ICS 11.020
CCS C 01

DB43

湖　南　省　地　方　标　准

DB43/T 2875—2023

安宁疗护舒适照护基本规范

Basic specification of comfort nursing in palliative care

2023 - 12 - 20 发布　　2024 - 03 - 20 实施

湖南省市场监督管理局　　发 布

目　　次

前言 …… III
1　范围 …… 1
2　规范性引用文件 …… 1
3　术语和定义 …… 1
4　总体原则与要求 …… 2
5　服务内容 …… 2
6　服务评价与改进 …… 5
附录A（资料性）　简明疼痛评估量表（BPI） …… 6
附录B（资料性）　成人疼痛行为评估量表 …… 8
附录C（资料性）　WHO恶心、呕吐分级标准 …… 9
附录D（资料性）　终末期患者常见恶心和呕吐的原因 …… 10
附录E（资料性）　Borg呼吸困难量表 …… 11
附录F（资料性）　匹兹堡睡眠质量量表 …… 12
附录G（资料性）　心理评估表 …… 14
附录H（资料性）　广泛性焦虑自评量表（GAD-7） …… 16
附录I（资料性）　健康状况问卷-9（PHQ-9） …… 17
附录J（资料性）　社会支持评定量表（SSRS） …… 18
参考文献 …… 20

前　言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则　第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由湖南省卫生健康委员会提出并归口。

本文件起草单位：湖南省肿瘤医院、湖南省儿童医院、中南大学湘雅医院、中南大学湘雅二医院、湖南省脑科医院、湖南省康复医院、长沙市三医院、常德市第二人民医院、郴州市第一人民医院、南华大学儿科学院。

本文件主要起草人：谌永毅、朱丽辉、胡永红、李旭英、沈波涌、谢鑑辉、龙艳芳、杨群、李梅枝、吴星辉、李凤辉、喻建芳、谢梅芳、任群峰、颜逸霞、李星凤、郑冰雅、张诚诚、郭俊晨、赵海伦、吴东、许亚文。

安宁疗护舒适照护基本规范

1 范围

本文件确立了安宁疗护舒适照护的总体原则与要求，规定了安宁疗护舒适照护的服务内容、服务评价与改进。

本文件适用于开展安宁疗护的医疗机构或医养结合机构。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB 50763 无障碍设计规范

WS 308 医疗机构消防安全管理

WS/T 653 医院病房床单元设施

DB43/T 2432—2022 安宁疗护病房管理规范

3 术语和定义

DB43/T 2432—2022 界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1

安宁疗护 palliative care

以终末期患者和家属为中心，以多学科协作模式进行实践，主要内容包括疼痛及其他症状控制、舒适照护、心理、精神及社会支持等。

[来源：DB43/T 2432—2022，3.1]

3.2

舒适照护 comfort nursing

为终末期患者及家属提供的促进环境、生理、心理及社会舒适的服务。

3.3

环境舒适 environmental comfort

与人的经历有关的外部环境因素的满足，包括温湿度、光线、声音、颜色等方面的舒适。

3.4

生理舒适 physical comfort

通过满足机体生理功能、基本需求和提供适当的护理来促进患者的身体舒适感。

3.5

心理舒适 psychological comfort

个体内在的自我意识的舒适，包括尊重、信仰及生命意义的满足。

3.6

社会舒适　social comfort

个人、社会及家庭关系的满足，包括人际间的关系、家庭与社会的关系、经济状况、信息沟通等社会生活方面的舒适。

3.7

安宁疗护多学科团队　multiple discipline team in palliative care

为终末期患者及家属提供照护服务的来自不同专业领域的专业人员，包括医师、护士、药剂师、营养师、康复治疗师、心理咨询师、社会工作者、志愿者等。

4　总体原则与要求

4.1　总体原则

遵循尊重、有利、不伤害、公平公正的医学伦理原则及自愿的原则。

4.2　总体要求

4.2.1　应落实医疗、护理质量控制、风险管理措施。
4.2.2　应遵守诊疗护理相关指南、技术规范和标准。
4.2.3　应以疾病终末期患者及家属为中心。
4.2.4　应采用安宁疗护多学科团队的照护模式。
4.2.5　应以患者个性化需求为出发点，注重照护的整体性。
4.2.6　舒适照护服务过程中，应保障患者安全。

5　服务内容

5.1　环境舒适

5.1.1　物理环境

5.1.1.1　病房布局管理参照 DB43/T 2432—2022 规定。
5.1.1.2　病床单元设置参照 WS/T 653 规定。
5.1.1.3　病房无障碍设计要求应符合 GB 50763 规定。
5.1.1.4　病房消防设施及管理应符合 WS 308 规定。
5.1.1.5　患者活动区域如走廊两侧、卫生间应设扶手、紧急呼叫装置，地面应满足无障碍、易清洗、不渗水和防滑的要求。
5.1.1.6　宜在病房墙壁和天花板采用良好的隔音材料控制噪音，提供节奏舒缓的音乐/声音环境。

5.1.2　人文环境

5.1.2.1　病房应设置可供交流、探视、娱乐及活动的空间。
5.1.2.2　病房应设置安宁疗护知识宣传栏。
5.1.2.3　宜举办促进患者相互沟通交流的各种文体活动、社交活动，鼓励患者及家属积极参与。
5.1.2.4　宜组织开展多种形式的安宁疗护志愿者主题活动。

5.2　生理舒适

5.2.1 疼痛管理

5.2.1.1 应评估疼痛的部位、性质、严重程度、对患者的影响、加重和缓解因素、伴随症状、时间特征，见附录 A；对于无法自我报告疼痛的患者，应由医护人员进行评估，见附录 B。首次评估应在入院 8 小时内完成，诊疗过程中动态评估。

5.2.1.2 轻度疼痛，可采用非甾体类药物；中、重度疼痛，宜采用阿片类药物。

5.2.1.3 宜采用心理学干预方法、物理疗法、放松疗法、中医疗法等非药物方法来缓解疼痛。

5.2.2 恶心和呕吐管理

5.2.2.1 宜使用 WHO 恶心、呕吐分级标准及时评估恶心、呕吐的程度，见附录 C，并且寻找导致患者恶心、呕吐的可能原因，见附录 D。

5.2.2.2 采用综合治疗原则，给予患者个性化干预，包括积极治疗可逆性病因、药物治疗和非药物治疗。

5.2.2.3 宜用吩噻嗪类药物、抗胆碱能药、抗组胺药等药物治疗。

5.2.2.4 宜结合使用针灸、穴位按压、生姜等非药物治疗手段。

5.2.2.5 改善食物烹饪方法，可进食酸味食物，如柠檬汁，杨梅汁等。

5.2.2.6 呕吐过程中应保持患者呼吸道通畅，防止误吸。

5.2.3 呼吸困难管理

5.2.3.1 应重视患者的自我报告症状，宜使用 Borg 呼吸困难量表评估呼吸困难，见附录 E，首次评估宜在办理入院 8 小时内完成，诊疗过程中动态评估。

5.2.3.2 宜使用支气管扩张剂、糖皮质激素和利尿剂、阿片类药物等积极治疗呼吸困难。

5.2.3.3 宜采用非药物管理措施，如氧疗、无创通气、呼吸肌功能锻炼、放松疗法、气流干预、电刺激、针灸、音乐疗法等。

5.2.4 睡眠问题管理

5.2.4.1 评估患者睡眠质量，应包括睡眠节律、睡眠时长、睡眠深度等多方面，结合患者身体、心理、社会、精神的状况进行细致的全面多维度评估。宜使用匹兹堡睡眠质量量表评估，见附录 F。

5.2.4.2 应缓解疼痛和其他症状，避免使用刺激性药物 ，包括但不限于类固醇和精神兴奋剂。

5.2.4.3 宜用包括但不限于镇静性抗抑郁药、苯二氮卓类、选择性褪黑素受体激动剂等改善睡眠质量。

5.2.4.4 宜采用非药物管理，包括但不限于使用中医疗法、改善睡眠环境、鼓励健康的睡眠-觉醒周期、避免睡眠中断、行为疗法。

5.2.5 管道管理

5.2.5.1 应妥善固定各类管道，做好相应的标识。

5.2.5.2 应根据各类管道的维护指征定期做好管道维护，保持管道通畅。

5.2.5.3 应指导患者及家属做好管道保护，避免管道牵拉、脱出、扭曲以及引流液逆流等。

5.2.6 体位管理

5.2.6.1 应综合评估患者的病情、自理能力、自主活动能力、卧位习惯、皮肤和组织的完整性等情况。

5.2.6.2 应给予患者自行选择体位的自由，制定个性化的体位和卧位转换策略，至少每 2 小时转换一次体位。患者入睡后，可根据病情，适当延长体位转换时间。

5.2.6.3 体位转换时应拉好床栏、妥善放置管道，必要时使用约束具。注意与患者交流，询问患者的

感受。

5.2.7 个人清洁护理

5.2.7.1 应评估患者的病情、自理能力和皮肤、口腔、毛发等个人清洁情况。
5.2.7.2 应根据患者自理能力及活动，指导或协助患者进行日常个人清洁护理，鼓励家属参与。
5.2.7.3 应在操作过程中加强与患者及家属的交流，做好保暖措施和隐私保护。

5.3 心理舒适

5.3.1 心理支持

5.3.1.1 评估患者有无心理痛苦（见附录G）及焦虑（见附录H）、抑郁（见附录I）情绪。
5.3.1.2 应积极缓解未控制的症状，尤其是疼痛和失眠。
5.3.1.3 宜提供心理支持，包括但不限于转移注意力、情绪疏导、音乐疗法、放松技术、芳香疗法。
5.3.1.4 应及时观察患者的语言、行为，必要时提供心理危机干预。
5.3.1.5 必要时转介精神科或引入心理咨询师。

5.3.2 生命教育

5.3.2.1 应评估患者对死亡的态度，评估患者的性别、年龄、受教育程度、疾病状况、应对能力、家庭关系等影响死亡态度的因素。
5.3.2.2 应尊重患者的知情权利，引导患者面对和接受当前疾病状况。
5.3.2.3 应帮助患者了解有关死亡相关知识，引导患者正确认识死亡。
5.3.2.4 应评估患者对死亡的顾虑和担忧，给予针对性的解答和辅导，引导患者回顾人生，肯定生命的意义。
5.3.2.5 鼓励患者制定现实可及的目标，并协助其完成心愿，鼓励家属陪伴和坦诚沟通，适时表达关怀和爱，与亲人告别。

5.3.3 哀伤辅导

5.3.3.1 应观察患者家属的悲伤情绪反应及表现，评估患者家属心理状态、意识情况、理解能力、表达能力和支持系统等。
5.3.3.2 应根据患者家庭的需求、生前风险评估和死亡情况制定初步哀伤辅导计划，评估死亡后3～6周的需求，并相应调整计划，在患者死亡后6个月再次评估。
5.3.3.3 应基于患者的家庭文化和精神信仰、价值观，提供丧亲服务、悲伤咨询、信息支持、精神支持和同伴支持等。
5.3.3.4 应为患者家属提供实际帮助，鼓励其回归正常的生活。

5.4 社会舒适

5.4.1 应评估患者的家庭结构和功能、经济情况、社会支持等，可使用社会支持评定量表评估患者社会支持情况，见附录J。
5.4.2 应促进患者和家属的有效双向沟通，宜邀请家属陪同患者进行临床治疗。
5.4.3 应提供足够的专业信息支持，帮助患者和家属共同决策，规划和选择医疗护理计划，需要时举行家庭会议。
5.4.4 社会支持不足时，应帮助患者寻找和充分利用社会支持资源。

6 服务评价与改进

6.1 应定期听取患者和家属的建议和意见，采取设置意见箱、网上留言等方式收集信息。

6.2 应建立舒适照护服务质量满意度测评、机构内部服务质量自我监督与考核等工作机制，完善服务质量的自我评价。

6.3 应根据检查评价结果和满意度测评情况，不断优化舒适照护服务流程、提升服务质量，实现持续改进。

附 录 A
（资料性）
简明疼痛评估量表（BPI）

简明疼痛评估量表（BPI）见表A.1。

表A.1 简明疼痛评估量表（BPI）

1.大多数人一生中都有过疼痛经历（如轻微头痛、扭伤后痛、牙痛）。除这些常见的疼痛外，现在你是否还感到有别的类型的疼痛？（1）是（2）否

请你在下图中标出您的疼痛部位，并在疼痛最剧烈部位以“X”标注

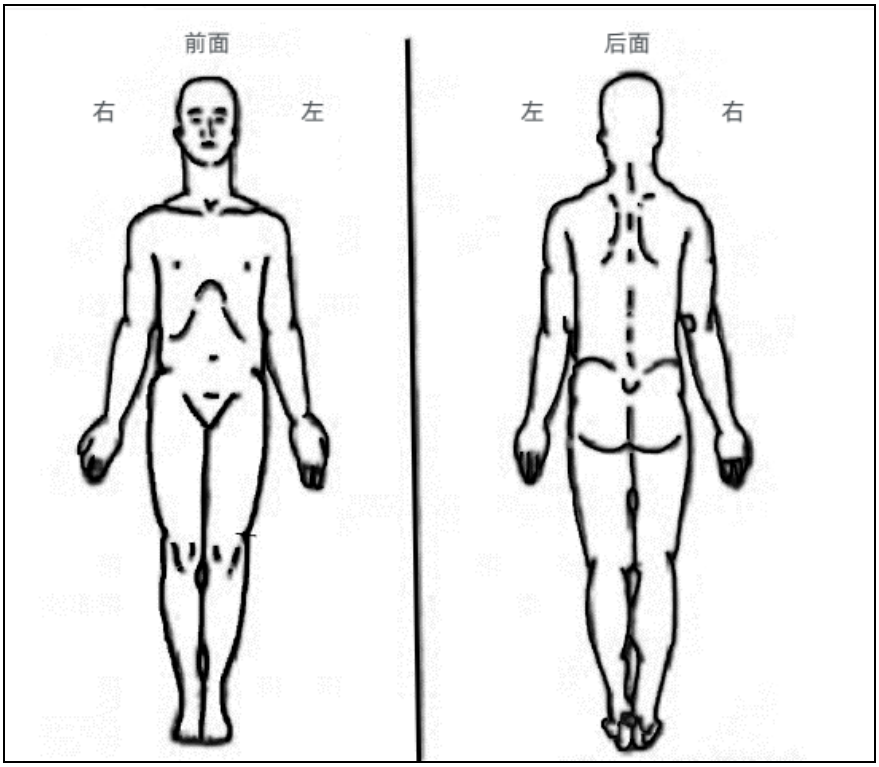


图1 人体示意图

2.请选择下面的一个数字 ，以表示过去24小时内您疼痛最剧烈的程度。

（不痛）0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10（最剧烈）

3.请选择下面的一个数字 ，以表示过去24小时内您疼痛最轻微的程度。

（不痛）0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10（最剧烈）

4.请选择下面的一个数字，以表示过去24小时内您疼痛平均的程度。

（不痛）0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10（最剧烈）

5.请选择下面的一个数字 ，以表示过去24小时内您目前的疼痛程度。

（不痛）0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10（最剧烈）

6.您希望接受何种药物或治疗控制您的疼痛？

7.在过去的24小时内，由于药物或治疗的作用，您的疼痛缓解了多少？请选择下面的一个百分数，

以表示疼痛缓解程度。

（无缓解）0 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%（完全缓解）

8.请选择下面的一个数字，以表示过去24小时内疼痛对你的影响

（1）对日常生活的影响

（无影响）0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10（完全影响）

（2）对情绪的影响

（无影响）0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10（完全影响）

（3）对行走能力的影响

（无影响）0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10（完全影响）

（4）对日常工作的影响

（无影响）0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10（完全影响）

（5）对与他人关系的影响

（无影响）0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10（完全影响）

（6）对睡眠的影响

（无影响）0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10（完全影响）

（7）对生活兴趣的影响

（无影响）0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10（完全影响）

注：疼痛强度评估5个条目，采用0～10评分，0为无痛，10为最痛；疼痛影响评估7个条目，包括疼痛对日常生活、情绪状态、行走能力、工作、人际关系、睡眠和生活乐趣七个方面的影响，影响程度亦采用0～10评分，影响越大则分值越大。根据数字范围将疼痛程度分为4个等级，数字越大代表疼痛程度越重，分别为无痛(0)、轻度疼痛(1～3)、中等疼痛(4～6)、重度疼痛(7～10)。

附 录 B
（资料性）
成人疼痛行为评估量表

成人疼痛行为评估量表见表 B.1。

表 B.1 成人疼痛行为评估量表

项目	数值		
	0	1	2
面部表情	放松	有时皱眉、紧张或淡漠	经常或一直皱眉、扭曲、紧咬
休息状态	安静	有时休息不好，变换体位	长时间休息不好，频繁变换体位
肌张力	放松	增加	僵硬、手指或脚趾屈曲
安抚效果	不需安抚	分散注意力能安抚	分散注意力很难安抚
发声（非气管插管患者）	无异常发声	有时呻吟、哭泣	频繁或持续呻吟、哭泣
通气依从性（气管插管患者）	完全耐受	呛咳、但能耐受	对抗呼吸机
注：每项按 0-2 评分，总分 0-10 分，数值越大说明疼痛程度越重。			

附 录 C
（资料性）
WHO 恶心、呕吐分级标准

WHO 恶心、呕吐分级标准见表 C.1。

表 C.1 WHO 恶心、呕吐分级标准

0 级	无恶心、呕吐
Ⅰ级	只有恶心，能够吃适合的食物
Ⅱ级	一过性呕吐伴恶心，进食明显减少，但能够吃东西
Ⅲ级	呕吐需要治疗
Ⅳ级	顽固性呕吐，难以控制

附 录 D
（资料性）
终末期患者常见恶心和呕吐的原因

终末期患者常见恶心和呕吐的原因见表 D.1。

表 D.1 终末期患者常见恶心和呕吐的原因

药物/代谢因素	脏器因素	中枢神经系统因素
药物	**梗阻**	**颅内压增高**
抗生素	胆/胰管	脓肿
抗惊厥药	胃出口	头颅照射
细胞毒性药物	小肠	出血
洋地黄	**肝肿大**	恶性肿瘤
铁剂	**严重便秘**	**脑膜浸润**
非甾体抗炎药	**胃轻瘫**	**前庭**
阿片类药物	**炎症/刺激**	药物作用
抗抑郁药（SSRIs）	肠胃炎	迷路炎
茶碱类	胆囊炎	**焦虑**
其他	肝炎	**疼痛**
代谢	胰腺炎	
高钙血症	其他	
低钠血症	**胃肠道和胸部肿瘤**	
酮症酸中毒	**腹水**	
中毒、药物滥用	**器官衰竭（肝、肾）**	

附 录 E
（资料性）
Borg 呼吸困难量表

Borg 呼吸困难量表见表 E.1。

表 E.1 Borg 呼吸困难量表

分级	评估呼吸困难严重程度
0 分	完全没有，“没事”代表您没有感觉到任何费力，没有肌肉劳累，没有气喘吁吁或呼吸困难
0.5 分	刚刚感觉到（非常微弱，刚刚有感觉）
1 分	非常轻微（“很微弱”代表很轻微的费力。按照您自己的步伐，你愿意走更近的路程。）
2 分	轻微（“微弱”）
3 分	中等（代表有些但不是非常的困难。感觉继续进行是尚可的、不困难的）
4 分	稍微严重
5 分	严重（“强烈-严重”非常困难、劳累，但是继续进行不是非常困难。该程度大约是“最大值”的一半）
6 分	5—7 之间
7 分	非常严重（“非常强烈”您能够继续进行，但是你不得不强迫自己而且你非常的劳累。）
8 分	7—9 之间
9 分	非常非常严重（几乎达到最大值）
10 分	最大值（“极其强烈-最大值”是极其强烈的水平，对大多数人来讲这是他们以前生活中所经历的最强烈的程度）

注：评分范围为 0 分～10 分。0 分：一点也不感到呼吸困难；0.5 分：非常非常轻微的呼吸困难，几乎难以察觉；1 分：非常轻微的呼吸困难；2 分：轻度的呼吸困难；3 分：中度的呼吸困难；4 分：略严重的呼吸困难；5 分：严重的呼吸困难；6 分～8 分：非常严重的呼吸困难；9 分：非常非常严重的呼吸困难；10 分：极重度的呼吸困难，达到极限。

附 录 F
（资料性）
匹兹堡睡眠质量量表

匹兹堡睡眠质量量表见表F.1。

表F.1 匹兹堡睡眠质量量表量表

1. 近1个月，晚上上床睡觉通常在_____点钟。
2. 近 1 个月，从上床到入睡通常需要_____min。
   □ ≤15min □ 16～30min □ 31～60min □≥ 60min
3. 近 1 个月，通常早上 点起床。
4. 近 1 个月，每夜通常实际睡眠 h（不等于卧床时间）。
5. 近 1 个月，因下列情况影响睡眠而烦恼：

a. 入睡困难（ 30min 内不能入睡）
   □无 □＜ 1 次/ 周 □ 1～2 次/周 □≥ 3 次/ 周

b. 夜间易醒或早醒
   □无 □＜ 1 次/ 周 □ 1～2 次/周 □≥ 3 次/ 周

c. 夜间去厕所
   □无 □＜ 1 次/ 周 □ 1～2 次/周 □≥ 3 次/ 周

d. 呼吸不畅
   □无 □＜ 1 次/ 周 □ 1～2 次/周 □≥ 3 次/ 周

e. 咳嗽或鼾声高
   □无 □＜ 1 次/ 周 □ 1～2 次/周 □≥ 3 次/ 周

f. 感觉冷
   □无 □＜ 1 次/ 周 □ 1～2 次/周 □≥ 3 次/ 周

g. 感觉热
   □无 □＜ 1 次/ 周 □ 1～2 次/周 □≥ 3 次/ 周

h. 做噩梦
   □无 □＜ 1 次/ 周 □ 1～2 次/周 □≥ 3 次/ 周

i. 疼痛不适
   □无 □＜ 1 次/ 周 □ 1～2 次/周 □≥ 3 次/ 周

j. 其它影响睡眠的事情，如有，请说明：
   □无 □＜ 1 次/ 周 □ 1～2 次/周 □≥ 3 次/ 周

6. 近 1 个月，总的来说，您认为您的睡眠质量：
   □很好 □较好 □较差 □很差

7. 近 1 个月，您用药物催眠的情况：
   □无 □＜ 1 次/ 周 □ 1～2 次/周 □≥ 3 次/ 周

8. 近 1 个月，您常感到困倦吗？
   □无 □＜ 1 次/ 周 □ 1～2 次/周 □≥ 3 次/ 周

9. 近 1 个月您做事情的精力不足吗?

□没有　　□偶尔有　　□有时有　　□经常有

注：分为睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物和日间功能障碍 7 个因子，采用 Likert4 级评分法。总分 0～21 分。≤7 分表示睡眠质量较好，＞7 分表示存在睡眠障碍。得分越高，表示睡眠质量越差。具体计分方法：

成分	内容	评分			
		0 分	1 分	2 分	3 分
A　睡眠质量	条目 6 计分	□很好	□较好	□较差	□很差
B 入睡时间	条目 2 和 5a 计分累计	□ 0 分	□ 1～2 分	□ 3～4 分	□ 5～6 分
C 睡眠时间	条目 4 计分	□＞ 7h	□ 6～7h（不含 6h）	□ 5～6h（含 6h）	□＜ 5h
D　睡眠效率	以条目 1、3、4 的应答计算睡眠效率	□＞ 85%	□75～85%（不含 75%）	□65～75%（含 75%）	□＜ 65%
E 睡眠障碍	条目 5b～5j 计分累计	□ 0 分	□ 1～9 分	□ 10～18 分	□ 19～27 分
F 催眠药物	条目 7 计分	□无	□＜ 1 次/周	□ 1～2 次/ 周	□≥ 3 次/周
G 日间功能障碍	条目 8 和 9 的计分累计	□ 0 分	□ 1～2 分	□ 3～4 分	□ 5～6 分

睡眠效率计算方法：

$$\text{睡眠效率}=\frac{\text{条目4(睡眠时间)}}{\text{条目3（起床时间）-条目1（上床时间）}}$$

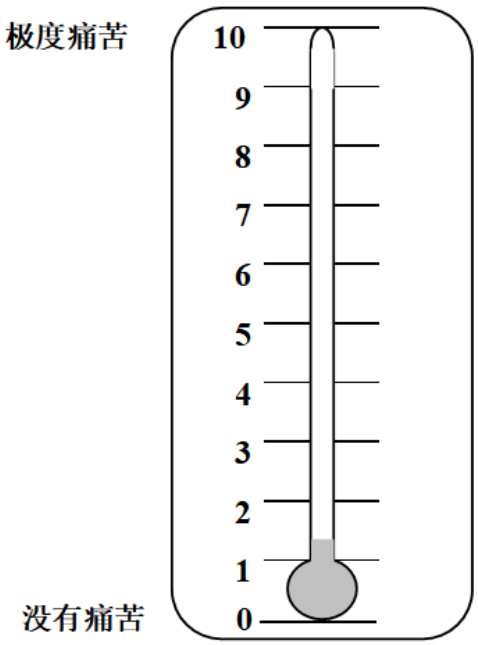
附 录 G
（资料性）
心理评估表

心理评估表见表 G.1。

表 G.1 心理评估表

心理痛苦评估工具如心理痛苦温度计。

首先，如下图所示的数字由 0 到 10 表示痛苦程度。0 代表无痛苦，10 代表心理极度痛苦。请您选出最能体现您近期心理痛苦程度的数字，并在相应数字上画“√”。



可得出心理痛苦得分：_____分（若＞4 分，则需评估以下问题列表）

然后，请逐个浏览每个分类下的所有项目，并根据您个人的具体情况，如果存在相应的问题，请在“有”的一栏上打“√”；如果不存在问题，请在“无”的一栏上打“√”。

心理痛苦分数_____ 分	评估日期	是否初筛 □是 □否
（一）躯体方面的问题 相关因素 有 无 外表改变 □ □ 物质滥用 □ □ 记忆 / 注意力 □ □ 沐浴 / 穿衣 □ □ 呼吸状况 □ □ 恶心 / 反胃 □ □ 排尿改变 □ □ 鼻腔干燥/充血 □ □ 便秘 □ □ 疼痛 □ □ 腹泻 □ □ 性欲 / 性功能 □ □ 进食 □ □ 皮肤干燥/发痒 □ □ 疲乏 □ □ 睡眠状况 □ □ 肢体肿胀 □ □ 手脚麻刺感 □ □ 发热 □ □ 病后活动困难 □ □	（二）实际方面的问题 相关因素 有 无 照顾孩子 □ □ 外出交通不便 □ □ 持家（料理家务） □ □ 工作/学习 □ □ 医疗费用问题 □ □ 治疗决策 □ □ （三）情绪方面的问题 相关因素 有 无 抑郁 □ □ 紧张 □ □ 恐惧 □ □ 对日常活动失去兴趣 □ □ 悲伤 □ □ 担忧 □ □	（四）家庭方面的问题 相关因素 有 无 与配偶沟通 □ □ 与子女沟通 □ □ 与父母沟通 □ □ 生育有无问题 □ □ （五）精神 / 宗教信仰的问题 □ 有 □ 无

附 录 H
（资料性）
广泛性焦虑自评量表（GAD-7）

广泛性焦虑自评量表（GAD-7）见表 H.1。

表 H.1 广泛性焦虑自评量表（GAD-7）

	从来没有	有几天	刚超过一半天数	接近每天
1. 感觉心神不安、焦虑或高度紧张				
2. 不能停止或控制担心				
3. 为各种各样的事情过度担心				
4. 难以放松				
5. 非常不安静以至于难以坐定				
6. 变得易恼火或易急躁				
7. 害怕发生可怕的事情				

注：根据 GAD-7 的 7 个问题进行自测，将得到的总分相加求和，判断是否存在焦虑、忧郁症状，若总分达 5 分或 5 分以上应警惕抑郁症状或焦虑症状；评分标准：0-4 分正常；5-9 分轻度焦虑；10-14 分重度焦虑；15-21 分重度焦虑。

在过去 2 个星期里，有多少时候您受到以上问题干扰？

附 录 I
（资料性）
健康状况问卷-9（PHQ-9）

健康状况问卷-9（PHQ-9）见表 I.1。

表 I.1 健康状况问卷-9（PHQ-9）

在过去 2 个星期里，有多少时候您受到以下问题干扰？

	从来没有	有几天	刚超过一般天数	接近每天
1.做任何事都觉得沉闷或者根本不想做任何事				
2.情绪低落、抑郁或绝望				
3.难于入睡；半夜会醒，或相反，睡觉时间过多				
4.觉得疲倦或没有活力				
5.胃口极差或饮食过量				
6.不喜欢自己——觉得自己做得不好、对自己失望或有负家人期望				
7.难于集中精神做事，例如看报纸或看电视				
8.其它人反映你行动或说话迟缓；或者相反，你比平 常活动更多——坐立不安、停不下来				
9.想到自己最好去死或者自残				
注：根据 PHQ-9 的 9 个问题进行自测，将得到的总分相加求和，判断是否存在抑郁症状，若总分达 5 分或 5 分以上应警惕抑郁症状；评分标准：0-4 分没有抑郁；5-9 分有抑郁症状；10-14 分有明显抑郁症状；15-27 分重度抑郁症状。				

附 录 J
（资料性）
社会支持评定量表（SSRS）

社会支持评定量表（SSRS）见表 J.1。

表 J.1 社会支持评定量表（SSRS）

下面的问题用于反映您在生活中所获得的支持，尤其是在照顾患者过程中。请根据您的实际情况填写，谢谢您的合作。

1.您有多少关系密切，可以得到支持和帮助的朋友？（只选一项）

①一个也没有 ②1-2 个 ③3-5 个 ④6 个或 6 个以上

2.近一年来您：（只选一项）

①远离家人，且独居一室 ②住处经常变动，多数时间和陌生人住在一起

③和同学、同事或朋友住在一起 ④和家人住在一起

3.您与邻居：（只选一项）

①相互之间从不关心，只是点头之交 ②遇到困难可能稍微关心

③有些邻居很关心您 ④大多数邻居都很关心您

4.您与同事：（只选一项）

①相互之间从不关心，只是点头之交 ②遇到困难可能稍微关心

③有些同事很关心您 ④大多数同事都很关心您

5.从家庭成员得到的支持和照顾（在四个选项中，选择合适选项，打“√”）

	无	极少	一般	全力支持
A 夫妻（恋人）				
B 父母				
C 儿女				
D 兄弟姐妹				
E 其他成员（如嫂子）				

6.过去，在您遇到急难情况时，曾经得到的经济支持或解决实际问题的帮助来源有：

①无任何来源

②有下列来源：（可选多项）

A.配偶；B.其他家人；C.朋友；D.亲戚；E.同事；F.工作单位；G.党团、工会等官方或半官方组织；H.宗教、社会团体等非官方组织；I.其它

7.过去，在您遇到急难情况时，曾经得到的安慰和关心的来源有：

①无任何来源

②有下列来源（可选多项）

A.配偶；B.其他家人；C.朋友 D.亲戚；E.同事；F.工作单位；G.党团工会等官方或半官方组织；H.宗教、社会团体等非官方组织；I.其它

8.您遇到烦恼时的倾诉方式：（只选一项）

①从不向任何人诉述　　②只向关系极为密切的 1-2 个人诉述

③如果朋友主动询问您会说出来　　④主动诉述自己的烦恼，以获得支持和理解

9.您遇到烦恼时的求助方式：（只选一项）

①只靠自己，不接受别人帮助　　②很少请求别人帮助

③有时请求别人帮助　　④有困难时经常向家人、亲友、组织求援

10.对于团体（如党团组织、宗教组织、工会、学生会等）组织活动，您：（只选一项）

①从不参加　　②偶尔参加

③经常参加　　④主动参加并积极活动

注：选用肖水源编制的社会支持评定量表(Social Support Rating Scale, SSRS)来评估家属照顾者的社会支持况。该量表为自评量表，共 10 个条目，包括 3 个维度：客观支持、主观支持、支持利用度。量表第 1-4，8-10 条目为单选题，按 Likert 4 级计分；第 5 条目共五个选项，每项从无到全力支持分别计 1-4 分；第 6、7 条目如回答“无任何来源”则为 0 分，反之有几个来源就计几分。总分范围为 12-66 分，分值越高说明社会支持水平越高。

参 考 文 献

[1] 安宁疗护中心基本标准和管理规范(试行)(国卫医发〔2017〕7号)

[2] 安宁疗护实践指南(试行)(国卫办医发〔2017〕5号)

[3] 冷菲菲, 邹文婷, 张艳, 等. 基于安宁疗护视角下舒适照护实践能力评价指标的构建[J]. 黑龙江医学, 2021, 45(24): 2609-2611.

[4] Wensley C, Botti M, McKillop A, et al. A framework of comfort for practice: An integrative review identifying the multiple influences on patients' experience of comfort in healthcare settings[J]. International Journal for Quality in Health Care, 2017, 29(2): 151-162.

[5] Bosch‐Alcaraz A, Falcó‐Pegueroles A, Jordan I. A literature review of comfort in the paediatric critical care patient[J]. Journal of Clinical Nursing, 2018, 27(13-14): 2546-2557.

[6] Wang D, Creel-Bulos C. A systematic approach to comfort care transitions in the emergency department[J]. The Journal of Emergency Medicine, 2019, 56(3): 267-274.

[7] Pinto S, Caldeira S, Martins J C. A systematic literature review toward the characterization of comfort[J]. Holistic Nursing Practice, 2016, 30(1): 14-24.

[8] Eijkelenboom A M, Bluyssen P M. Comfort and health of patients and staff, related to the physical environment of different departments in hospitals: a literature review[J]. Intelligent Buildings International, 2022, 14(1): 95-113.

[9] dos Santos Souza M C, Jaramillo R G, da Silva Borges M. Comfort of patients in palliative care: An integrative review[J]. Enfermería Global, 2021, 20(1): 451-465.

[10] Carter B S, Jones P M. Evidence-based comfort care for neonates towards the end of life[C]//Seminars in Fetal and Neonatal Medicine. WB Saunders, 2013, 18(2): 88-92.

[11] Wilson M E, Majzoub A M, Dobler C C, et al. Noninvasive ventilation in patients with do-not-intubate and comfort-measures-only orders: a systematic review and meta-analysis[J]. Critical care medicine, 2018, 46(8): 1209-1216.

[12] Martins L A, Soebarto V, Williamson T. A systematic review of personal thermal comfort models[J]. Building and Environment, 2022, 207: 108502.

[13] Apóstolo J, Mendes A, Bath-Hextall F, et al. The use of non-pharmacological nursing interventions on the comfort of cancer patients: A comprehensive systematic review protocol[J]. JBI Evidence Synthesis, 2013, 11(2): 372-388.

[14] Pouvreau N, Tandonnet J, Tandonnet O, et al. Use of subcutaneous route for comfort care in neonatal palliative population: Systematic review and survey of practices in France[J]. Archives de Pediatrie: Organe Officiel de la Societe Francaise de Pediatrie, 2017, 24(9): 850-859.

[15] Nuraini T, Gayatri D, Rachmawati İ. Comfort assessment of cancer patient in palliative care: A nursing perspective[J]. International Journal of Caring Sciences, 2017, 10(1): 209.

[16] Durante A L T C, Tonini T, Armini L R. Comfort in palliative care: the know-how of nurses in general hospital[J]. Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE, 2014, 8(3).

[17] Novak B, Kolcaba K, Steiner R, et al. Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care[J]. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®, 2001, 18(3): 170-180.

[18] Dickerson S S, Khalsa S G N, McBroom K, et al. The meaning of comfort measures only order sets for hospital-based palliative care providers[J]. International journal of qualitative studies on health and well-being, 2022, 17(1): 2015058.

[19] Haug S, Farooqi S, Wilson C G, et al. Survey on neonatal end-of-life comfort care guidelines across America[J]. Journal of Pain and Symptom Management, 2018, 55(3): 979-984. e2.

[20] MARANAN M. Evidence-Based End-of-Life Comfort Care Guidelines[D/OL]. University of St. Augustine for Health Sciences, 2021[2023-11-02]. http://soar.usa.edu/scholprojects/45.