

安心卡引导的照护需求干预在晚期癌症患者安宁疗护中的应用

尹志东,张梦乔,张丽敏

(哈尔滨医科大学附属肿瘤医院 胃肠外科,黑龙江 哈尔滨 150040)

【摘要】 目的 探讨安心卡引导的照护需求干预在晚期癌症患者安宁疗护中的干预效果。方法 采用便利抽样法选取某肿瘤医院2023年5—7月收治的64例晚期癌症患者为对照组,实施常规护理方法;2023年8—10月收治的63例患者为观察组,在对照组基础上实施安心卡引导的照护需求干预。比较两组患者参与治疗决策及临终护理质量的得分情况。结果 干预后,观察组患者参与治疗决策、临终护理质量的总分及各维度得分均高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$)。结论 安心卡引导的照护需求干预,能提高晚期癌症患者参与治疗决策的程度,改善患者临终护理质量。

【关键词】 安宁疗护;安心卡;晚期癌症;临终护理

doi:10.3969/j.issn.2097-1826.2025.01.008

【中图分类号】 R473 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2097-1826(2025)01-0030-04

Application of Care Need Intervention Guided by Using Heart to Heart Cards in Hospice Care Among Advanced Cancer Patients

YIN Zhidong, ZHANG Mengqiao, ZHANG Limin (Department of Gastrointestinal Surgery, Cancer Hospital Affiliated to Harbin Medical University, Harbin 150040, Heilongjiang Province, China)

Corresponding author: ZHANG Mengqiao, Tel: 0451-86298869

【Abstract】 Objective To explore the effectiveness of the care need intervention guided by heart to heart cards in hospice care for advanced cancer patients. **Methods** The convenience sampling method was used to select 64 advanced cancer patients admitted to a certain tumor hospital from May to July 2023 as the control group, which received routine nursing method; 63 patients admitted from August to October 2023 were selected as the intervention group, which received care need intervention guided by heart to heart cards on the basis of the control group. The scores of the involvement in treatment decision-making and hospice care quality were compared between the two groups. **Results** After the intervention, the total score and scores in all dimensions of involvement in treatment decision-making and hospice care quality in the intervention group were higher than those in the control group. The differences were statistically significance (all $P<0.05$). **Conclusions** The care need intervention guided by heart to heart cards can improve the involvement in treatment decision-making and enhance the hospice care quality for advanced cancer patients.

【Key words】 hospice care; heart to heart card; advanced cancer; palliative care

[Mil Nurs, 2025, 42(01): 30-33]

目前,我国恶性肿瘤的发病率与死亡率不断上升,而安宁疗护对提高晚期癌症患者终末期的生活质量至关重要^[1]。现阶段,对恶性肿瘤患者需求的评估多集中在生理层面,忽视了其心理、社会、精神等多维度的需求,影响了晚期癌症患者照护计划的制订与实施,降低了患者满意度和生活质量^[2]。因此,精准识别并满足晚期癌症患者的多样化需求,对于提升安宁疗护服务质量至关重要。安心卡作为一种创新的沟通工具,将扑克牌与患者的临终愿望巧

妙结合,为晚期癌症患者提供了一个轻松、非正式的讨论平台,可全面反映患者各方面的需求,让患者在无压力的环境中自由表达愿望和担忧,帮助医护人员更深入地了解患者的内心世界,从而实现更加精准的需求评估^[3-4]。本研究基于安心卡内容评估晚期癌症患者在安宁疗护过程中的实际需求,并给予照护需求干预,以改善患者参与治疗决策的程度与临终护理质量,从而为提升晚期癌症患者的整体护理质量提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象 2023年5—10月,采用便利抽样法选取黑龙江省某肿瘤医院收治的127例晚期癌症患者为研究对象。纳入标准:年龄 ≥ 18 岁;病理学诊

【收稿日期】 2024-03-01 **【修回日期】** 2024-12-23

【基金项目】 黑龙江省教育科学规划重点课题(GJB1423218)

【作者简介】 尹志东,硕士在读,主管护师,电话:0451-86298869

【通信作者】 张梦乔,电话:0451-86298869

断为恶性肿瘤,且病理分期Ⅲ或Ⅳ期;预计生存时间<6个月;无认知障碍,知晓病情及预后;自愿签署知情同意书。排除标准:既往患有精神系统疾病;存在沟通障碍或不能理解量表;参与过类似研究。剔除标准:因患者病情变化不能继续参加者;患者或家属中途提出退出。将2023年5—7月收治64例患者作为对照组,2023年8—10月收治63例患者作为观察组。两组患者的年龄、性别、家庭月收入、宗教信仰、文化程度、婚姻状况、肿瘤分期等一般资料经比较,差异均无统计学意义(均 $P>0.05$),具有可比性。本研究通过医院伦理委员会批准(KY2023-31)。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规护理方法:(1)在基础护理方面,做好患者病情观察、对症治疗与护理、遵医嘱用药、营养支持、维护各种管路通畅等,保证患者有充足的休息与睡眠,维持基本体能。保证病房阳光充足,加强通风,保持病区清洁与干燥。(2)按照患者、家属的需求,与其讨论在不同病情阶段可能采取的治疗策略和生命支持措施等,明确患者医疗照护目标与偏好;向患者提供终末关怀服务,如向患者及家属发放《生命的意义》《预立医疗照护计划》宣传册,告知患者及家属生前预嘱相关网站,帮助患者和家属更好地面对生命的最后阶段,让患者在舒适和有尊严的环境中度过最后时光。出院前与患方建立联系,便于指导患者居家护理、定期复查等。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上实施安心卡引导的照护需求干预,干预时间为2周,每次干预时长为30~60 min,共干预10次。

1.2.2.1 成立干预小组 由3名医生(肿瘤专科主任、医师及疼痛科医师各1名)、1名心理治疗师、5名肿瘤专科护士(护士长1名、护士4名)组成干预小组。主任医师与护士长负责小组组建、培训、任务分配与人员考核;肿瘤专科医师与疼痛科医师评估病情,给予治疗意见,满足患者需求;心理治疗师评估患者心理状态并实施心理疏导;4名肿瘤专科护士负责评估患者需求、实施干预、协调医患关系、数据收集与处理。全员共同参与本研究相关文献检索、干预方案构建及干预指导等。

1.2.2.2 制订干预方案 本研究以Zalenski等^[5]临终关怀需求理论为依据,结合安心卡的评估内容^[3],文献检索晚期癌症患者安宁疗护临床实践指南、专家共识及临终关怀相关干预内容。经过团队成员讨论,最终构建安心卡引导的照护需求干预方案。同时,建立灵活的干预调整机制,当遇到超出原有干预方案范围的需求时,由干预团队共同商讨解决方案,必要时邀请组外专家进行咨询,确保患者及家属的需求得到满足。

1.2.2.3 干预方案实施 应用安心卡对患者需求进行评估。安心卡共54张,依据扑克牌设置黑桃、红桃、梅花、方块4种花色,每种花色13张,分别代表患者生理需求、心灵需求、人际需求及财务需求;另外2张为特殊心愿卡,可以依据患者需求填写^[3]。由肿瘤专科护士与心理治疗师选取患者情绪稳定且没有护理操作时,在单独的房间内引导患者及家属完成安心卡评估。依据评估结果,由干预团队采用安心卡构建的干预方案进行干预,具体内容见表1。

表1 干预方案

主题	干预内容
症状照护需求	晚期癌症患者主要集中在疼痛、胃肠道症状、疲乏、睡眠紊乱及嗜睡、谵妄等症状管理,依据患者安心卡评估需求,采用联合用药及非药物干预策略有效控制疾病症状。以疼痛管理为例,依据患者疼痛时间、频率、程度等,采取有效止痛方法减轻患者痛苦;对于重度急性或慢性疼痛患者可适当加大阿片类药物的剂量,做到及时评估、按需用药,可谨慎实施姑息镇静方案,将患者疼痛数字评分尽量控制在3分以内。
舒适照护需求	营造舒适环境,保持室内温度、湿度适宜,病房可放置绿植;采取“六洁四无”基础护理,注重体位摆放,制作适合临终患者卧位的枕头,便于端坐位、侧卧位患者体位摆放;提供相关的舒适护理措施,例如采用精油头部按摩,温水足浴改善患者睡眠质量,个性化芳香疗法缓解患者水肿、焦虑、便秘、失眠等症状,提高患者的舒适程度。
心理社会照护需求	与患者及其家属适时沟通,通过安宁疗护沟通技术,鼓励患者“四道人生”(道歉、道爱、道谢、道别),帮助患者完成人生心愿;向患者介绍抗癌榜样,分享生命教育,推广安宁疗护理念;鼓励家人朋友多陪伴患者,倾听患者的心声,让患者有机会表达自己;在病区设置阅览区、娱乐区、聊天区等,缓解患者及家属压力。
尊严照护需求	以安心卡为切入点,让患者有疾病知情权与自主权。让患者充分了解自身疾病诊断、治疗、风险及预后,鼓励患者做出利于自己和符合价值偏好的选择;尊重患者对生命末期治疗的自主权,采取患者自愿接受的治疗方式,引导患者安排未完成的事,见想见的人,处理家庭、财务等问题。
预立医疗照护需求	由团队成员与患者及其家属共同讨论,依据患者需求、价值观、文化、偏好及目标制订预立医疗照护计划,并做好记录。由患者和(或)家属自主选择治疗方式,依据患者需求、价值观及偏好讨论是否接受生命支持、限制生命支持,包括不插管不复苏、停止生命支持或不升级治疗,死亡地点选择等;预估寿命周期制订生前预嘱,可随时依据患者病情、需求和偏好更改医嘱及护理计划。

1.3 评价方法

1.3.1 评价工具 (1)一般资料调查表:自行设计,

包括年龄、性别、家庭月收入、宗教信仰、文化程度、婚姻状况、肿瘤分期等。(2)参与治疗决策测评量表(involvement in treatment decision-making scale, ITDM):由肖霖等^[6]编制,用于评测癌症患者参与治疗决策程度。该量表包括信息交流与权衡(11 个条目)和主观参与感知(8 个条目)2 个维度共 19 个条目。采用 Likert 4 级评分法,从“非常不同意”到“非常同意”依次计 1~4 分,总分范围为 19~76 分,得分越高表明被试者治疗决策参与程度越高。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.911。(3)临终护理质量评价量表(hospice care quality assessment, HCQA):由 Mayland 等^[7]编制,周茹珍等^[8]汉化,用于评价患者临终护理质量水平。该量表包括医护人员对患者照护(7 个条目)、患者的症状和管理(18 个条目)及医护人员对家属的支持(8 个条目)3 个维度共 33 个条目。采用 Likert 4 级评分法,从“非常同意”到“非常不同意”依次计 1~4 分,总分范围为 33~132 分,得分越高表明患者临终护理质量水平越高。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.851。

1.3.2 资料收集方法 由经过培训的 2 名护士按照统一指导语向患者解释问卷内容,干预前向患者发放一般资料调查表、ITDM、HCQA;干预 2 周后,再次发放 ITDM、HCQA。患者独立完成填写,对于阅读有困难者,护士不加提示逐条解释。问卷现场发放、核对、回收。两组患者发放问卷全部回收,问卷的有效回收率为 100.00%。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 22.0 统计软件。计数资料采用例数和构成比(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验。正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用两组独立样本的 t 检验。以 $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 ITDM 得分的比较 干预前,两组患者的 ITDM 总分及各维度得分差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$);干预后,观察组患者的 ITDM 总分及各维度得分均高于对照组,差异有统计学意义(均 $P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者 ITDM 得分的比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	信息交流与权衡				主观参与感知				ITDM 总分			
	干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
观察组($n=63$)	31.26 \pm 3.65	36.05 \pm 4.12	6.907	<0.001	19.84 \pm 2.32	23.99 \pm 3.06	8.578	<0.001	51.10 \pm 5.28	60.04 \pm 5.88	9.010	<0.001
对照组($n=64$)	31.45 \pm 3.59	34.27 \pm 4.26	4.050	<0.001	19.77 \pm 2.28	21.12 \pm 3.03	2.848	0.005	51.22 \pm 5.19	55.39 \pm 6.02	4.178	<0.001
t	0.296	2.393			0.171	5.311			0.129	4.403		
P	0.768	0.018			0.864	<0.001			0.897	<0.001		

2.2 两组患者 HCQA 得分的比较 干预前,两组患者的 HCQA 总分及各维度得分差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$);干预后,观察组患者的 HCQA 总分

及各维度得分均高于对照组,差异有统计学意义(均 $P < 0.01$),见表 3。

表 3 两组患者 HCQA 得分的比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	医护人员对患者照护				患者的症状和管理			
	干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
观察组($n=63$)	15.04 \pm 3.28	23.26 \pm 3.03	14.611	<0.001	34.51 \pm 6.92	56.15 \pm 7.38	16.978	<0.001
对照组($n=64$)	14.99 \pm 3.24	20.98 \pm 3.12	10.654	<0.001	34.03 \pm 6.77	52.66 \pm 7.04	15.260	<0.001
t	0.086	4.177			0.395	2.727		
P	0.931	<0.001			0.693	0.007		

组别	医护人员对家属的支持				HCQA 总分			
	干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
观察组($n=63$)	14.22 \pm 2.65	26.59 \pm 2.07	29.198	<0.001	63.77 \pm 10.85	106.00 \pm 10.42	22.282	<0.001
对照组($n=64$)	14.51 \pm 2.43	24.11 \pm 2.24	23.238	<0.001	63.53 \pm 10.73	97.75 \pm 10.51	18.227	<0.001
t	0.643	6.477			0.125	4.442		
P	0.521	<0.001			0.900	<0.001		

3 讨论

3.1 安心卡引导的照护需求干预能提高晚期癌症

患者参与治疗决策的程度 本研究显示,干预后观察组患者的 ITDM 总分及各维度得分均高于对照组(均 $P < 0.05$),说明安心卡引导的照护需求干预能

提高晚期癌症患者参与治疗决策的程度。与肖霖等^[9]的研究结果一致。分析原因:(1)安心卡引导的照护需求干预弥补了信息差距、提升了沟通质量。晚期癌症患者在决策时往往因知识不足而无法充分表达自身意愿。本研究通过安心卡提供必要信息,缩小了患者与医生间的信息差距,减少了信息不对称,使患者能更清晰地了解自己的病情和治疗选择,从而更有效地表达需求。同时,这也使医护人员在决策过程中能更有针对性地提出意见,为患者提供个性化、客观的决策帮助。(2)安心卡引导的照护需求干预调动患者参与决策的积极性。本研究借助安心卡的沟通帮助患者缓解疾病带来的压力,增强了其面对决策的勇气和信心。医护人员采用非专业术语解释照护需求,使患者更易理解治疗与照护的意义,从而提高了其参与决策的积极性。此外,患者参与治疗决策程度的提升,意味着其对治疗过程有了更多的掌控感和参与感,这有助于提升满意度和治疗依从性^[10]。因此,建议医护人员不仅要关注患者的客观参与行为,还应重视其主观参与感,加强信息、心理及沟通支持,积极调动患者参与决策的积极性,并通过个性化决策支持,进一步提高患者参与治疗决策的程度。

3.2 安心卡引导的照护需求干预能改善晚期癌症患者临终护理质量 本研究结果显示,干预后观察组患者的 HCQA 总分及各维度得分均高于对照组(均 $P < 0.01$),说明安心卡引导的照护需求干预能改善晚期癌症患者的临终护理质量,与 Pazzar 等^[11]的研究结果一致。分析原因可能是,护理质量在临终关怀与安宁疗护服务中至关重要,能够减轻患者身心痛苦,维护尊严,提高生活质量^[12]。安心卡在这方面展现出明显优势。首先,安心卡作为一种结构化的需求评估工具,相较于传统依赖医护人员经验判断的方法,更具系统性和全面性。围绕安心卡开展的需求评估能确保对患者需求的全面覆盖,提高评估的准确性和针对性,帮助患者在生命最后阶段尽可能的舒适和有意义,从而安宁、平静地接受死亡。其次,安心卡不仅关注患者生理舒适需求,还能发现患者在心理、尊严等方面未满足的需求,并给予及时照护。这弥补了传统照护方式只注重生理症状管理的不足,促进了患者对临终照护问题的思考,进而高效、准确地确定照护目标,为患者预先照护计划的制订与实施提供基础。提示护理管理者应加强晚期癌症患者临终关怀的多元化发展,在评估晚期癌症患者照护需求的基础上,采取积极有效的干预措

施满足患者需求。护理人员要营造一个融洽、有爱的照护氛围,以平等、尊重、接纳的态度为患者提供更多支持,从而降低晚期癌症患者的痛苦,帮助患者安详、平静、有尊严地度过生命最后阶段。

4 小结

安心卡引导的照护需求干预能提高患者的参与治疗决策程度,改善患者的临终护理质量;既提高了照护的针对性与效果,又能帮助患者减轻压力和痛苦,使患者达到优逝的目的。本研究初步评价了安心卡引导的照护需求干预在晚期癌症患者临终护理质量与治疗决策程度方面的效果,未来可进行多中心、大样本、长周期的研究,探讨安心卡引导的照护需求干预对晚期癌症患者的心理状态、生活质量、照护成本及照顾者等方面的影响。

【参考文献】

- [1] RIVERA F B, CHOI S, CARADO G P, et al. End-of-life care for patients with end-stage heart failure, comparisons of international guidelines[J]. *Am J Hosp Palliat Me*, 2023, 41(1): 87-98.
- [2] 贾佳, 聂小菲, 吕翩翩, 等. 湖北省肿瘤科医护人员安宁疗护实践水平现状及其影响因素分析[J]. *军事护理*, 2024, 41(8): 47-51.
- [3] 谢朵朵, 李芳. 安心卡在 1 例晚期胰腺癌患者中的安宁疗护实践应用[J]. *护理与康复*, 2021, 20(8): 61-63.
- [4] 褚云怡, 张家馨, 贺泽翻, 等. 癌症患者家属视角下安宁疗护质量评估工具的系统评价[J]. *军事护理*, 2024, 41(10): 96-100.
- [5] ZALENSKI R J, RASPA R. Maslow's hierarchy of needs: a framework for achieving human potential in hospice[J]. *J Palliat Med*, 2006, 9(5): 1120-1127.
- [6] 肖霖, 吴秀梅, 彭美芳, 等. 癌症患者参与治疗决策测评量表的编制及信效度检验[J]. *军事护理*, 2022, 39(1): 9-12.
- [7] MAYLAND C R, WILLIAMS E M, ELLERSHAW J E. Assessing quality of care for the dying: the development and initial validation of a postal self-completion questionnaire for bereaved relatives[J]. *Palliative Med*, 2011, 26(7): 897-907.
- [8] 周茹珍, 厉坤鹏, 周玲君, 等. 临终护理质量评价量表的信效度分析[J]. *中国实用护理杂志*, 2016, 32(14): 1100-1103.
- [9] 肖霖, 黄重梅, 方庆虹, 等. 基于扎根理论的癌症患者关系性自主治疗决策行为理论框架的构建研究[J]. *军事护理*, 2022, 39(7): 66-69.
- [10] EAWARDS M, HOLLAND-HART D, MANN M, et al. Understanding how shared decision-making approaches and patient aids influence patients with advanced cancer when deciding on palliative treatments and care: a realist review[J]. *Health Expect*, 2023, 26(6): 2109-2126.
- [11] PAZZAR R A, WALL J A, TAVORMINA A, et al. Experiences of patients with peritoneal carcinomatosis-related complex care needs and their caregivers[J]. *Gynecol Oncol*, 2023, 18(1): 68-75.
- [12] 吴慧琴, 刘霖, 杨霜霜, 等. 临终患者家庭“社会-心理”困扰的类型与特征: 一项叙事研究[J]. *军事护理*, 2022, 39(10): 53-56.

(本文编辑:沈园园)