

姑息护理能力评估工具的研究进展

阮月¹, 余东立², 李思彦¹, 杨云芳², 韩琳^{1,2}

Palliative care competence assessment tools: a literature review Ruan Yue, She Dongli, Li Siyan, Yang Yunfang, Han Lin

摘要: 对国内外姑息护理能力评估工具的开发过程、框架内容、评价方法、信效度及优缺点等进行综述, 分析评估工具的应用现状, 旨在为开展姑息护理研究提供评估工具。

关键词: 姑息护理; 安宁疗护; 能力; 评估工具; 工具开发; 综述文献

中图分类号: R47; R48 **文献标识码:** A **DOI:** 10. 3870/j. issn. 1001-4152. 2021. 19. 095

随着全球人口老龄化的加速进展和非传染性疾病患者人数不断增多, 姑息护理(Palliative Care, PC)的需求逐年增长^[1]。欧洲姑息护理协会(EAPC)指出, 所有的卫生保健人员都应具备为患者及其亲属提供适当的姑息护理服务的能力^[2]。姑息护理能力作为卫生保健人员必备的素质^[3], 正确的评估不仅可以了解卫生保健人员的姑息护理能力水平, 也可为姑息护理教育、培训的开展奠定基础。因此, 本文对国内外姑息护理能力评估工具进行综述, 旨在为我国姑息护理研究提供借鉴, 为姑息护理教育提供参考。

1 姑息护理相关概念

姑息护理也称姑息治疗, 是通过对患者的疼痛和其他问题(身体、心理和精神问题)进行早期识别和全面的评估、治疗, 来预防和缓解痛苦, 注重增强家庭支持、社会支持等, 对亲属提供相应护理服务, 强调尊重与提高患者生命质量^[4-5]。姑息护理的范畴不仅涉及慢性疾病护理, 如心血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、艾滋病、糖尿病护理等^[6], 也包括对患者进行疼痛、心理社会、情感和精神层面的评估和管理, 促进与患者及其家人的沟通, 为患者家人做好死亡准备。此外, 也有针对特殊人群如儿科患者和老年患者的姑息护理等^[7-8]。多数国家对姑息护理能力进行了定义, 一般认为姑息护理能力涉及知识、关键技能、个人素质、行为等维度, 其中关键技能包括沟通技巧、心理社会技能、团队协作技能、躯体护理技能、生命终结技能和个人内在技能^[2]。

2 姑息护理能力评估工具

姑息护理能力评估工具分为普适性和特异性, 各工具的开发过程、评估内容、测量方法、信效度以及优缺点等总结如下。

2.1 普适性姑息护理能力评估工具

2.1.1 姑息护理自我效能(Self-efficacy in Palliative Care, SEPC)量表

澳大利亚的 Barrington 等^[9]在

1999 年基于班杜拉社会认知理论(Social Cognitive Theory, SCT), 开发设计了原始的 SEPC 量表, 旨在评估澳大利亚姑息护理教育项目在医学本科生中的成效, 原始量表共 4 个维度, 即诊断、预后、管理和延续护理, 但原作者未进行信效度的验证。2004 年, 英国利物浦大学的 Mason 等^[10]对量表进行了改良和验证, 改良后的量表共 23 个条目, 由 3 个分量表组成, 即沟通交流(8 条)、患者管理(8 条)和多学科团队合作(7 条)。SEPC 量表采用起始点分别为“非常焦虑”至“非常自信”的 100 mm 视觉模拟刻度尺评估受试者对姑息护理的自我感知效能。目前该量表已在包括法国、意大利、西班牙、英国、加拿大、芬兰等多个国家的医院、学校或护理机构内得到使用。在各研究中, SEPC 分量表的 Cronbach's α 为 0.92~0.95。SEPC 量表是自我感知能力评估工具, 具有条目简短、信效度良好、使用范围广泛等优点; 但研制时间较为久远, 且暂无中文版。

2.1.2 姑息护理能力自评量表(Palliative Care Nursing Self-competence Scale, PCNSC)

PCNSC 是加拿大学者 Desbiens 等^[11]在 2011 年基于班杜拉的社会认知理论编制, 该量表用于测量护士姑息护理的自我感知能力, 包括生理需求—疼痛、生理需求—其他症状、心理需求、社会需求、精神需求、与功能状态相关的需求、伦理和法律问题、跨专业协作和沟通、与护理相关的个人和专业问题、临终关怀 10 个维度, 各 5 个条目。PCNSC 采用 5 级评分法(1~5 分表示“完全不能胜任”至“高度胜任”)和一个“不知道”选项, 总分为 250 分, 得分越高表示姑息护理能力越好。我国 Shen 等^[12]将 PCNSC 得分分为高中低 3 个等级, 其中 0~83.33 分为低分组, 83.34~166.67 分为中分组, 166.68~250 分高分组。该量表的 Cronbach's α 为 0.97, 内容效度为 0.95。PCNSC 的研制基于成熟的理论, 且临床护士参与了量表最终条目的确定, 开发过程科学、严谨的同时, 也避免了量表与临床实际的脱节; 但该量表的条目众多, 虽然评估内容较为全面, 同时也较为耗时。

2.1.3 护士姑息护理核心能力量表(Nurses Core Competences in Palliative Care, NCPC)

NCPC 是

作者单位: 1. 兰州大学护理学院循证护理中心(甘肃 兰州, 730030); 2. 甘肃省人民医院

阮月: 女, 硕士在读, 学生

通信作者: 韩琳, LZU-hanlin@hotmail.com

收稿: 2021-05-09; 修回: 2021-07-26

由挪威 Slåtten 等^[13] 2014 年基于早期开发的 176 个条目简化而来,旨在评估护士姑息护理的核心能力。NCPC 共 26 个条目,分为 5 个维度:症状管理知识(包括疼痛、恶心、焦虑/烦躁、疲劳和口干 5 大症状)、埃德蒙顿症状评估系统(Edmonton Symptom Assessment System, ESAS)的使用(应用 ESAS 处理上述症状以及患者的生活质量)、团队合作技巧(协作处理上述症状)、人际交往技能(与患者及亲属进行沟通)以及生命结束技能(包括姑息护理哲学、“人”、舒适且有尊严的死亡 3 个方面)。每个条目采用 Likert 5 级评分法,1=完全不同意、2=不同意、3=不相关、4=同意、5=非常同意。各维度的 Cronbach's α 为 0.51~0.97。NCPC 的条目数少,易于推广,同时包括了姑息护理能力中极为重要的两方面能力,即症状处理和生命结束技能;但未报告总体得分的临界值。

2.2 专科领域姑息护理能力评估工具

2.2.1 ICU 姑息护理能力评估

ICU 姑息护理与临终关怀教育—实践—能力三合一评估工具(Assessing the Palliative and End-of-Life Care Education-Practice-Competence Triad in ICU, PEOL 指数)由埃及的 Eltaybani 等^[14] 于 2020 年采用多中心的专家咨询开发。PEOL 指数共 8 个维度,25 个条目:护理的结构与流程(4 条),躯体症状(3 条),心理与精神(4 条),社会(3 条),灵性、宗教和生存(3 条),文化(2 条),临终(4 条),伦理和法律(2 条)。条目采用 Likert 5 级评分法。所有分数最后进行线性变换处理,得分范围 0~100 分,得分越高表明 ICU 姑息护理与临终关怀教育更为全面,实践更为频繁,以及自我感知能力越强。PEOL 指数的构建基于国际多中心的专家咨询和内容效度的验证,且条目数少,维度宽广,评估内容较为全面;但未进行信效度的验证,且未确定得分的临界值。

2.2.2 围生期姑息护理能力评估

2.2.2.1 围生期姑息护理调查(Perinatal Palliative Care Survey, PPCS)

加拿大温尼伯地区姑息护理项目团队 Stenekes 等^[15] 认为,围生期姑息护理多为跨学科护理,对卫生保健人员在姑息护理的自我效能、态度和知识进行全面的评估对于之后的培训和教育至关重要。因此,2019 年该团队通过文献回顾和专家咨询,编制了 PPCS,验证了表面效度和内容效度并应用 PPCS 对临床医生、护士和助产士进行了多中心调查^[15]。该问卷包括 5 个部分,共 78 个条目,其中第 1 部分为社会人口学信息调查(9 条),第 5 部分是对姑息护理教育意见的调查(4 条);自我效能(17 条)和态度部分(20 条),采用 Likert 5 级评分法,从“没有信心/非常不认同”至“非常有信心/非常认同”分别赋 1~5 分;知识部分(28 条),选项为对/错/不确定,暂未报告如何赋分。PPCS 的调查对象广泛,可为临床医生、护士以及助产士;但未报道结构效度,可靠性有

待进一步验证,且条目数过多,填写较为耗时,也未确定总体得分的临界值。

2.2.2.2 医护人员围生期/新生儿姑息护理自我感知能力问卷(Questionnaire of Assessment of Healthcare Professionals' Self-Perceived Competence in Perinatal/Neonatal Palliative Care)

为评估哥伦比亚大学欧文医学中心(CUIMC)开展的一项姑息护理强化培训课程的有效性,及临床医生与护士的姑息护理自我感知能力的区别,Hammond 等^[16] 于 2019 年开发问卷。这项培训课程的内容基于美国的《优质姑息护理临床实践指南》中规定的姑息护理维度^[17]。该评估问卷共 50 个条目,姑息护理自我感知能力部分包括 32 个条目,8 个维度,分别为姑息护理结构与流程(10 条),躯体(10 条),心理与精神(4 条)、社交沟通(3 条),宗教、灵性等(1 条),文化(1 条),临终关怀(2 条),法律与伦理(1 条)。采用 4 级评分标准(从“不能胜任”至“高度胜任”分别赋 1~4 分)和一个“不适用”选项。该问卷基于临床指南对于围生期/新生儿姑息护理维度的描述,调查对象为临床医生和护士,因此,在内容和人群方面具有较强的普适性;但该问卷的信效度及问卷得分的临界值均未报告,可靠性有待进一步验证。

2.2.3 家庭姑息护理能力评估

护士是为患者和亲属提供高质量姑息护理和咨询的一线人员。为了解护士在家庭护理中的姑息护理能力,Sousa 等^[18] 在 2014 年通过专家咨询开发了家庭姑息护理能力清单(Nursing Competencies for Palliative Care in Home Care),包括 43 项能力,其中一般能力 18 项,特定能力 25 项,Cronbach's α 为 0.700。能力清单对能力进行划分,有利于评估者对能力的快速鉴别,以及护士对自身能力的自我认知,同时该清单强调护士与多学科团队协作的能力的重要性;然而未报告各条目权重或总体临界值。

2.2.4 疗养院姑息护理能力评估

姑息护理调查问卷(Palliative Care Survey, PCS)由美国 Thompson 等^[19] 为评估疗养院工作人员的姑息护理能力,通过访谈和问卷调查于 2011 年所开发验证,评估内容包括姑息护理实践和知识两部分。该量表共 7 个维度,51 个条目,其中实践部分包括 4 个维度,即丧亲、计划/干预、与家庭沟通和团队间协调,采用 4 级评分法(从不~总是分别赋 1~4 分);知识的 3 个维度为心理,身体和临终因素,选项设置为对/错/不清楚,回答“对”、“错”分别计 1 分和 0 分,回答“不清楚”不计分。实践部分各维度 Cronbach's α 0.62~0.79;姑息护理知识各维度 Cronbach's α 0.60~0.97。PCS 的开发基于疗养院患者、患者家庭,以及多中心大样本的疗养院工作人员,因此适用范围较广;但该工具的条目数过多,填写较为耗时,且未见报告总体得分临界值。

3 小结与展望

全球姑息护理的需求日益增加,但由于政策、法

律等多方面的因素,姑息护理的覆盖面还远远不够^[20]。研究显示,卫生保健人员为患者和家庭提供姑息护理的能力需进一步提高,相关的姑息护理教育、培训应得到进一步的重视^[21]。因此在进行相关姑息护理教育或培训前后,采用评估工具对卫生保健人员的姑息护理能力进行明确尤为重要。现有姑息护理能力评估工具多为国外学者研发,工具制定流程也日趋成熟与完善,但仍存在一些不足或缺陷,如开发时间较为久远^[9];条目数过多,评估较为耗时^[10,13,17];未对工具进行科学性的验证^[14-16];且大部分工具无汉化版本。我国学者采用 PCNSC 对肿瘤科护士进行了姑息护理能力的调查^[12],但未对汉化版工具进行验证;此外国内其他相关研究^[22-26]也多采用知识和态度量表,缺少对护士需要掌握的姑息护理能力的全面评估和深入探索。分析原因可能与国内缺乏权威姑息护理能力评估工具、已有工具无汉化版本或能力维度不能与实际较好契合、部分工具的科学性有待进一步验证等有关。因此,未来可进行成熟的姑息护理能力评估工具的汉化或新工具的研制,在契合自身实际的教育、培训背景下,基于实践基础,充分进行科学性的验证。

参考文献:

- [1] Pieters J, Dolmans D H J M, van den Beuken-van Everdingen M H J, et al. A national, palliative care competency framework for undergraduate medical curricula [J]. *Int J Environ Health*, 2020, 17(7): 2396.
- [2] Gamondi C, Larkin P J, Payne S. Core competencies in palliative care[J]. *Eur J Palliat Care*, 2013, 20(2): 86-91.
- [3] Heath L, Egan R, Ross J, et al. Preparing nurses for palliative and end of life care: a survey of New Zealand nursing schools [J]. *Nurse Educ Today*, 2021, 100: 104822.
- [4] WHO. WHO definition of palliative care[EB/OL]. (2002) [2021-03-02]. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/index.Html>.
- [5] Årestedt K, Brännström M, Evangelista L S, et al. Palliative key aspects are of importance for symptom relief during the last week of life in patients with heart failure [J]. *ESC Heart Fail*, 2021, 8(3): 2202-2209.
- [6] Achora S, Labrague L J. An integrative review on knowledge and attitudes of nurses toward palliative care: implications for practice[J]. *J Hosp Palliat Nurs*, 2019, 21(1): 29-37.
- [7] White K R, Coyne P J. Nurses' perceptions of educational gaps in delivering end-of-life care[J]. *Oncol Nurs Forum*, 2011, 38(6): 711-717.
- [8] Ersek M, Ferrell B R. Palliative care nursing education: opportunities for gerontological nurses [J]. *J Gerontol Nurs*, 2005, 31(7): 45-51.
- [9] Barrington D L, Murrie D A. A preceptor model for introducing undergraduate medical students to palliative medicine[J]. *J Palliat Care*, 1999, 15(1): 39-43.

- [10] Mason S, Ellershaw J. Assessing undergraduate palliative care education: validity and reliability of two scales examining perceived efficacy and outcome expectancies in palliative care[J]. *Med Educ*, 2004, 38(10): 1103-1110.
- [11] Desbiens J F, Fillion L. Development of the Palliative Care Nursing Self-competence Scale [J]. *J Hosp Palliat Nurs*, 2011, 13(4): 230-241.
- [12] Shen Y, Nilmanat K, Promnoi C. Palliative care nursing competence of chinese oncology nurses and its related factors[J]. *J Hosp Palliat Nurs*, 2019, 21(5): 404-411.
- [13] Slåtten K, Hatlevik O, Fagerström L. Validation of a new instrument for self-assessment of nurses' core competencies in palliative care [J]. *Nurs Res Pract*, 2014, 2014: 615498.
- [14] Eltaybani S, Igarashi A, Yamamoto-Mitani N. Palliative care in adult intensive care units: a nationwide survey [J]. *Nurs Crit Care*, 2020, Epub ahead of print.
- [15] Stenekes S, Penner J L, Harlos M, et al. Development and implementation of a survey to assess health-care provider's competency, attitudes, and knowledge about perinatal palliative care[J]. *J Palliat Care*, 2019, 34(3): 151-159.
- [16] Hammond J, Wool C, Parravicini E. Assessment of health-care professionals' self-perceived competence in perinatal/neonatal palliative care after a 3-day training course [J]. *Front Pediatr*, 2020, 8: 571335.
- [17] Ferrell B R, Twaddle M L, Melnick A, et al. National consensus project clinical practice guidelines for quality palliative care guidelines. 4th Edition [J]. *J Palliat Med*, 2018, 21(12): 1684-1689.
- [18] Sousa J M, Alves E D. Nursing competencies for palliative care in home care [J]. *Acta Paul Enferm*, 2015, 28(3): 264-269.
- [19] Thompson S, Bott M, Boyle D, et al. A measure of palliative care in nursing homes [J]. *J Pain Symptom Manage*, 2011, 41(1): 57-67.
- [20] Ross M M, McDonald B, McGuinness J. The Palliative Care Quiz for Nursing (PCQN): the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care [J]. *J Adv Nurs*, 1996, 23(1): 126-137.
- [21] 邹敏. 上海市护士姑息护理知识和态度的现状调查与分析[D]. 上海: 第二军医大学, 2007.
- [22] 宋宇娟, 武丽桂, 袁玲, 等. 南京地区护士对姑息护理认知及其态度调查研究[J]. *护理研究*, 2018, 32(13): 2103-2106.
- [23] 赵文娟, 张晓菊, 陆箴琦, 等. 肿瘤科护士姑息照护继续教育课程的实施效果研究[J]. *上海护理*, 2018, 18(9): 12-15.
- [24] 田丽, 程春燕, 高月乔, 等. 肿瘤科新入职医护人员姑息照护培训及效果分析[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(9): 69-72.
- [25] 杨海苓. 山东省综合医院护士姑息护理认知现状及相关因素研究[D]. 济南: 山东大学.
- [26] 杨青建. 长春市三甲医院护士姑息护理知行现状调查及相关因素分析[D]. 长春: 吉林大学, 2013.

(本文编辑 赵梅珍)