

# 基层医疗机构老年终末期患者灵性照护需求的质性研究

莫欣欣 雷颜瑛 丁建华 林娟

邵阳学院护理学院 湖南邵阳 422000

**摘要:**目的 探讨基层医疗机构老年终末期患者灵性照护需求,为针对性开展灵性照护及干预对策提供参考。方法 通过质性研究,对基层医疗机构的12名老年终末期患者进行半结构式访谈,采用Colaizzi现象学分析法进行人工分析,归纳基层医疗机构老年终末期患者在灵性照护中的需求及问题。结果 基层医疗机构老年终末期患者在灵性照护中往往经历多重情感体验,存在照护缺失、需求得不到满足等问题。结论 在基层医疗机构实施灵性照护过程中,老年终末期患者有复杂的负面情绪,应注意强化护患沟通,密切关注患者的情感体验,提升照护者对灵性照护的认知,加强培训以提高护士对患者实施灵性照护及人文关怀的能力。

**关键词:**基层医疗机构、老年终末期患者、灵性照护、需求

灵性照护(Spiritual Care)是指通过生死之间生命意义和目标的探寻,激发精神的力量,超越困境,获得精神上的安宁和舒适<sup>[1]</sup>。当前,基层医疗机构护理人员对于灵性照护的认识普遍比较模糊,对于终末期老年患者的灵性需求缺乏必要的评估能力,基层灵性照护实践长期处于初级水平等种种问题。因此,针对基层医疗机构的老年终末期患者实施灵性照护符合我国人口老龄化现状和“健康中国2030”的要求,对提高基层医疗机构护理人员的灵性照护能力和护理灵性照护人才的培养具有积极意义。而在灵性照护方面,我国老年终末期患者的灵性照护需求长期得不到满足已经成为困扰当前健康老龄化进程的痼疾之一<sup>[2]</sup>。随着中国人口老龄化现象的日趋严重,灵性照护作为“身、心、社、灵”安宁疗护体系的重要组成部分之一,也是护理行业未来需要关注的重点领域之一,已逐渐受到关注并逐渐成为近年来学者的研究热点<sup>[1-6]</sup>。本研究采用质性研究的方法,探究基层医疗机构老年终末期患者在灵性照护中的需求,找出存在问题,以期为今后基层医疗机构实施高质量的慢性病和终末期患者的灵性照护提供参考和借鉴。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

使用目的抽样法,选取2022年3月-2023年3月之间入院的邵阳市某基层医疗机构收治的老年终末期患者为研究对象。具体的纳入标准如下:(1)正在/曾经接受过灵性照护;(2)医疗诊断处于疾病终末期;(3)年龄 $\geq 60$ 岁,神

志清楚、能有效沟通、知情同意自愿参加本研究。排除标准为:(1)在研究过程中不愿意将真实感受或想法如实告知研究者;(2)因文化程度或方言等在沟通中造成语义理解不一致或者方言障碍的;(3)研究期间因病情加重去世或家属放弃治疗的。依据资料饱和原则确定样本量,直到没有新观点出现为止,按照上述纳入和排除标准最终有12例患者纳入本研究。研究对象的一般资料见表1。

### 1.2 质性研究方法

本质性研究采用半结构式访谈法进行,通过前期检索、查阅及归纳相关文献,并向行业专家征求意见后,初步制定了访谈提纲的内容。在此基础上于2021年7月随机选取3例老年终末期患者进行了小范围的预试验,根据预实验情况进行进一步的完善与修改,最终确定正式的访谈提纲,主要内容有:(1)您对灵性照护的感受/体验是什么样的?(2)您是怎样理解灵性照护的?(3)哪些事情能令您感受到自身的价值?(4)哪些事情能令您感受到活着的意义/生命存在的意义?(5)您觉得怎样的护理才能满足您对灵性的需求?(6)您在灵性照护期间遇到的最大问题是什么?(7)您对灵性照护还有没有其他的看法/意见?

### 1.3 资料收集方法

使用一对一深度访谈的形式收集资料,对自愿参与且符合前述标准的患者,先由研究者对其实施深度访谈,根据前述的半结构化访谈提纲(1)-(7)的问题收集资料。访谈前先对本研究目的、意义进行告知,征得患者知情同意以

表 1: 研究对象的一般资料汇总

| 序号 | 性别 | 年龄(岁) | 接受灵性照护的时间 | 职业     | 文化程度 | 医疗费用支付方式 | 婚姻状况 |
|----|----|-------|-----------|--------|------|----------|------|
| 1  | 男  | 61    | 3个月       | 退休乡村教师 | 中专   | 职工医保     | 已婚   |
| 2  | 男  | 69    | 1年        | 油漆工    | 高中   | 居民医保     | 已婚   |
| 3  | 女  | 62    | 4个月       | 农民     | 高中   | 居民医保     | 已婚   |
| 4  | 男  | 73    | 半年        | 养殖场老板  | 小学   | 居民医保     | 丧偶   |
| 5  | 女  | 71    | 9个月       | 农民     | 小学   | 居民医保     | 离异   |
| 6  | 女  | 75    | 1年半       | 退休公务员  | 小学   | 职工医保     | 已婚   |
| 7  | 女  | 66    | 7个月       | 个体户    | 高中   | 居民医保     | 已婚   |
| 8  | 男  | 65    | 2年4个月     | 农民     | 高中   | 居民医保     | 已婚   |
| 9  | 女  | 81    | 1年        | 退休工人   | 中专   | 职工医保     | 丧偶   |
| 10 | 男  | 80    | 1年2个月     | 农民     | 初中   | 居民医保     | 已婚   |
| 11 | 男  | 78    | 7个月       | 退休木工   | 技校   | 居民医保     | 离异   |
| 12 | 女  | 74    | 1年9个月     | 农民     | 初中   | 居民医保     | 已婚   |

后实施访谈。访谈地点选择在患者所在科室的床旁进行。每次访谈在征得患者同意的情况下以录音记录访谈内容。访谈过程中一边聆听、记录,一边对受访者的语气、神态、情绪、动作、表情等细致观察。访谈结束后及时对上述资料进行整理和录入。

#### 1.4 资料分析方法

访谈结束后,研究者将录音在 24 小时内进行文字转换,并在相应的文字上将访谈对象的语气、神态、情绪、动作、表情变化等标明。使用 Colaizzi 七步法<sup>[3]</sup>对原始资料进行编码、提炼等分析工作,过程中如有分歧则进行组内讨论,由研究组达成共识,最终形成详细、全面的描述,并返回患者求证。

#### 1.5 质量控制

研究者由研究团队内具有护理中级及以上职务的成员担任,在访谈前对质性研究方法进行了系统学习,对访谈技巧进行了专业培训。保持病房内相对私密、安静、整洁、舒适的访谈场地,要求家属和其他人员在访谈时暂时回避,以保证访谈不受到干扰。向患者详细介绍研究的相关情况并对访谈内容承诺保密。记录时充分保护隐私,患者姓名以字母 P (Patient 的首字母)加序号代替(本研究编号为 P1-P12)。访谈过程中,研究者始终保持客观中立的态度,不对受访者进行任何形式的评判。访谈结束前均对访谈内容作简短总结并回述,令患者对回述内容进行澄清、补充遗漏之处。访谈时间控制在 20-30 分钟,并在 24 小时内完成录音转化和文字记录,双人核对后保存,最大限度减少回忆误差。

## 2. 结果

### 2.1 主题 1: 对心理支持的需求

大部分老年终末期患者在访谈中都存在担忧疾病复发,

对治疗的有效性、疾病预后、生存的时间等存在心理上的不确定性,既充满恐惧、又存有一丝丝希望,往往经历多重情感体验,期望从医护人员身上得到灵性方面的心理支持。

P9:“我的病一发现就已经到胃癌晚期了,医生说没办法手术,我心里非常遗憾和后悔,很多时候我问医生护士还能不能想想办法救救我,只不过是想要一点希望罢了,但是都没有”;P2:“治着治着情况却越来越差,我知道这病我是熬不过去了,这种感觉真的好压抑,我常问医生,我还能不能好?医生总是不回答我,只会一个劲让我配合治疗,哪怕安慰我一句也会让我心理舒服一些……”。P5:“我隔壁病床的病情越来越差,医生也来谈过多次话了,家属经常偷偷抹眼泪,他大概自己也知道了,现在我就感觉整个病房的气氛都很沉重,我跟老公离婚二十多年了,现在连个说话的知心人都没有”。P7:“得病以后,我的儿子女儿经常都给我安慰和鼓励,这里的护士也对我很好,常常会鼓励我积极乐观,护士长也会给我介绍一些康复较好的病友的事例,家人和护士的鼓励也让我从绝望之中慢慢有了坚持下去的动力”。

### 2.2 主题 2: 对病人角色转换和适应的需求

老年终末期患者往往在心灵上承受了很大的冲击,从访谈结果来看,主要表现为感觉命运不公、对病情感到绝望、忧心病情对家庭的经济和子女生活等带来不利影响等。这些冲击使患者难以从原本家庭的角色和现在的病人角色之间完成转换和适应,大多数患者会对此感到愧疚,认为自己给家庭带来麻烦,抱怨自己成为家人的累赘。P11:“我做了一辈子木匠,临了却没有尽到当父亲的责任,我两个儿子现在都是上有老下有小的年纪,我好后悔自己不注意保养身体,现在不但不能像别的老人一样为他们带孙辈,反而还因

为治病掏空了家底, 让他们的负担更重了, 老了老了真是没用了”。P8: “我是农村的, 家里条件不怎么好, 儿子家里也不宽裕, 自从得了病, 去湘雅和肿瘤医院看病不知道花了我多少钱, 把我儿子一家都拖垮了”。P4: “我老伴死的早, 现在自己年纪大了照顾不了自己, 只能依靠唯一的女儿, 每天她都要围着我转, 她也是五十多岁的人了, 我真没用, 不但自己发病还磨了她一家不得安生。

### 2.3 主题 3: 实现自我价值的需求

尽管多数终末期老年患者都面临着疾病与死亡的威胁, 但他们仍旧希望能够实现自己的自我价值。访谈中有不少患者提到, 只有被家人和社会需要才能让他们感受到自我价值。然而自己因为疾病原因, 不得不脱离社会, 无法实现家庭责任的无力感则使得患者察觉到自我价值的缺失。不少患者觉得自己多少应当做点什么才能实现自我价值, 实现自我价值的需求往往比较迫切。P6: “我以前是县里负责宣传工作的, 对于终末期的患者, 觉得我也可以做点什么, 从一个患者角度出发能更深入地了解我的疾病, 也可以把我们的经历分享给其他病友, 我真的很想找点事情做一做, 不然总感觉自己是那个废人”。P1: “以前当老师的时候, 我感觉自己的价值在于我的家庭和我的学生, 现在呢? 只能拖累我的爱人天天为我做饭、擦身、照顾我, 我真的觉得自己没一点用了”。P12: “在动手术和化疗之前, 一直都是我负责带 3 个孙子、孙女, 做做饭、接送上下学, 现在做完化疗浑身无力, 根本抱不动他们了, 孙子孙女们虽然也常来看我, 但是我始终觉得自己现在好没用”。

### 2.4 主题 4: 对死亡教育的需求

在访谈过程中大部分老年终末期患者对死亡的理解都比较悲观。普遍表现出了对死亡的恐惧和悲观的情绪, 如: 对死亡结局的不甘心、惧怕死亡时承受的痛苦、担心死去以后子女及其他家人没人照顾、担忧配偶今后生活孤苦伶仃。P2: “我做了一辈子油漆工, 最后因为接触油漆里的致癌物质得了这个病, 我也不想为了多活几天, 非要把自己弄到不成人形地活着, 但是我的老伴跟了我一辈子, 苦了一辈子, 万一我哪天突然死了, 她该怎么活? 我不敢去想”。P6: “这里的护士觉得我们都是要死的人了, 家属也知道我们病情已经到了等死的一天, 住在这样的病房, 气氛常常是很压抑的, 护士们也会跟我们找点话题去聊, 但是聊着聊着又不知道说些什么, 我跟隔壁病房一个信佛的阿姨开始念念佛经, 希望

佛祖能够渡我这一劫”。P10: “虽然我已经 80 岁了, 老话不是说人都有一死嘛, 但是真正轮到自己头上的时候怎么可能不害怕呢? 我本来也没想着死的一天来的这么快, 可偏偏就轮到我得病, 而且医生说我的瘤子已经转移了, 我儿子跟医生说不管花多少钱都要给我治病, 可是我还是一天比一天难受, 我不知道等我死的时候会非常痛苦, 也不知道人死了会不会下地狱, 想到这我就觉得特别可怕”。P1: “死这个话题在中国其实是特别被老百姓所忌讳的, 如果不是今天的访谈我也是尽量避免去谈论, 但是又能有什么办法呢? 我估计最后也是死路一条”。

### 2.5 主题 5: 对灵性照护知识的需求

访谈中不少患者表示得知自己患病后一直在寻找精神上的寄托, 以求达到内心的平静。基层医疗机构的护士在临床实践中, 通常更多地关注疾病症状和治疗的需求, 却容易忽视患者的心理和精神需求, 使得灵性照护需求得不到满足。多数患者表示自己对灵性照护的知识十分缺乏, 护士也无法有效满足他们在灵性方面的需求。满足灵性需求, 主要体现在一方面仍存有生的希望, 同时又对死的态度感到无畏, 在访谈中, 女性患者渴望灵性寄托的需求相对更高。P2: “在护士的鼓励下, 我开始试着听一些轻音乐, 看看电视剧, 我还喜欢我们这边的花鼓戏, 我儿子给我买了唱戏机, 医生护士现在已经没有什么有效的方法帮助我了, 现在老伴就是我最大的精神寄托。也许看看戏心态好的话, 我还可以再多活一些时日”。P7: “我不像他们一样, 得了病就开始信这个教那个教, 天天拜菩萨、做祷告, 还不是一样都怕死。护士有时候也会说给我们一些灵性护理, 但是最后到底灵性了什么我们也不知道, 不过是一天天这样耗着, 数着自己还有多少日子可以活”。P9: “我其实不知灵性照护是什么, 护士应该有说过一点点, 但是我不太清楚具体是什么, 不是特别清楚。我只是觉得到了这一步, 是死是活已经不重要了, 不管是像他们一样吃斋念佛还是看戏听歌之类的, 只不过是图个乐子, 为自己找点心理寄托罢了”。

## 3. 讨论

### 3.1 强化终末期老年患者的心理支持, 给予患者灵性层面的慰藉

通过主题 1 的结果可知: 患者期望的心理支持大多来自医护人员的言语鼓励、或者安慰性的话语, 这些心理支持形式往往给患者较高的期待值, 但是事实上这些支持往往在



临床中是缺失的。安宁疗护关注病人躯体、心理和灵性层面的需求,旨在减轻疾病末期病人痛苦,对病人进行整体积极的医疗照顾,其目的是提高病人的终末期生活质量。而灵性照护也是安宁疗护“身、心、社、灵”照护体系的重要组成部分之一。因此,护理人员应当主动对患者进行评估,判断其有无灵性需求,提供符合患者文化习惯、精神信仰的心里支持,通过与其交谈、聆听其心声、陪伴患者、了解其宗教信仰,通过主动的关怀与慰藉,使患者生理、心理、社会上的灵性需求得以满足<sup>[6]</sup>。

3.2 帮助病人完成角色转换和适应,减轻患者的愧疚感和负担感

主题2的结果表明,当前普遍性存在病人角色转换和适应不良的情况,需要医护人员去帮助病人适应患病后的病人角色。终末期老年患者角色适应问题主要是由于患者由家庭角色向病人角色转换的过程中,因为疾病的心理冲击,得不到医护人员的有效帮助,以至于出现心理和行为上的各种改变,如:自信心不足、悲观失望、沉默寡言、自责抑郁等。患者往往感到愧疚,觉得自己给家庭带来麻烦,不想自己成为家人的累赘。医护人员应当主动帮助病人完成角色转换和适应,可以采用积极心理学的方法<sup>[7]</sup>,也可以适时给予患者同伴支持,尽可能减轻患者的愧疚感和负担感。以上这些,能够帮助其顺利完成角色转变,减轻其灵性困扰。医护人员也应给予帮助和支持,提高患者对治疗积极性与幸福感。充分调动患者的社会支持系统,通过亲属的鼓励与支持,减轻其孤独和内疚感,协助患者逐渐适应角色转变。

3.3 提供实现自我价值的平台,鼓励患者自食其力

主题3的结果提示,终末期患者往往因为体力有限,无法从事过多的体力活动,因此对自我价值产生了怀疑和困惑。护理人员应当积极为患者搭建实现自我价值的平台,如鼓励患者实现洗脸刷牙等日常轻体力的生活自理,或者做一些侍弄花草、休闲漫步的力所能及的体力活动,使患者找回自身的意义和价值。还可以利用意义疗法<sup>[8]</sup>等,协助患者找到生命的意义,改善其生存质量。同时,通过鼓励患者从事自身力所能及的活动,如参与同伴教育作为宣讲人,或者为孙辈们讲讲故事等方法,使患者感到能自食其力,也能进一步提高患者的自我价值感。

3.4 适时引入死亡教育,正确面对终末期疾病与死亡

主题4则表明许多患者不了解死亡教育的内容及教育

方式,对死亡充满了未知与恐惧,无法直面死亡的最结局。加上传统文化中的“孝道”等内容,使家属出于尽孝的想法,一味追求推迟患者的死亡,而忽视了对终末期的患者进行死亡教育的意义,而这些也与当下提高生命质量的科学死亡观<sup>[4]</sup>相违背,这些都使得患者对死亡教育的需求难以得到满足。死亡教育是通过教育的方式,以影响患者对死亡的态度和行为,引导患者理性而平静地面对死亡<sup>[9]</sup>。我国深受传统文化的影响,终末期患者对于死亡的问题往往讳莫如深,这也是灵性照护中必须跨越的文化障碍。通过提高患者对终末期疾病的认识,使其逐渐认识到死亡是生命中、是人类生老病死的一个自然环节,也是终末期疾病不可避免的一种结局,从而使患者以更平静和更积极的态度面对死亡。护士作为与终末期病人相伴的医护人员,只有先对护士自身存在的错误死亡观念进行改变,对死亡教育的知识和技能进行充分培训,才能提供专业的支持和关怀,帮助患者减轻对死亡的未知恐惧。可以通过观看有关生命及死亡教育的电影、参与灵性照护和临终关怀服务、模拟临终患者安宁疗护的场景等,让患者以正确的心态去坦然面对生命逝去,实现正确面对终末期疾病与死亡的目的。

3.5 深化灵性照护的内涵,强化护士灵性照护的能力

主题5的访谈结果表明:基层医疗机构的护理人员是提供灵性照护最主要的专业人员,其提供灵性照护的质量高低会直接影响终末期患者的生存质量。而灵性照护是护士帮助患者在疾病中寻找生命意义,自我实现,通过陪伴、倾听、共情等方式,提供符合个体文化和信仰的护理措施或活动,以达到缓解或者帮助他们面对死亡的恐惧等目的<sup>[5]</sup>。灵性照护能力的培养需要不断地培训和实践,积累灵性照护方面的经验与反思。目前,灵性照护的内涵仍然比较局限,大部分临床护理工作重心仍然放在控制症状和实施治疗方面,较少关注患者的内心体验和灵性需求。护理管理者应加强对临床护士灵性照护的培训,为灵性照护提供环境和资源,促进医院环境和条件的改善,不断强化护士灵性照护的能力。

4. 结语

灵性是与身、心、社相互融合的交互关系,不是一个全然独立的概念,应当贯穿于灵性照护和安宁疗护的全过程。因此在护理中,护士应该牢固树立灵性照护的理念,给予终末期老年患者包含灵性照护在内的整体护理,以达到身、心、社、灵的和諧。护理人员应当在借鉴前人已有研究的基础上,

结合终末期患者的身心特征和中国传统文化,有针对性的实施灵性照护,改进和完善终末期老年患者灵性照护方法,提高护理人员的灵性照护能力,构建符合我国国情的老年人灵性照护模式。联动家庭—社区—养老机构—基层医疗机构,做好基层医疗机构老年终末期患者的灵性照护,为我国应对未来深度老龄化,实现成功老龄化做出更多探索与贡献。

#### 参考文献

- [1] 黄彩辉. 灵性照护——生命的终极关怀[J]. 中华现代护理杂志, 2015(30):3.
- [2] 范维, 盖恬恬, 高梦希, 王燕. 失能老人灵性照护的研究进展[J]. 中国社会医学杂志, 2019, 36(06):592-595.
- [3] 何昕, 郑薇, 聂红霞, 等. 永久性肠造口患者灵性需求的质性研究[J]. 中华结直肠疾病电子杂志, 2021, 10(2):5.
- [4] 潘巧红, 卢雪萍. 护士安宁疗护体验的质性研究[J]. 医院管理论坛, 2023,40(01):54-56.
- [5] 韦迪, 刘翔宇, 谌永毅, 张敏, 毛婷, 扶雨露. 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.

- [6] 周婧, 程丹萍, 黄佳佳. 灵性照护对终末期癌症患者灵性水平及生存质量的影响[J]. 当代护士: 上旬刊, 2021,28(4):86-88

- [7] 郑君萍. 积极心理干预在晚期肿瘤患者临终关怀中的应用影响[J]. 心理月刊, 2020(5): 85.

- [8] 蔡星草, 胡君娥. 意义疗法在癌症患者灵性照护中的研究进展[J]. 当代护士: 中旬刊, 2021, 28(3):4.

- [9] 江昱, 方桂珍, 谢世雅, 上官非凡. 肿瘤科护理人员灵性照顾能力现状及影响因素研究[J]. 循证护理, 2022,8(24):3397-3402.

**基金项目:** 基层医疗机构老年终末期患者灵性照护需求的现状与干预对策研究(湖南省教育厅, 一般项目, 编号: 湘教通 2020[264]号文件 20C1643)。