

# 创伤知情护理在癌症患者中的研究进展

王静怡<sup>1</sup>, 刘茂<sup>2</sup>, 向明芳<sup>2</sup>, 潘泽文<sup>2</sup>, 刘鑫<sup>2</sup>

(1. 邯郸市中心医院, 河北 邯郸 057150; 2. 四川省肿瘤医院暨研究所 危重医学中心, 四川 成都 610041)

癌症患者常伴随焦虑、抑郁和死亡恐惧等心理困扰<sup>[1-2]</sup>。此压力不仅源于疾病本身, 亦与患者的创伤史紧密相关<sup>[3]</sup>。证据<sup>[4]</sup>显示, 约 50% 的癌症患者存在创伤史, 如亲人去世、暴力经历、经济困境等。创伤史是导致患者就医延迟<sup>[4]</sup>、治疗依从性差<sup>[5]</sup>的潜在危险因素, 亦与健康人群的癌症高风险行为相关<sup>[6]</sup>。倘若在治疗中忽视潜在的创伤触发因素, 可能重新唤起甚至加剧其创伤记忆, 形成创伤循环, 严重影响疗效与生活质量<sup>[7]</sup>。创伤知情护理 (trauma-informed care, TIC) 基于创伤理论构建<sup>[8]</sup>, 旨在通过理解创伤影响、识别创伤症状, 并在护理中避免再创伤, 从而提升治疗效果与生活质量<sup>[9]</sup>。虽 TIC 在多种疾病中效果显著, 但在癌症护理中的应用仍处探索阶段。如何有效识别癌症患者的创伤史、将 TIC 理念融入癌症护理以及评估其效果, 仍是亟待解决的问题。鉴于此, 本文综述癌症患者 TIC 研究现状, 结合现有研究成果提出护理实践启示, 为临床研究和实施提供参考。

## 1 创伤知情护理的操作框架和原则

TIC 金字塔作为一个整合性的概念与操作框架, 旨在帮助医疗人员理解并响应创伤经历者的需求。该模型包含 5 个层级, 每层代表不同的支持与干预策略, 共同构成一个综合性照护体系<sup>[9]</sup>。底层强调以患者为中心的沟通与护理, 通过建立信任关系以理解创伤对患者的影响, 例如在癌症诊断告知中采取分步披露策略, 避免突发信息引发创伤性应激; 第 2 层聚焦创伤对健康的影响及不适当的应对行为, 在癌症护理中可关注既往医疗行为触发的创伤史和创伤反应, 及其潜在治疗延误风险; 第 3 层为跨学科合作, 即建立协作团队共享患者创伤信息并共同制订应对方案, 此类协作可确保医生、护士及心理治疗师同步患者创伤经历, 规避治疗过程中的再创伤风险; 第 4 层要求医护人员提升自身创伤认知与自我关怀能力, 如减少癌症治疗中医护因患者终末期痛苦引发的替代性创伤的风险; 金字塔的顶层是对患者创伤史进行系统性筛查。综上所述, TIC 金字塔为创伤知情护理实践提供了一个清晰全面的实践框架。

在 TIC 金字塔的各实施过程中需注意六大原则: (1) 安全, 为患者提供一个安全的护理环境, 减少触发创伤记忆的风险。(2) 信任与透明, 通过透明的沟通和决策流程, 建立患者对护理人员的信任。(3) 同伴支持, 通过提供同伴支持, 帮助患者感受到陪伴和理解。(4) 协作, 护理人员同患者建立合作关系, 尊重患者的意见和选择。(5) 赋权, 赋予患者更多的决策权, 让他们在治疗过程中拥有更多的掌控感。(6) 文化、历史与性别敏感性, 护理过程应充分考虑患者的文化背景、历史创伤和性别差异, 确保护理方案的个性化与适应性<sup>[8]</sup>。

## 2 创伤知情护理相关评估工具

2.1 创伤知情护理提供者评估工具 (trauma-informed care provider assessment tool, TIC-PAT) 是由 Hanson 等<sup>[10]</sup>于 2024 年开发, 旨在评估初级保健提供者在医疗环境中实施 TIC 的能力。该工具包含 10 个条目, 采用 Likert 5 级评分法, 总分越高表明创伤知情护理能力越强。TIC-PAT 的设计基于 TIC 金字塔模型<sup>[9]</sup>, 其中每个条目均与 TIC 金字塔框架的 5 个层级相一致, 包括以患者为中心的沟通与护理、理解创伤对健康的影响、跨学科合作、了解提供者自身的创伤经历与反应以及创伤筛查。TIC-PAT 的信度与效度良好, Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.85。此项研究为初级保健提供者在医疗环境中实施 TIC 提供了有效评估工具, 既可促进患者与提供者间的良好互动, 同时可提升提供者对创伤健康影响的认知。但该工具尚未在其他领域验证。

2.2 创伤知情护理沟通技能评估表 (gap Kalamazoo communication skills assessment form for trauma-informed care, GKCSAF-TIC) 由 Thang 等<sup>[11]</sup>于 2024 年编制, 旨在评估医疗人员应用 TIC 的沟通技能, 特别是与患者及家属交流的能力。该量表改编自卡拉马祖量表<sup>[12]</sup>。GKCSAF-TIC 包含 8 个维度: 建立关系 (信任构建)、开启讨论 (促进参与)、收集信息 (压力与创伤询问)、理解观点、分享信息 (困扰回应)、达成共识 (合作护理)、赋能 (优势识别) 以及提供结束 (总结与跟进), 共 26 个条目。采用 Likert 5 级评分法, 其分数越高代表沟通技能越优。各维度 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.93~0.96, 显示内部一致性良好。通过此评估, 医疗人员可有效识

【收稿日期】 2024-12-10 【修回日期】 2025-05-30  
【作者简介】 王静怡, 硕士在读, 电话: 028-60670553  
【通信作者】 刘鑫, 电话: 028-60670553

别自身优势与待改进领域,进而提升医患沟通质量。此外,GKCSAF-TIC能为TIC培训者及医院管理者提供针对性反馈,促进沟通技能持续优化,但该工具目前仅在儿科验证应用,尚未扩展至其他领域。

2.3 创伤知情照护相关态度量表(attitudes related to trauma-informed care scale,ARTIC)由Baker等<sup>[13]</sup>于2015年编制,旨在评估工作人员对TIC的态度及识别个人或机构在实施TIC时的潜在障碍。ARTIC包含3个版本:ARTIC-45、ARTIC-35和ARTIC-10,可根据组织目标与资源选择适用版本。ARTIC-45包含7个维度,45个条目,Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.93;ARTIC-35包含5个维度,35个条目,Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.91,若机构尚未引入TIC概念,建议采用此版本;ARTIC-10包含10个条目,Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.82,适用于时间有限的组织。所有版本均采用Likert 7点计分法,总分越高表明医护人员对创伤知情照护的态度越积极。ARTIC-45完成时间约为10~12 min,ARTIC-35完成时间约为8~10 min,ARTIC-10完成时间约为2~3 min。ARTIC于2024年完成汉化,中文版量表<sup>[14]</sup>包含6个维度,35个条目,各维度Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.899~0.933。目前,该量表已广泛应用于急诊、妇产科、儿科等领域,但尚未在癌症领域验证。

### 3 创伤知情护理在癌症患者中的具体应用

#### 3.1 实施创伤知情护理,提高癌症检查依从性

TIC的实施有助于解决癌症患者在诊断过程中的就医回避行为,例如那些因创伤经历而拒绝或延迟接受诊断检查的患者。Wilson等<sup>[15]</sup>在临床中发现,1名子宫内膜癌患者因盆腔检查抵触强烈,自诉“每次检查或性联想均诱发恐惧,宛如创伤重现”。甚至在出现严重阴道出血及痉挛后仍多次拒检,此回避行为延误治疗时机并影响预后,但TIC的实施可减少此类行为。对此,Wilson等<sup>[15]</sup>依据TIC原则为该患者制订个性化方案,具体措施包括:通过伴侣陪同就诊并明确解释流程确保其安全感,承诺全过程保密,赋予患者窥器尺寸及检查深度的选择权并提供所需礼物,与患者共同商定后续护理决策;在此过程中持续识别并尊重患者需求。最终患者接受窥镜检查,阴道黏膜愈合显著改善,且持续性活动意愿恢复,证明TIC能有效优化此类患者的妇科诊疗结局与生存质量。

#### 3.2 实施创伤知情护理,强化治疗过程依从性

TIC的应用可强化治疗过程依从性。在乳腺癌放疗中,因放射部位私密性常引发患者童年不良经历的记忆。对此Marshall等<sup>[16]</sup>基于TIC开发敏感实践工具(sensitive practice tool,SPT),通过放疗教学视频及触发因素偏好调查规避再创伤风险,并由治疗师据此制

订个性化护理计划。结果显示患者满意度较高,且85.3%患者愿向其他患者推荐SPT。该实践表明SPT可提高患者治疗过程中的满意度。此外,Trimbur等<sup>[17]</sup>将TIC框架用于管理患有阿片类药物使用障碍的癌症患者。首先,该研究通过提供私密的候诊空间和充裕的等待时间,以减轻患者的焦虑。其次,在讨论药物使用和治疗方案时,采用“以人为本”的语言方法和“去污名化”的沟通方式,营造出安全、信任的氛围。同时,整个治疗过程贯穿个性化陪伴增强了患者的安全感。此外,组建包括姑息护理专家、心理健康专家、社工等跨学科团队加入治疗,并配合灵活的治疗模式,如定期会面与个性化药物调整,以满足患者的多样化需求。结果表明,TIC的实施不仅有效提升了患者的治疗依从性,亦减轻了因创伤和药物使用历史带来的羞耻感,还改善了医患关系,使患者能够更自在地表达自身需求和担忧。

#### 3.3 建立安全信任的医患关系,提升患者决策体验与心理健康

在癌症治疗过程中,患者常常面临巨大的心理压力,包括焦虑、抑郁和情绪波动等问题。Dhawan等<sup>[18]</sup>将TIC框架应用于少数族裔血液肿瘤患者中,旨在通过构建安全、信任和协作的医患关系改善患者决策体验。具体举措包括在医患沟通中保持坦诚透明,尊重患者的个人选择,同时引入跨学科团队和个性化治疗方案,以便为患者提供更全面的支持。研究结果显示,TIC的实施使医护人员在决策过程中能够营造更具支持性的沟通环境,避免了患者在治疗过程中再度经历创伤。此外还发现,TIC还有助于缓解因种族偏见带来的羞耻感和焦虑,使少数族裔患者在接受治疗时感到更加被理解和尊重。因此,TIC在改善癌症患者的心理健康方面具有显著的应用价值。通过建立安全、信任和协作的医患关系,实施个性化的跨学科干预,TIC能够有效缓解患者的心理压力,提升其情绪管理能力,增强对治疗的信任和依从性。

### 4 创伤知情护理在癌症患者中的应用启示

#### 4.1 建立创伤评估体系,精准洞察创伤史并预防再创伤

癌症诊疗过程可能通过多重路径激活患者的创伤记忆。研究发现,13%的癌症患者在诊疗过程会触发既往创伤事件<sup>[3]</sup>,从而引发再创伤,重现相似的创伤体验<sup>[19]</sup>。创伤评估是提供TIC的基础,有助于帮助临床护理人员全面了解患者创伤背景<sup>[20]</sup>。通过系统性评估患者的创伤史,护理团队可在后续的治疗中充分考虑患者的个人背景和需求,避免因不适当的交流或行为触发再创伤<sup>[21]</sup>。然而,创伤的识别和筛查并非易事,目前常用的标准化创伤问卷存在一定缺陷。例如,现有工具多采用清单式质询

模式,虽然能够有效识别患者的创伤经历,但缺乏灵活性,易引发患者的再创伤反应,进而削弱患者对护理过程的信任和依从性<sup>[22]</sup>。为解决这一问题,可将 TIC 框架与创伤筛查相结合,在筛查过程中注重关注患者的感受 and 安全感,建立完整的创伤评估体系。例如,在询问过程中避免让患者详细叙述创伤经历,而是采用开放式问题,让患者自行决定分享多少信息,不是仅依赖清单式问卷。此外,考虑到创伤评估可能带来的情绪反应,建议在筛查后衔接相应的支持资源,如提供心理咨询师支持,或引导患者借助社区资源获得帮助,以确保患者得到持续的心理支持。同时,开发创伤知情移动应用软件,提供自助调节工具和同伴支持论坛,为患者提供更便利的支持方式。

4.2 推行赋权策略,尊重患者自我选择权 在以 TIC 为框架的护理模式中,赋予患者自我选择的权利是实现个性化、尊重和赋权的关键策略<sup>[20]</sup>。患者作为护理过程的核心,应被视为积极的参与者,而非被动的接受者。既往研究<sup>[18]</sup>表明,尊重患者的选择权并赋予其决策空间,不仅能显著提升患者的自尊感与安全感,还能增强其治疗依从性,从而改善整体预后。例如,研究建议在可能涉及隐私或身体暴露的检查(如乳腺 X 线检查或宫颈抹片检查)时,应优先尊重患者的性别偏好,允许患者随时中止检查。这种做法可有效减少患者因失控感而经历再创伤反应<sup>[23]</sup>。因此,在诊断过程中,尤其是涉及侵入性检查时,赋予患者选择权和控制感是减少再创伤的重要手段。此外,护理人员应积极引导患者参与其治疗过程,增加他们的控制感和赋权感。如让患者在治疗方案、治疗时间的选择上拥有发言权,进而减少他们因失控而导致的压力和创伤反应。

4.3 推进创伤知情培训,发展标准化 TIC 实施流程

当前 TIC 在癌症护理中的应用面临诸多挑战。首先,许多医护人员尚未充分意识到创伤史对患者的深远影响,对 TIC 的认识不够深入,且未经过系统的创伤识别和干预培训,缺乏应对患者情感需求的技巧。其次,现有的 TIC 实施方法和步骤仍缺乏统一且标准化的流程,导致护理实践中存在较大的个体差异,甚至同一医院的不同护理人员之间也有所不同<sup>[24]</sup>。由于不同个体对创伤的反应和需求各异,许多服务提供者可能难以在日常工作中完全应用 TIC 框架<sup>[25]</sup>。因此,为有效解决这些问题,亟需推动 TIC 培训和标准化实施流程的建设<sup>[26]</sup>,通过理论培训和实操演练,帮助医护人员掌握创伤识别、沟通技巧以及如何为患者提供安全感和情感支持的具体方法。培训内容可包括创伤识别、患者情绪应对技巧、共情沟通、环境安全评估等方面的知识和技能。

标准化流程的建立不仅能够提高护理质量,还能减少因护理人员间操作不一致而产生的患者不适和不信任,从而优化患者的治疗体验。此外,实施 TIC 时应定期反馈和评估,以便根据实际应用中发现问题并改进,推动 TIC 在护理领域的全面、深入应用。

## 5 小结

本文综述了 TIC 在癌症患者中的应用进展,涵盖 TIC 金字塔操作框架与实施原则、相关评估工具的应用现状与局限,以及在癌症护理中的应用现状及实践价值。尽管 TIC 在多领域成效显著,其在癌症护理中仍处于探索阶段。现有评估工具缺乏癌症人群验证,亟需开发并验证癌症专科创伤筛查工具;TIC 实施依赖个体经验,暂无标准化流程,未来应基于 TIC 框架制订个性化干预策略并建立规范化操作路径;针对创伤筛查中清单式问卷的再创伤风险,可通过构建系统化 TIC 培训体系提升医护人员的非触发沟通与动态评估能力。

【关键词】 创伤知情护理;癌症;进展

doi:10.3969/j.issn.2097-1826.2025.08.024

【中图分类号】 R473.73 【文献标识码】 A

【文章编号】 2097-1826(2025)08-0101-04

### 【参考文献】

- [1] BRAY F, LAVERSANNE M, SUNG H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2024, 74(3): 229-263.
- [2] 许湘华, 欧美军, 谢婵娟, 等. 接纳与承诺疗法在喉癌术后患者中的应用效果[J]. 解放军护理杂志, 2019, 36(5): 6-10.
- [3] SARIPALLI A L, ROSS D H, MURPHY E, et al. Prevalence of trauma history and symptoms in patients who have received vaginal brachytherapy as part of their endometrial cancer treatment[J]. Gynecol Oncol, 2024, 185: 68-74.
- [4] BRANDFORD A A, WILLIAMS E N, HAN G, et al. Adverse childhood experiences and preventive cervical cancer screening behavior[J]. Oncol Nurs Forum, 2023, 50(6): 679-691.
- [5] KIRCHHEINER K, CZAJKA-PEPL A, PONOCNY-SELIGER E, et al. Posttraumatic stress disorder after high-dose-rate brachytherapy for cervical cancer with 2 fractions in 1 application under spinal/epidural anesthesia: incidence and risk factors [J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2014, 89(2): 260-267.
- [6] HU Z, KAMINGA A C, YANG J, et al. Adverse childhood experiences and risk of cancer during adulthood: a systematic review and Meta-analysis[J/OL]. [2024-10-17]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33971569/>. DOI:10.1016/j.chiabu.2021.105088.
- [7] CORDOVA M J, RIBA M B, SPIEGEL D. Post-traumatic stress disorder and cancer[J]. Lancet Psychiatry, 2017, 4(4): 330-338.
- [8] ROBERTSON M, COLBURN J, GERBER M. Applying a trauma-informed approach to home visits[J]. J Am Geriatr Soc, 2024, 72(5): 1322-1328.
- [9] RAJA S, HASNAIN M, HOERSCH M, et al. Trauma informed care in medicine: current knowledge and future research directions[J]. Fam Community Health, 2015, 38(3): 216-226.

(下转第 109 页)