

• 指南与共识 •

## 安宁疗护人文关怀服务指南

中国生命关怀协会人文护理专业委员会

**【摘要】** 目的 编写《安宁疗护人文关怀服务指南》(以下简称《指南》),探索适合中国国情的安宁疗护人文关怀服务模式。方法 成立《指南》编制小组,通过系统文献检索,结合安宁疗护人文关怀实践经验和2轮内部专家小组会议形成《指南》初稿;经过2轮专家咨询、2轮专家论证最终形成《指南》终稿。结果 《指南》包括安宁疗护人文关怀基本要求、人文关怀环境与设施、服务流程和内容、质量评价、保障体系等要素。结论 《指南》具有较强的科学性及实用性,可为各级医疗机构、养老机构及社区、居家安宁疗护的人文关怀实践提供指引,推动我国安宁疗护服务的人性化、专业化和规范化发展。

**【关键词】** 安宁疗护;人文关怀;服务指南

**DOI:** 10.3969/j.issn.2097-1826.2026.01.001

**【中图分类号】** R47 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2097-1826(2026)01-0001-05

### Guidelines for Humanistic Care Services in Hospice Care

Humanistic Nursing Professional Committee of Chinese Association for Life Care

Corresponding author: LI Huiling, Tel: 0512-65221486

**【Abstract】 Objective** To develop the “Guidelines for Humanistic Care Services in Hospice Care” (abbr. the “Guidelines”) and explore a humanistic care service model in hospice care suitable for China’s national context. **Methods** A development team of the “Guidelines” was established. Based on a systematic literature search and combined with practical experience in humanistic care within hospice care, an initial draft was formulated through 2 rounds of internal expert panel meetings. The final version of the “Guidelines” was developed after 2 rounds of expert consultation and 2 rounds of expert review. **Results** The “Guidelines” encompass key elements such as the basic requirements for humanistic care in hospice care, the environment and facilities for humanistic care, service processes and content, quality evaluation, and a support system. **Conclusions** The “Guidelines” demonstrate strong scientific validity and practicality, and can provide guidance for humanistic care practices in hospice care across medical institutions at all levels, elderly care facilities, and community- and home-based settings, thereby promoting the humanistic, professional, and standardized development of hospice care services in China.

**【Key words】** hospice care; humanistic care; service guideline

[Mil Nurs, 2026, 43(01): 1-5]

安宁疗护(hospice care)是缓和医疗的重要组成部分,是为处于生命末期的患者及其家属和照护者提供的全人照护实践,其目标是在不刻意加速或推迟死亡的前提下,通过缓解患者的身体、心理、社会和精神痛苦,维护患者尊严并帮助其实现善终,同时提升患者家属和照护者的生命质量<sup>[1]</sup>。在我国人口老龄化以及高龄老人急剧增加、肿瘤发病率居高的背景下,安宁疗护需求日益增长<sup>[2]</sup>。临终期患者人

文关怀是提升安宁疗护质量的核心要素,是生命关怀的终极目标<sup>[3]</sup>。然而,目前实践中普遍存在关怀理念抽象化、实施过程随意化、评价标准缺失等问题,国内尚缺乏系统、规范的安宁疗护人文关怀服务指南,亟须制订系统化、规范化的实践指南,以期提升我国安宁疗护发展的整体质量。因此,中国生命关怀协会人文护理专业委员会组织国内安宁疗护及人文关怀领域知名专家团队编制《安宁疗护人文关怀服务指南》(以下简称《指南》),用于指导各级医疗机构、养老机构及社区、居家开展安宁疗护服务。

### 1 《指南》的形成

《指南》撰写由中国生命关怀协会人文护理专业委员会发起,苏州大学李惠玲教授领衔,组织全国70余家单位、110名安宁疗护和人文关怀领域专家共同

**【收稿日期】** 2025-09-01 **【修回日期】** 2025-12-22

**【基金项目】** 国家自然科学基金(72074164);苏州市老年智慧护理与康养重点实验室(SZS2024009);老年长期照护教育部重点实验室(海军军医大学)

**【作者简介】** 卢海霞,博士在读,副教授,电话:0512-65221486

**【通信作者】** 李惠玲,电话:0512-65221486

参与编制。编写组通过查阅国内外权威数据库,检索与安宁疗护、人文关怀相关的指南、专家共识、系统评价、证据总结及原始研究等,结合安宁疗护人文关怀实践经验和2轮内部专家小组会议形成《指南》初稿。经过2轮专家咨询,共征集82条修改意见,最后通过2轮专家论证最终形成《指南》终稿。专家纳入标准:研究领域为安宁疗护、护理人文或循证;副高级及以上职称或中级及以上职称并取得硕士以上学历;工作年限 $\geq 10$ 年;本科及以上学历;积极参与本研究。

## 2 《指南》内容

### 2.1 基本要求

2.1.1 工作人员的人文关怀素养 (1)应掌握人文关怀理论知识,并接受人文关怀相关技能的培训<sup>[4]</sup>。(2)应具有良好的人文关怀洞察力:理解人文关怀的重要性,能够感同身受地评估终末期患者及家属所需要的人文关怀<sup>[5]</sup>,及时采用较为精准可视化的关怀行动。(3)应具备人文关怀相关技能:包括沟通技能<sup>[6]</sup>、共情能力<sup>[7]</sup>、关怀能力<sup>[8]</sup>、团队协作能力<sup>[9]</sup>、自我关怀能力<sup>[10]</sup>、情感劳动能力<sup>[11]</sup>等。(4)机构管理者应具备实施人文关怀的组织力<sup>[12]</sup>和示范影响力<sup>[13]</sup>。

### 2.1.2 工作人员的人文关怀目标与职责

2.1.2.1 目标 安宁疗护人文关怀应以分工合理、相互协作的人文多学科团队为组织目标,以实现全人、全家、全程、全队、全社区的“五全”人文关怀服务<sup>[14]</sup>为终极目标。

2.1.2.2 职责 (1)护士人文关怀职责:应为患者及家属创建适宜的人文关怀环境,组织召开家庭会议<sup>[15]</sup>,评估患者身体、心理、精神和社会需要,制订个性化人文关怀照护方案,鼓励家属陪伴患者,指导家属照顾患者、尊重患者意愿、协助患者完成心愿,对家属进行哀伤辅导等<sup>[16]</sup>。(2)医生人文关怀职责:应倾听并尊重患者及家属的意愿、信仰,关注不适症状是否有效缓解,耐心沟通诊疗计划,与护士、社工共同参与家庭会议,鼓励患者及家属共同参与诊疗计划的制订<sup>[17]</sup>。(3)心理咨询师人文关怀职责:应对患者及家属的心理状况进行专业评估,提供心理支持服务,并对团队成员提供心理关怀指导及服务<sup>[18]</sup>。(4)社会工作者人文关怀职责:应帮助患者及家属申请相关公共服务<sup>[19]</sup>,如医疗保险、预立医疗照护计划、贫困经济补助等;协调患者处理人际关系;协助团队其他成员开展哀伤辅导;协助逝者家属沟通殡仪殡葬等服务。(5)志愿者人文关怀职责:应配合医护人员实施人文关怀方案,协助组织文娱活动,给予患者及家属陪伴、支持和相关精神抚慰等<sup>[20-21]</sup>。

2.1.3 管理与制度建设 (1)应有完善的安宁疗护人文关怀管理组织;应建立安宁疗护人文关怀服务

管理职责和制度;如为机构应成立由医务处(科)、护理部、临床科室、药学部、社工部、志愿服务组织等共同参与的安宁疗护人文多学科团队<sup>[22]</sup>。(2)应建立良好的协调机制;由院领导或授权医务处(科)、护理部定期检查相关科室安宁疗护人文关怀制度执行以及评估、会诊、转诊、实践等情况并记录,发现问题及时改进。(3)应建立安宁疗护人文关怀短期及长期工作计划,体现人文关怀的创新性、科学性、可行性。(4)应在人文多学科团队协作下<sup>[19]</sup>,帮助患者解决身体、心理、精神疾苦及家庭社会矛盾。(5)应建立以患者和家属为中心的人文关怀制度,在接诊、转介、院内、居家、离世等阶段体现人文关怀并有可跟踪的评价指标。安宁疗护人文多学科团队成员应知晓制度并按要求执行、落实、评价和反馈<sup>[10]</sup>。

2.1.4 工作原则 应信守关爱原则、尊重原则、共情原则、“五全”照护原则<sup>[14]</sup>、个性化原则、有利原则、以患者为中心原则、多学科协作原则、伦理原则。

### 2.2 人文关怀环境与设施

2.2.1 人文关怀环境 (1)病房整洁,声音强度宜控制在35~40 dB,为有需求患者播放音乐;温度宜控制在18~24℃,湿度宜控制在50%~60%,空气清新,基本无异味,光线适宜<sup>[17]</sup>。(2)根据患者偏好和病情需要合理安排房间;2人以上房间,每床间应设有帷幕或隔帘<sup>[12]</sup>。(3)病房内允许适当的个性化装饰,包括照片、绿植等。(4)应设置病房之外的空间以支持患者与他人互动,包括评估室<sup>[18]</sup>、谈心室、哀伤辅导中心、音乐艺术治疗室和餐厅等功能区域;在公共空间,适当加入柔和的色彩、舒缓的音乐和宜人的芳香等元素<sup>[23]</sup>。(5)病区内应设置人文关怀文化墙或展板,开展人文关怀交流活动,随时倾听患者心声并及时反馈,满足患者合理需求,营造人文关怀温馨氛围<sup>[10]</sup>。

2.2.2 人文关怀设施 (1)应为有需要的患者提供轮椅、平车或者其他转移装置;在每个床旁、厕所、公共活动区间应配置呼叫器或报警装置;患者活动区域及走廊两侧、卫生间、沐浴间等须安装扶手。(2)应提供家庭生活所需设施<sup>[12]</sup>,病房内配备陪护过夜使用的可移动式睡床或陪护椅;应配备微波炉<sup>[17]</sup>、指甲剪、雨伞、针线盒、老花镜等物品;可配备冰箱、电磁炉、香薰机、蓝牙小音箱、心愿卡等。

### 2.3 人文关怀流程和内容

2.3.1 全人、全家、全程、全队、全社区关怀 (1)全人:应与患者及家属建立并保持良好的信任关系,并对其进行身体、心理、精神及社会的整体照护。(2)全家:应与患者家属建立良好的沟通及支持关系,鼓励家属照护、陪伴、倾听患者,可通过家庭会议实现医患共同决策。(3)全程:从开始接受安宁疗护服务到离

世后,应鼓励患者及家属充分表达感受,为其提供人文关怀服务。(4)全队:应采用人文多学科团队模式,更好地为患者及家属提供安宁疗护人文关怀服务。(5)全社区:保证患者不仅在医疗机构,同时在社区和家中也可享受到持续性的安宁疗护人文关怀服务<sup>[14]</sup>。

2.3.2 接诊阶段人文关怀 (1)从接诊开始即刻启动人文关怀评估,建立信任关系,通过建立信任关系、移情等语言和非语言沟通评估患者的关怀需求。(2)可通过深入访谈、观察或问卷调查等方式,评估患者及家庭的文化需求和价值观,按需提供服务,努力实现其期望<sup>[14]</sup>。(3)应评估患者及家属关于临终和死亡的准备度、价值观、信念、期望、偏好、生理需求、心理需求、精神需求、情感需求和社会需求等。必要时通过心理疏导帮助患者和家属面对这些话题,提供支持<sup>[19]</sup>。

2.3.3 转介阶段人文关怀 (1)转介前,应向患者及家属主动解释转介的目的、内容和流程,让其充分知情并做好心理准备,通过倾听、安慰、鼓励等方式,提供关心和支持。(2)转介中,应保持与患者及家属的充分沟通,及时解答患者及家属相关的疑问和担忧。(3)转介后,应定期随访,建立反馈机制与流程,尽可能鼓励患者适应新环境,并持续为其提供支持。

2.3.4 院内阶段人文关怀 (1)应做好患者的基础护理,协助沐浴、口腔护理、会阴护理、定期更换床单衣物等,同时注意保护隐私,增强舒适感和尊严感。(2)应保持对患者心理需求的敏感度,密切关注心理变化,鼓励表达感受,尊重并理解其负性感受,引导患者建立正确认知,提供专业的个体化心理辅导和必要的干预措施<sup>[12]</sup>。(3)应给予社会支持层面的人文关怀,如协调患者处理人际关系,帮助患者及家属申请公共服务、应对情感问题等<sup>[19]</sup>。(4)应开展生命教育,引导患者正确看待生命与死亡、探寻人生意义,给予精神抚慰,提升患者个人尊严。(5)应充分发挥家属的作用,鼓励家属参与照护活动,对家属进行教育和培训,让家属了解治疗过程,鼓励患者亲朋好友陪在其身边,为患者提供家庭支持与孝道关怀<sup>[3]</sup>。

2.3.5 居家阶段人文关怀 (1)应搭建“医院-社区-家庭”多元人文关怀服务模式<sup>[2]</sup>,绘制家系图,精准评估服务对象的关怀需求,提供可视化的人文关怀服务。(2)医护人员应定期上门评估患者症状,定制方案,向家属介绍药物使用、病情观察及应急处理的方法,提升家庭照护能力,缓解患者症状。(3)应提供有效的信息咨询途径,解决患者居家期间突发情况,减少居家担忧。利用互联网搭建医患沟通平台,制订随访计划、在线答疑、推送知识以及实时互动等。(4)应指导家属为患者建立具有人文关怀氛围

的居住环境,维持室内良好温湿度与通风采光,消除安全隐患,营造舒适生活环境。(5)应引导患者与家属保持密切联系,帮助患者及家属加强自我关怀,增强其生活信心。(6)应帮助社区组织和培训志愿者定期上门访视,为家庭提供支持服务。

2.3.6 离世阶段人文关怀 (1)应提供良好的人文环境,尊重逝者和家属的文化习俗和信仰,做好遗体护理,维持良好的遗体外观。(2)应尊重逝者生前意愿,不泄露、不传播逝者及其家属的相关隐私。(3)应帮助社工或志愿者与家属建立联系,告知当地死亡相关事务处理流程、殡仪殡葬等公共服务信息,协助家属完成后事安排,为有法律需求的家属提供链接。(4)应定期以电话或上门回访的方式对家属进行心理护理、哀伤辅导及死亡教育<sup>[2]</sup>,运用沉默、倾听、抚触等非语言沟通技巧帮助其疏泄内心痛苦,逐渐恢复心理平静。

2.3.7 可视化人文关怀实践(visualized humanistic care practice)内容 “可视化”一词,英文为“visualization”,来源于“visual”,“visual”原意是“视觉的”“形象的”,指将任何抽象的事物、过程变成图形图像<sup>[24]</sup>。本《指南》中可视化人文关怀实践是指将看不见、摸不着的抽象人文关怀理念转化为看得见、摸得着,感受得到的具体人文关怀行为。

2.3.7.1 可视化人文关怀实践的评估 应对人文关怀实践进行可视化评估,找到能够具象可视的干预点进行精准关怀。

2.3.7.2 可视化人文关怀实践的方法 (1)应将生命回顾疗法<sup>[25]</sup>、叙事疗法<sup>[12]</sup>、尊严疗法<sup>[26]</sup>等较为抽象的关怀方法,通过回顾、评价和重整人生的经历,使人生历程中一些尚未解决的矛盾得以剖析和重整,形成看得见、摸得着和感受得到的故事。此外通过倾听患者故事,运用恰当方式帮助其找出遗漏片段与细节,使问题外化,从而引导重构积极故事,以唤起患者发生改变的内部力量,让患者和家人一起在有意义的探索中重新思考生命的真谛,在面对死亡时能保持超然的态度。(2)应指导患者自我关怀,开展有效的情绪管理,对自己的痛苦持宽容和开放的态度,能够温和友善地关心自我,以非批判的态度对待自己,而且把个人的经验看作为人类经验的一部分,不过分关注自己的消极情绪,保持自身和谐平静<sup>[23]</sup>。(3)善用音乐疗法:应指导患者根据自己的喜好,通过播放患者平素喜欢的音乐或家人的演奏,帮助患者消除心理障碍,进而恢复或增进身心健康<sup>[23]</sup>。(4)选择芳香疗法:可指导患者或家属选择适合自己的芳香精油,通过吸入、按摩等方法,以调节情绪、缓解压力、改善睡眠等<sup>[23]</sup>。(5)关怀性抚触

疗愈:可由经过专业培训的医务人员,或指导家属实施,通过针对性的抚触按摩,缓解患者的不适症状和焦虑恐惧情绪<sup>[23]</sup>。(6)智慧安宁疗护的可视化关怀:整合远程监护、虚拟现实、人工智能等技术<sup>[12]</sup>,辅助开展身体、心理、精神和家庭社会的安宁疗护可视化人文关怀实践服务(如机器人聊天、美食推荐等)。

2.3.7.3 可视化人文关怀实践的评价 运用《安宁疗护可视化人文关怀实践评价表》对开展的可视化人文关怀实践内容进行评价。

2.4 人文关怀质量评价 将人文关怀质量管理纳入质控体系,应用质量管理工具(PDCA、品管圈等)推进人文关怀质量持续改进,不断完善人文关怀质量管理体系及评价机制<sup>[27]</sup>。

2.4.1 质量评价内容 包括安宁疗护工作人员人文关怀素养、职责,人文关怀环境与设施、可视化人文关怀实践的落实情况、医患关系构建情况;从接诊、转介、院内、居家、离世后等全程对患者或家属的人文关怀体验、满意度等开展质量跟踪与评价<sup>[2]</sup>。

2.4.2 质量评价方法 (1)通过现场查看环境与设施,查阅相关资料;通过询问或问卷调查等了解患者和家属真实感受,评价工作人员人文关怀行为<sup>[27]</sup>。(2)第三方机构定期组织专家对安宁疗护人文关怀质量进行督导并反馈,不断持续改进。

2.4.3 质量持续改进 (1)分析结果,对工作亮点进行推广及宣传;对发现的问题及时分析原因,提出改进措施并追踪。(2)将工作人员人文关怀落实情况及效果纳入考核,对表现突出的个人进行表彰和奖励。

## 2.5 人文关怀保障体系

2.5.1 政策与法律保障 将安宁疗护人文关怀纳入国家卫生与健康规划,完善相关法律法规,明确服务标准与支付体系,为临床实践提供资源支撑及可持续保障。

2.5.2 教育与人才保障 构建学历教育、非学历教育相结合的培养体系,强化安宁疗护人文关怀培训;建立激励机制,在职称晋升、考核中给予政策倾斜,吸引并稳定专业人才队伍。

2.5.3 技术与信息保障 运用中医、人工智能等技术进行安宁疗护人文关怀的创新研发,推动智慧安宁疗护建设,研发智能美食、美心、美眠等智慧设备,实现全国数据共享与决策支持,提升服务精准度与可及性。深度融合中医适宜技术应用,建设中国特色安宁疗护人文关怀服务。

2.5.4 社会文化保障 将生命教育<sup>[28]</sup>纳入国民教育体系,动员社会力量广泛参与,营造全社会尊重生命、理性面对死亡的安宁疗护人文关怀文化氛围。

2.5.5 资金保障 建立政府主导、社会参与、个人付

费的多元化筹资机制。明确安宁疗护人文关怀服务收费标准,给予专项投入,同时吸引社会资本与慈善力量,保障安宁疗护人文关怀服务可持续、高质量发展。

## 3 小结

本《指南》立足我国人口与健康发展现实,从人文多学科团队建设、全流程服务规范到可视化人文关怀实践,系统构建了兼具专业性与可操作性的指南,成功填补了安宁疗护人文关怀领域的指南空白,为行业发展提供了科学指引,对推进健康中国战略实施、完善生命终末期保障体系至关重要。

执笔人:卢海霞<sup>1,2</sup>,李惠玲<sup>1</sup>,谌永毅<sup>3</sup>,程瑜<sup>4</sup>,蒋艳<sup>5</sup>(1.苏州大学苏州医学院 护理学院,江苏 苏州 215006;2.贵州医科大学 护理学院,贵州 贵阳 561113;3.湖南省肿瘤医院 护理部,湖南 长沙 410013;4.中山大学附属第七医院 医学人文教研室,广东 深圳 518107;5.四川大学华西医院 护理部,四川 成都 610041)

顾问专家:李林康(中国生命关怀协会)、施永兴(上海市安宁疗护服务管理中心)、罗冀兰(中国生命关怀协会)、张庆民(中国生命关怀协会)

编写组成员:李惠玲(苏州大学、苏州市老年智慧护理与康养重点实验室、苏州大学附属第一医院)、谌永毅(湖南省肿瘤医院)、程瑜(中山大学附属第七医院)、蒋艳(四川大学华西医院)、周兰妹(海军军医大学、老年长期照护教育部重点实验室)、孙宏玉(北京大学)、谢红珍(中国人民解放军南部战区总医院)、岳鹏(首都医科大学)、田丽(天津市第三中心医院)、盛乐(苏州市民政局)、卢海霞(贵州医科大学)、孙超(北京医院)、薄海欣(中国医学科学院北京协和医院)、吴金凤(江苏省护理学会)、周宁(中国人民解放军东部战区空军医院)、袁玲(南京大学医学院附属鼓楼医院)、赵云(江苏省肿瘤医院)、潘红英(苏州市卫生健康委员会)、王庆庆(苏州市卫生健康委员会)、蒋天毅(苏州市民政局)、黄菲(苏州市中医医院)、田利(苏州大学)、王芬(苏州大学附属第一医院)、谭丽萍(苏州大学附属第二医院)、沈冈(苏州大学附属儿童医院)、林璐(苏州大学)、蒋玲(苏州市立医院)、荆丽梅(上海交通大学)、吴颖(上海市普陀区利群医院)、唐跃中(上海市徐汇区康健街道社区卫生服务中心)、李曼(苏州大学)、邸淑珍(河北中医药大学)、赵生秀(青海省人民医院)、邢彩霞(内蒙古自治区人民医院)、翟惠敏(南方医科大学)、岳丽青(中南大学湘雅医院)、胡德英(华中科技大学同济医学院附属协和医院)、付阿丹(武汉市中心医院)、王玉华(常州市第七人民医院)、葛文娥(江南大学附属医院)、孟卫芬(常州市第二人民医院)、陆雪琴(苏州大学附属第二医院)、张玉玺(江苏省人民医院)、仇俊兰(苏州市科技城医院)、李香娥(苏州市中西医结合医院)、朱月兰(昆山市第一人民医院)、周奕(常熟市第二人民医院)、鱼莉军(张家港市第一人民医院)、龚翠琴(昆山市中医医院)、张红(太仓市第一人民医院)、凌蜜(常熟市第三人民医院)、李福财(苏州明基医院)、陈红梅(苏州一〇〇医院)、曹晓东(南京医科大学附属无锡人民医院)、罗明琴(青海省人民医院)、周红娣(宁波大学附属第一医院)、

刘汉梅(苏州一〇〇医院)、陈雯(上海市徐汇区康健街道社区卫生服务中心)、陈洁(中国医学科学院北京协和医院)、刘桂荣(连云港市第二人民医院)、程丽楠(温州医科大学)、王亚玲(江苏医药职业学院)、张静(蚌埠医科大学)、李黎明(河南省人民医院)、徐晓霞(河南省肿瘤医院)、豆艳(河南省人民医院)、王丹(徐州医科大学附属医院)、路佳慧(苏州大学)、杨雪敏(上海市普陀区利群医院)、胡艳玲(大庆油田总医院)、王晓琳(上海市普陀区利群医院)、莫春荣(中国人民解放军联勤保障部队第九二四医院)、彭梦云(苏州大学)、李伟玲(湖南省肿瘤医院)、胡永红(湖南省肿瘤医院)、鞠牛(中山大学附属第七医院)、郭艳汝(中山大学附属第七医院)、喻婷(四川大学华西医院)、刘高明(湖南省肿瘤医院)、秦月兰(湖南省肿瘤医院)、武佼佼(兰州大学)、杨兮彧(苏州工业园区久龄唯亭养护院)、杨紫薇(苏州大学附属第四医院)、尚宣(苏州大学)、周家楠(上海市普陀区利群医院)、顾玲玲(苏州大学)、李蓉蓉(苏州大学附属儿童医院)、张凤娟(北华大学)、沈碧玉(上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心)、郝素娟(苏州市立医院)、吴燕铭(苏州大学)、姜茂敏(苏州大学)、文稀(苏州大学)、李鹏芸(苏州大学)、徐丹(苏州大学)、陈宣成(苏州大学)、袁鑫垚(苏州大学)、陈羊毅(苏州大学)、周玉洁(南京大学医学院附属鼓楼医院)、王琳(中山大学附属肿瘤医院甘肃医院)、张俊良(中国生命关怀协会)、孔燕(北京中西医结合医院)、顾明慧(苏州泰康吴园康复医院)、樊洁(苏州工业园区星湖医院)、柳涵英(苏州市怡养护理院)、陶蕾(苏州工业园区星湖医院)、惠志华(苏州市社会福利总院)、陆涛(苏州市社会福利总院)、管日娟(苏州华瑞老年精神关爱中心)、左玲玲(苏州华瑞老年精神关爱中心)

**利益冲突声明:**执笔作者和专家组成员均无相关利益冲突。

#### 【参考文献】

- [1] Chinese Expert Consensus Working Group on the Definition of Palliative Care. Chinese expert consensus on the definitions of palliative care and hospice care (2025)[J]. Chin Med Sci J, 2025, 40(2): 89-99.
- [2] 曾令好,付佳雪,赵海伦,等.终末期患者安宁疗护共同照护模式的研究进展[J].军事护理,2025,42(1):46-49.
- [3] 李惠玲,刘璐.中国文化视野下的安宁照护[J].中华现代护理杂志,2015,21(33):4002-4006.
- [4] FUOTO A, TURNER K M. Palliative care nursing communication: an evaluation of the COMFORT model[J]. J Hosp Palliat Nurs, 2019, 21(2): 124-130.
- [5] 李惠玲,郎黎薇,沈利敏,等.护生在临床安宁照护情境中的体验[J].中华护理杂志,2006,41(5):395-398.
- [6] 邱淑珍,张学茹,司秋菊,等.安宁疗护视角下护理人文关怀的探索[J].中国护理管理,2018,18(3):302-305.
- [7] 王亚玲.基于情感劳动理论的安宁疗护士共情力量表构建及应用研究[D].苏州:苏州大学,2022.
- [8] 宋莉娟,邱宇琳,李水静,等.社区安宁疗护士关怀能力与职业认同的相关性研究[J].护理学杂志,2020,35(23):52-55.
- [9] HÖKKÄ M, MARTINS PEREIRA S, PÖLKKI T, et al. Nursing competencies across different levels of palliative care provision: a systematic integrative review with thematic synthesis[J]. Palliat Med, 2020, 34(7): 851-870.
- [10] 中国生命关怀协会人文护理专业委员会.病区护理人文关怀管理规范:T/CALC 001-2022[S].北京:中国生命关怀协会,2022.
- [11] WANG Y L, YANG Z W, TANG Y Z, et al. A qualitative exploration of "empathic labor" in Chinese hospice nurses[J]. BMC Palliat Care, 2022, 21(1): 1-11.
- [12] 中国生命关怀协会人文护理专业委员会.医院护理人文关怀实践规范专家共识[J].中华医院管理杂志,2021,37(10):843-847.
- [13] WU Y, MAO Y, LIU Y, et al. "Negative Energy Magnetic Field": a descriptive qualitative study on occupational stressors among Chinese hospice nurses[J]. J Nurs Manag, 2024, 2024(1): 1-12.
- [14] 李惠玲,尚宣,陆雪琴.建立中国式安宁照护——从症状管理到“五全”照护[J].中国实用护理杂志,2024,40(28):2161-2164.
- [15] 许湘华,谌永毅,肖亚洲,等.安宁疗护家庭会议专家共识[J].中华护理杂志,2023,58(13):1541-1544.
- [16] SEKSE R J T, HUNSKÅR I, ELLINGSEN S. The nurse's role in palliative care: a qualitative meta-synthesis[J]. J Clin Nurs, 2018, 27(1-2): e21-e38.
- [17] 湖南省卫生健康委员会.安宁疗护病房管理规范:DB43/T 2432-2022[S].长沙:湖南省市场监督管理局,2022.
- [18] 国家卫生健康标准委员会老年健康标准专业委员会,国家卫生健康委医疗管理服务指导中心,国家卫生健康委老龄健康司.老年安宁疗护病区设置标准:WS/T 844-2024[S].北京:中华人民共和国国家卫生健康委员会,2024.
- [19] 邹然,谌永毅,黄旭芬.医务社会工作者在安宁疗护中的角色和作用[J].中国护理管理,2019,19(6):820-823.
- [20] SCOTT R, GOOSSENSEN A, PAYNE S, et al. What it means to be a palliative care volunteer in eight European countries: a qualitative analysis of accounts of volunteering[J]. Scand J Caring Sci, 2021, 35(1): 170-177.
- [21] 何昭好,高星,李斌,等.医学生志愿者安宁疗护实践体验的质性研究[J].护理学杂志,2023,38(8):80-83.
- [22] 羊波,赵云,孟爱凤,等.对晚期肿瘤患者实施多学科护理团队安宁疗护研究[J].护理学杂志,2018,33(24):1-4.
- [23] 李惠玲.临终关怀指导手册[M].苏州:苏州大学出版社,2014:91-103.
- [24] 杨嘉璇,陈晓洁.基于传播学视角对知识可视化的概念梳理及界定[J].东南传播,2023(7):15-19.
- [25] 李江燕,薛雅萍,张雪峰.生命回顾疗法介入晚期癌症患者死亡恐惧的实践探索[J].医学与哲学,2022,43(10):29-32.
- [26] 樊代明.中国肿瘤整合诊治技术指南[M].天津:天津科学技术出版社,2023:1-4.
- [27] 常志学,陈丽君.肿瘤护理人文关怀实施及评价的研究进展[J].中国癌症防治杂志,2021,13(2):226-230.
- [28] 李惠玲,曹娟妹,徐寅.生命驿站:临终关怀经典个案叙事[M].苏州:苏州大学出版社,2018:1-3.

(本文编辑:沈园园)