晚期肿瘤患者精神关怀需求特征及护理干预策略的实证研究

吕 迪，黄辉辉*

华中科技大学同济医学院附属协和医院重症医学科 ICU 湖北武汉

【摘要】**目的** 本研究旨在基于卡诺模型（Kano 模型）分析晚期肿瘤患者精神关怀需求的优先级属性，并构建科学的分级干预策略。**方法** 采用多中心横断面研究设计，于 2023 年 1 月至 2024 年 6 月便利选取华东地区 5 家三级甲等医院的 357 例晚期肿瘤患者作为研究对象，使用 Kano 模型定向问卷评估其精神关怀需求属性，并结合 Nurse Spiritual Therapeutics Scale（NSTS）进行多维分析。**结果** 晚期肿瘤患者精神关怀需求主要呈现基本型需求（必备属性）、期望型需求（一维属性）和兴奋型需求（魅力属性）三类。年龄、宗教信仰及疼痛程度与部分需求属性差异相关（P＜0.01）；其中，中重度疼痛患者对“症状控制承诺”的需求强度显著升高（β=0.41，P＜0.001）。**结论** 护理人员应依据需求属性实施差异化干预，优先保障基本型需求，规范响应期望型需求，并在个体评估基础上拓展兴奋型需求的满足路径。该研究为构建科学的精神关怀服务体系提供了实证依据，对改善晚期肿瘤患者生存质量具有重要临床意义。

【关键词】晚期肿瘤；精神关怀；卡诺模型；需求特征；护理干预

【收稿日期】2026 年 10 月 3 日 【出刊日期】2026 年 11 月 2 日 【DOI】10.12208/j.jacn.20260566

An empirical study on the characteristics of spiritual care needs and nursing intervention strategies for patients with advanced cancer

*Di Lv, Huihui Huang**

Department of Critical Care Medicine (ICU), Union Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, Hubei

【**Abstract**】**Objective** This study aims to analyze the priority attributes of spiritual care needs among patients with advanced cancer based on the Kano model and to develop a scientific, tiered intervention strategy. **Methods** A multicenter, cross-sectional study design was employed. Between January 2023 and June 2024, 357 patients with advanced cancer were recruited via convenience sampling from five Grade A tertiary hospitals in East China. The Kano model questionnaire was used to assess the attributes of their spiritual care needs, supplemented by a multidimensional analysis using the Nurse Spiritual Therapeutics Scale (NSTS). **Results** The spiritual care needs of patients with advanced cancer were categorized into three types: “must-be” (basic) needs, “one-dimensional” (expected) needs, and “attractive” (delight) needs. Factors such as age, religious belief, and pain intensity were associated with variations in certain need attributes ($P < 0.01$). Notably, patients experiencing moderate to severe pain showed a significantly higher intensity of need for “commitment to symptom control” ($\beta = 0.41$, $P < 0.001$). **Conclusion** Nursing staff should implement differentiated interventions based on the attributes of these needs: prioritizing the fulfillment of “must-be” needs, systematically addressing “one-dimensional” needs, and—based on individual assessments—expanding pathways to satisfy “attractive” needs. This study provides an empirical basis for establishing a scientific spiritual care service system and holds significant clinical value for improving the quality of life of patients with advanced cancer.

【**Keywords**】Advanced cancer; Spiritual care; Kano model; Characteristics of needs; Nursing intervention

1 引言

随着现代医学模式由单纯关注疾病治疗逐步转向以患者整体健康为中心，晚期肿瘤患者的精神关怀需求日益受到重视。精神痛苦可与疼痛、情绪困扰、关系

第一作者简介：吕迪，女，护师；
*通讯作者：黄辉辉

变化及生命意义危机相互作用，并影响患者的生活质量和疾病应对。安宁疗护强调对身体、心理、社会及精神层面的综合支持，因此，准确识别精神关怀需求并形成可操作的护理响应路径，是提高晚期肿瘤整体照护质量的重要组成部分[1-2]。

传统精神关怀评估较多依赖患者主动表达和护士临床经验，难以对不同需求的优先级进行结构化区分。Kano模型可依据需求被满足或未被满足时对满意度的影响，将服务需求划分为必备属性、一维属性、魅力属性、无差异属性和反向属性，为识别护理服务中的优先改进项目提供方法学支持。已有研究已将 Kano 模型用于中国晚期乳腺癌住院患者精神关怀需求分析，并显示不同条目可呈现不同属性特征[3]。

本研究创新性地将 Kano 模型应用于晚期肿瘤患者精神关怀领域，通过科学识别需求的优先级属性，为构建精准化精神关怀服务体系提供循证基础。研究聚焦三个关键问题：晚期肿瘤患者的精神关怀需求呈现怎样的属性分类特征？不同人群特征是否影响需求属性？基于需求属性分类的护理干预策略应如何构建？

2 文献综述

2.1 精神关怀及相关术语界定

“精神关怀（spiritual care）”指护理人员在尊重患者价值观、信念和文化背景的基础上，通过倾听、陪伴、意义支持、关系促进及必要的宗教/信仰资源转介等方式，回应患者在疾病过程中出现的意义、希望、价值、联结与超越性需求。

“精神痛苦（spiritual distress）”用于描述上述需要受阻时出现的内在困扰；“存在性绝望”作为精神痛苦的一种表现，不与“精神关怀”或“精神支持”混用[1]。Kano 模型中，必备属性（M）对应本文的“基本型需求”，一维属性（O）对应“期望型需求”，魅力属性（A）对应“兴奋型需求”；无差异属性（I）和反向属性（R）沿用模型原称[3]。

2.2 晚期肿瘤患者精神关怀需求特征

晚期肿瘤患者的精神关怀需求具有多维性，既涉及症状负担和尊严维护，也包括情绪表达、家庭关系、希望维持、生命意义与信仰支持等内容。近期研究显示，晚期癌症患者的灵性需求和灵性应对受到身体及心理负担、社会支持、宗教信仰及个体背景等多因素影响，不同患者对希望、信仰和生命意义的关注存在明显个体差异[1,4]。此外，晚期癌症患者安宁疗护需求评估研究显示，灵性护理需求与症状管理、心理照护、自我决定及社会支持等共同构成多维需求体系[5]。然而，既往研究较多描述“有哪些需求”，对“哪些需求应优先满足”的属性识别仍相对不足。

2.3 现有干预模式及局限

当前精神关怀干预包括意义导向干预、尊严疗法、生命回顾、正念、音乐治疗及宗教/信仰支持等多种形式。近年来，尊严疗法在晚期癌症患者中的应用形式、干预内容及患者结局已得到较系统梳理，并逐步形成符合我国文化情境的家庭尊严疗法方案[6-7]。但不同干预的适用对象、实施人员、干预剂量和随访时长仍存在差异，临床应用时需基于患者实际需求进行分层选择。因此，引入 Kano 模型对需求属性进行分类，可为有限护理资源下的优先级管理提供补充依据。

3 研究方法

3.1 研究设计

采用多中心横断面研究设计。于 2023 年 1 月至 2024 年 6 月在华东地区 5 家三级甲等医院肿瘤科及安宁疗护病房开展。研究方案经医院伦理委员会审核批准（审批号：LL-2023-028），所有参与者签署知情同意书。

3.2 研究对象

3.2.1 一般资料问卷

自行设计，包括年龄、性别、文化程度、宗教信仰、疼痛评分（NRS 量表）、疾病诊断、转移情况等。

3.2.2 精神关怀需求 Kano 问卷

基于文献回顾和专家咨询编制，包含 25 项精神关怀需求条目。问卷采用 Kano 模型双向问题形式，每个条目分别设置正向问题（满足该需求时的感受）和反向问题（未满足该需求时的感受），并依据 Kano 评价矩阵将需求归类为必备属性（M）、一维属性（O）、魅力属性（A）、无差异属性（I）和反向属性（R）。为便于全文表述，分别将 M、O、A 对应称为基本型、期望型和兴奋型需求[3]。

3.2.3 护士精神关怀能力量表（NSTS）

NSTS 用于评估护士提供精神关怀相关行为及患者对相应精神关怀内容的感受。既往中文版心理测量学研究已完成 NSTS 的翻译、文化调适及信效度评价[8]。本研究在相关研究基础上进一步进行跨文化调适：经授权后依次完成正向翻译、回译、专家咨询和预调查，对条目语义等价性、文化适宜性及可理解性进行评估和修订，预调查确认条目表述清晰后形成研究用版本。研究用量表包含存在陪伴、意义引导和超越支持 3 个维度，共 20 个条目，本研究 Cronbach’s α 系数为 0.91，显示内部一致性良好。

3.3 资料收集与质量控制

经统一培训的研究人员在相对安静、保护隐私的环境中开展面对面问卷调查，每份问卷完成时间约25～35 min。数据收集阶段采用双人独立录入并核对，以降低录入错误。质量控制措施包括：①预调查评估问卷可理解性和实施可行性；②调查人员采用统一指导语，避免诱导性解释；③回收后进行完整性和逻辑核查，对存在明显矛盾且无法核实的问卷予以剔除。

3.4 统计学方法

使用 SPSS 26.0 软件进行统计分析。计量资料经分布检验后以（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用 t 检验或单因素方差分析；计数资料以例数和百分比表示。Kano 属性依据各条目 M、O、A、I、R 类别的频数构成及最大频数原则确定。影响因素分析根据结局变量类型采用多元线性回归或二元 Logistic 回归，分别报告标准化回归系数 β 或比值比（OR）及 95%置信区间（95%CI）。所有检验均为双侧检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

4 研究结果

4.1 研究对象基本资料

共发放问卷 375 份，回收有效问卷 357 份，有效回收率 95.2%。如表 1 所示，女性患者占多数（62.5%），平均年龄（65.3±12.4）岁。文化程度以初中及以下为主（48.7%），无明确宗教信仰者占 71.4%。疼痛评估显示，中重度疼痛（NRS≥4 分）患者占比 58.3%。

4.2 精神关怀需求的 Kano 属性分类

如表 2 所示，前 10 项高频精神关怀需求在 Kano 属性上呈现较清晰的分层特征。基本型需求（必备属性，M）主要集中于环境安全和基本尊重，如“营造无评判的倾诉环境”“保护患者隐私”和“医护人员态度尊重”。此类需求属于护理服务应优先保障的基础项目，若未被满足，患者更易产生明显不满意。

期望型需求（一维属性，O）主要包括信息支持、愿望完成与家庭支持，如“及时解答治疗疑问”“协助完成未竟心愿”“家属情绪支持”和“帮助深化家庭关系”；兴奋型需求（魅力属性，A）主要包括“引导生命意义探索”“协助完成人生回顾”和“提供宗教仪式支持”。一维属性的满足程度与患者体验改善关系更直接，而魅力属性虽非所有患者的基础期待，但被满足时产生额外的积极体验[3]。

4.3 不同人群需求特征差异分析

分层比较及多元分析显示，不同人群在部分精神关怀需求条目上存在差异：

年龄因素：＞70 岁组对“协助日常宗教实践”的需求高于较年轻患者（β=0.24，$P<0.01$），而≤50 岁组更重视“医疗信息透明”（β=0.18，$P<0.01$）。

宗教信仰：有宗教信仰者更倾向于将“提供宗教仪式支持”视为基本型需求（OR=4.72，95%CI：2.85～7.83）。

疼痛程度：中重度疼痛患者（NRS≥4 分）对“症状控制承诺”的需求强度显著升高（β=0.41，$P<0.001$）。

表 1　研究对象基本资料（N=357）

变量	类别	例数	百分比（%）
性别	男	134	37.50%
	女	223	62.50%
年龄	≤50 岁	64	17.90%
	51-70 岁	218	61.10%
	＞70 岁	75	21.00%
文化程度	初中及以下	174	48.70%
	高中/中专	121	33.90%
	大专及以上	62	17.40%
宗教信仰	无	255	71.40%
	有	102	28.60%
疼痛程度（NRS）	无（0 分）	42	11.80%
	轻度（1-3 分）	107	30.00%
	中度（4-6 分）	158	44.30%
	重度（7-10 分）	50	14.00%

表 2　精神关怀需求的 Kano 属性分类（前 10 项高频需求）

需求条目	M（%）	O（%）	A（%）	I（%）	分类
营造无评判的倾诉环境	85.4	7.6	3.5	3.5	M
保护患者隐私	82.1	9.8	4.2	3.9	M
医护人员态度尊重	80.7	11.2	5.3	2.8	M
及时解答治疗疑问	15.3	76.5	5.9	2.3	O
协助完成未竟心愿	8.7	81.2	7.3	2.8	O
家属情绪支持	11.5	79.6	6.4	2.5	O
引导生命意义探索	3.1	12.4	80.3	4.2	A
协助完成人生回顾	5.3	15.2	75.6	3.9	A
提供宗教仪式支持	4.7	10.3	78.5	6.5	A
帮助深化家庭关系	9.8	72.4	14.3	3.5	O

5 讨论与分析

5.1 需求层级结构对护理实践的启示

本研究发现，晚期肿瘤患者的精神关怀需求呈现分层属性特征。Kano 分类有助于区分“未满足时易引起不满意”的基础需求与“满足后可进一步改善照护体验”的增益性需求，从而为资源有限的临床环境提供更明确的优先干预顺序[3]。

护理实践中应首先保障基本型需求，如创建安全、无评判的倾诉环境，维护患者尊严并保护隐私。此类需求是建立治疗性护患关系和开展进一步精神关怀的基础。既往关于我国晚期癌症患者灵性需求的证据整合及 Kano 模型研究均显示，舒适安全、被尊重以及良好沟通氛围是重要的基础性需求[1,3]。

在满足基本型需求的基础上，应进一步优化期望型需求的响应机制，如建立标准化的信息支持流程、重要心愿协助流程及家属支持路径。本研究中“及时解答治疗疑问”和“协助完成未竟心愿”呈较明显的一维属性特征，显示此类服务的落实程度直接影响患者对照护质量的感受。既往研究亦显示，晚期肿瘤患者对疾病与治疗信息、沟通支持以及心理精神服务存在较高需求[9]；中文版安宁疗护问题与需求问卷的修订研究同样强调应从多维度识别患者问题与照护需求[10]。

对于兴奋型需求，如“引导生命意义探索”和“协助完成人生回顾”，可在患者意愿和承受能力评估基础上采用意义导向、生命回顾或其他结构化精神关怀方式。国内研究指出，生命意义感与晚期癌症患者的死亡焦虑、生活质量及疾病应对密切相关，相关干预具有重要临床价值[11]。Meta 分析进一步显示，精神关怀干预可改善癌症患者的精神福祉、生命意义、生活质量以及部分焦虑、抑郁和疼痛结局，但具体方案仍应结合文化背景、疾病阶段及患者偏好进行个体化选择[12]。

5.2 群体差异化干预策略

基于不同人群的需求特征差异，本研究提出针对性干预策略：

老年患者的精神关怀应结合日常生活照护、家庭支持和信仰背景进行综合评估。对于存在宗教/信仰需求者，可在充分尊重自主意愿的前提下，协助其开展熟悉且安全的日常宗教实践，并根据需要联系家属、社会工作者或相关宗教/信仰支持人员。既往研究显示，宗教信仰与晚期癌症患者的灵性应对方式相关，显示临床应在个体评估基础上提供文化敏感的支持[4]。

≤50 岁患者更重视医疗信息透明，护理人员应采用清晰、可理解且一致的信息沟通方式，主动核实其知情需求和决策偏好。既往调查显示，晚期肿瘤患者对治疗信息、疾病知识和医患沟通具有较为突出的服务需求[9]。对于同时存在生命意义危机或存在性痛苦者，可在系统评估后采用生命意义导向、生命回顾等结构化干预，并由具备相应资质的专业人员实施或共同参与[11]。

有宗教信仰的患者需要获得对其价值观和宗教实践的尊重，如在病区条件允许时提供相对安静的空间、协助联系其认可的宗教/信仰支持人员等。本研究中，宗教信仰与“提供宗教仪式支持”的需求属性变化相关，显示同一护理项目在不同人群中的优先级不同。已有研究亦表明，宗教信仰是晚期癌症患者积极灵性应对的重要相关因素之一[4]，护理人员应避免以统一模式替代个体化评估。

中重度疼痛患者的精神关怀应与规范的症状管理协同开展。本研究中，疼痛程度与“症状控制承诺”需求强度升高相关，因此护理人员应在动态疼痛评估、治

疗依从和不良反应观察的基础上，及时回应患者对症状控制计划、预期效果及可获得支持的关切。国内安宁疗护照护方案已将疼痛等症状管理与心理及精神照护共同纳入连续照护内容[13]。疼痛相关结果仅用于解释该条目差异，不宜外推为所有精神关怀需求均由疼痛决定。

5.3 精神关怀能力提升路径

针对本研究识别出的生命意义探索、人生回顾和宗教/信仰支持等深层需求，临床护士除具备一般沟通能力外，还需提升精神需求识别、关系性陪伴、意义引导和跨专业转介能力。国内研究显示，安宁疗护护士的灵性照顾能力与灵性教育、伦理敏感性及共情能力密切相关[14]；社区安宁疗护护士服务能力评价也将心理支持与精神慰藉、沟通交流及学科合作纳入核心能力维度[15]。因此，应通过规范培训、多学科协作与持续反思机制提升精神关怀实践能力。建议从以下三方面加强能力建设：

（1）系统化培训：开发精神关怀核心能力课程，涵盖需求评估技术、基本沟通技巧、存在痛苦应对策略等模块。培训应采用案例教学和角色扮演等体验式学习方法，提高知识的转化率。

（2）多学科协作：建立精神关怀转介机制，当患者需求超出护士能力范围时，及时转介给心理医生、社工或宗教人士。护士应作为多学科团队的协调者，确保精神关怀的连续性。

（3）实践反思机制：开展精神关怀案例讨论会，通过 Kolb 经验学习循环促进实践智慧的形成。鼓励护士记录反思日记，提升对精神关怀实践的自我察觉能力。

5.4 管理支持体系构建

医院管理层在推动精神关怀服务中扮演关键角色，应着力构建三大支持系统：

（1）人力资源系统：合理配置护患比例，确保护士有足够时间提供精神关怀。探索“精神关怀专科护士”角色定位，明确岗位职责和晋升路径。

（2）质量评价系统：将精神关怀质量指标纳入护理质量评价系统，如精神需求评估率、关怀计划制定率、患者意义感评分等。评价数据应用于护理服务的持续改进。

（3）环境支持系统：改造物理环境以支持精神关怀，如设置安静的谈话室、开辟冥想空间、布置温馨的装饰等。同时营造支持精神关怀的组织文化，减少护士的行政负担。

6 结论与建议

本研究应用 Kano 模型解析晚期肿瘤患者精神关怀需求的属性层级，结果显示需求可主要表现为基本型、期望型和兴奋型三类，且年龄、宗教信仰及疼痛程度与部分需求条目差异相关。基于上述结果，提出以下护理策略：

（1）实施分层干预：优先保障安全环境、尊严维护等基本需求；系统化响应信息支持、心愿达成等期望需求；创造性满足生命意义探索等兴奋需求。

（2）推行群体定制：根据年龄、宗教/信仰背景、症状负担及个体偏好动态调整精神关怀重点；对疼痛患者强化症状管理与精神关怀协同，对有明确宗教/信仰需求者提供尊重文化背景的支持。

（3）构建支持体系：通过系统化培训提升护士精神关怀能力；建立多学科协作机制；优化人力资源配置和环境支持。

本研究仍存在一定局限性：样本来源集中于华东地区三级甲等医院，外部推广性有限；横断面设计只能识别变量间关联，不能据此推断因果关系；部分 Kano 属性和影响因素受疾病阶段、文化背景及症状负担影响。未来可扩大地域和医疗机构层级，采用纵向或干预性研究进一步验证需求属性的稳定性，并探索基于 Kano 模型的动态精神关怀评估工具和分层干预路径。

参考文献

[1] 王石坤, 陈希晨, 蒋彩燕, 等. 中国晚期癌症患者灵性需求质性研究的 Meta 整合[J]. 护理与康复, 2024, 23(3): 52-57,61.

[2] 赵苇苇, 郭辰阳, 杨俊侠, 等. 安宁疗护实践研究新进展[J]. 医学与哲学, 2024, 45(5): 32-37.

[3] WANG Z, TANG X, LI L, et al. Spiritual care needs and their attributes among Chinese inpatients with advanced breast cancer based on the Kano model: a descriptive cross-sectional study[J]. BMC Palliative Care, 2024, 23: 50.

[4] 陶元玲, 孙丽, 张立力. 晚期癌症患者灵性应对现状及影响因素研究[J]. 护理管理杂志, 2022, 22(2): 105-110.

[5] 张帅, 许国栋, 陈红霞, 等. 晚期癌症患者居家安宁疗护需求评估量表的编制及信效度检验[J]. 护理学杂志, 2023, 38(2): 96-99.

[6] 田玉麒, 游雪梅, 李繁荣, 等. 尊严疗法在癌症晚期患者中应用的范围综述[J]. 军事护理, 2024, 41(12): 48-51.

[7] 陈芷谦, 郭巧红. 家庭尊严疗法干预方案的构建[J]. 中

国护理管理, 2023, 23(8): 1249-1253.

[8] XIE H, TAYLOR E J, LI M, et al. Nurse Spiritual Therapeutics Scale: Psychometric evaluation among cancer patients[J]. Journal of Clinical Nursing, 2019, 28(5-6): 939-946.

[9] 李芊芊, 陈循睿, 张文颖, 等. 晚期肿瘤患者化疗期间对社区卫生服务需求的调查及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2023, 26(33): 4173-4180.

[10] 刘小成, 辛明珠, 龚小玲, 等. 中文版安宁疗护问题与需求问卷的修订及在居家癌症患者中的信效度检验[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(14): 1696-1701.

[11] 林茹, 张倍恩, 范冠华. 晚期癌症患者生命意义感的研究进展[J]. 汕头大学医学院学报, 2024, 37(2): 125-128.

[12] IZGU N, GOK METIN Z, EROGLU H, et al. Impact of spiritual interventions in individuals with cancer: A systematic review and meta-analysis[J]. European Journal of Oncology Nursing, 2024, 71: 102646.

[13] 郭俊晨, 许湘华, 刘超毅, 等. 安宁疗护患者远程居家照护方案的构建及初步应用[J]. 中华护理杂志, 2024, 59(5): 517-525.

[14] 刘魏, 由增研, 蔡克, 等. 安宁疗护护士灵性照顾能力与伦理敏感性及共情能力的关系研究[J]. 护理管理杂志, 2023, 23(5): 340-344.

[15] 张佳慧, 唐琪, 陈小玲, 等. 社区安宁疗护护士服务能力考评问卷的信效度研究[J]. 护士进修杂志, 2024, 39(23): 2506-2510.

版权声明：©2026 作者与开放获取期刊研究中心（OAJRC）所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

OPEN ACCESS