

• 综 述 •

ICU 患者灵性照护的研究进展

杨 晓, 向 怡, 田 樱, 黎 静, 陈 松, 黎小丽, 潘金玉[△]

(重庆大学附属人民医院神经外科, 重庆 401120)

[摘要] 在重症监护室(ICU)中实施灵性照护不仅可以减少患者疼痛, 释放压力和负性情绪, 降低抑郁、自杀风险, 还可以提高患者生活质量及死亡质量, 提升患者满意度及医疗质量。该文从灵性照护概念、ICU 患者的灵性需求和评估、ICU 患者灵性照护的现状及实施情况等方面进行了综述。

[关键词] 重症监护室; 灵性照护; 疼痛; 综述

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2025.12.029

中图法分类号: R47

文章编号: 1009-5519(2025)12-2874-05

文献标识码: A

Research progress on spiritual care for ICU patients

YANG Xiao, XIANG Yi, TIAN Ying, LI Jing, CHEN Song, LI Xiaoli, PAN Jinyu[△]

(Department of Neurosurgery, the Affiliated People's Hospital of Chongqing University, Chongqing 401120, China)

[Abstract] Implementing spiritual care in the intensive care unit(ICU) can not only reduce patient pain, release stress and negative emotions, lower the risk of depression and suicide, but also improve patient quality of life and mortality, enhance patient satisfaction and medical quality. The article provides a review of the concept of spiritual care, the spiritual needs and assessments of ICU patients, and the current status and implementation of spiritual care for ICU patients.

[Key words] Intensive care unit; Spiritual care; Pain; Review

重症监护室(ICU)患者病情危重, 预后较差, 在治疗过程中感受着极度的恐惧和对生命的不确定性, 常经历身心社灵层面的整体性痛苦, 易导致焦虑、抑郁和创伤后应激障碍的发生^[1-2], 引发关于生命意义、目的、关系和命运的一系列问题。在 ICU 中实施灵性照护不仅可减少患者疼痛, 释放压力和负性情绪, 降低抑郁、自杀风险, 还可以提高患者生活质量及死亡质量, 提升患者满意度及医疗质量^[3-4]。世界卫生组织将灵性健康列为人类健康的组成部分, 强调患者需要得到身体、心理、社会及灵性 4 个方面的整体护理, 灵性照护是全人照护理念下的一种特殊照护方式, 是整体护理的核心内容之一^[5]。我国的整体护理主要集中在生物医疗层面, 尤其是在 ICU 环境中, 往往更注重护理技术而忽视人文关怀^[6]。国外对灵性照护进行了大量研究, 涵盖了灵性照护的定义、灵性照护的模式、灵性照护的教育、灵性照护的评估等多方面内容。我国对灵性照护研究尚处于探索阶段, 更是缺乏对 ICU 患者的关注。本文从灵性照护概念、ICU 患者的灵性需求和评估、ICU 患者灵性照护的现状及实施情况等方面进行了综述, 以为促进 ICU 患者灵性

照护实践提供参考。

1 灵性照护概念

灵性照护的概念是复杂且多维的, 北美护理诊断协会将灵性照护定义为一种旨在缓解患者灵性困扰的护理方式。护理人员通过评估个体的灵性需求, 提供符合其文化和信仰的照护。国内学者认为, 灵性照护是指在患者面临困境时, 协助患者寻找人生的意义与目标, 建立人际联系, 寻求内外部资源, 以帮助患者超越当前困境, 恢复内心的安宁与舒适^[7]。在 ICU 中, 灵性照护是指关注患者的精神、情感、存在意义和价值观需求, 帮助患者在危重疾病状态下应对痛苦、恐惧、孤独或对生命意义的困惑, 是一种超越生理治疗的综合性人文关怀, 其核心是尊重患者的个体性、文化信仰和生命尊严, 旨在提升患者在极端医疗环境中的心理安宁和生活质量。

2 ICU 患者的灵性需求和评估

灵性需求是指个体无论是否有宗教信仰, 都渴望寻找人生的意义、目标和价值观^[8], 是人类需求中的重要组成部分^[9]。ICU 患者普遍需要灵性关怀(涉及情感支持、生命意义、自我认同等方面), 期待医护人

[△] 通信作者, E-mail: jinyuwenzhi@163.com。

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250827.1225.010\(2025-08-27\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250827.1225.010(2025-08-27))

员主动关注并回应这些需求。JOHNSON 等^[10]对 587 例 ICU 患者调查时发现,63% 的患者有灵性需求。而护士作为 ICU 患者主要的灵性需求评估者,了解照护对象的灵性需求是实施灵性照护的基础^[11]。对于能进行语言沟通的患者,可直接询问患者愿望以进行评估。我国学者结合百草枯中毒患者病理、生理及心理特征将最初用于癌症患者的灵性需求量表进行再次修订,调查 126 例急诊 ICU 患者,结果显示,患者有渴望得到家属、亲属及外界情感联系和关爱的灵性需求^[12]。叶颖颖等^[13]使用最初用于慢性病患者的灵性需求问卷对 217 例神志清醒的 ICU 患者进行调查,结果显示,问卷各维度得分从高到低依次为积极给予、内心平和、信仰-祈福、存在-现实反映、存在-释然和信仰-资源,患者灵性需求较高。对于不能进行语言沟通的患者,评估其灵性需求具有很大的挑战。BERNING 等^[14]使用灵性需求通信卡评估机械通气患者的灵性需求,该通信卡包括灵性和宗教信仰、情绪、灵性困扰、所需灵性干预措施 4 个部分的文字和图片,评估者首先通过查看病历了解患者健康状况,向患者解释通信卡的 4 个部分,然后识别患者的灵性需求和有无宗教信仰,确定患者情绪,以 0~10 整数等级评定其灵性困扰,最后由患者选择相应的干预措施。该研究显示,该通信卡不但能较好地评估患者的灵性需求,还能降低患者的焦虑程度。此外,TURAN 等^[15]提出,可根据患者行为评估其灵性需求,如患者表现为“哭泣、绝望、内疚感、睡眠障碍、对医护人员及家属的愤怒、拒绝治疗并感到焦虑”等行为,则提示患者存在灵性困扰。目前,评估 ICU 患者的灵性需求主要通过直接询问患者的愿望和使用通信卡,国内外暂无专门针对 ICU 患者的灵性需求量表。

3 ICU 患者灵性照护的现状 & 实施情况

3.1 灵性照护现状 灵性照护起源于 1960 年,最早应用于临终关怀和死亡教育实践。20 世纪 90 年代初期,灵性照护被纳入到重症监护的整体护理观点^[1,16]。2009 年,英国卫生署提出灵性照护给人们带来了希望、目标和舒适感,使患者达到安康状态。2017 年,美国重症监护医学专责小组建议为 ICU 中的患者和家属提供灵性照护^[17]。随后,欧洲姑息治疗学会发布的白皮书指出,灵性照护是姑息治疗中不可或缺的一部分^[18]。目前,灵性照护在英国、美国、我国香港和台湾地区已广泛开展^[19],但在大陆地区有关灵性照护的研究较少见,且主要集中在癌症患者、心力衰竭患者^[20-22]等。灵性照护是高质量医疗保健的重要组成部分,尽管有证据表明灵性照护可以为 ICU 患者及家属带来好处,但国内外的 ICU 患者均缺乏早期积极的灵性照护^[23-24]。

3.2 灵性照护的实施情况

3.2.1 灵性照护的提供者 灵性照顾提供者因不同国家文化不同而有所不同,主要有牧师、护士及社会工作者^[25-26]。在西方国家,牧师是在住院环境中提供灵性照护的专业人员,其在文化敏感性、宗教和灵性评估及沟通方面具有专业知识^[27],是少数具备支持不同宗教传统的专业医疗保健提供者之一。牧师不仅为患者、家属及医疗工作人员提供极大的支持^[28],还可以促进他们之间的关系^[29]。虽然牧师在提供灵性照护方面处于领先地位,但美国的医学监管机构认为组建多学科团队可为患者提供更好的灵性照护^[30]。多学科团队成员可由医生、护士、牧师、心理专家、志愿者等组成。在我国传统文化影响下,护士、心理医生、社会工作者是跨专业灵性照护的核心成员。另外,美国、英国、日本等国家对灵性照护提供者有相应的能力要求,有专业的机构进行认证并对合格者颁发执业资格证书,而我国在以上相关方面还有待开展研究。

3.2.2 灵性照护模式 灵性照护模式为实施灵性照护提供了一系列指导原则,旨在不断优化照护方法,以便为患者提供生理、心理、社会 and 灵性的全面关怀^[31]。常见的灵性照护模式包括生理—心理—社会—灵性模式和全人照护模式,主要用于癌症患者。随着跨学科合作在临床各领域的不断发展,协同模式为 ICU 患者的灵性照护护理实践提供了框架,被认为是 ICU 患者实施灵性照护的指导方针^[32]。协同模式由美国重症护理学会提出,其以患者的需求驱动护士所需的护理能力为核心^[33],强调每位 ICU 患者都有自身所有的独特性,总结了在 ICU 治疗环境下患者和护士的 8 个特征,其中患者的弹性特征、资源的可利用性、护士的护理实践和对多样性的反应 4 个特征与灵性照护相关。通过护患双方的匹配,使护士的能力与患者的需求相一致,从而产生更大的协同效应。GEORGIOU 等^[34]研究中协同模式可调整护理人员的分配,改善护士工作环境,提高患者生存质量和满意度。

3.2.3 灵性照护的流程 HOWELL 等^[35]建议制定标准化筛查方案,在患者入院时由护士评估患者与灵性相关的基本资料,评估患者是否有灵性需求,若需专业的灵性照护可根据灵性需求转诊给相应的灵性照护者,如受过专业培训的牧师、心理咨询师、护士、家属等;为患者制定个性化护理计划,建立标准化的评估灵性需求和实施灵性照顾的方案,基于多学科团队为患者提供个性化灵性照护,进而提高患者灵性健康水平。按照护理程序实施的灵性照护包括评估患者灵性需求、根据患者灵性需求制定护理计划、根据

护理计划实施灵性照护、制定成效标准评价灵性照护效果 4 个步骤。SIMEONE 等^[36]研究针对 ICU 机械通气患者制定了实施灵性照护的流程:(1)根据患者机械通气类型(气管插管、气管切开或无创正压通气)评估患者沟通理解能力;(2)使用 Richmond 躁动镇静量表和 ICU 意识模糊评估表评估患者镇静和谵妄情况;(3)访问患者前,通过查阅病历确定患者诊断与预后;(4)询问患者是否能沟通与理解,必要时借助交流板评估患者灵性需求;(5)根据患者灵性需求提供灵性照护。目前,国内对 ICU 患者实施灵性照护的流程鲜有报道,有待为 ICU 患者制定个性化的灵性照护方案进行进一步研究。

4 ICU 患者实施灵性照护的现存问题

4.1 医患双方对灵性的误解与冲突 当与患者谈论灵性问题时,医患双方会产生将灵性与宗教混为一谈的狭隘想法^[37],因此患者常以“不信仰宗教”而拒绝灵性照护。同样,医务工作者也困难以理解灵性及灵性照护的含义而无法满足患者的灵性需求^[38]。在一项对 41 名医生的质性研究中,临床医生表示,当患者宗教信仰与自己不同时,医患之间的谈话会使双方都感到不适^[39]。在评估患者灵性需求时,护士需抛开对患者的偏见,尊重患者的文化背景及宗教信仰。

4.2 时间限制 ICU 需要全面的、以患者为中心和以家庭为中心的护理,包括思想、身体和灵性,但医护人员和家属均以 ICU 患者的急性医疗需求为主要目标,而忽视了患者灵性层面的需求。同时,由于医护人员短缺,ICU 工作繁重,以至于医护工作者缺乏与患者讨论灵性需求的时间^[39]。

4.3 灵性照护未纳入日常护理程序 大量研究表明,目前灵性照护还不是基于 ICU 整体护理的日常护理的一个组成部分^[40]。INSULL 等^[41]对 26 篇关于 ICU 患者灵性照护的文献进行系统性回顾分析时发现,有 19 篇文献支持将灵性照护整合在护理计划中,但有研究指出因灵性照护未纳入日常护理程序,患者的灵性需求没有被持续性或规律性评估。同样,在一项对 143 名高级实践护士进行调查的研究中发现,约 93%的护士认可患者存在灵性需求,但只有不到 20%的灵性需求被纳入护理计划^[42]。虽然护士意识到患者的灵性需求及将灵性照护纳入日常护理程序的重要性,但目前还没有在日常护理中实施灵性照护的规范流程,以至于在临床工作中,当患者的急性医疗需求得到满足时,医护人员常忽视患者的灵性需求^[43]。有研究指出,在 ICU 为机械通气患者进行“ABCDEF”集束化护理时加入“G”元素,其中 A 代表评估、预防和控制疼痛,B 代表自主呼吸和觉醒试验,C 代表镇静药物和麻醉的选择,D 代表谵妄,E 代表早期活动和

锻炼,F 代表家庭参与和赋权,而 G 代表“上帝”,意为灵性与宗教,但其运用还需要进一步研究^[39]。

4.4 缺乏灵性照护教育 护士是与患者接触时间最多、最容易察觉患者是否有灵性困扰的人员。然而护士的灵性照护水平受年龄、工作年限、文化程度、宗教信仰及是否接受过灵性教育或培训等多种因素影响^[44-45]。大部分护士常因缺乏灵性照护相关知识而不够自信^[45],其灵性照护能力还有待提高。ROZE 等^[46]对 59 名注册护士进行调查时发现,68%的护士表示他们在灵性照护方面接受的教育和培训存在不足,从而影响了他们满足患者灵性需求的能力。有研究采用以信仰-希望-爱-灵性健康模型为理论指导的灵性照护教育课程对 49 名护士进行 45 min 培训,并采用灵性关怀能力量表测量培训前后护士灵性关怀能力,结果显示,护士培训后灵性关怀能力显著提升^[47]。改善灵性照护的基础是改善灵性照护教育,灵性照护教育是提高护理人员自身灵性水平和灵性照护能力的有效途径^[48]。1998 年,美国护理学院协会明确提出护理教育应培养护生灵性照护能力。灵性照护教育在英国、美国、土耳其、新加坡等地发展较成熟,但在国内尚未得到重视。而且,关于灵性照护的教学内容、方法、目标均不明确,还没有一套完整的方案,多数院校暂未设置灵性教育相关课程,因此护理人员灵性照护能力还存在严重不足^[11]。

5 建议与展望

根据 WATSON 的人性照护理论,护理的目标应该是促进服务对象达到“身、心、灵”的和谐统一^[49]。对 ICU 患者实施灵性照护不仅可以满足患者灵性需求,提高患者生活质量,还可以提高患者满意度及护理质量^[50]。我国的灵性照护发展较晚,护理人员对灵性照护认识不足,缺乏针对 ICU 患者灵性需求的评估工具及系统性、针对性的干预策略。为将灵性照护更好地融入 ICU 患者,作者提出以下建议:(1)重视医护人员的灵性照护教育,在灵性照护教学中纳入中华文化元素,使护理人员具备提供文化层面的灵性照护能力。同时,学校应开设灵性照护相关课程,提高护生对灵性照护的认识;医院应开展灵性照护相关培训,提升灵性照护能力。(2)将灵性照护整合到电子病历系统中,开发适合 ICU 患者的灵性需求评估工具以及时识别和量化患者的灵性需求。(3)目前,对于癌症患者的灵性照护方法较多,如意义疗法、尊严疗法、宗教疗法、音乐疗法等均有较好的效果,可借鉴以上灵性照护方法探索适合 ICU 患者的灵性照护。

参考文献

[1] WILLEMSE S, SMEETS W, van LEEUWEN E, et al.

- Spiritual care in the ICU: Perspectives of dutch intensivists, ICU nurses, and spiritual caregivers [J]. *J Relig Health*, 2018, 57(2): 583-595.
- [2] BASHAR F R, VAHEDIAN-AZIMI A, SALESI M, et al. Spiritual health and outcomes in muslim ICU patients: A nationwide cross-sectional study[J]. *J Relig Health*, 2018, 57(6): 2241-2257.
- [3] 刘丹娜, 詹艳. 灵性照护对终末期患者生存质量、灵性健康及心理状况影响的 Meta 分析[J]. *护理管理杂志*, 2022, 22(2): 115-119.
- [4] 游彤阳, 李晓娟, 陈芳, 等. ICU 病人死亡质量现状及影响因素的研究进展[J]. *护理研究*, 2020, 34: 3257-3261.
- [5] DUNGAN L. Supervision, spiritual care and people-centred healthcare: Proposing interdisciplinary partnerships to support holistic care[J]. *Pract Theol*, 2016, 9(4): 1-12.
- [6] 李宁, 田冰洁, 赵丹, 等. 护理人员灵性照护教育研究进展[J]. *中国护理管理*, 2017, 17: 188-192.
- [7] 何嫚. 灵性照护在晚期肿瘤患者中的研究进展[J]. *护理学杂志*, 2017, 32: 102-105.
- [8] FIELD M J, CASSEL C K. Approaching death: improving care at the end of life[J]. *Health Prog*, 2010, 92(1): 25.
- [9] HERDMAN T. NANDA international nursing diagnoses: Definitions & classification 2009-2011[M]. Oxford: Wiley Blackwell, 2014: 1-5.
- [10] JOHNSON J R, ENGELBERG R A, NIELSEN E L, et al. The association of spiritual care providers' activities with family members' satisfaction with care after a death in the ICU[J]. *Crit Care Med*, 2014, 42(9): 1991-2000.
- [11] 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.
- [12] 刘娟, 于玉兰, 叶艳巧, 等. 百草枯中毒患者灵性需求及其影响因素[J]. *中国老年学杂志*, 2020, 40(1): 206-211.
- [13] 叶颖颖, 潘珍, 黄淑娥, 等. ICU 危重症患者灵性需求调查及相关因素分析[J]. *中国卫生统计*, 2021, 38(4): 578-580.
- [14] BERNING J N, POOR A D, BUCKLEY S M, et al. A novel picture guide to improve spiritual care and reduce anxiety in mechanically ventilated adults in the intensive care unit[J]. *Ann Am Thorac Soc*, 2016, 13(8): 1333-1342.
- [15] TURAN T, YAVUZ K A. Determining intensive care unit nurses' perceptions and practice levels of spiritual care in Turkey[J]. *Nurs Crit Care*, 2013, 18(2): 70-78.
- [16] 邹丽燕, 曹梅娟. 国内外灵性健康测评工具的研究进展[J]. *护理学杂志*, 2017, 32: 98-101.
- [17] DAVIDSON J E, ASLAKSON R A, LONG A C, et al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU[J]. *Crit Care Med*, 2017, 45(1): 103-128.
- [18] BEST M, LEGET C, GOODHEAD A, et al. An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care[J]. *BMC Palliat Care*, 2020, 19(1): 9.
- [19] HO J Q, NGUYEN C D, LOPES R, et al. Spiritual care in the intensive care unit: A narrative review[J]. *J Intensive Care Med*, 2018, 33(5): 279-287.
- [20] 赵宝芳, 钱爱云, 康聪颖, 等. 基于生命意义为主导的灵性照护对晚期肺癌患者希望水平及社会支持水平的影响[J]. *中国医药导报*, 2022, 19(2): 164-167.
- [21] 刘爽, 朱路路, 王晓云, 等. 老年慢性心力衰竭患者居家期间灵性照护需求及照护体验的研究[J]. *护理学报*, 2019, 26: 6-9.
- [22] 汪张毅, 赵浩梅, 叶建亚, 等. 321 例老年慢性心力衰竭患者灵性需求现状及影响因素分析[J]. *护理学报*, 2022, 29(1): 1-6.
- [23] CHOI P J, CURLIN F A, COX C E. The patient is dying, please call the chaplain: The activities of chaplains in one medical center's intensive care units[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2015, 50(4): 501-506.
- [24] 刘梦婕. ICU 患者生命末期姑息照护模式的构建研究[D]. 重庆: 第三军医大学, 2016.
- [25] DAMEN A, LABUSCHAGNE D, FOSLER L, et al. What do chaplains do: The views of palliative care physicians, nurses, and social workers[J]. *Am J Hosp Palliat Care*, 2019, 36(5): 396-401.
- [26] CRISP B R. Religion, spirituality and social work: an international perspective[J]. *Int j Hum Rights Hea*, 2018, 11(2): 91-99.
- [27] WILLEMSE S, SMEETS W, Van LEEUWEN E, et al. Spiritual care in the intensive care unit: An integrative literature research[J]. *J Crit Care*, 2020, 57: 55-78.
- [28] PESUT B, REIMER-KIRKHAM S. Situated clinical encounters in the negotiation of religious and spiritual plurality: a critical ethnography[J]. *Int J Nurs Stud*, 2010, 47(7): 815-825.
- [29] ROZE D O A, STELFOX H T, SINUFF T, et al. Exploring spiritual health practitioners' roles and activities in critical care contexts[J]. *J Health Care Chaplain*, 2020: 1-22.
- [30] RKM A, SR B, B H J B A, et al. Toward a fully fledged integration of spiritual care and medical care[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2018, 55(3): 1035-1040.
- [31] 罗宝林, 陈森芸, 陈佩燕, 等. 国内外灵性照护模式的相关研究进展[J]. *护士进修杂志*, 2021, 36(7): 587-590.
- [32] SMITH A R. Using the synergy model to provide spiritual nursing care in critical care settings[J]. *Crit Care Nurse*, 2006, 26(4): 41-47.
- [33] RON D H, JOHN D P. Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL) [EB/OL]. [2023-06-27]. <https://www.aacn.org/search?searchtext>.
- [34] GEORGIOU G, AMENUDZIE Y, HO E, et al. Assessing the application of the synergy model in hematology to improve care delivery and the work environment[J]. *Can*

Oncol Nurs J,2018,28(1):13-16.

[35] HOWELL M L,SCHWAB K,AYRES A M,et al. Chaplaincy visitation and spiritual care after intracerebral hemorrhage [J]. J Health Care Chaplain,2017,23(4):156-166.

[36] SIMEONE I M,BERNING J N,HUA M,et al. Training chaplains to provide communication-board-guided spiritual care for intensive care unit patients[J]. J Palliat Med, 2021,24(2):218-225.

[37] ROZE D O A,STELFOX H T,SINUFF T,et al. Spiritual distress in family members of critically ill patients:perceptions and experiences[J]. J Palliat Med,2020,23(2): 198-210.

[38] APPLEBY A,SWINTON J,BRADBURY I,et al. GPs and spiritual care:signed up or souled out? A quantitative analysis of GP trainers' understanding and application of the concept of spirituality[J]. Educ Prim Care, 2018,29(6):367-375.

[39] ALCH C K,WRIGHT C L,COLLIER K M,et al. Barriers to addressing the spiritual and religious needs of patients and families in the intensive care unit:A qualitative study of critical care physicians[J]. Am J Hosp Palliat Care,2020;70496407.

[40] WU L F,KOO M,LIAO Y C,et al. Development and validation of the spiritual care needs inventory for acute care hospital patients in Taiwan[J]. Clin Nurs Res,2016, 25(6):590-606.

41] GORDON B S,KEOGH M,DAVIDSON Z,et al. Addressing spirituality during critical illness: A review of current literature[J]. J Crit Care,2018,45:76-81.

[42] DEKONINCK,BETH,CURRIER,et al. Spiritual Care Practices of Advanced Practice Nurses: A Multinational Study[J]. J Nurse Pract,2016,44:87-91.

[43] CARVALHO J A,NETTO D O A,PIEXAK D R,et al. Assessment of spiritual care competencies of critical care health professionals:An integrative review[J]. Intens Crit Care Nur,2025,87:103924.

[44] 江昱,方桂珍. 护理人员灵性照护实施的研究进展[J]. 护理管理杂志,2022,22(2):99-104.

[45] UÇAR Ö,ELIK S,KARAHAN E,et al. Exploring the relationship between spiritual care and patient advocacy of nurses from generations X,Y and Z working in intensive care clinics: A cross-sectional study[J]. Intens Crit Care Nur,2024,84:103754.

[46] ROZE D O A,STELFOX H T,GRINDROD-MILLAR K,et al. Challenges and enablers of spiritual care for family members of patients in the intensive care unit[J]. J Pastoral Care Counsel,2020,74(1):12-21.

[47] MILLIGAN S. Perceptions of spiritual care among nurses undertaking postregistration education. [J]. Int J Palliat Nurs,2013,10(4):162-171.

[48] AMOAH V A. The effect of spiritual care education on hospice nurses' competence in the assessment and implementation of spiritual care with their patients: A quasi-experimental study[D]. Cedarville;Cedarville University, 2015.

[49] 姜安丽. 护理理论[M]. 北京:人民卫生出版社,2009: 332.

[50] KAPLAN E,SIR O,OZAKGUL A. Investigation of the relationship between spiritual care needs of relatives of patients hospitalized in intensive care unit and intensive care satisfaction in Turkey[J]. Nurs Crit Care,2024,29 (4):725-733.

(收稿日期:2025-03-22 修回日期:2025-08-25)

(上接第 2873 页)

[23] XIE W,LI Y,MENG X,ZHAO M. Machine learning prediction models and nomogram to predict the risk of in-hospital death for severe DKA: A clinical study based on MIMIC-IV, eICU databases, and a college hospital ICU [J]. Int J Med Inform,2023,174:105049.

[24] LIU C Y,WU X X,DENG R,et al. Systemic immune-inflammation index combined with quick sequential organ failure assessment score for predicting mortality in sepsis patients[J]. Heliyon,2023,9(9):e19526.

[25] Fox K A A,Dabbous O H,Goldberg R J,et al. Prediction of risk of death and myocardial infarction in the six months after presentation with acute coronary syndrome: prospective multinational observational study (GRACE) [J]. BMJ,2005,333(7578):1091.

[26] FOX K A A,DABBOUS O H,GOLDBERG R J,et al. Prediction of risk of death and myocardial infarction in the six months after presentation with acute coronary syndrome:prospective multinational observational study (GRACE)[J]. BMJ,2006,333(7578):1091.

[27] LEWINSOHN G,HERMAN A,LEONOV Y,et al. Critically ill obstetrical patients: outcome and predictability [J]. Crit Care Med,1994,22(9):1412-1414.

[28] OLIVEIRA V M D,BRAUNER J S,RODRIGUES FILHO E,et al. Is SAPS 3 better than APACHE II at predicting mortality in critically ill transplant patients? [J]. Clinics(Sao Paulo),2013,68(2):153-158.

(收稿日期:2025-03-21 修回日期:2025-08-28)