



灵性照护在老年呼吸科临终患者中的应用

王玉俊

昆明医科大学第一附属医院老年呼吸科二病区 650000

【摘要】目的 探讨灵性照护在老年呼吸科临终患者中的应用。**方法** 选取我科住院的临终患者30人。对我科的临终患者采取常规临终关怀和心理护理的基础上加入了灵性照护的部分,比较此部分患者灵性照护的需求评分与国内癌症患者常模评分。**结果** 进行了灵性照护的临终患者的灵性照护需求评分与国内癌症患者常模评分。**结论** 对临终患者采取灵性照护,可以降低患者的焦虑程度,提高患者的生存质量。

【关键词】 灵性照护;老年;呼吸科;临终;应用

【中图分类号】 R48 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2019) 03-148-01

灵性照护旨在缓解患者灵性层面的困扰,主要包括帮助患者在受病痛的折磨中寻求生命的意义、自我实现、希望与创造、信念与信任、平静与舒适、祈祷、给予爱与宽恕等^[1],是护理人员通过评估个体的灵性需求或困扰后,提供符合个体文化、信仰需求的照护,可通过提供陪伴、照护、倾听或其信仰的宗教来使患者达到身-心-社-灵的健康与安适的一种护理方式或活动。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2017年1月至2018年5月在我科住院的临终患者30人。年龄在78-92岁平均年龄88.35岁,纳入标准:①确诊为呼吸系统疾病并且已经进入临终状态的患者;③知晓自己的病;④能清楚表达自己的意愿;⑤自愿参加本研究。

1.2 研究方法

对我科的研究患者采取常规临终关怀和心理护理的基础上加入了灵性照护的部分。Breir-bart等^[2]尝试解决晚期癌症患者的灵性痛苦。他们研制了意义核心小组疗法,将寻找生命意义视为一个独特的、积极的创造性过程,鼓励参与者积极活动。2002年Chochinov等^[3]在针对50名临终患者实施的质性研究的基础上创立了尊严模型。这一尊严模型为护理人员提供了融合一系列可能影响个人尊严感知的生理、心理、社会和灵性/存在主义问题的治疗框架。在尊严模型基础上,Chochinov开发了尊严疗法,它是一种针对临终患者的个体化、简短的新型心理干预方法,旨在减轻患者的悲伤情绪,提高其人生目的、意义、价值感,降低精神和心理负担,从而提高患者的生活质量,增强患者的尊严感,将这些方法应用于研究患者中。

1.3 效果评价指标

患者对护士提供灵性照护的需求量表使Taylor等^[4]编制的患者对护士提供灵性照护的需求量表(Nurse Spiritual Therapeutics Scale, NSTS),原量表的Cronbach's α 系数为0.97,经谢海燕等^[5]中文翻译和重新校检后,Cronbach's α 系数为0.79,通过专家访谈对量表各条目进行相关性评价后获取内容效度为0.95,修订量表得到共享自我感悟(5个条目)、帮助思考(3个条目)、营造良好氛围(2个条目)、探索精神信仰(1个条目)和帮助宗教修行(1个条目)5个维度,共12个条目。条目采用Likert5级评分:1代表非常不同意,2代表不同意,3代表同意,4代表非常同意;得分越高表示患者对护士提供灵性照护的需求越高。维度得分率=维度平均得分/总分 $\times 100\%$ 。

2 结果

实验组老年临终癌患者对护士提供灵性照护的需求评分为 (34.12 ± 8.05) 分,高于国内癌症患者常模评分的 (32.10 ± 7.68) 分^[6]($t=2.484$, $P=0.0134$)。

3 讨论

2000年的国际护士理事会(ICN)伦理道德规范^[8]、2008年英国照护助产委员会伦理道德规范均提出灵性照护是护理中一个公认的领域^[9],Baldacchino^[10]也认为灵性照护作为一种哲学照护,应该被整合到护士教育和护理实践中。由此可知,关注患者灵性水平、提供灵性照护是未来护理发展的必然趋势。

参考文献:

- [1] Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J, et al. Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians[J]. J Chronic Diseases, 1981, 34(12):585-591.
- [2] Breir-bart W. Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer[J]. Support Care Cancer, 2002, 10(4):72-280.
- [3] Chochinov HM, Heck T, Mc Clement S, et al. Dignity in the terminally ill: an empirical model[J]. Social Sci Med, 2002, 54(3):433-443.
- [4] TAYLOR R E J, MAMIE R I. Spiritual care nursing: what cancer patients and family caregivers want[J]. J Adv Nurs, 2005, 49(3): 260-267.
- [5] 谢海燕, 李梦奇, 王颖, 等. 中文版患者对护士提供灵性照护的需求量表信效度初步检验[J]. 中国护理管理, 2017, 17(5):610-614.
- [6] 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.
- [7] Dhar N, Chaturvedi S, Nandan D. Spiritual health scale 2011: defining and measuring 4 dimension of health[J]. Indian J Commu Med, 2012, 36(4):275-282.
- [8] Oulton JA. a code of ethics for nurses: serving nurses and nursing care world-wide[J]. Int Nurs Rev, 2000, 47(3):137-145.
- [9] Nursing & Midwifery Council. Nursing & Midwifery Council, The Code[S], 2008.
- [10] Baldacchino DR. Theaching on spiritual care: the perceived impact on qualified nurses[J]. Nurs Educ Pract, 2011, 11(1): 47-53.