



肿瘤科的临终关怀服务:临床医护对服务需求、满足程度与自身知识技能的评估

杜丽娜^{1,2}

1. 南京医科大学第一附属医院宣传统战处,江苏 南京 210029;

2. 南京大学政府管理学院,江苏 南京 210093

摘要:文章旨在了解肿瘤科临床医护人员感知的患者及其家属临终关怀的需要强度、此类需要被满足的程度,以及自身满足此类需要的知识与技能的评估,识别知识技能掌握程度的影响因素,及了解临床医护人员获取相关知识与技能的渠道。对68例肿瘤科临床医护人员进行在线问卷调查。总体而言,肿瘤科医护认为患者及家属的临终关怀需要较强烈,但需要被满足的程度较低,且自身具备的相应知识与技能较为缺乏。具体而言,临床医护认为临终患者的精神、心理需要,患者获得对接纳死亡的需要,及家属的需要得到满足的程度最低,且其自身满足该类需要的能力也更为匮乏。相对于护士及年轻的从业者,医生及年长的从业者自评掌握更多相关知识与技能。医护人员目前所具备的相关知识及技能最主要来自于实践。相关部门需大力推广针对肿瘤科患者的临终关怀服务,建立跨学科的综合服务团队,以及普及学历教育期间针对医学生及护理学生的系统课程。同时,针对年资较低的医护人员的相关在职培训也不可或缺。

关键词:临终关怀;肿瘤患者;临床医护;需要评估

中图分类号:R192

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2020)05-446-007

doi:10.7655/NYDXBSS20200510

依据世界卫生组织的定义,临终关怀是一门临床学科,通过早期识别、积极评估、控制疼痛和治疗其他痛苦症状,包括躯体、社会心理和宗教的(心灵的)困扰,来预防和缓解身心痛苦,从而改善面临威胁生命疾病的患者和他们亲人的生命质量^[1]。临终关怀强调人道主义原则及对患者的生理、心理、社会等需要的全面照护^[2]。

临终关怀服务起源于欧美,20世纪90年代初被引进中国。作为一门独立学科,临终关怀的内容已经被正式列入我国全科医生培训大纲和社区护士岗位培训大纲中^[3]。总体而言,我国目前临终关怀服务的水平及普及程度均处于较低水平,不能满足日益增长的需要^[4]。因此,推动临终关怀服务在中国的发展与普及至关重要。

我国临终关怀发展的困境主要存在于观念与资源两个层面。在观念层面,传统文化使得中国人

对死亡相关的话题充满恐惧与回避。因此,公开坦诚地谈论死亡,及在面对不可治愈的疾病时直面死亡、理性规划十分困难^[5]。此外,“孝道”与“好死不如赖活”的观念也导致临终患者的子女追求“尽全力救治”而非将维持生命的质量与尊严置于首位^[6]。在资源层面,临终关怀服务在中国的推广面临着巨大的资源困境。中国缺乏足够的资金和政策推动临终关怀机构的建设,转型来的“通用型”护士是目前实践团队中的主力军^[7],能提供高质量临终关怀服务的医护工作者也极为稀缺^[4,8]。

通过科学研究向公众揭示中国临终患者及其家属真实存在的临终关怀需要,有利于减轻传统观念对临终关怀事业发展的束缚。调查此种需要在中国现有医疗服务体制下被满足的真实情况将为相关政策的制定提供依据。此外,认识医护人员知识与技能掌握的影响因素,以及理解医护人员获得现有知识与

收稿日期:2020-02-24

作者简介:杜丽娜(1982—),女,江苏南通人,硕士,副研究员,中级社工师,研究方向为医院管理、医务社会工作与志愿服务。

技能的主要渠道,将为人才培养带来启示。

在世界范围内,癌症患者一直是临终关怀服务的主要接受者。由于中国癌症患者在临终阶段的整体生存质量不高^[8],这一群体对临终关怀服务存在多方面的潜在需要^[9]。此外,家属在陪伴、照料临终患者期间及亲人离世后均承受着巨大的痛苦^[10]。

本研究将聚焦肿瘤科的临终关怀服务,揭示:①肿瘤科医护工作者对患者及其家属各方面临终关怀需要的强烈程度的认知;②肿瘤科医护工作者对患者及其家属各方面临终关怀需要实际被满足程度的认知;③肿瘤科医护工作者对自身所具备的相关知识及技能的认知及其影响因素;④肿瘤科医护工作者获取相关知识与技能的渠道。

一、对象和方法

本研究采取横断面设计。由来自国内医院的肿瘤科临床医护人员在线填写问卷(腾讯问卷平台)。

表1 问卷涉及的临终患者及家属的临终关怀需要

患者需要	家属需要
P1: 缓解疼痛	F1: 在患者临终阶段,获得系统性的支持以更好地照料亲人
P2: 缓解除疼痛之外的生理不适	F2: 在患者临终阶段,获得系统性的支持以应对自身的哀伤
P3: 通过他人的帮助达到对死亡的接纳	F3: 在患者离世后,获得系统性的支持以应对自身的哀伤
P4: 通过他人的帮助缓解心理上的不适(焦虑/抑郁等)	
P5: 获得精神上,灵性上的关怀	
P6: 获得系统的支持从而在死亡前尽可能地积极生存	
P7: 全面了解关于自身状况的信息	
P8: 参与有关自身的治疗及护理的决策	

针对每项需要,被试回忆经历过所有成年患者的非突发死亡,并依据这些死亡病例的总体情况回答6个问题。①患者(或家属)对此的需要程度:0~10分(0=完全不需要,10=极其需要),不适用/无法回答;②患者(或家属)的该需要被实际满足的程度:0~10分(0=完全未满足,10=完全满足),不适用/无法回答;③临床医护人员自身具备的满足该需要的知识与技能:0~10分(0=极其匮乏,10=极其充足),不适用/无法回答;④临床医护人员是否从学历教育中获取过相关知识与技能:是、否,不适用/无法回答;⑤临床医护人员是否从在职培训中获取过相关知识与技能:是、否、不适用/无法回答;⑥临床医护人员是否从实践经验中获取过相关知识与技能:是、否、不适用/无法回答。

(二) 抽样方法与数据分析

本研究采取方便抽样。招募对象为在国内医院肿瘤科工作的,至少经历过1例成年患者的非突发死亡的临床医生及护士。最初一批被试由研究者通过发送问卷链接直接邀请。同时,研究者也邀请此批被

(一) 问卷设计与主要内容

问卷首页包含研究简介与知情同意书。被试通过点击“我已经阅读了上述有关本研究的介绍,对参加本研究可能产生的风险和受益充分了解。我自愿参加本研究”进入正式问卷。

正式问卷由两部分组成,第一部分询问被试的基本信息,包括年龄、性别、工作年限、职业(医生/护士)、科室、医院等级、医院所属性质、职称、参加临床工作以来经历的非突发的成年患者死亡数、以及一般而言在患者离世前多久预计到死亡即将发生。问卷的第二部分针对临终患者及其家属可能的临终关怀需要进行提问。以世界卫生组织对舒缓治疗的定义(涉及了7项针对患者的服务及2项针对家属的服务)为主体^[11],研究者结合现有的对临终关怀概念的综述^[11]、话语分析^[12]及前人对国内癌症患者需要的总结^[13],在问卷中纳入了8项临终患者的核心临终关怀需要及3项患者家属的需要(表1)。

试在填写完问卷后将链接转发给可能符合招募标准并有意参与此项研究的同事。所有被试参与此项研究完全自愿。若问卷中的一些问题引发被试心理上的不适,被试可随时退出问卷填写。

数据采用SPSS21.0进行统计分析,定量资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,2组间比较用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

(一) 问卷收集情况

共有68名医护人员匿名填写了网络问卷,无人中途退出。被试的基本信息如表2所示。参与者中,男女比例相当,其中大部分为医生,具有高级职称,来自公立、三级医院。超过一半参与者在职业生涯中经历过50例及以上的患者死亡。

(二) 主要因变量的描述统计

表3显示,总体而言,肿瘤科医护人员认为患者及其家属的临终关怀需要较为强烈,而目前他们的

表2 研究参与者的个人基本信息

维度	描述统计
年龄(岁)	40.38±7.33
工作年限(年)	16.97±8.23
性别[n(%)]	
女	37(54.4)
男	31(45.6)
职业[n(%)]	
医生	55(80.9)
护士	13(19.1)
医院等级[n(%)]	
三级	52(76.5)
二级	15(22.1)
一级	1(1.5)
医院所属性质[n(%)]	
公立	66(97.1)
私立	2(2.9)
职称[n(%)]	
高级	45(66.2)
初级	14(20.6)
中级	9(13.2)
职业生涯中的患者死亡数[n(%)]	
9例以内	7(10.3)
10~49例	19(27.9)
50例及以上	39(57.4)
不知道/无法回答	3(4.4)
意识到患者即将死亡的时间[n(%)]	
一直意识不到	1(1.5)
离世前1天以内	0(0)
离世前2~3天	7(10.3)
离世前4~7天	13(19.1)
离世前1~4周	27(39.7)
离世前1~6个月	17(25.0)
离世前6个月以上	2(2.9)
不知道/无法回答	1(1.5)

需要获得满足的程度相对不足(6个项目的评分低于5分)。此外,在对患者进行精神、灵性的关怀及支持家属应对哀伤方面,医护人员认为自身所具备的知识与技能并不充足(低于5分)。

(三)被试对患者与家属的需要评估对比

$$\text{通过公式 } I_p = \frac{1}{8} \sum_{i=1}^8 I_{p_i}, S_p = \frac{1}{8} \sum_{i=1}^8 S_{p_i}, KS_p = \frac{1}{8} \sum_{i=1}^8 KS_{p_i}$$

(I_{p_i} 、 S_{p_i} 、 KS_{p_i} 分别为被试针对第*i*项患者需求进行的需求强烈程度、需求被满足程度、自身具备的相关知识与技能的评分)分别计算每位被试评估的患者8项需要的强烈程度均值(I_p)、实际满足程度均值(S_p)及自身具备的知识与技能充足程度均值(KS_p)。通过

$$\text{公式 } I_f = \frac{1}{3} \sum_{i=1}^3 I_{f_i}, S_f = \frac{1}{3} \sum_{i=1}^3 S_{f_i}, KS_f = \frac{1}{3} \sum_{i=1}^3 KS_{f_i}$$

(I_{f_i} 、 S_{f_i} 、 KS_{f_i} 分别为被试针对第*i*项患者需求进行的需求强烈程度、需求被满足程度、自身具备的相关知识与技能的评分)分别计算每位被试评估的家属3项需要的强烈程度均值(I_f)、实际满足程度均值(S_f)及自身具备的知识与技能充足程度均值(KS_f)。使用相关样本*t*检验对 I_p 与 I_f 、 S_p 与 S_f 、 KS_p 与 KS_f 进行逐对比较。结果如表4所示,在肿瘤科的医护工作者看来,尽管所涉及的具体内容不尽相同,但患者与家属总体上对临终关怀服务的需要程度相当。然而,肿瘤科医护工作者认为家属的需要得到满足的程度更小,且他们自身具备的解决家属需要的知识与技能更为匮乏。

(四)相关知识与技能掌握程度的影响因素

为识别影响被试相关知识与技能掌握程度的因素,研究者先使用潜在类别分析^[14],基于被试的技能掌握程度评分对被试进行分类,随后比较不同类别被试在基本人口学变量及工作相关变量上是

表3 主要因变量的描述统计

项目	需要程度		需要实际满足程度		知识与技能	
	n	得分[分, ($\bar{x} \pm s$)]	n	得分[分, ($\bar{x} \pm s$)]	n	得分[分, ($\bar{x} \pm s$)]
患者需要						
缓解疼痛	68	7.82 ± 2.62	67	5.87 ± 1.98	68	6.94 ± 1.86
缓解除疼痛之外的生理不适	67	7.73 ± 2.16	67	5.52 ± 1.76	68	6.40 ± 2.02
通过他人的帮助达到对死亡的接纳	68	7.32 ± 2.53	68	4.50 ± 2.08	67	5.33 ± 2.22
通过他人的帮助缓解心理上的不适(焦虑/抑郁等)	68	7.91 ± 2.19	67	4.64 ± 2.09	68	5.13 ± 2.57
获得精神上、灵性上的关怀	68	8.07 ± 2.18	68	4.60 ± 2.40	68	4.97 ± 2.36
获得系统的支持从而在死亡前尽可能地积极生存	67	7.40 ± 2.47	65	5.12 ± 2.32	68	5.65 ± 2.37
全面了解关于自身状况的信息	67	6.85 ± 2.41	67	4.52 ± 2.03	68	6.18 ± 2.32
参与有关自身的治疗及护理的决策	68	6.50 ± 2.65	67	5.30 ± 2.04	68	6.26 ± 2.18
家属需要						
在患者临终阶段,获得系统性的支持以更好地照料亲人	68	7.78 ± 2.13	68	5.29 ± 2.10	67	5.73 ± 2.25
在患者临终阶段,获得系统的支持以应对自身的哀伤	68	7.43 ± 2.51	68	4.59 ± 2.48	68	4.78 ± 2.54
在患者离世后,获得系统的支持以应对自身的哀伤	66	6.85 ± 2.84	63	3.78 ± 2.06	67	4.18 ± 2.46

表4 患者需要与家属需要的组间比较结果

[分, ($\bar{x} \pm s$)]

类别	患者需要	家属需要	t值	P值
需要程度	7.45 ± 1.90	7.36 ± 2.20	0.408	0.684
需要实际满足程度	4.93 ± 1.63	4.45 ± 1.90	2.706	0.009
知识与技能	5.83 ± 1.91	4.93 ± 2.08	6.126	<0.001

否存在差异。潜在类别分析强调被试的异质性,并能识别出对不同题项回答模式存在差异的亚组,从而能比传统的以不同需求评估总分为因变量的二元分析及多元回归分析更有效地利用数据。实施潜在类别分析时,研究者先依据运行结果判断将被试分为几个亚组较为合理,再进一步分析合理的分组下不同组别的模式差异。

使用Mplus17.0,依据被试针对11个需要的知识技能掌握程度对被试进行潜在类别分析。指定潜在类别数为2时,参数显示模型拟合良好,赤池信息量准则(AIC)=2 957.598,调整后的贝叶斯信息量准则(aBIC)=2 925.007,熵=0.963,后验概率(posterior probabilities)=0.997, 0.982,且该模型的解释力显著强于类别数为1的模型[罗-门德尔-鲁宾似然比检验(LMR-LRT): $P=0.017$;自助法似然比检验(BLRT): $P<0.001$]。算法提示的分组结果显示,属于组一与组二的被试分别有40名与28名。图1展示了两组被试针对各项需要的知识与技能的掌握程度均值。

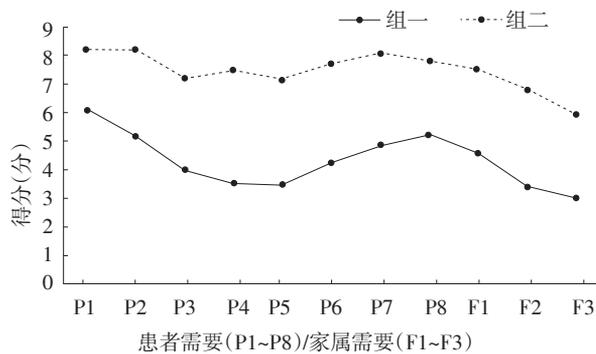


图1 潜类别分析揭示出两组被试知识与技能的掌握程度

进一步独立样本t检验显示,针对所有需要,组二被试所掌握的知识与技能均多于组一($P<0.001$,表5)。因此,组一与组二分别被命名为低知识技能组与高知识技能组。

以组别为自变量,年龄与工作年限分别为因变量实施独立样本t检验,同时以性别、职业、职称、医院等级、医院所属性质、职业生涯中患者死亡数及意识到患者死亡时间分别为因变量实施卡方检验。结果显示,低知识技能组与高知识技能组仅在年龄($t=-0.374$, $P=0.021$)与职业分布($\chi^2=7.440$, $P=0.006$)上存在显著差异。相比于低知识技能组,高知识技能组的被试平均年龄更大(42.82岁 vs.

表5 两组知识与技能掌握程度的组间比较(分)

类别	组一	组二	P值
患者需要			
缓解疼痛	6.10	8.14	<0.001
缓解除疼痛之外的生理不适	5.15	8.18	<0.001
通过他人的帮助达到对死亡的接纳	3.97	7.21	<0.001
通过他人的帮助缓解心理上的不适(焦虑/抑郁等)	3.50	7.46	<0.001
获得精神上,灵性上的关怀	3.45	7.14	<0.001
获得系统的支持从而在死亡前尽可能地积极生存	4.23	7.68	<0.001
全面了解关于自身状况的信息	4.88	8.04	<0.001
参与有关自身的治疗及护理的决策	5.20	7.79	<0.001
家属需要			
在患者临终阶段,获得系统性的支持以更好地照料亲人	4.58	7.44	<0.001
在患者临终阶段,获得系统的支持以应对自身的哀伤	3.38	6.79	<0.001
在患者离世后,获得系统的支持以应对自身的哀伤	3.00	5.93	<0.001

38.68岁),且医生所占比例更高(96.4% vs. 70.0%)。

(五) 医护知识与技能获得方式分析

针对患者与家属的每项需要,采用Cochran检验比较通过学历教育、在职培训、实践经验获得对应技能的临床医护占总人数的比例。结果显示,针对每项需要,通过三种渠道获得对应知识与技能的医护比例均存在显著差异($P<0.001$,表6)。McNemar事后分析发现,针对绝大部分肿瘤科患者的需要,医护人员获得对应的知识与技能的渠道都遵循:实践经历>在职培训>学历教育;针对绝大部分肿瘤科患者家属的需要,医护人员获得对应的知识与技能的渠道都遵循:实践经历>在职培训>学历教育。

三、讨论

(一) 大力发展临终关怀服务

与此前结果一致^[15-16],本研究显示,从肿瘤科医护的视角来看,患者及其家属的临终关怀需要被满足的程度较低,且医护人员自身所具备的相关知识与技能较匮乏。这一发现充分反映了在中国大力发展临终关怀,尤其是培养相关服务人员的必要性。

表6 知识技能获得方式比较

(P值)

类别	描述统计[n(%)]			Cochran 检验		事后检验: McNemar		
	1.学历教育	2.在职培训	3.实践经历	n	P值	1 vs. 2	1 vs. 3	2 vs. 3
患者需要								
缓解疼痛	62(58.8)	64(94.1)	66(97.1)	61	<0.001	<0.001	<0.001	1.000
缓解除疼痛之外的生理不适	62(60.3)	64(88.2)	67(95.5)	59	<0.001	<0.001	<0.001	1.000
通过他人的帮助达到对死亡的接纳	62(35.3)	64(64.7)	64(83.8)	59	<0.001	<0.001	<0.001	0.003
通过他人的帮助缓解心理上的不适(焦虑/抑郁等)	60(46.7)	66(75.8)	66(89.4)	59	<0.001	<0.001	<0.001	0.077
获得精神上,灵性上的关怀	61(31.1)	45(68.2)	48(73.8)	59	<0.001	<0.001	<0.001	0.774
获得系统的支持从而在死亡前尽可能地积极生存	62(46.8)	66(75.8)	67(82.1)	62	<0.001	<0.001	<0.001	0.219
全面了解关于自身状况的信息	61(49.2)	65(83.1)	65(89.2)	60	<0.001	<0.001	<0.001	0.453
参与有关自身的治疗及护理的决策	61(47.1)	65(80.0)	65(86.2)	60	<0.001	<0.001	<0.001	0.289
家属需要								
在患者临终阶段,获得系统性的支持以更好地照料亲人	61(41.0)	63(61.8)	64(82.8)	59	<0.001	<0.001	<0.001	0.022
在患者临终阶段,获得系统的支持以应对自身的哀伤	62(35.5)	63(65.1)	63(76.2)	59	<0.001	<0.001	<0.001	0.109
在患者离世后,获得系统的支持以应对自身的哀伤	61(27.9)	63(54.0)	63(69.8)	58	<0.001	<0.001	<0.001	0.039

(二)关注临终患者家属的需要

对比显示,相比于患者的需要,医护人员认为临终患者家属的需要被满足的程度更低,且他们更缺乏服务这一群体的相关知识与技能。在未来的临终关怀服务发展中,家属的需要不容忽视。

(三)重视临终患者的精神、心理需要与灵性关怀需要

本研究中,医护人员认为患者的精神、心理需要最为强烈,而这些需要被满足的程度却相对较低。与此同时,临床医护对相关知识与技能的掌握极不理想。此结果与前人发现一致^[17]。此外,医护人员对“肿瘤科患者通过他人的帮助达到对死亡的接纳”这一需要的强烈程度评分也与对需要获得满足的程度以及自身具备的知识技能的评分间存在较大距离。今后的政策制定与资源分配应侧重此三类需要。

(四)强化护士在临终关怀服务中的职能

本研究结果显示,相对于医生,肿瘤科护士对临终关怀知识与技能的掌握更薄弱。护士陪伴临终患者的时间通常比医疗团队中的其他人员更长,他们的存在也对提高临终患者死亡前的生存质量及协助家属度过与亲人的分别至关重要^[18]。因此,通过制度和培训完善护士的相关知识技能,从而推动他们在临终关怀服务中扮演更重要的角色,对我国的临终关怀事业发展意义重大。

(五)推进针对医护工作者的学历教育及有针对性的在职培训

本研究揭示了学位教育在我国临终关怀人才培养中的缺位,而这将直接限制国内临终关怀的开展与普及。因此,在学历教育期间推行针对医学生与护理学生的系统课程与对应实践刻不容缓。与此同时,相比于年长的医护工作者,年轻的从业者对临终关怀知识与技能的掌握更薄弱。这一结果说明,临床工作中的实践与积累对构建完整的临终关怀知识与技能体系同样不可或缺。因此,推行全方位的、有针对性的在职培训,尤其是示范性培训^[19]将有利于促进年轻的医护工作者更迅速、更全面地掌握相关知识与技能。

(六)培育包含社会工作者的跨学科服务团队

临终关怀服务不仅包含对患者症状的控制、疼痛的缓解和身体的照料,也涉及对患者心理精神层面的关爱和对患者家属的社会支持。因此,临终关怀服务是健康照顾与社会照顾服务的结合点,也是社会工作者可以发挥作用的重要领域。近年来,中国临终关怀社会工作实务体系的建设已获推进^[20],相关研究也对该体系的范围内容与优先领域作出了界定^[21]。除医生、护士和社会工作者之外,对肿瘤科临终患者全方位的照护也需要康复师、心理学家、营养师、灵性关怀者以及志愿者的共同参与。因为临终患者的需要是多方面的,所以建设跨学科

的综合性临终关怀服务团队至关重要^[22]。

四、研究不足与展望

(一)不足

方便抽样法导致样本随意性较高。由于本研究目标人群为医院肿瘤科的临床医护人员,范围广泛,因此采用方便抽样法。在抽样过程中,除了笔者和研究团队邀请参与的目标人群外,也存在抽样人群将问卷再次传播给其他被调查对象的现象,因此存在样本单位随意性较高的问题。样本量较小导致研究代表性受限。本研究样本量68例,问卷中未涉及地域分布,因此可能存在样本量集中在某几家医院或某几个地区,具有一定的局限性,样本代表性受限。

记忆导向问题设置导致回忆偏差。问卷中包含患者临终阶段的患者需要和家属需要评价,需要填答者回忆患者去世过程再完成填写。医护人员由于从业经历的不同,所接触的临终患者数量和时间均不同,在填写时会出现回忆偏差,在数据分析中偏差未有效规避。

(二)展望

在全国范围内实施基于代表性抽样的大样本调查。本研究为第一阶段的基础研究,笔者将在既有研究基础上开展全国范围内的大样本调查,将医疗机构的地域分布纳入问卷作为分析因素,进而弥补现阶段样本量代表性不足的问题,以获得更具有代表性的数据。

引入患者及其家属的主观评价及客观的医疗数据。本研究仅涉及医护人员视角,为规避身份角色带来的研究偏差,笔者将在后续研究中纳入患者及其家属的主观评价,开展半结构式访谈。同时笔者也将结合患者临终阶段出现乏力、恶心、呕吐、口渴、便秘等症状的客观数据,全方位理解和分析当前肿瘤科临终关怀服务的现状。

采用质性研究深入理解临终关怀跨专业团队面临的困难。本次研究结果显示,临终关怀服务是健康照顾与社会照顾服务的结合点,需要一个跨专业团队协同服务。笔者将在后续研究加入质性研究方法,针对一线医护人员、医务社工、医院管理层等多种角色开展半结构式访谈,分析目前临终关怀服务面临的困难,探索切实有效的解决路径。

参考文献

[1] SEPÚLVEDA C, MARLIN A, YOSHIDA T, et al. Palliative care: the World Health Organization's global

perspective[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2002, 24(2): 91-96

[2] 孟宪武. 中国临终关怀工作的开展及其前景展望[J]. *肿瘤防治杂志*, 2003(1): 17-20

[3] 岳林, 张雷. 我国临终关怀的特点及其发展展望[J]. *护士进修杂志*, 2011, 26(2): 117-119

[4] 张韵, 陆杰华. 痛苦抑或安详: 中国老年人临终状态及其影响因素的实证探究[J]. *人口与发展*, 2017, 23(2): 80-91

[5] 王凌云, 韩琤琤, 路琦, 等. 基于优逝理念的社区晚期癌症患者家属面对亲人离世体验的研究[J]. *中国护理管理*, 2016, 16(12): 1703-1707

[6] 张鹏. 传统生死孝道观与老年临终关怀[J]. *医学与哲学*, 2014, 35(11): 34-36

[7] 朱姝芹, 许勤, 朱军华, 等. 我国安宁疗护人力资源发展问题研究[J]. *南京医科大学学报(社会科学版)*, 2019, 19(2): 115-118

[8] 崔静. 癌症患者临终阶段生存质量研究[D]. 上海: 第二军医大学, 2011

[9] 吴琳, 屈红, 刘红, 等. 临终关怀护理对晚期癌症患者的影响[J]. *齐鲁护理杂志*, 2014, 20(3): 90-91

[10] 唐咏. 叙事医学视角下的临终关怀研究[J]. *医学与哲学*, 2018, 39(13): 72-75

[11] HUI D, DE LA CRUZ M, MORI M, et al. Concepts and definitions for "supportive care" "best supportive care" "palliative care" and "hospice care" in the published literature, dictionaries, and textbooks[J]. *Supportive Care in Cancer*, 2013, 21(3): 659-685

[12] PASTRANA T, JÜNGER S, OSTGATHE C, et al. A matter of definition—key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care[J]. *Palliat Med*, 2008, 22(3): 222-232

[13] 朱丽霞, 高凤莉. 癌症病人的临终关怀与护理[J]. *护理研究*, 2004, 18(21): 1893-1895

[14] JUNG T, WICKRAMA K A S. An introduction to latent class growth analysis and growth mixture modeling[J]. *Soc Personal Psychol Compass*, 2008, 2(1): 302-317

[15] GU X, CHENG W, CHEN M, et al. Timing of referral to inpatient palliative care services for advanced cancer patients and earlier referral predictors in mainland China[J]. *Palliative & Supportive Care*, 2016, 14(5): 503-509

[16] 白旭晶, 宋岳涛, 杨璇, 等. 北京市临终关怀服务从业人员现况调查[J]. *山西医药杂志*, 2017, 46(18): 2192-2196

[17] WANG X S, DI L J, REYES-GIBBY C C, et al. End-of-life care in urban areas of China: a survey of 60 oncology clinicians[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2004, 27(2): 125-132

[18] THACKER K S. Nurses' advocacy behaviors in end-of-life nursing care[J]. *Nurs Ethics*, 2008, 15(2): 174-185

- [19] 刘小红,晁腾飞,贺恋秋. 体验式教学在新护士临终关怀教学中的应用研究[J]. 中华全科医学, 2017, 15(5):873-875
- [20] 李滨,李摇摇. 中国生命关怀协会临终关怀社会工作专业委员会成立大会暨首届全国临终关怀与医务社会工作实务研讨会学术会议综述[J]. 重庆工商大学学报(社会科学版), 2017, 34(3):31-33
- [21] 刘继同. 中国临终关怀社会工作元年与社会工作"实务问题清单[J]. 重庆工商大学学报(社会科学版), 2017, 34(3):15-19
- [22] 尹诗,姜冬九. 我国临终关怀模式探讨[J]. 中国护理管理, 2011, 11(12):48-50

Hospice care service in oncology department: the assessment of service requirement, satisfaction degree, self-knowledge and skills of clinical doctors and nurses

DU Lina^{1,2}

1. Department of Propaganda and United Fronts, the First Affiliated Hospital of Nanjing Medical University, Nanjing 210029;

2. School of Government, Nanjing University, Nanjing 210093, China

Abstract: The present study aims to understand clinical oncology doctors and nurses perception of the intensity, satisfaction degree and self-knowledge of hospice care needs for patients and their families, to identify the influencing factors on knowledge and skills, and to explore the channels for clinical doctors and nurses to acquire relevant knowledge and skills. The authors conducted an online survey on 68 clinical oncology staff. In general, it believed that the mental and psychological needs of dying patients, the needs of patients to accept death, and the needs of their families were met to the lowest extent, as well as their ability to meet such needs was more deficient. Compared with nurses and younger practitioners, doctors and older practitioners thought they had more relevant knowledge and skills. At present, the relevant knowledge and skills of clinical doctors and nurses mainly came from practice. Relevant departments should vigorously promote hospice care services for oncology patients, establish interdisciplinary teams, and enable systematic courses for medical students and nursing students during academic education. Simultaneously, the relevant on-the-job training for the less experienced staff is also indispensable.

Key words: hospice care; oncology patients; doctor and nurse; need assessment