的应对能力方面更强。护理过临床患者或亲友的护士死亡应对能力较强,同样与护士的经验积累有关,有研究表明,从事安宁疗护的护士在濒死处理、死亡思考表达、丧葬处理等^[20]方面均表现较好。

4 结论

本研究研制的 CDS 常模可用于评估天津市三级医院护士死亡应对能力。通过与常模对比,可以明确被测试护士的死亡应对能力的总体水平和薄弱环节,以便针对性干预。在使用本常模时,应注意常模的时效性,根据医疗环境、护士心理和能力的发展变化进行补充和修订。本次调查的护士均来自天津市的三级医院,不能作为天津市所有临床护士死亡应对量表常模。下一步将增加二级医院和社区医院护士,以使本常模适用范围更广泛。

参考文献:

- [1] Corbacho R C, Venegas C M. Aproximación cualitativa al afrontamiento de la muerte en profesionales de cuidados intensivos[J]. Med Paliat, 2011, 18(4): 141-148.
- [2] 阳佩, 司海龙, 田钰, 等. 低年资护士应对患者死亡体验的质性研究[J]. 护理学杂志, 2022, 37(14): 81-85.
- [3] 国家统计局. 中国统计年鉴 2023[EB/OL]. [2024-01-10]. <https://www.stats.gov.cn/sj/ndsj/2023/indexch.htm>.
- [4] 岳阳阳, 郑黎强, 郭佳凯, 等. 我国三级医院住院患者死亡率的影响因素分析[J]. 中国医院, 2016, 20(3): 20-23.
- [5] Schmidt-Riovalle J, Montoya-Juarez R, Campos-Calderon C, et al. Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte[J]. Med Paliat, 2012, 19(3): 113-120.
- [6] Peterson J, Johnson M, Halvorsen B, et al. Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying[J]. Int J Palliat Nurs, 2010, 16(9): 432, 434-438.
- [7] Bugen L A. Coping, effects of death education[J]. OMEGA, 1980, 11(2): 175-183.
- [8] 郑瑞双, 郭巧红, 严梅, 等. 死亡应对量表的汉化及在肿瘤科护士中应用的信效度检验[J]. 护理学杂志, 2021, 36(5): 51-54.
- [9] 张静平, 姚树桥, 张侠, 等. 护士工作应激量表全国常模的制订及相关研究[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2011, 20(5): 471-474.
- [10] 张红, 王珍. Meta 分析中标准化均差效应量的计算[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2011, 15(4): 737-740.
- [11] 许军, 吴伟旋, 杨泉楠, 等. 中国三省市城镇居民亚健康健康评定量表常模的建立[J]. 中国全科医学, 2015, 18(28): 3456-3464.
- [12] 夏聪, 许军, 杨泉楠, 等. 深圳市城镇老年人自测健康评

定量表得分常模的制定[J]. 中国全科医学, 2017, 20(33):4162-4166.

[13] 黄晨, 刘倩, 邱恒, 等. 健康适应评定量表的常模构建: 基于对中国 5782 名城市老年人调查[J]. 南方医科大学学报, 2021, 41(2):223-229.

[14] Wiltink J, Kliem S, Michal M, et al. Mini-social phobia inventory (mini-SPIN): psychometric properties and population based norms of the German version[J]. BMC Psychiatry, 2017, 17(1):377-387.

[15] 唐蓉, 陈小菊, 罗慧, 等. 护理人员死亡应对能力现状及影响因素研究[J]. 循证护理, 2021, 7(17):2336-2341.

[16] Zheng R, Bloomer M J, Guo Q, et al. New graduate nurses' coping with death and the relationship with death self-efficacy and death anxiety: a multicentre cross-sectional study[J]. J Adv Nurs, 2021, 77(2):795-804.

[17] Peters L, Cant R, Payne S, et al. Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: a questionnaire survey[J]. Australas Emerg Nurs J, 2013, 16(4):152-159.

[18] Seo M J, Kim J Y, Kim S, et al. Nurses attitudes toward death, coping with death and understanding and performance regarding EOL care: focus on nurses at ED, ICU and oncology department[J]. Korean J Health Serv Manag, 2013, 16(2):108-117.

[19] 杜华, 吴萌, 潘玉芹, 等. 安徽省三级甲等医院肿瘤科护士死亡态度现状及其影响因素研究[J]. 全科护理, 2020, 18(11):1285-1291.

[20] 陈怡惠, 曾焕棠. 加护病房护理人员死亡处理能力之探讨[J]. 健康科技期刊, 2017, 4(1):20-24.

(本文编辑 王菊香)

• 论 著 •

护士伦理弹性量表的汉化与信效度检验

陈雪蕾^{1,2}, 罗媛慧², 李娟², 张雯露², 张静平²

摘要:目的 汉化护士伦理弹性量表, 检验其信效度, 为评估护士伦理弹性水平提供适用性工具。方法 获得 Rushton Moral Resilience Scale(RMRS, 伦理弹性量表)原作者授权, 对 RMRS 进行翻译、文化调适及预调查后形成中文版 RMRS; 选取 699 名注册护士进行中文版 RMRS 测评, 检验信度和效度; 选取心理弹性量表简版作为效标对其中 293 名护士同时进行测评。结果 探索性因子分析提取 3 个因子, 累计方差贡献率为 64.422%, 命名为护理伦理困境应对及关系完整性、个人诚信、护理伦理效能。量表总体及 3 个维度的 Cronbach's α 系数为 0.829 及 0.810、0.712、0.751, 总体折半信度和重测信度分别为 0.949、0.872; S-CVI 为 0.901, I-CVI 为 0.883~1.000; 效标效度为 0.456($P < 0.05$)。结论 中文版护士伦理弹性量表具有良好的信效度, 可用于我国护士的伦理弹性水平评估。

关键词: 护士; 伦理弹性; 评估; 伦理弹性量表; 信度; 效度

中图分类号: R47; R192.6; C931 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2024.11.064

Translation and validation of the Rushton Moral Resilience Scale for nurses Chen Xuelei, Luo Yuanhui, Li Juan, Zhang Wenlu, Zhang Jingping. Nursing School of Guilin Medical University, Guilin 541004, China

Abstract: Objective To translate the Rushton Moral Resilience Scale (RMRS) into Chinese and evaluate the psychometric properties of the Chinese version of RMRS (Chi-RMRS). **Methods** Authorization was obtained from the author of the RMRS for translation and adaptation to the Chinese nurses. The Chi-RMRS was developed through translation, cultural adaptation, and pilot test. Then 699 registered nurses were recruited to test the reliability and validity of the Chi-RMRS, 293 of whom completed the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale to determine the criterion-related validity. **Results** Exploratory factor analysis extracted 3 factors, which accounted for 64.422% of the variance. The three factors were named as coping with moral dilemma in nursing and relational integrity, personal integrity, and moral efficacy, respectively. The Cronbach's alpha coefficients for the total scale and three dimensions were 0.829, 0.810, 0.712, and 0.751. The split-half reliability coefficient and test-retest reliability coefficient was 0.949 and 0.872, respectively. The scale-level content validity index based on the average method was 0.901, and the item-level content validity index ranged from 0.883 to 1.000. The criterion-related validity was 0.465 ($P < 0.05$). **Conclusion** The Chi-RMRS is reliable and valid for assessing moral resilience among registered nurses in China.

Keywords: nurse; moral resilience; assessment; moral resilience scale; reliability; validity

作者单位: 1. 桂林医学院护理学院(广西 桂林, 541004); 2. 中南大学湘雅护理学院

陈雪蕾: 女, 博士在读, 副教授, 35397531@qq.com

通信作者: 张静平, jpzhang1965@csu.edu.cn

收稿: 2024-01-16; 修回: 2024-03-18

护理人员在临床实践中经常遇到伦理问题^[1-2]。常见的伦理问题包括知情同意、患者治疗的平等和平价、保护患者隐私和保密, 无效医疗和护理以延长无望或姑息治疗患者的生存期, 肿瘤患者的死亡诉求, 精神