

非肿瘤科医护人员安宁疗护分级诊疗知行信况调查

刘丽香¹, 黎轶丽¹, 张依婷², 洪芳³, 章艳婷⁴, 柯瑶¹, 张春华⁵

摘要:目的 调查非肿瘤科医护人员安宁疗护分级诊疗知行信现状,为管理者建立和实施促进安宁疗护转诊服务质量提升策略提供参考。方法 便利选取 613 名非肿瘤科医护人员为研究对象,采用一般资料调查表、医护人员安宁疗护分级诊疗知行信问卷进行调查。结果 非肿瘤科医护人员安宁疗护分级诊疗态度得分(90.80±16.73)分,行为总分(42.29±12.06)分,所在单位有终末期患者相关转诊制度及性别分别是其态度、行为的影响因素(均 $P < 0.05$)。结论 非肿瘤科医护人员安宁疗护分级诊疗认知存在差异,态度、行为处于中等水平,建议管理者重视对非肿瘤科医护人员的安宁疗护分级诊疗培训,以促进安宁疗护的发展。

关键词:肿瘤; 医护人员; 安宁疗护; 分级诊疗; 知识; 态度; 行为; 护理管理

中图分类号:R47;C931 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.23.109

Knowledge of, attitude towards, and practices of hierarchical medical service in palliative care among healthcare providers working in non-oncology wards

Liu Lixiang,

Li Yili, Zhang Yiting, Hong Fang, Zhang Yanting, Ke Yao, Zhang Chunhua. Department of Head and Neck and Pediatric Tumor Radiotherapy, Central South Hospital of Wuhan University, Wuhan 430071, China

Abstract: **Objective** To probe into the knowledge of, attitude towards, and practice of hierarchical medical service in palliative care among healthcare providers working in non-oncology wards, and to provide a reference for administrators to establish and implement strategies boosting the quality of palliative care referral service. **Methods** Totally, 613 healthcare providers working in non-oncology wards were surveyed by using the Knowledge-Attitude-Practice (KAP) Questionnaire of Hierarchical Medical Service in Palliative Care. **Results** The healthcare providers scored (90.80±16.73) points in attitudes, and (42.29±12.06) points in practice, respectively. Multiple linear regression analysis showed that, whether there was a referral policy for terminally ill patients in the affiliation the healthcare providers worked with, and gender influenced their attitude and practice scores (all $P < 0.05$). **Conclusion** The healthcare providers working in non-oncology wards had various levels of knowledge regarding hierarchical medical service in palliative care, and their attitude and practice were at medium level. It is suggested that administrators pay attention to the training of non-oncology medical staff regarding hierarchical medical service in palliative care, so as to promote the development of palliative care.

Key words: tumor; healthcare provider; palliative care; hierarchical medical system; knowledge; attitude; practice; nursing management

安宁疗护是改善临终患者自诊断生命受限至生命结束过程中的生活质量,解决其家庭所面临问题的照护方法^[1]。安宁疗护服务人群主要是终末期肿瘤及非肿瘤患者,尽管肿瘤是成人安宁疗护需求最大的单一疾病组,但超过 70% 的其他疾病需求是艾滋病、脑血管疾病和痴呆症等^[2]。安宁疗护对非肿瘤患者及其家属有益,可改善患者症状、情绪和生活质量,降低再入院率和住院费用^[3]。医联体下的安宁疗护转诊能够将大医院的医疗技术资源与基层医院就诊便利、地理位置优越、亲情浓厚的优势结合,缓解安宁疗

护资源不足的矛盾,同时保障安宁疗护服务品质和服务过程的连续性以及减轻家庭照护负担^[4]。但非肿瘤疾病的进展难以预测,患者可能在疾病发展至终末期才会接受安宁疗护转诊,因此非肿瘤患者安宁疗护服务使用率远低于肿瘤患者,且安宁疗护转诊较晚^[5]。医护人员是安宁疗护服务的主要供给者,是否具备服务意愿、知识素养、服务行为是影响安宁疗护发展的重要因素^[6]。研究表明,肿瘤科医护人员对安宁疗护的认知高于其他科室人员^[7-8]。因此,改善非肿瘤科医护人员安宁疗护服务认知,满足患者对安宁疗护转诊需求具有重要意义。本研究旨在通过对非肿瘤科医护人员安宁疗护分级诊疗知行信调查,为管理者建立和实施促进安宁疗护转诊服务质量提升策略提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样法,于 2023 年 1 月 31 日至 2 月 14 日选取湖北省武汉市及黄石市各 2 所三级医院医护人员为研究对象。纳入标准:非肿瘤科本院

作者单位:武汉大学中南医院 1. 头颈与儿童肿瘤化疗科 4. 重症监护室 5. 护理部(湖北 武汉,430071);2. 黄石市妇幼保健院检验科;3. 阳新县人民医院党委办公室

刘丽香:女,硕士,主管护师

通信作者:张春华,1648276079@qq.com

科研项目:武汉大学临床护理专项科研培育基金项目(LCHL202327);武汉大学中南医院临床护理研究项目(LCH-LYJ202216)

收稿:2023-07-15;修回:2023-09-28

医护人员,临床工作时间≥6个月。排除标准:肿瘤科医护人员,进修、规培人员或调查期间休假、病假、外出进修人员。根据调查研究样本量估算要求(因变量的10倍),考虑20%的样本丢失率,设定目标样本量为552,本研究最终获得有效样本量613人。男87人,女526人;护士489人,医生119人,其他人员5人;中专文化程度15人,大专200人,本科378人,硕士及以上20人;工作年限<6年164人,6~<16年313人,16~<26年67人,≥26年69人;初级职称317人,中级236人,副高级及以上60人;内科274人,外科199人,妇产科83人,儿科36人,重症监护室21人;已婚505人,未婚100人,离异8人;参与过安宁疗护分级诊疗相关培训142人,未参与过471人;有宗教信仰72人,无宗教信仰541人。

1.2 方法

1.2.1 调查工具

①一般资料调查表。由研究者自行设计,包括年龄、性别、学历、婚姻状况、工作年限、职称、是否经过安宁疗护培训(指参与安宁疗护分级诊疗院级及以上单位继续教育)、终末期患者照护经历、所在单位是否有终末期患者转诊制度、安宁疗护转诊经历。②医护人员安宁疗护分级诊疗知信行问卷。该量表由张清慧^[9]编制,包括3个维度共46个条目,其中知识维度主要调查安宁疗护分级诊疗的认知情况,包含11个条目,答案均为单项选择题;态度维度包含22个条目,采用Likert 5级计分法,从“非常不赞同”到“非常赞同”分别计1~5分,总分22~110分,得分越高说明分级诊疗态度越积极;行为维度包含13个条目,从“极少”到“总是”分别计1~5分,总分13~65分,得分越高说明分级诊疗行为越积极。该问卷态度和行为维度Cronbach's α系数分别为0.959、0.924,本研究中总问卷Cronbach's α为0.937。

1.2.2 资料收集方法

通过问卷星平台设计电子问卷,问卷指导语中包括研究目的、意义、填写注意事项等。研究者在征得医院管理者同意后,由各医院管理者将问卷星电子链接转发至临床各个科室,医护知情同意后自愿作答并匿名提交。问卷所有选项均为必答项,设置同1个IP地址只能填写1次。共收集问卷647份,剔除选项均为相同序号答案、作答时间少于180s的无效问卷,有效问卷613份,问卷有效率为94.74%。

1.2.3 统计学方法

采用SPSS25.0软件进行数据分析,符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 描述,计数资料以频数(%)描述,行t检验、方差分析、Pearson相关性分析和多元线性回归分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 医护人员安宁疗护分级诊疗认知情况

见表1。

表1 医护人员安宁疗护分级诊疗认知情况(n=613)

项目	选项	人数	百分比 (%)
最佳的双向转诊方式	医联体内定向转诊	301	49.10
	自由转诊	208	33.93
	签订转诊合同	104	16.97
安宁疗护最理想的转介机制	医院-社区-家庭	377	61.50
	医院-医院	134	21.86
	医院-家庭	56	9.14
	医院-社区	37	6.04
	社区-家庭	9	1.47
谁决定患者是否需要转诊	医疗团队与患者及家属共同决定	542	88.42
	医生和护士	53	8.65
	患者或家属	18	2.94
不作为安宁疗护分级诊疗的依据	舒适照护	160	26.10
	生存期	155	25.29
	疾病诊断	135	22.02
	预后或需求	106	17.29
	症状控制	57	9.30
不属于临终综合征	食欲减退	251	40.95
	体质量下降	213	34.75
	疼痛、咯血	74	12.07
	意识障碍	43	7.01
	吞咽困难、呼吸困难	32	5.22
	心理关怀	299	48.78
	疼痛控制	147	23.98
安宁疗护分级诊疗中,各级医院应具备哪项最基本的症状管理技能	舒缓治疗	134	21.86
	哀伤辅导	33	5.38
	卡氏评分≤50,预计生存期≤3个月	215	35.07
	卡氏评分≤50,预计生存期≤6个月	153	24.96
	卡氏评分≤60,预计生存期≤3个月	124	20.23
	卡氏评分≤60,预计生存期≤6个月	121	19.74
	不属于患者转诊至社区或居家进行安宁疗护的最主要原因是	234	38.17
	病情稳定无需在综合医院住院治疗	86	14.03
	患者主要照护者有能力进行社区或居家照护	81	13.21
	各种原因,患者或家属希望居家	80	13.05
不属于三级医院在安宁疗护分级诊疗中应具有的服务功能与定位是	患者经费不够但又需要继续治疗	66	10.77
	患者或家属要求下转	66	10.77
	为安宁疗护稳定期患者提供治疗、舒适照护、护理服务等	187	30.50
	为二级及以上医院提供安宁疗护规范化培训	145	23.65
	负责安宁疗护相关科研工作及教学工作	141	23.00
哪项属于二级医院在安宁疗护分级诊疗中应具有的服务功能与定位	为安宁疗护急危重症和疑难复杂疾病的患者提供诊疗服务	140	22.84
	掌握安宁疗护常见症状控制,为安宁疗护急症和疑难病例提供向上转诊服务	222	36.21
	医师到基层医疗卫生机构多点执业,或者定期出诊、巡诊,提高基层服务能力	138	22.51
	为安宁疗护急危重症和疑难复杂疾病的患者提供诊疗服务	131	21.37
哪项属于一级医院在安宁疗护分级诊疗中应具有的服务功能与定位	为一级医院提供安宁疗护相关知识及规范化培训	122	19.90
	为安宁疗护稳定期患者提供基本治疗、症状管理、舒适照护、心理护理、社会及精神支持等	307	50.08
	为安宁疗护主要照护者提供基本照护知识培训	144	23.49
	医生到基层医疗卫生机构多点执业,或者定期出诊、巡诊,提高基层服务能力	90	14.68
	为安宁疗护急危重症和疑难复杂疾病的患者提供诊疗服务	72	11.75

2.2 医护人员安宁疗护分级诊疗态度、行为得分及其相关性

态度总分 90.80 ± 16.73 ,条目均分 4.13 ± 0.74 ;行为总分 42.29 ± 12.06 ,条目均分 3.25 ± 0.93 ;态度与行为总分呈正相关($r = 0.395, P < 0.05$)。

2.3 医护人员安宁疗护分级诊疗态度、行为得分的单因素分析 不同婚姻状况、文化程度、工作年限、职称、工作性质、所在科室、是否参与安宁疗护分级诊疗相关培训、有无宗教信仰医护人员安宁疗护分级诊疗态度、行为得分比较,差异无统计学意义(均 $P > 0.05$),其他项目比较,见表 2。

表 2 医护人员安宁疗护分级诊疗态度、行为得分的单因素分析 分, $\bar{x} \pm s$

项目	人数	态度	行为
性别			
女	526	90.84 ± 16.77	41.69 ± 12.10
男	87	90.56 ± 16.61	45.94 ± 11.15
<i>t</i>		-0.144	3.069
<i>P</i>		0.886	0.002
年龄(岁)			
<26	49	95.06 ± 15.64	43.96 ± 12.46
26~<36	364	89.22 ± 17.42	41.62 ± 12.30
36~<46	123	92.52 ± 16.07	42.88 ± 12.14
≥46	77	92.83 ± 14.28	43.47 ± 10.40
<i>F</i>		2.981	1.029
<i>P</i>		0.031	0.379
终末期患者照护经历			
无	377	89.84 ± 16.84	41.10 ± 12.08
有	236	92.35 ± 16.48	44.20 ± 11.80
<i>t</i>		-1.182	-3.127
<i>P</i>		0.071	0.002
安宁疗护转诊经历			
无	507	90.35 ± 16.20	41.61 ± 11.81
有	106	92.96 ± 19.01	45.55 ± 12.76
<i>t</i>		-1.462	-3.076
<i>P</i>		0.144	0.002
所在单位是否有终末期患者相关的转诊制度			
不清楚	294	89.03 ± 16.06	41.17 ± 11.63
有	222	92.23 ± 18.18	43.92 ± 12.70
无	97	92.91 ± 14.79	41.96 ± 11.52
<i>F</i>		3.247	3.366
<i>P</i>		0.040	0.035

2.4 医护人员安宁疗护分级诊疗态度、行为多元线性回归分析 以医护人员安宁疗护分级诊疗态度、行为得分作为因变量,将单因素分析中有统计学意义的变量作为自变量,进行多元线性回归分析($\alpha_{\lambda} = 0.05$, $\alpha_{\text{出}} = 0.10$),结果显示,所在单位有终末期患者相关转诊制度(赋值:有=0,无=1,不清楚=2)是态度的影响因素,性别(赋值:女=1,男=2)是行为的影响因素。见表 3。

表 3 医护人员安宁疗护分级诊疗态度、行为多元线性回归分析(n=613)

变量	β	SE	β'	<i>t</i>	<i>P</i>
态度					
常数项	92.611	-2.706		34.226	<0.001
所在单位是否有终末期患者相关的转诊制度	1.611	0.742	0.088	2.171	0.030
行为					
常数项	39.995	-0.767		52.148	<0.001
性别	3.692	1.388	0.107	2.661	0.008

注:态度, $R^2 = 0.031$, 调整 $R^2 = 0.020$; $F = 2.742$, $P = 0.008$ 。行为, $R^2 = 0.037$, 调整 $R^2 = 0.029$; $F = 4.719$, $P < 0.001$ 。

3 讨论

3.1 医护人员安宁疗护分级诊疗知信行

3.1.1 知识 本研究中非肿瘤科医护人员对安宁疗护分级诊疗认知一致性最高的 3 个项目是:患者是否需要转诊应当由医疗团队与患者及家属共同决定,安宁疗护最理想的转介机制是医院-社区-家庭间转介,一级医院是为安宁疗护稳定期患者提供基本治疗、症状管理、舒适照护、心理护理、社会及精神支持等;患者转诊的决策对象、转介机制、一级医院安宁疗护分级诊疗的定位与功能。成年人安宁疗护相关临床实践指南指出,决策制定应以患者和家属为中心,由患者、家属与多学科团队公开反复多次讨论共同制定决策,护士应了解影响决策制定的因素并积极实施干预,协助患者做出符合其信念、价值观和偏好的决定^[10-11]。在转介机制方面,国家卫健委提出鼓励将安宁疗护机构纳入医联体管理,形成机构间、机构与居家间通畅合理的转诊机制^[12];为区域内终末期患者提供覆盖机构和居家的安宁疗护服务;构建医院-社区-家庭三位一体的安宁疗护服务模式^[13]。医联体协同服务模式下医疗机构之间的双向转诊制度是实现分级诊疗的一种路径^[14]。非肿瘤科医护人员对一级医院的安宁疗护功能与定位,同国家推行的分级诊疗政策基本吻合。本研究中吞咽困难、呼吸困难不属于临终综合征,患者和家属决定患者是否要转诊,社区-家庭间转介为安宁疗护最理想的转接机制是认知一致性最低的 3 个条目,可能与当下国内有关安宁疗护机构间转介机制的相关政策与研究较少有关^[15]。《上海市安宁疗护服务规范》中规定:KPS 评分 < 50 分,且预期生存期 < 3 个月的临终患者,可由居家安宁转住院,也可转介至区安宁疗护中心或相关医疗机构;住院急性症状得到控制,可再次转居家安宁疗护^[16]。该规范虽具有指导意义,但具体操作中仅以生存评估与急性症状作为转介指征,导致医护人员难以操作,缺乏较为明确的转介依据。

3.1.2 态度和行为 本研中非肿瘤科医护人员安宁疗护分级诊疗态度、行为均处于中等偏高水平,其中,态度得分(90.80 ± 16.73)分、行为得分(42.29 ± 12.06)分,表明非肿瘤科医护人员顺应国家逐渐重视安宁疗护发展的趋势,其安宁疗护分级诊疗态度、行为较为积极。与张清慧^[9]对普通医护人员安宁疗护分级诊疗知信行研究中的行为得分(40.73 ± 11.57)相近,但态度得分低于其研究(95.92 ± 3.20)。可能是安宁疗护最初是为肿瘤患者开发,在肿瘤领域日益受到重视;虽对非肿瘤患者有益,但因疾病的进展难以预测,患者可能直至疾病终末期才会接受安宁疗护转诊^[5]。因此,非肿瘤科医护人员安宁疗护分级诊疗态度相对不够积极。医疗管理部门需要重视安宁疗护分级诊疗相关指南及工作制度,加强非肿瘤科医护

人员相关知识、技能培训,促进我国安宁疗护分级诊疗的发展。

3.2 非肿瘤科医护安宁疗护分级诊疗态度、行为影响因素

3.2.1 所在单位有安宁疗护相关转诊制度 转诊制度的发展和完善是提高安宁疗护服务覆盖面和利用率的有效手段^[17];若有相应转诊制度存在,转诊过程有据可依,符合规范,从而面对需要转诊的患者时医护人员转诊态度更积极^[18]。在全面依法治国背景下,加快推进安宁疗护法制化进程,是提升公民生命周期健康水平的必然要求,也是获得安宁疗护服务的重要保障^[17]。本研究中63.8%的非肿瘤科医护人员对所在单位是否有转诊制度条目选择不清楚或无,说明其对转诊制度关注度不够,并且仅23.2%的非肿瘤科医护接受过安宁疗护分级诊疗培训。这提示管理者须加强非肿瘤科室医护人员的安宁疗护系统化教育,鼓励医护人员积极参与安宁疗护培训并通过网络、媒体等途径宣传继续教育培训内容,使更多医务人员受益^[19],为安宁疗护分级诊疗的发展奠定基础。

3.2.2 性别 本研究结果显示,男性医护人员安宁疗护分级诊疗行为比女性更强,可能因为不同性别护士人格特征的差异导致,与男性思维方式、承担的社会角色有关。男性更擅长理性思考,从而安宁疗护行为更积极^[7]。而国外一项研究中认为,女性医护人员情感细腻,更能感知患者的护理需求,且沟通能力与人文关怀能力更强,故安宁疗护能力更强^[20]。由于本研究中护理人员占比高于医生,造成男性、女性分组样本量差异过大,可能会对结果产生一定影响,因此性别对安宁疗护行为的影响仍有待进一步研究。

4 结论

本研究结果显示,非肿瘤科医护人员安宁疗护分级诊疗态度、行为处于中等偏高水平,所在单位有安宁疗护转诊制度、性别是安宁疗护分级诊疗态度、行为的主要影响因素。相关部门应完善支持政策、建立转诊机制、制定标准规范,加强教育培训,提高安宁疗护服务专业化、规范化水平。本研究仅选取三级医院的医护人员进行调查,今后需开展大样本多中心覆盖二级医院、社区医院的研究,为管理者提升安宁疗护服务质量提供参考。

参考文献:

[1] World Health Organization. Palliative care [EB/OL]. (2020-06-01)[2023-07-03]. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.

[2] Connor S. Global Atlas of Palliative Care, 2nd [EB/OL]. [2023-07-03]. <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.

[3] Bayuo J, Agbeko A E, Acheampong E K, et al. Pallia-

tive care interventions for adults in the emergency department: a review of components, delivery models, and outcomes [J]. *Acad Emerg Med*, 2022, 29 (11): 1357-1378.

- [4] 梅旭,张婷婷,邱芳,等. 分级诊疗安宁疗护示范中心的SWOT分析[J]. *医学与哲学*, 2021, 42(16): 32-36.
- [5] Warraich H J, Wolf S P, Mentz R J, et al. Characteristics and trends among patients with cardiovascular disease referred to palliative care [J]. *JAMA Netw Open*, 2019, 2(5): e192375.
- [6] 何云涓. 安徽地区医务人员安宁疗护态度、认知情况及影响因素研究[D]. 合肥: 安徽医科大学, 2020.
- [7] 李柳萌,高永虹,苗国梅,等. 国内医护人员对安宁疗护认知和态度研究的Meta分析[J]. *医学与哲学*, 2021, 42(15): 45-50.
- [8] 王小曼,董凤齐,郑瑞双. 肿瘤医院护士对待死亡及临终关怀态度的调查研究[J]. *中国实用护理杂志*, 2013, 29(25): 73-75.
- [9] 张清慧. 医护人员安宁疗护分级诊疗知行现状影响因素研究[D]. 长沙: 湖南中医药大学, 2021.
- [10] Registered Nurses' Association of Ontario. End-of-life care during the last days and hours [EB/OL]. [2023-07-03]. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/endoflife-care-during-last-days-and-hours>.
- [11] 张青青,王文超,顾莺. 成人安宁疗护相关临床实践指南的内容分析[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(9): 99-102.
- [12] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 国家卫生健康委办公厅关于开展第三批安宁疗护试点工作的通知[EB/OL]. (2023-07-12) [2023-07-04]. <http://www.nhc.gov.cn/ljks/tggg/202307/df326ed6049249c7bf823df1395c9b4f.shtml>.
- [13] 黄新娟,樊溶溶,谌永毅,等. 安宁疗护病房的建立与管理[J]. *中华护理教育*, 2021, 18(4): 358-362.
- [14] 黄亦恬,陶红兵,江恬雨,等. 医疗联合体实现条件与关键问题探讨[J]. *中国医院管理*, 2018, 38(9): 4-7.
- [15] 李迎鑫,张倩倩,程明明. 人文关怀专业化服务的发展: 第二届安宁疗护社会工作实务2019上海论坛会议综述[J]. *中国医学伦理学*, 2020, 33(2): 238-241.
- [16] 上海市卫生健康委员会. 上海市安宁疗护服务规范[EB/OL]. (2020-08-13)[2023-07-10]. https://www.shanghai.gov.cn/nw49248/20200920/15f042adfcd48e29124235a8e6f7dc2_65515.html.
- [17] 何曦,刘兰秋. 我国社区居家安宁疗护法制化研究[J]. *卫生软科学*, 2021, 35(6): 27-31.
- [18] 张敏,刘刚,侯万里,等. 医联体内双向转诊下转意愿及其影响因素研究[J]. *中国社会医学杂志*, 2021, 38(4): 396-401.
- [19] 谌永毅,成琴琴,刘翔宇,等. 护士在安宁疗护中的角色和地位[J]. *中国护理管理*, 2018, 18(3): 311-315.
- [20] Nguyen L T, Yates P, Osborne Y. Palliative care knowledge, attitudes and perceived self-competence of nurses working in Vietnam [J]. *Int J Palliat Nurs*, 2014, 20(9): 448-456.