



我国安宁疗护人力资源发展问题研究

朱姝芹¹, 许勤¹, 朱军华¹, 赵云², 羊波²

1. 南京医科大学护理学院, 江苏 南京 211166;

2. 南京医科大学附属肿瘤医院疼痛科, 江苏 南京 210000

摘要:安宁疗护的发展是当今社会的迫切需求,但我国目前安宁疗护实践现状和发展需求不相匹配是较为突出的问题,从业人员是否能胜任实践是制约安宁疗护发展的重要因素。护士作为实践团队中的主力军,其能力影响着安宁疗护的质量。文章在研究安宁疗护的急迫性和实践质量现状的基础上,分析从业人员尤其是护士能力现状及其对安宁疗护实践的影响,并参考国外的能力标准提出我国安宁疗护护士发展的思考,以期为建设基于我国国情的安宁疗护护士团队提供借鉴和参考。

关键词:安宁疗护; 护士; 能力; 发展

中图分类号:R192.6

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2019)02-115-004

doi:10.7655/NYDXBSS20190208

安宁疗护(hospice & palliative care)是针对无治愈希望的末期病患提供积极性全人化(全人:身、心、灵整体照顾)的照顾,以维护患者和家属最佳生命品质的一项实践活动^[1],在我国是临终关怀、舒缓医疗、姑息治疗等的统称。它不同于医院医疗体系和急救医疗体系,其核心是不以治愈为目的,而是通过控制疼痛,缓解其他不适症状,同时处理患者及家属在心理、社会、心灵上的问题,以提高终末期病患的生命质量,达到“优逝”的目的。

社会沃姆理论认为,人的临终期与孕育期基本相等,为10个月左右,这段时间临终者同样需要类似于“womb(子宫)”的社会环境,为其创造一个温暖、舒适的氛围,为其提供全部的爱与呵护^[2]。《“健康中国2030”规划纲要》将立足全人群和全生命周期两个着力点实现高水平全民健康作为建设健康中国的战略主题,强调要覆盖生命全周期,针对生命不同阶段的主要健康问题强化干预,实现从胎儿到生命终点的全程健康服务^[3],安宁疗护的发展势在必行。

一、我国安宁疗护发展面临的困境

(一)社会需求急迫

社会老龄化加剧。据国家统计局2017统计年鉴数据显示,我国老年人口比例逐年上升,截至

2016年,全国65岁以上老年人口达到1.5亿,人口比重达10.8%^[4]。人口老龄化也带来失能、半失能老年人数目不断上升,截至2016年,我国失能、半失能老年人已达4000多万,占老年人口的18.3%^[5]。这部分老年人除了需要常规的生活照料,也需要心理的护理、精神的慰藉、专业的康复理疗等,但在“421”家庭结构中,家属不能完全满足这些需求,而现有社区建设大多是针对健康老年人“老有所为”“老有所乐”等问题,即使北京、上海等养老模式相对较为成熟的地区,现有养老机构也远不能满足失能老年人的养老需求,使这部分老年人晚年生活质量得不到保障,给家庭、社会带来沉重的压力^[6-7]。

癌症发病率上升。我国2017年发布的中国癌症报告显示,全国255个癌症登记处新发癌症数超过64万,发病率达到21.6%,死亡人数接近40万,死亡率达12.43%^[8]。目前对中晚期癌症的治疗效果尚不满意,我国每年用于癌症的经济成本高达数百亿元^[9],但由于我国传统观念影响及对死亡的恐惧,患者和家属很少能理性应对,加上我国生前预嘱尚不被法律认可,生命终末期患者往往无法参与自身治疗的决策,“过度治疗”或“无效治疗”成为医疗中较为严重的问题,不仅造成社会资源的浪费,患者所面临的生理、心理痛苦往往也波及家庭,甚至影

基金项目:江苏省高校哲学社会科学基金“中加安宁疗护服务模式的比较研究”(2017SJB0295)

收稿日期:2018-11-28

作者简介:朱姝芹(1980—),女,江苏镇江人,博士在读,讲师,研究方向为安宁疗护、循证护理。

响社会稳定。为缓解患者痛苦,减轻家庭社会的经济负担,避免医疗资源的浪费,提升晚期患者的生活质量,安宁疗护成为社会的一种迫切需要。

(二) 实践现状与发展需求不匹配

1. 国家政策推行

2015年,国务院办公厅转发《关于推进医疗卫生与养老服务相结合的指导意见》中提出要为老年人提供治疗期住院、康复期护理、稳定期生活照料以及临终关怀一体化的健康和养老服务。2016年,国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》,明确提出全民健康是建设健康中国的根本目的,要实现从胎儿到生命终点的全程健康服务和健康保障。2017年3月,国家卫计委首次就老年健康问题制定国家级专项规划,联合12个部门印发《“十三五”健康老龄化规划》,明确提出推动安宁疗护服务的发展。2017年,卫计委印发《安宁疗护中心基本标准(试行)的通知》和《安宁疗护中心管理规范(试行)的通知》明确了安宁疗护中心的准入标准、服务管理和操作规范,促进机构规范化建设,并选取北京海淀区、上海普陀区、吉林长春市、河南洛阳市和四川德阳市为试点,从建设服务体系、明确服务内容、建立工作机制、探索制度保障、加强队伍建设、研究制定标准规范、加强宣传教育等方面开展工作,进一步推进安宁疗护的发展。

2. 服务质量较低

安宁疗护自20世纪80年代进入我国以来并未像欧美国家一样发展成成熟壮大,专业从业人员的数量和质量达不到服务需求一直是阻碍我国安宁疗护事业发展的重要因素之一^[10-11]。英国经济学人智库2015年发布的第二版全球死亡质量指数显示,在中国400家专业肿瘤医院中,只有少数慈善医院和康复中心提供姑息治疗服务,且大多数临终关怀机构集中在北京、上海等大都市^[12]。2015年死亡质量指数排名中,中国排第71位,在所有纳入的80个国家位于倒数第十,而在亚太地区排倒数第四,仅优于缅甸、菲律宾和孟家拉国,这与我国的人口规模和经济发展速度均不匹配;在所有的评分类别中,护理质量的得分最低,仅16.3分(总分100分),护理质量排名前三的英国、瑞典、澳大利亚则分别得到100、97.5、96.3分^[12]。在此类别的评分指标中,诸如专业人员是否经过专业培训,从而有能力正确供应阿片类止痛药物控制疼痛、制定“拒绝心肺复苏术(DNR)”政策、为患者和家属提供心理支持、重视患者及其家人的看法,支持患者和家属在晚期疾病时作出恰当的决定、以及通过艰难的谈话和沟通,引导患者作出决策等,我国均执行极少或完全未执行,一方面固然有文化背景、传统观念、政策支持等方面的原因,但另一方面从业人员自身的能力素质

是否能胜任安宁疗护实践也是重要制约因素,护士作为实践团队中的主力军,其能力影响着安宁疗护的质量。

3. 从业人员能力现状不容乐观

我国现阶段从事安宁疗护的护士大多是从“通用型”护士转型而来,目前安宁疗护从业护士的胜任现状不容乐观,护士能做好日常生活照料、完成常规医嘱,但对患者的整体管理、积极的沟通及更高层次的临床决策、多学科协调等存在一定的困难。上海2016年一项临终关怀事业的现状调查显示,临终关怀相关护理人员的能力素质有待提高,相关人员中72.46%未接受过临终关怀服务培训,主要是依靠从实践经验获得的技能从事安宁疗护活动^[13]。另一项对舒缓疗护试点机构从业人员的调查显示,从业人员存在沟通交流、经验阅历方面的不足,另外伦理观念薄弱、对临终患者知情同意权不够重视等导致临终患者知情权、自主权被忽略,而自身生死观念、生命价值观未有转变也使得近一半的从业人员对从事临终关怀工作感到压力大,有挫折感,从业意愿低^[14]。

《“健康中国2030”规划纲要》将“健康服务能力大幅提升”作为战略目标之一。随着社会、民众对安宁疗护需求的增加及国家一系列推进政策的发布,预计在今后短期内安宁疗护性质的机构或具备安宁疗护服务的机构数量将有一定规模的增加,而这些机构对专业安宁疗护护士的需求量也将大幅度增加,从业护士是否能胜任将成为人力资源管理 and 提升安宁疗护质量的关键和核心问题。

二、国外安宁疗护实践中护士的角色定位及能力标准

在英美加澳等发达国家,护士是安宁疗护实践团队中能为患者和家属发声,并提供直接照护的团队成员,护士在安宁疗护中发挥着主导作用,不仅是专业照护者,还是患者的整体管理者、教育者、沟通者,承担着症状控制、心理疏导、丧亲护理、安宁疗护事业的研究和发展等职责,需要对患者及家属生理和心理的变化进行判断,并作出决策,因此对安宁疗护护士能力素质也有较高的标准和要求^[15-16],通常通过能力评估和资质认证来选拔、培训、考核安宁疗护护士。

英国是最早界定安宁疗护护士能力的国家,在英国,安宁疗护护士被分为四个层次:支持工作者、有资质的护士、资深护士、护理专家,英国皇家护理学院于2002年在文献回顾、专家研讨的基础上制定了安宁疗护护士能力框架,分别就这四个层次,从知识、技能和行为三大方面详细阐述了安宁疗护实践者应具备的六项能力,包括沟通能力、质量控制

能力、临床实践的知识和技能、管理和领导能力、研究能力和丧亲护理能力^[16]。

澳大利亚于2005年构建了治疗关系、综合的支持性护理、团队合作实践、领导力、促进专业实践5个领域的12条能力标准^[17]：在治疗中能协商一致的护理目标，并促进以人为中心的决策，以促进具有生命受限疾病的个体、其照顾者和家庭的最佳结果；在与个人、照顾者和家庭，其他护士及健康小组成员的合作中展现先进的技能，以促进最佳姑息治疗的结果；积极参与促进优质姑息护理持续发展的专业活动等。

新西兰于2008年(2014年更新)分别针对所有护士、大多数护士、少部分护士，从四个领域对安宁疗护护士提出了不同的要求，具体是：专业职责，包括专业、法律、伦理职责及文化安全；护理管理，包括患者评估和管理、对患者需求的响应；人际关系，包括与患者个人和治疗的沟通，与其他护理人员、跨专业成员的沟通；跨专业健康照护和质量改进，包括成为健康照护团队成员、评估照护的有效性、通过团队内部的跨专业活动促进护理的视野等能力^[18]。

加拿大于2009年从照护患者及其家人、疼痛评估和管理、症状评估和管理、死亡来临时的处理、丧亲支持、跨专业实践、教育、伦理法律问题的处理、自身专业发展等九方面能力^[15]来评估和培训安宁疗护护士。

美国从安宁疗护助理护士、执业护士、儿科护士、高级安宁疗护护士等不同的层次来界定其实践活动的范畴，并从学历、教育培训、实践时数等不同方面的标准对其进行考评和认证^[19]。

三、我国安宁疗护护士能力发展的思考

(一)明确安宁疗护护士的职责

我国安宁疗护的发展尚处于探索阶段，肿瘤护理专家湛永毅教授指出护士在安宁疗护中是评估者、教育者、实施者、协调者、研究者^[20]，但具体的职责尚不明确，各级各地的要求和培训参差不齐，有些承担着过多的任务，有些怕承担不必要的责任不敢多做，这对护士的管理、个人能力发展、工作的积极性都有一定影响，有必要明确护士的职责范围，另外，标准统一有助于促进发展^[15]，也有必要制定规范统一的标准来指导安宁疗护护士的培养。

(二)构建适合我国国情的安宁疗护护士能力标准

国外的角色定位和能力内涵既有一定的相似性，也有根据不同国家文化背景呈现出来的差异性，我国的政策、法律、管理的现状，患者的教育文化背景，护士的教育准备、专业化程度、工作条件等与国外都有较大差别，因此并不能完全照搬国外的

能力标准，如对沟通能力的要求，我国社会死亡教育整体比较缺失，受传统死亡观念和道德观念的束缚，“死亡”通常为忌讳谈论的话题，护士与患者及家属间的沟通较国外更加艰难，且可能得不到期望的回应，而类似疾病发展情况的告知、临终时是否采取心肺复苏等抢救措施的知情同意等内容，患者及家属更愿意跟医生进行沟通，因此在能力培养中，有关病情、治疗决策等方面的沟通可作为医护协作问题，护士能协助医生进行沟通即可，而护士与患者沟通能力的体现可重点放在患者的需求、护理意愿、信息支持、情绪疏导等方面。

(三)重视护士的个体特质和心理调适

安宁疗护面对的是救治希望不大的生命末期患者及其家庭，死亡可能随时发生，护士常常面临巨大的心理压力，对护士自身的情绪调节也是极大的考验。护士是以女性为主的群体，若没有良好的心理、情感调适能力，很难长期从事该项事业。因此，一方面管理者在选择安宁疗护护士时应考虑到个体特质，培训时也应加入如何将工作与生活分开，如何应对和排解负面情绪等方面的内容；另一方面在工作中也应定期安排心理医生或组织活动让负面情绪得到宣泄。同时，国家也应重视提高安宁疗护人员的待遇，如给予额外假期，发放特殊补贴等，既从物质上给予支持，也从心理上给予安慰，虽不一定能从根源上提升从业意愿，但至少能为减少从业人员的流失作出努力。

在安宁疗护需大力发展的现实国情下，人力资源会成为重要的促进或阻碍因素，护士作为实践团队中的主力军，其人员的选择、评估、维持、提高也将成为安宁疗护质量管理的重点，影响着安宁疗护实践的质量。目前我国安宁疗护尚在探索实践阶段，护士团队建设应同步进行，在界定职责范围，构建能力标准，加强专科培训等方面进行探索，为发挥护士在安宁疗护中的作用，提高实践质量，推动安宁疗护发展作出应有的贡献。

参考文献

- [1] 中国全科医学编辑部. 全科医生小词典——安宁疗护[J]. 中国全科医学, 2013, 16(1C): 353
- [2] 中国信息界杂志编辑部. 生命之旅的最后一站——访北京松堂关怀医院[J]. 中国信息界(e医疗), 2012, 5(7): 46-47
- [3] 中共中央国务院. 健康中国2030"规划纲要[EB/OL]. [2018-07-11]. http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm
- [4] 中华人民共和国国家统计局. 中国统计年鉴2017[EB/OL]. [2018-07-11]. <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2017/indexch.htm>

- [5] 梁宏姣. 城市医养结合机构养老模式研究[D]. 哈尔滨:黑龙江省社会科学院,2015
- [6] 孙继艳,郝晓宁,薄涛. 北京市失能老人社区照顾现状与需求分析[J]. 中国卫生政策研究,2016,9(11):57-64
- [7] 东方网. 沪老年人14.6%失能,提供医疗护理服务养老机构缺乏[EB/OL]. [2018-07-11]. <http://sh.sina.com.cn/news/2016-09-18/detail-ixvvyqwa3386596.shtml>
- [8] Chen W, Zheng R, Zhang S, et al. Cancer incidence and mortality in China in 2013: an analysis based on urbanization level [J]. Chinese Journal of Cancer Research, 2017, 29(1): 1-10
- [9] 中国抗癌协会. 卫生部《中国癌症预防与控制规划纲要(2004-2010)》[EB/OL]. [2018-07-11]. <http://www.caca.org.cn/system/2009/03/18/010022193.shtml>
- [10] 王宇,黄莉. 澳大利亚慢性病患者临终关怀政策对中国的启示[J]. 中国全科医学,2015,18(19):2253-2256
- [11] Wu YJ, Li LZ, Su H, et al. Hospice and palliative care: development and challenges in China [J]. Clin J Oncol Nurs, 2016, 20(1): E16-E19
- [12] The Economist Intelligent Unit. 2015 Quality of Death Index[EB/OL]. [2018-07-18]. <https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/images/2015%20Quality%20of%20Death%20Index%20FINAL%20SC.pdf>
- [13] 杜冰莹,荀臻臻,芦方颖,等. 上海市临终关怀事业现状调查[J]. 中国医学伦理学,2016,29(1):173-177
- [14] 顾文娟,施永兴,袁炜,等. 上海市社区舒缓疗护(临终关怀)项目试点机构从业人员的临终关怀认知与态度调查[J]. 中国全科医学,2015,18(22):2641-2647
- [15] 朱姝芹,崔焱. 加拿大临终关怀模式初探[J]. 医学与哲学(A),2016,37(12):32-35
- [16] Royal College of Nursing. Competencies in nursing[EB/OL]. [2018-07-11]. <http://www.knowledge.scot.nhs.uk/media/CLT/ResourceUploads/20306/001958.pdf>
- [17] Canning D, Yates P, Rosenberg JP. Competency standards for specialist palliative care nursing practice[EB/OL]. [2018-07-11]. <http://www.pcna.org.au/images/documents/competystds.pdf>
- [18] Palliative Care Nurses New Zealand. A National professional development framework for palliative care nursing in Aotearoa New Zealand[EB/OL]. [2018-07-11]. <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/national-professional-development-framework-palliative-care-nursing-practice-nz-oct14.pdf>
- [19] 李梦诗,周玲君,顾申. 美国临终关怀护士资格认证现状及其启示[J]. 解放军护理杂志,2012,29(11):33-34,37
- [20] 湛永毅,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

The human resource development of hospice and palliative care in China

Zhu Shuqin¹, Xu Qin¹, Zhu Junhua¹, Zhao Yun², Yang Bo²

1. School of Nursing, Nanjing Medical University, Nanjing 211166;

2. Department of Pain, The Affiliated Cancer Hospital of Nanjing Medical University, Nanjing 210000, China

Abstract: The development of hospice and palliative care is an urgent need of China, however the current situation of hospice and palliative care in China fails to comply with its demands. The competency of medical practitioners accounts for an important factor which can affect the further development of hospice and palliative care. Nurses, as one of the key members in the hospice and palliative care team, their capability and professionalism heavily influence the quality of medical care. Based on the study of the urgency and quality of hospice and palliative care, this paper analyzed the current situation of the competence of medical practitioners, especially that of nurses, and its impact on hospice practice. This paper also put forward some thoughts on the development of hospice nurses in China by referring to the competency standards abroad and can be taken as a reference for the future construction of hospice nurse team in China.

Key words: hospice and palliative care; nurse; capacity; development