

· 论著 ·

以实践为导向构建社区医务人员安宁疗护服务能力评价工具及信效度研究

沙婧婧¹ , 荆丽梅^{2*} , 丁同久¹, 忻玉荣¹, 唐岚¹, 李水静³

1.200136 上海市, 上海市浦东新区金杨社区卫生服务中心

2.201203 上海市, 上海市中医药大学公共健康学院

3.200125 上海市, 上海市卫生健康委员会基层卫生健康处

* 通信作者: 荆丽梅, 研究员; E-mail: imei_jing@163.com

【摘要】 **背景** 我国安宁疗护服务已进入深度实践时期, 许多城市将基层医疗卫生服务机构作为开展安宁疗护的首要场所。社区安宁疗护服务的主要为以全科团队式服务, 但目前尚缺乏切实统一的对社区人员该项能力考核标准与要求。**目的** 结合社区安宁疗护服务实践, 编制社区卫生服务中心医务人员安宁疗护服务能力评价工具, 并对其信效度进行研究。**方法** 于2022年6月—2023年3月, 通过文献回顾、质性访谈、两轮德尔菲专家咨询进行项目分析, 形成安宁疗护服务能力评价工具; 于2023-04-01—2023-05-12对上海市浦东新区1281名社区卫生服务中心医务人员开展一般资料、对安宁疗护服务的认知和经历、安宁疗护服务能力评价工具和人文关怀力量表的问卷调查, 检验安宁疗护服务能力评价工具的信度、效度, 并采用多元线性回归分析探讨安宁疗护服务能力的影响因素。**结果** 通过文献检索分析和质性访谈形成49个初始条目。德尔菲专家咨询法共邀请上海市15位研究和开展安宁疗护服务的权威专家, 其中专家权威系数为0.87, 整体指标体系的Kendall和谐系数为0.624 ($P<0.01$), 经过两轮德尔菲专家咨询, 最终形成50个条目的评价工具。问卷调查部分共发放1300份问卷, 回收1284份, 问卷有效回收率为98.77% (1284/1300), 经审视后剔除问卷3份, 总体问卷有效率为99.77% (1281/1284)。安宁疗护服务能力评价工具标准化后的信度系数 (Cronbach's α 系数) 为0.993; Spearman-Brown折半信度为0.935, 总体信度系数较好。效度检验显示, KMO值为0.987>0.9, Bartlett's球形值为119 119.104, $P<0.001$, 表明该量表题目效度良好, 且适合因子分析。因子分析显示, 所有条目的因子载荷均 ≥ 0.4 , 共同性均 >0.2 , 因此保留全部50个条目。抽取4个公因子, 累积方差贡献率为86.517%。相关分析显示, 本次构建的安宁疗护服务能力评价工具的总得分和人文关怀量表总分呈显著正相关关系 ($r=0.819$, $P<0.001$), 说明该评价工具具有良好的校标关联效度。多元线性回归分析结果显示, 性别、学历、从事社区工作年限、是否经历亲属离世、是否经历安宁疗护培训、安宁疗护服务时长、是否愿意从事安宁疗护服务是安宁疗护服务能力的影响因素 ($P<0.05$)。**结论** 本研究构建的社区卫生服务中心医务人员安宁疗护服务能力评价工具有较好的科学性和可靠性, 信效度较好, 可用于评价社区全科医务人员在安宁疗护服务中的各项能力。

【关键词】 安宁疗护; 能力评价; 社区卫生服务; 岗位胜任; 质性访谈; 信效度

【中图分类号】 R 192 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0425

Construction of a Practical Oriented Tool for Evaluating the Ability of Community Medical Staff to Provide Hospice Care Services and its Reliability and Validity

SHA Jingjing¹, JING Limei^{2*}, DING Tongjiu¹, XIN Yurong¹, TANG Lan¹, LI Shuijing³

1.Shanghai Jinyang Community Health Service Center of Pudong New Area, Shanghai 200136, China

2.School of Public Health, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China

基金项目: 上海市浦东新区卫生健康委2020年度卫生科技项目资助 (PW2020A-36); 上海市科学技术委员会自然科学基金项目 (22ZR1461400)

引用本文: 沙婧婧, 荆丽梅, 丁同久, 等. 以实践为导向构建社区医务人员安宁疗护服务能力评价工具及信效度研究 [J]. 中国全科医学, 2024. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0425. [Epub ahead of print] [www.chinagp.net]

SHA J J, JING L M, DING T J, et al. Construction of a practical oriented tool for evaluating the ability of community medical staff to provide hospice care services and its reliability and validity [J]. Chinese General Practice, 2024. [Epub ahead of print]

©Editorial Office of Chinese General Practice. This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

3. Department of Primary Health, Shanghai Municipal Health Commission, Shanghai 200125, China

*Corresponding author: JING Limei, Professor; E-mail: limei_jing@163.com

【Abstract】 Background Hospice care service has been practiced deeply in our country. Many cities have taken primary medical and health institutions as the prime places to carry out hospice care, such as in Shanghai. The main community hospice care service are provided by the teams which are composed of general practitioners and nursing staff. Meanwhile, there is still a lack of unified assessment standards and requirements for the abilities of community medical staff. **Objective** Based on the actual situation hospice care service, this study compiles an evaluation tool for the hospice care service ability of medical staff in community health service centers and conducts a research of the reliability and validity. **Methods** From June 2022 to March 2023, through literature review, qualitative interview and two rounds of Delphi expert consultation, the project was tested by a questionnaire and analyzed. 1 281 medical staff of community health service centers in Pudong New Area, Shanghai, China, were surveyed from 2023-04-01 to 2023-05-12. A questionnaire survey which was covering general information, knowledge and experience of hospice service. Hospice service competence evaluation tool and humanistic care competence scale were conducted to test the reliability and validity of the hospice service, and a multiple linear regression analysis was used to explore the influencing factors of hospice service competence. **Results** Through literature search analysis and qualitative interviews with experts, 49 initial entries were formed. The Delphi expert consultation method invited a total of 15 authoritative experts in Shanghai who study and carry out hospice services, in which the expert authority coefficient was 0.87, and the Kendall harmony coefficient of the overall index system was 0.624 ($P<0.01$), and the evaluation tools for the 50 entries were finally formed after two rounds of Delphi expert consultation. A total of 1 300 questionnaires were distributed in the questionnaire survey part, and 1 284 questionnaires were recovered, the effective recovery rate of the questionnaires was 98.77% (1 284/1 300), 3 questionnaires were excluded after scrutinizing the questionnaires, and the overall questionnaire validity rate was 99.77% (1 281/1 284). The reliability coefficient of standardized evaluation tools was 0.993 with Cronbach's α coefficient. The data of Spearman-Brown's broken half reliability was 0.935, that means the overall reliability coefficient is good. Besides, KMO value was 0.987>0.9, Bartlett spherical value was 119 119.104, $P<0.001$, indicating that the scale had a good validity and was suitable for factor analysis. Factor analysis showed that the factor loading of all items was ≥ 0.4 and the commonality was >0.2, so all 50 items were retained. Four common factors were selected, and the cumulative variance contribution rate was 86.517%. Correlation analysis showed that there was a significant positive correlation between the total score of the hospice care service ability evaluation tool constructed in this study and the total score of the humanistic care scale ($r=0.819$, $P<0.001$), indicating that the evaluation tool had a good calibration correlation validity. The results of multiple linear regression analysis showed that: gender, education, years of working in the community, whether or not they experienced the death of a relative, whether or not they experienced hospice training, the length of hospice service work, and whether or not they were willing to engage in hospice service were the influencing factors of hospice service competence ($P<0.05$). **Conclusion** In this study, it proves that the questionnaire tool for evaluating the ability of community health service center medical staff is scientific, reliability, and validity, and can be used to evaluate the various abilities of community general practitioners in hospice care services.

【Key words】 Hospice care; Ability evaluation; Community health service; Post competence; Qualitative interview; Reliability and validity

安宁疗护的发展是人类对生命意义的探索过程中萌生而出的文明产物。经过多年实践探索,社区卫生服务中心已成为安宁疗护服务的重要载体^[1]。2020年上海全市所有社区卫生服务中心均开展安宁疗护服务。如今安宁疗护服务已进入深度实践时期^[2],将基层医疗卫生服务机构作为开展安宁疗护服务的首要场所,其优势在于既能充分发挥基层医疗机构以家庭医生签约服务为纽带、开展全生命周期健康管理的特色,又能够在街道层面与医养结合、健康老龄化充分融合,彰显人文精神,体现公立医院的公益性。

目前在社区卫生服务中心主要由全科医生、护理人员、医技人员等组成安宁疗护服务团队,为有需求的临

终患者及其家属提供服务。目前,虽然已有《上海市安宁疗护规范 2020》等文件,明确规定了安宁疗护服务提供的资源配置、服务内容和流程要求^[3],也有针对安宁疗护服务人员的岗前培训,如叙事医学等开展了探索^[4],但尚无统一的针对开展安宁疗护服务人员的能力要求和相关标准,且缺乏对安宁疗护服务人员持续性的实践能力评价,这恰恰对于提供高质量的安宁疗护服务非常重要。

本课题组立足于政策基础和开展安宁疗护服务的具体实践,构建一套涵盖安宁疗护服务能力要求的能力评估工具,并通过横断面的调查对工具的信效度和可行性进行分析,为科学、合理、全面评价社区卫生服务中心

人员的安宁疗护服务能力提供依据。

1 对象与方法

1.1 安宁疗护服务能力评估工具的构建

1.1.1 文献复习和理论研究：于2022年6月—9月，本研究结合安宁疗护服务的相关政策，以《上海市社区卫生服务中心安宁疗护（临终关怀）科设置标准》《上海市安宁疗护服务规范》为基本框架，开展针对安宁疗护服务人员能力评价的文献复习和理论研究，首先以“服务能力（serviceability）、安宁疗护（hospice care）、指标（index）、评价（evaluate）”为中英文关键词，利用万方数据知网服务平台、中国知网、Medline、PubMed等主流数据库，了解对于安宁疗护服务能力评估的研究现状，对社区卫生服务中心人员的安宁疗护服务能力的具体测量模式进行理解和理论研究，初步确定本研究组对于服务能力、安宁疗护、指标以及评价的概念、定义和范畴。

1.1.2 质性访谈：于2022年10—12月，采用目的抽样法，选择上海市浦东新区安宁疗护服务试点社区卫生服务中心和上海中医药大学公共健康学院中开展安宁疗护服务的理论研究和实践超过3年、专业职称为副高以上的专家共计8人，开展面对面深入半结构化访谈，采用饱和式访谈了解安宁疗护服务能力的具体内容和范畴。访谈问题的提纲由下列部分构成：（1）您研究安宁疗护服务多久了？您认为提供安宁疗护服务需要哪些能力？（2）请谈谈您对上述各项能力的理解，各自应该包含哪些呈现的方面？（3）您认为社区卫生服务人员开展安宁疗护服务在哪些方面是特别需要培训和加强的？（4）请谈谈您和贵单位目前在安宁疗护服务中进行人员能力的评价和培训的经历，有哪些您印象深刻的成功案例？访谈前获得知情同意，录音并记录受访者的非语言行为，采用Nvivo11.0软件进行资料处理，以质性研究的7步分析法对文字进行摘录分析、编码汇集，从而初步构建条目池^[5]。

1.1.3 德尔菲专家咨询：于2023年1—3月，采用两轮式Delphi专家咨询的方法，邀请上海市15位研究和开展安宁疗护服务的权威专家，对初步构建的量表条目进行筛选并给出指导意见，专家入选条件：（1）研究或实践安宁疗护服务超过5年；（2）专业技术职称为中高级及以上；（3）学历为本科及以上学历；（4）至少以第一作者或通讯作者在中文核心期刊或统计源期刊发表过1篇与安宁疗护服务相关的研究论文。

将1.1.2中初步形成的安宁疗护服务能力评价工具的条目池设计为标准的Delphi信函式的咨询问卷：第一轮咨询请专家判断各条指标是否语义清晰，是否有需要补充的指标；根据专家意见修订补充形成第二轮咨询

问卷，第二轮咨询不再新增指标，请专家以Likert 5级评分法评价条目的重要性，从“很不重要”到“非常重要”分别对应1~5分，同时请对指标的熟悉程度与判断依据进行自我评价。使用界值法（条目重要性均数 ≥ 4 分，且变异系数 ≤ 0.3 为标准）筛选条目，并综合专家意见进行修改和删除，形成初始版量表。最后请专家对整张量表的内容效度进行评价。

1.2 安宁疗护服务能力评估工具的信效度研究

1.2.1 研究对象：采用整群抽样的形式，于2023-04-01—2023-05-12对上海市浦东新区全部47家社区卫生服务中心内的医务人员共计1 281名，进行问卷调查。纳入标准：（1）在社区卫生服务中心工作超过1年；（2）支持安宁疗护服务在社区卫生服务中心开展。排除标准：

（1）没有听说或了解、实践过安宁疗护服务；（2）轮转培训人员。研究对象知情同意，自愿参加调查。

1.2.2 问卷设计：采用自行设计的问卷进行调查，问卷包括以下内容：（1）一般资料：包括性别、年龄、婚姻状况、民族、宗教、是否为行政岗、职业工种、学历、职称、从事社区工作年限；（2）对安宁疗护服务的认知和经历：包括是否经历亲属离世、是否经历安宁疗护培训、目前是否在安宁疗护服务岗位工作、安宁疗护服务时长、是否愿意从事安宁疗护服务；（3）本研究开发的安宁疗护服务能力评价工具；（4）人文关怀能力量表（Caring Ability Inventory, CAI）中文版^[6]，共37个条目，分为理解、勇气、耐心3个维度，采用Likert 7级评分法，从“完全反对”到“完全赞同”分别赋值1~7分。研究显示其汉化中文版量表的Cronbach's α 系数为0.84，内容效度指数为0.78，信效度良好。

1.2.3 数据采集：采用在线调研的方式，由本课题组将问卷在线化为“问卷星”格式，并借助本课题组依托的金杨社区卫生服务中心和浦东新区卫生健康委员会，下发给全部47家社区卫生服务中心进行发放和回收，设定连续10题及以上勾选同一答案，或整体回答时间小于3 min为无效问卷，进行剔除。

1.3 统计学方法

（1）效度分析：分析安宁疗护服务能力评价工具的结构效度和效标关联效度。（1）结构效度：首先计算量表的KMO值并进行Bartlett's球形度检验，分析各维度之间、各维度与总体量表之间的相关系数。其次采用主成分分析法，以特征根 >1 为标准抽取共同因子，采用Promax斜交旋转法进行旋转，有效的抽取结果需满足因子累计方差贡献率达40%以上，每个因子至少包含2个条目，每个条目在该因子上的载荷 >0.4 并低于在其他因子上的载荷，认为该量表结构效度较好。（2）效标关联效度：通过计算安宁疗护服务能力评价工具和

人文关怀量表总分的相关性获得。(2)信度分析:计算安宁疗护服务能力评价工具的 Cronbach's α 系数,用于检验内部一致性系数,同时通过随机抽取一般问卷进行 Spearman-Brown 折半信度分析,综合评价量表信度。

(3)计数资料使用百分比进行统计描述,计量资料首先进行正态性检验,满足正态分布时采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,两组间比较采用独立样本 t 检验,多组间比较采用单因素方差分析;计数资料以相对数表示;使用多元线性回归模型对安宁疗护服务能力评价总分的影响因素进行分析,以 $P < 0.05$ 认为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 安宁疗护服务能力评估工具的条目构建

本研究共检索安宁疗护服务能力评价相关文献和资料 324 篇,通过文献分析构建了包含症状控制能力、舒适照护服务能力、社会心理支持能力、资源整合能力 4 个方面共 41 个条目的初始量表。质性访谈分析结果从临床实践的角度补充 8 个条目,分别为:“能有针对性开展对患者的疼痛教育”“能掌握临床常见慢性疾病(高血压、糖尿病、冠心病等)的处理原则”“能掌握舒适照护的相关理论知识,如环境管理、床单位管理等”,最终形成 49 个初始条目。

2.2 专家咨询后的条目修订和确认

15 位专家的平均工作年限为 (25.2 ± 11.2) 年;全部拥有中高级职称,硕士及以上 12 名(80.00%)。专家的权威系数为 0.87,整体指标体系的 Kendall 和谐系数为 0.624 ($P < 0.01$)。在第一轮咨询中,专家对某些条目的用词进行了修改,如“完全能够”等修订为“可以”;新增一个条目“能尽可能帮助患者应对灵性需求中痛苦和不安”,形成了 50 个条目的评价工具指标。第二轮咨询未删除指标,所有指标均满足界值要求。最终共形成由 50 个条目形成的初始量表,所有项目均满足界值要求,见表 1。

2.3 纳入信效度研究的研究对象一般情况

共发放 1 300 份问卷,回收 1 284 份,问卷有效回收率为 98.77% (1 284/1 300),经审视后剔除问卷 3 份,总体问卷有效率为 99.77% (1 281/1 284),研究对象的一般情况见表 2。

2.4 安宁疗护服务能力评估工具的信效度

对安宁疗护服务能力评价工具的信度进行检验:评价工具标准化后的信度系数为 Cronbach's α 系数为 0.993;Spearman-Brown 折半信度为 0.935,总体信度系数较好。对安宁疗护服务能力评价工具的信效度进行检验,其中 KMO 值为 $0.987 > 0.900$,Bartlett's 球形值为 119 119.104, $P < 0.001$,说明该量表题目信效度良好,且适合因子分析。因子分析显示,所有条目的因子载荷均

表 1 安宁疗护服务能力评估工具具体条目情况

Table 1 Specific entries in the evaluation tool for the hospice care service ability

条目名称	因子载荷系数				共同度
	因子 1: 社会心理支持	因子 2: 资源整合 合利用	因子 3: 舒适 照护	因子 4: 症状 控制	
1. 能评估并报告可正常交流患者的疼痛情况	0.398	0.309	0.263	0.701	0.814
2. 能运用工具或方式评估无法交流患者的疼痛情况	0.459	0.221	0.311	0.689	0.831
3. 能根据止痛治疗五项基本原则有效使用止痛药物来缓解疼痛	0.417	0.355	0.239	0.725	0.884
4. 能联合非药物和辅助性干预来控制疼痛	0.447	0.330	0.247	0.731	0.903
5. 能认识并发现与止痛药相关的不良反应	0.410	0.410	0.220	0.703	0.878
6. 能有针对性地开展对患者的疼痛教育	0.453	0.356	0.275	0.696	0.892
7. 能掌握临床常见慢性疾病(高血压、糖尿病、冠心病等)的处理原则	0.203	0.235	0.133	0.847	0.832
8. 能诊疗(护理)患者的其他症状(恶心、呕吐、疲劳、呼吸困难、便秘等)	0.244	0.242	0.206	0.833	0.854
9. 能评估(护理)患者临终状态相关症状(胸腔积液、尿潴留、便血等)	0.332	0.324	0.287	0.722	0.819
10. 能为患者提供非药物治疗手段,如中医、康复治疗等服务	0.406	0.419	0.260	0.406	0.572
11. 能对患者的营养状况评估并指导	0.384	0.393	0.318	0.600	0.762
12. 能理解舒适照护的内容和意义	0.440	0.445	0.497	0.338	0.753
13. 能为患者提供慢性伤口、留置静脉导管及尿管护理等照护	0.329	0.361	0.731	0.245	0.833
14. 能掌握舒适照护的相关理论知识,如环境管理、床单位管理等	0.396	0.286	0.753	0.274	0.881
15. 能掌握口腔护理、肠内营养护理等技能	0.370	0.241	0.799	0.241	0.892
16. 能协助并指导照护者完成体位护理、擦浴、沐浴、床上洗头、进食等服务	0.376	0.212	0.793	0.226	0.866
17. 能识别临终患者的死亡征象,并掌握处理方法	0.425	0.613	0.425	0.252	0.801
18. 能采取积极方式增加患者临终的舒适度	0.497	0.555	0.473	0.275	0.855
19. 能支持患者和家属举办告别及纪念仪式的需求	0.545	0.469	0.478	0.236	0.801
20. 能了解患者的宗教信仰和地方丧葬文化习俗	0.600	0.395	0.433	0.253	0.767
21. 能运用死亡教育引导患者和家属面对死亡	0.409	0.449	0.608	0.264	0.829
22. 能有技巧地向患者及家属传达负面信息	0.603	0.538	0.301	0.286	0.825
23. 能有效运用共情技术,以增进与家属的讨论和制定医疗决策	0.608	0.544	0.320	0.288	0.851
24. 能评估患者及主要照护者的负担和压力来源,提供支持	0.633	0.510	0.362	0.267	0.864
25. 能关注并记录患者的心理情绪变化(如悲伤、焦虑、抑郁、心神不宁、淡漠、寡言等),帮助其应对情绪反应	0.598	0.537	0.361	0.289	0.860
26. 能提供适当的资源满足他们的文化需要	0.645	0.446	0.396	0.269	0.845
27. 能了解居丧者悲伤反应的特征	0.729	0.348	0.319	0.306	0.848
28. 能区分居丧者悲伤反应的类型及表现	0.744	0.303	0.338	0.318	0.861
29. 能识别居丧者悲伤反应的阶段	0.755	0.286	0.349	0.299	0.864
30. 能识别并及时报告处于悲伤危险中的居丧者	0.761	0.291	0.346	0.312	0.881

(续表 1)

条目名称	因子载荷系数				共同度
	因子 1: 社会心理支持	因子 2: 资源整合利用	因子 3: 舒适照护	因子 4: 症状控制	
31. 能掌握急性悲伤反应的处理原则	0.761	0.287	0.337	0.317	0.876
32. 能有效识别患者的灵性需求	0.785	0.180	0.339	0.332	0.875
33. 协助患者肯定死后的归宿	0.796	0.165	0.344	0.304	0.871
34. 能尽可能帮助患者应对灵性需求中痛苦和不安	0.790	0.185	0.334	0.321	0.873
35. 能协助有宗教信仰的患者做死亡前的宗教准备	0.780	0.148	0.357	0.312	0.855
36. 能认识到个人信仰和职业认同对安宁服务的影响	0.779	0.317	0.242	0.290	0.851
37. 能应对服务过程中产生的自我悲伤和损失	0.776	0.305	0.267	0.293	0.853
38. 能识别并评估自身在服务过程中面对的压力源	0.784	0.301	0.271	0.297	0.867
39. 能适时找到社会支持资源来疏解压力源	0.789	0.273	0.274	0.298	0.861
40. 能与患者及家属谈论死亡和濒死问题	0.777	0.344	0.250	0.282	0.864
41. 能自主参加继续教育活动提升安宁疗护服务能力	0.297	0.785	0.245	0.301	0.855
42. 能提供安宁疗护相关知识的宣传教育	0.284	0.794	0.261	0.330	0.888
43. 能挖掘安宁疗护实践中的科研契机并开展实施	0.220	0.803	0.265	0.313	0.862
44. 能与其他学科及服务者团队合作, 参与服务的过程讨论和决策	0.268	0.796	0.243	0.316	0.865
45. 能熟悉安宁疗护领域的前沿进展和动态	0.233	0.804	0.260	0.316	0.868
46. 能尊重患者及家属的偏好和医疗决策	0.423	0.720	0.199	0.226	0.787
47. 协助团队或其他资源提供对患者的伦理和法律问题处理	0.366	0.773	0.230	0.252	0.848
48. 能在法律法规允许的范围内协助患者探索 and 解决一些敏感问题 (如容貌受损等)	0.312	0.791	0.254	0.250	0.850
49. 对安宁疗护服务的价值和目标认同	0.405	0.750	0.212	0.213	0.817
50. 能将伦理原则应用于整个服务过程	0.393	0.755	0.215	0.228	0.823

≥ 0.4, 共同性均 >0.2, 因此保留全部 50 个条目。

碎石检验提示: 评价在 4 个因子后走势趋于平缓, 因此抽取 4 个公因子, 累积方差贡献率为 86.517%。根据各因子所含条目内容及原始条目的设计, 分别将其命名为因子 1: 社会心理支持 19 个条目, 因子 2: 资源整合利用 10 个条目; 因子 3: 舒适照护 10 个条目; 因子 4: 症状控制 11 个条目, 50 个条目的具体情况见表 2。

进行相关分析显示, 本次构建的安宁疗护服务能力评价工具的总得分和人文关怀量表总分呈正相关 ($r=0.819$, $P<0.001$), 说明该评价工具具有良好的校标关联效度。

2.5 安宁疗护服务能力影响因素的多元线性回归分析

参照既往文献报道^[6, 10, 15], 使用多元线性回归分析安宁疗护服务能力的影响因素, 以安宁疗护服务能力评估工具的得分总分为因变量(赋值: 实测值), 以性别、年龄、婚姻状况等 17 个因素(赋值具体见表 3)作为自变量纳入多元线性回归分析, 结果显示性别、学历、

表 2 研究对象一般情况
Table 2 Demographic information of the survey subjects

项目	频数	百分比 (%)
性别		
男	198	15.46
女	1083	84.54
年龄		
25~30 岁	165	12.88
31~35 岁	309	24.12
36~40 岁	242	18.89
41~45 岁	260	20.3
46~50 岁	193	15.07
>50 岁	112	8.74
婚姻状况		
未婚	163	12.72
已婚	1088	84.93
离异	25	1.95
丧偶	5	0.39
民族		
汉族	1260	98.36
少数民族	21	1.64
宗教		
无	100	7.81
有	1181	92.19
是否为行政岗		
否	1212	94.61
是	69	5.39
临床医生		
否	602	46.99
是	679	53.01
护理		
否	729	56.91
是	552	43.09
医技及其他		
否	1268	98.99
是	13	1.01
学历		
博士	3	0.23
硕士	165	12.88
本科	955	74.55
大专	146	11.4
中专及以下	12	0.94
职称		
高级	147	11.48
中级	825	64.4
初级	296	23.11
无	13	1.01

(续表 2)

项目	频数	百分比 (%)
从事社区工作年限		
1~5 年	260	20.3
6~10 年	219	17.1
11~15 年	291	22.72
≥ 16 年	511	39.89
是否经历亲属离世		
是	1141	89.07
否	140	10.93
是否经历安宁疗护培训		
是	255	19.91
否	1026	80.09
是否在安宁疗护服务岗位工作		
是	246	19.2
否	1035	80.8
安宁疗护服务工作时长		
<3 个月	937	73.15
3~12 个月	98	7.65
>1~3 年	106	8.27
>3~10 年	110	8.59
>10 年	30	2.34
是否愿意从事安宁疗护服务		
是	656	51.21
否	625	48.79

从事社区工作年限、是否经历亲属离世、是否经历安宁疗护培训、安宁疗护服务工作时长、是否愿意从事安宁疗护服务是安宁疗护服务能力的影响因素 ($P<0.05$)，其中学历越高、曾经经历亲属离世、经历安宁疗护服务培训、从事社区工作时间、愿意从事安宁疗护工作能够显著正向影响安宁疗护服务能力评价；安宁疗护服务时长负向影响安宁疗护服务能力，女性相比于男性安宁疗护服务能力评价更高 ($P<0.05$)，见表 4。

3 讨论

3.1 构建社区医务人员安宁疗护服务能力评价工具的意义与实用价值

随着医疗技术进步和老龄化加剧，当今医疗服务的发展已经逐步从聚焦导致迫在眉睫的死亡的疾病转为延缓疾病发生、延长疾病发展的慢性病管理^[7]，更多慢性病或肿瘤患者在临终过程中经受着生理和心理、社会、灵性等多重痛苦^[8]。现有的安宁疗护服务能力评价工具多聚焦在晚期肿瘤的特定群体^[9]，综合性医院肿瘤科、老年科等特定科室^[10]，以护理人员为主导的服务方式^[7]。针对社区安宁疗护的服务评价和调研也相对更关注安宁疗护准入标准^[11]和运行情况的现况调查^[12]等，尚无统一对社区医务人员的安宁疗护能力评价指标。以家庭

表 3 自变量赋值情况

Table 3 The assignments of the independent variables	
自变量	赋值情况
性别	男 =0, 女 =1
年龄	25~30 岁 =1, 31~35 岁 =2, 36~40 岁 =3, 41~45 岁 =4, 46~50 岁 =5, >50 岁 =6
婚姻	未婚 / 离异 / 丧偶 =0, 已婚 =1
民族	汉 =0, 少数民族 =1
宗教	无 =0, 有 =1
是否为行政岗	是 =0, 否 =1
是否为临床医生	是 =0, 否 =1
是否为护理人员	是 =0, 否 =1
是否为医技及其他	是 =0, 否 =1
学历	博士 =5, 硕士 =4, 本科 =3, 大专 =2, 中专及以下 =1
职称	高级 =3, 中级 =2, 初级 =1
从事社区工作年限	1~5 年 =0, 6~10 年 =1, 11~15 年 =2, ≥ 16 年 =3
是否经历亲属离世	是 =1, 否 =0
是否经历安宁疗护培训	是 =1, 否 =0
是否在安宁疗护服务岗位工作	是 =1, 否 =0
安宁疗护服务工作时长	<3 个月 =1, 3~12 个月 =2, >1~3 年 =3, >3~10 年 =4, >10 年
是否愿意从事安宁疗护服务	是 =1, 否 =0

表 4 安宁疗护服务能力影响因素的多元线性回归分析
Table 4 Factors influencing self-assessment of hospice care service ability

变量	B	SE	β	t 值	P 值
常数	51.176	21.535	—	2.376	0.018
性别	7.889	3.356	0.064	2.351	0.019
年龄	-0.241	1.284	-0.008	-0.188	0.851
婚姻	-1.929	3.184	-0.017	-0.606	0.545
民族	-1.922	8.836	-0.005	-0.218	0.828
宗教	-5.252	4.170	-0.032	-1.260	0.208
是否为行政岗	-12.226	7.008	-0.062	-1.745	0.081
临床医生	-13.106	8.182	-0.146	-1.602	0.109
护理	-13.811	8.424	-0.153	-1.639	0.101
医技及其他	21.428	12.326	0.048	1.738	0.082
学历	5.638	2.573	0.068	2.191	0.029
职称	-0.371	2.508	-0.005	-0.148	0.882
从事社区工作年限	3.501	1.554	0.091	2.253	0.024
是否经历亲属离世	21.734	3.621	0.152	6.002	<0.001
是否经历安宁疗护培训	19.072	3.117	0.171	6.119	<0.001
是否在安宁疗护服务岗位工作	3.279	3.692	0.029	0.888	0.375
安宁疗护服务工作时长	-4.889	1.315	-0.120	-3.717	<0.001
是否愿意从事安宁疗护服务	20.205	2.336	0.226	8.649	<0.001

注：—表示无此项数据。

医生为核心的服务团队不仅面临临终期的照护,也要兼顾患者的慢性病控制情况、心理情况、社会状况和以家庭为单位的照护。因此本工具的构建具有一定的意义和实用价值。

3.2 社区卫生服务中心人员安宁疗护服务能力评估工具设计科学,具有较好的信效度

3.2.1 本课题组在构建评价工具的过程中开展了充分的文献复习,参考国家卫生计生委发布的《关于印发安宁疗护中心基本标准和管理规范(试行)的通知》、上海市卫生健康委发布的《上海市社区卫生服务中心安宁疗护工作指引》等官方发布的规定,也结合质性访谈的结果聚焦社区医务人员从事安宁疗护工作的实际特点和难点^[13-14]。问卷设计既涵盖了安宁疗护服务中核心能力症状控制^[15]、也将社区全科医生面临的复杂情景、共情能力、心理需求的自我满足程度等内向因素考虑在内^[16]。结合社区实践,增加除疼痛外的其他症状控制能力、慢性病管理能力、安宁疗护工作人员自我认知和疏解的能力。考虑到安宁疗护服务中离不开团队成员的相互合作,除了自我评价,也有团队内支持性监督以及人员和资源的充分性评价^[17]。

3.2.2 本课题组在充分调研和专家咨询的基础上制定评价工具,在信度检验上标准化后的信度系数 Cronbach's α 系数为 0.993; Spearman-Brown 折半信度为 0.935,总体信度系数较好。结构效度检验采用因子分析,最终获得有效样本量为 1 281 份,满足统计学要求。经过筛选,4 个因子的累计方差贡献率为 86.517%,能证明能力之间的差异性。所有条目的因子载荷均 ≥ 0.4 ,共同性均 > 0.2 ,说明各条目能较好解释变量,结构清晰合理^[18]。本研究结果提示学历越高、曾经经历亲属离世、经过安宁疗护服务培训、从事社区工作时间越久、愿意从事安宁疗护工作的医务人员得分较高,且有统计学意义,这与滕晓涵等^[19]的研究基本一致,说明以上因素可以作为区分安宁疗护服务能力水平高低的指标。

3.3 安宁疗护服务能力受到多维因素的影响,需注意对安宁疗护服务人员开展持续培训、心理关怀和绩效倾斜

3.3.1 本研究中已参加过规范化的安宁疗护专项培训的人员比例较低,占 19.91%,而分析结果提示经历安宁疗护服务培训能够显著正向影响安宁疗护服务能力 ($P < 0.01$),许艺帆等^[20]在对 7 074 名医务人员调研中也提示医务人员对安宁疗护的培训需求均较高。因此需注意扩大对社区医务人员安宁疗护的覆盖面,开展针对性的安宁疗护培训。

3.3.2 在对服务能力影响因素的分析中发现,安宁疗护服务时长负向影响安宁疗护服务能力评价,这可能与长期从事安宁疗护工作的医务人员面临更多的心理压力和

增长的学习需求有关。从认知行为理论^[21]角度分析,这与医务人员从事安宁疗护前缺乏针对性的理论培训和心理学认知相关课程的学习有关。因此,培训中建议加入对于心理问题识别和心理疗愈等相关课程。社区机构的员工关爱体系中也应当实时跟进对安宁疗护从业者的心理疏导,持续提供心理支持。

在未来的社区安宁疗护服务中,以家庭医生为团队核心的签约服务管理中,安宁疗护将成为必不可少的一个环节,与全生命周期相对应的服务内容也将贯穿在安宁疗护的服务之中,包含儿童安宁疗护^[22]。本研究中仅在上海市浦东新区的医务人员中展开安宁疗护相关服务能力的自评,受多种因素的影响,建议今后可在不同区域进行验证,进一步提高评价工具的稳定性。

4 小结

综上所述,本研究从安宁疗护发展和社区实践需求出发,构建了较为全面且易于执行的社区医务人员安宁疗护能力的评价工具。经过科学研究的研制和检验过程,评价工具具有好的信度和效度。运用评价工具对样本地区医务人员的调查结果,也凸显医务人员的安宁疗护能力受到学历、个人相关经历、社区工作年限以及专项培训等影响较大。今后应关注提高安宁疗护相关培训的质量及培训效果。与此同时,对已经从事安宁疗护的医务人员,应当给予更多的心理关爱,以提高其工作的积极性和保持安宁疗护工作的可持续发展。该评价工具的开发可以为制定和完善安宁疗护培训方案提供科学参考。

作者贡献:沙婧婧负责提出研究思路、文献质量评价、撰写和修改论文;荆丽梅负责指导总体框架;丁同久、忻玉荣、唐岚负责文献检索及质性访谈;李水静负责提供管理视角建议;沙婧婧、荆丽梅负责最终版本修订,对文章整体负责。

本文无利益冲突。

沙婧婧:  <https://orcid.org/0000-0001-7823-6652>

荆丽梅:  <https://orcid.org/0000-0003-0752-116X>

参考文献

- [1] 葛瑶琪,李云涛,季国忠.中国和澳大利亚全科医学体系的比较与启示[J].中华全科医学,2018,16(10):1730-1733,1756. DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.000471.
- [2] LING M, WANG X C, MA Y H, et al. A review of the current state of hospice care in China [J]. Curr Oncol Rep, 2020, 22(10): 99. DOI: 10.1007/s11912-020-00959-y.
- [3] 刘登,朱成玉,李琛,等.基于德尔菲法的社区安宁疗护核心服务项目指标体系调查分析[J].上海医药,2021,42(18): 12-16. DOI: 10.3969/j.issn.1006-1533.2021.18.004.
- [4] 罗涛,赵越,刘兰秋.健康老龄化视角下我国安宁疗护服务体系建设现状与对策建议[J].中国全科医学,2022,25(19):

- 2315-2319, 2324. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0257.
- [5] DEJONCKHEERE M, VAUGHN L M. Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour [J]. Fam Med Community Health, 2019, 7 (2): e000057. DOI: 10.1136/fmch-2018-000057.
- [6] 严梅, 关琼瑶, 王垣晓, 等. 肿瘤专科医院临床护士人文关怀能力现状及影响因素研究 [J]. 循证护理, 2023, 9 (6): 1068-1071. DOI: 10.12102/j.issn.2095-8668.2023.06.023.
- [7] SAWATZKY R, ROBERTS D, RUSSELL L, et al. Self-perceived competence of nurses and care Aides providing a palliative approach in home, hospital, and residential care settings: a cross-sectional survey [J]. Rev Can De Recherche En Sci Infirm, 2021, 53 (1): 64-77. DOI: 10.1177/0844562119881043.
- [8] 张锦欣, 靳英辉, 曹英娟, 等. 慢性病终末期患者优逝期望与需求质性研究的系统评价 [J]. 中华护理杂志, 2019, 54 (12): 1788-1794. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2019.12.005.
- [9] 浦亚楼, 孟爱凤, 智晓旭, 等. 基于德尔菲法的南京市肿瘤患者居家护理服务需求问卷编制及信效度检验 [J]. 中国全科医学, 2019, 22 (35): 4375-4380. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.577.
- [10] 裴文晔, 姜桂春. 肿瘤科护士安宁疗护核心能力问卷的编制及信度效度检验 [J]. 中国护理管理, 2021, 21 (5): 679-685. DOI: 10.3969/j.issn.1672-1756.2021.05.010.
- [11] 缪俊, 张瑞云, 曹文群, 等. 社区安宁疗护服务对象准入标准研究 [J]. 中华全科医学, 2019, 17 (12): 2063-2068. DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.001128.
- [12] 张瑞云, 缪俊, 沈天寒, 等. 上海市社区安宁疗护 (临终关怀) 服务内容开展现况研究 [J]. 中华全科医学, 2019, 17 (11): 1876-1879. DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.001079.
- [13] 国家卫生计生委. 国家卫生计生委关于印发安宁疗护中心基本标准和管理规范 (试行) 的通知 [J]. 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会公报, 2017 (2): 44-47.
- [14] 李鲁蒙. 上海市安宁疗护政策执行困境与对策研究 [D]. 上海: 华东理工大学, 2022.
- [15] 叶蕊, 高丽, 岳鹏. 安宁疗护护士人格特质与安宁疗护胜任力的相关性研究 [J]. 全科护理, 2022, 20 (29): 4049-4053. DOI: 10.12104/j.issn.1674-4748.2022.29.004.
- [16] 韩鸽鸽, 陈长英, 史岩, 等. 国外安宁疗护护士核心能力研究及培训现状对我国的启示 [J]. 中国护理管理, 2019, 19 (5): 796-800. DOI: 10.3969/j.issn.1672-1756.2019.05.033.
- [17] REIMER-KIRKHAM S, SAWATZKY R, ROBERTS D, et al. 'Close to' a palliative approach: nurses' and care aides' descriptions of caring for people with advancing chronic life-limiting conditions [J]. J Clin Nurs, 2016, 25 (15/16): 2189-2199. DOI: 10.1111/jocn.13256.
- [18] 史静琤, 莫显昆, 孙振球. 量表编制中内容效度指数的应用 [J]. 中南大学学报: 医学版, 2012, 37 (2): 152-155. DOI: 10.3969/j.issn.1672-7347.2012.02.007.
- [19] 滕晓涵, 楚天舒, 荆丽梅, 等. 医务人员从事安宁疗护服务意愿分析: 基于决策树与 logistic 回归模型 [J]. 中国卫生资源, 2022, 25 (3): 352-357. DOI: 10.3969/j.issn.1007-953X.2022.03.016.
- [20] 许艺帆, 王裔婷, 滕晓涵, 等. 上海市医务人员安宁疗护培训需求及影响因素分析 [J]. 中华全科医师杂志, 2021, 20 (4): 458-462. DOI: 10.3760/ema.j.cn114798-20200815-00911.
- [21] KENDALL P C, NEY J S, MAXWELL C A, et al. Adapting CBT for youth anxiety: flexibility, within fidelity, in different settings [J]. Front Psychiatry, 2023, 14: 1067047. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1067047.
- [22] PYKE-GRIMM K A, FISHER B, HASKAMP A, et al. Providing palliative and hospice care to children, adolescents and young adults with cancer [J]. Semin Oncol Nurs, 2021, 37 (3): 151166. DOI: 10.1016/j.soncn.2021.151166.

(收稿日期: 2023-12-10; 修回日期: 2024-08-29)

(本文编辑: 王世越)