

分类号：
学号：20232114096

密级：
单位代码：10759

石河子大学

硕士学位论文



终末期 COPD 患者安宁疗护需求评估内容的构建

学位申请人	董钰莹
指导教师	王海燕教授
申请学位类别	专业硕士
专业名称	护理
研究领域	临床护理
所在学院	医学院

中国·新疆·石河子

2026年5月

分类号：
学号：20232114096

密级：
单位代码：10759

石河子大学

硕士学位论文



终末期 COPD 患者安宁疗护需求评估内容的构建

学位申请人	董钰莹
指导教师	王海燕教授
申请学位类别	专业硕士
专业名称	护理
研究领域	临床护理
所在学院	医学院

中国·新疆·石河子
2026年5月

Development of Assessment Content for hospice Care Needs in advanced COPD Patients

A Dissertation Submitted to

Shihezi University

In Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of

Master of Medicine

By

Dong Yuying

(Nursing)

Dissertation Supervisor: Associated Prof. Wang Haiyan

May, 2026

石河子大学学位论文独创性声明及使用授权声明

学位论文独创性声明

本人所提交的学位论文是在我导师的指导下进行的研究工作及取得的研究成果。据我所知，除文中已经注明引用的内容外，本论文不包含其他个人已经发表或撰写过的研究成果。对本文的研究做出重要贡献的个人和集体，均已在文中作了明确的说明并表示谢意。

研究生签名：董钰莹

时间： 2026年5月20日

使用授权声明

本人完全了解石河子大学有关保留、使用学位论文的规定，学校有权保留学位论文并向国家主管部门或指定机构送交论文的电子版和纸质版。有权将学位论文在学校图书馆保存并允许被查阅。有权自行或许可他人将学位论文编入有关数据库提供检索服务。有权将学位论文的标题和摘要汇编出版。保密的学位论文在解密后适用本规定。

研究生签名：董钰莹

时间： 2026年5月20日

导师签名：张

时间： 2026年5月20日

摘要

目的:

本研究以和谐护理理论为核心指导,综合文献研究结果和质性访谈结论,通过德尔菲法构建终末期 COPD 患者安宁疗护需求评估内容,旨在为医护人员关注终末期 COPD 患者需求、实施临终关怀沟通提供依据。

方法:

1. 通过检索中英文数据库,形成终末期 COPD 安宁疗护需求评估内容的指标条目池。
2. 对 38 名终末期 COPD 患者、家属以及医护人员进行半结构访谈,以和谐护理理论为基础,结合文献分析结果初步拟定终末期 COPD 患者安宁疗护需求评估内容初稿。
3. 根据纳入标准选择咨询专家,采用德尔菲法对终末期 COPD 患者安宁疗护需求评估的指标条目进行筛选、修改与优化,最终确定评估内容的终稿。采用 SPSS27.0 对研究收集数据进行统计分析。
4. 通过层次分析法对评估内容的各指标进行权重赋值,应用 yahhp10.1 和 Excel2010 软件计算指标权重及组合权重,确定最终的终末期 COPD 患者安宁疗护需求评估的内容。

结果:

1. 通过文献回顾构建终末期 COPD 患者安宁疗护需求评估指标条目池,包括一级指标 4 项、二级指标 13 项、三级指标 60 项。
2. 通过半结构化访谈,对访谈内容运用 Colaizzi 七步资料分析法进行整理分析,访谈结果为终末期 COPD 患者安宁疗护需求的六大主题:身体需求——管理身体症状,满足基本的生理舒适需求;心理需求——提供情绪疏导,应对复杂情绪与预感性哀伤;赋权与社会支持系统需求——提供清晰信息与社会支持网络,增强家庭照护能力与自主掌控感;精神需求——协助探寻生命意义与完成告别,寻求内心宁静与和平。经过文献回顾与质性访谈共形成一级指标 4 项、二级指标 13 项、三级指标 75 项。
3. 通过德尔菲专家函询,选择 21 位来自全国相关工作领域的专家进行两轮咨询。两轮专家的权威系数分别为 0.86 和 0.89;两轮咨询专家的积极系数均为 100%;专家函询的肯德尔和谐系数分别为 0.144 和 0.206,且 $P < 0.001$ 。经过两轮专家函询构建最终包括 4 项一级指标、13 项二级指标和 66 项三级指标的终末期 COPD 患者安宁疗护需求评估指标内容。
4. 运用层次分析法,确定各指标权重及组合权重的结果,一级指标权重在 0.1056~0.4351 之间,分别为身体需求 0.4351、心理需求 0.3092、社会需求 0.1056、精神需求 0.1501。二级指标组合权重在 0.0105~0.2061 之间,组合权重排名前四位分别是心理疏导需求 0.2061、症状控制和管理需求 0.1450、日常生活功能维持需求 0.1450、维持生理舒适的需求 0.1450。三级指标组合权重在 0.0010~0.1374 之间,组合权重排名前三位分别是缓解负性情绪 0.1374、调节不良情感状态 0.0687、保持口腔清洁舒

适 0.0486。

结论:

本研究基于和谐护理理论, 构建的终末期 COPD 患者安宁疗护需求评估内容, 包括 4 项一级指标、13 项二级指标和 66 项三级指标。覆盖 COPD 患者终末期的主要安宁疗护需求, 具有较强的科学性和可靠性, 不仅有助于患者有尊严地度过生命最后阶段, 也可对未来安宁疗护工作的深入开展提供指导依据。

关键词: 终末期 COPD; 安宁疗护; 需求评估

Abstract

Objective:

Based on the theory of harmonious nursing, through literature reviews and qualitative interviews, this study used the Delphi method to develop the quintessential substance for appraising the hospice care exigencies of patients with advanced COPD, aiming to provide a basis for medical staff to pay attention to the needs of advanced COPD patients and implement hospice care communication.

Methods:

1. By searching Chinese and English databases, an item pool of evaluation index system for hospice care needs of advanced COPD was formed.

2. Thirty-eight patients with advanced COPD, their families and medical staff were interviewed semi-structuredly. Guided by the theory of harmonious care and combined with the results of literature analysis, a preliminary draft of the assessment index system for hospice care needs of patients with advanced COPD has been initially formulated.

3. Experts for consultation were selected according with the inclusion criteria, and Delphi method was used to screen and modify the index items to form the final draft of the content of hospice care needs assessment for patients with advanced COPD. SPSS27.0 was used for statistical analysis of the data.

4. The weight of each indicator in the index framework was ascertained via analytic hierarchy process, thereby corroborating the ultimate composition of the hospice care exigency appraisal of patients with advanced COPD. Calculating index weights and portfolio weights using yahhp10.1 and Excel2010.

Results:

1. Through literature review, the item pool of hospice care needs assessment indicators for patients with advanced COPD was constructed. This comprises 4 cardinal tiers, 13 subsidiary tiers and 60 constituent subdomains.

2. Through semi-structured interviews, the interview discourse was colligated and examined via Colaizzi's seven-step data analysis method. The interview results were six themes of hospice care needs for advanced COPD patients : physical needs-manage physical symptoms, meet basic physiological comfort needs, psychological needs-provide emotional counseling, deal with complex emotions and premonitory grief, empowerment and social support system needs-provide clear information and social support network, enhance family care ability and sense of self-control, spiritual needs-help to explore the meaning of life and complete farewell, and seek inner peace and peace. Following a literature review and qualitative interviews, a total of 4 cardinal tiers, 13 subsidiary tiers and 75 constituent subdomains were identified.

3. According to the Delphi expert letter consultation, 21 experts from relevant domestic fields were selected and consulted twice. The concordance rate of the two iterative Delphi waves registered at 100%. The calculated authority indices for the two rounds of experts were 0.86 and 0.89, in that order. The Kendall 's coefficients of concordance pertaining to the Delphi exercises were 0.144 and 0.206, ($P<0.001$). Subsequent to two iterative Delphi rounds, a hierarchical indicator framework appertaining to the palliative care exigencies of individuals afflicted with advanced COPD was formulated, encompassing 4 cardinal tiers, 13 subsidiary tiers, and 66 constituent subdomains.

4. Through the analytic hierarchy process, the weights of each index and the results of the combined weights are determined. The weights of the first-level indicators are between 0.1056 and 0.4351, which are 0.4351 for physical needs, 0.3092 for psychological needs, 0.1056 for social needs, and 0.1501 for spiritual needs. The combined weight of the secondary indicators is between 0.0105 and 0.2061. The top four combined weights are 0.2061 for psychological counseling needs, 0.1450 for symptom control and management needs, 0.1450 for daily life function maintenance needs, and 0.1450 for maintaining physiological comfort. The combined weights of the three-level indicators were between 0.0010 and 0.1374. The top three combined weights were 0.1374 for alleviating negative emotions, 0.0687 for regulating bad emotional states, and 0.0486 for maintaining oral cleanliness and comfort.

Conclusion:

Based on the theory of harmonious nursing, this study constructed an index system for evaluating the needs of hospice care for patients with advanced COPD, including 4 cardinal tiers, 13 subsidiary tiers and 66 constituent subdomains. Covering the main hospice care needs of patients with COPD in the end stage has strong scientificity and reliability. It not only helps patients to spend the last stage of life with dignity, but also provides guidance for the in-depth development of hospice care in the future.

Key words: Advanced COPD; Hospice Care; Needs assessment

目录

摘要	I
Abstract	III
英文缩略语表	VIII
第 1 章 前言	1
1.1 研究背景	1
1.2 国内外研究现状	3
1.2.1 COPD 患者安宁疗护发展现状	3
1.2.2 COPD 患者安宁疗护需求研究现状	4
1.3 相关概念及理论基础	6
1.3.1 相关概念	6
1.3.2 理论基础	6
1.4 研究目的及意义	8
1.4.1 研究目的	8
1.4.2 研究意义	8
1.5 技术路线图	9
第 2 章 研究内容与方法	10
2.1 研究内容	10
2.1.1 终末期 COPD 患者安宁疗护需求评估内容框架拟定	10
2.1.2 终末期 COPD 患者安宁疗护需求评估内容的构建	10
2.1.3 终末期 COPD 患者安宁疗护需求评估内容的权重设置	10
2.2 研究方法	10
2.2.1 成立研究小组	10
2.2.2 文献研究法	11
2.2.3 质性访谈法	13
2.2.4 德尔菲法	16
2.2.5 层次分析法	18
第 3 章 结果	20
3.1 文献回顾结果	20
3.1.1 文献检索结果	20
3.1.2 纳入文献的基本特征	21

3.1.3 文献提取结果	26
3.2 质性访谈结果	28
3.2.1 访谈对象的一般资料	28
3.2.2 终末期 COPD 患者安宁疗护需求的访谈结果	30
3.3 初步构建评估内容条目	34
3.4 德尔菲专家函询结果	37
3.4.1 函询专家的基本资料	37
3.4.2 专家的积极性	38
3.4.3 专家的权威程度	38
3.4.4 专家意见协调程度	39
3.4.5 第一轮专家函询结果	40
3.4.6 第一轮专家意见及修改结果	44
3.4.7 第二轮专家函询结果	46
3.4.8 第二轮专家意见及修改结果	50
3.4.9 两轮专家函询的最终结果	50
3.5 应用层次分析法确定指标权重结果	54
3.5.1 建立层次结构模型	54
3.5.2 构建判断矩阵	54
3.5.3 指标权重值的计算及一致性检验结果	55
3.5.4 指标权重排序	59
第 4 章 讨论	62
4.1 终末期 COPD 患者安宁疗护需求评估内容构建的必要性分析	62
4.2 终末期 COPD 患者安宁疗护需求评估内容构建的科学性分析	62
4.3 终末期 COPD 患者安宁疗护需求评估内容构建的可靠性分析	63
4.4 终末期 COPD 患者安宁疗护需求评估内容构建的内容分析	63
4.4.1 一级指标权重分析	63
4.4.2 二、三级指标权重分析	64
第 5 章 结论	69
5.1 研究结论	69
5.2 创新性	69
5.3 局限性	69
5.4 研究展望	69
第 6 章 文献综述	71
6.1 COPD 患者安宁疗护需求评估的核心维度	72

6.1.1 生理需求	72
6.1.2 心理与精神需求	72
6.1.3 社会与家庭支持需求	72
6.1.4 信息与决策需求维度	73
6.2 COPD 患者安宁疗护需求评估常用工具	73
6.3 COPD 患者安宁疗护需求影响因素	74
6.3.1 患者与疾病因素	74
6.3.2 医务人员因素	74
6.3.3 伦理因素	75
6.3.4 政策因素	75
6.4 小结	76
参考文献	77
附录	88
致谢	114
作者简介	115
导师评阅表	116

英文缩略语表

Abbreviations

英文缩写	英文全称	中文全称
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease	慢性阻塞性肺疾病
ACP	Advance Care Planning	预立医疗照护计划
ATS	American Thoracic Society	美国胸科学会
ERS	European Respiratory Society	欧洲呼吸学会
ACCP	American College of Chest Physicians	美国胸科医师学会
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease	慢性阻塞性肺疾病全球倡议
PCST	Palliative Care Screening Tool	安宁疗护需求筛查工具
ProPal-COPD	Proactive Palliative Care for Patients with COPD	COPD 患者前瞻性安宁疗护
SQ	Surprise Question	惊讶问题
SNAP	Support Needs Approach for Patients	患者支持需求方法
MRADL	Manchester Respiratory Activities of Daily Living Questionnaire	曼彻斯特日常生活呼吸活动 问卷

第 1 章 前言

1.1 研究背景

慢性阻塞性肺疾病（Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD）是一种以气道异常及肺血管重塑为特征的异质性呼吸系统疾病，这些病理改变会导致气流受限进而引发呼吸困难、功能残疾甚至过早死亡。据《柳叶刀》杂志数据显示，COPD 作为慢性呼吸系统疾病中最常见的类型，全球患病率自 1990 年至 2017 年间增长了约 40%，截至 2017 年该疾病已成为继冠心病和脑血管疾病之后全球第三大死因^[1-3]。全球范围内受 COPD 影响的人群已超 3 亿，仅 2019 年就有约 330 万人因该病死亡^[1]。2021 年全球疾病负担研究报告进一步指出，疾病负担正从传染性、孕产妇、新生儿和营养性疾病转向非传染性疾病；预计到 2050 年，缺血性心脏病、脑卒中、糖尿病和 COPD 可能成为前四位非传染性疾病，且疾病负担将主要集中在女性和中低收入国家^[4,5]。尽管近年来 COPD 治疗领域在新型药物与器械治疗取得了一定突破，但该疾病死亡率仍呈持续上升趋势，不断加重的疾病负担使其成为一个急需被关注的公共卫生问题。

终末期 COPD 通常是指患者接受标准化规范治疗后临床症状无明显好转且病情持续恶化的病理状态，其预期生存时间通常不超过 6 个月，目前临床实践中仍缺乏可精准评估其生存时长的有效方法^[6,7]。该阶段的患者以呼吸困难作为核心症状，由此引发呼吸窘迫和活动能力下降会严重干扰患者的日常生活，轻微活动即可诱发病状加重，还常伴随急性发作、窒息及死亡的恐惧^[8]。除核心症状外患者还普遍承受多重症状负担，主要包括疲劳、咳嗽、疼痛及焦虑等，常见症状种类可达 14 种，严重程度与肺癌相当，对患者生活质量造成显著负面影响^[9-11]。且多数终末期 COPD 患者合并一种或多种并发症，其中重度和极重度患者病情急性加重更为频繁且死亡风险也明显增高^[12,13]。相关研究进一步表明在此阶段的患者还常陷入“阈限状态”，承受生活失落感、个人自由剥夺与存在性孤立等深层痛苦^[14]。这种沉重的疾病负担不仅会使患者自身的身心健康与生活质量降低，也会对家属及照护者的身心健康产生显著的负面影响^[15]。目前临床针对 COPD 患者已构建起相对完善的疾病控制与管理体制，包括阿片类药物与支气管扩张剂的联合使用，以及辅以肺康复训练和呼吸功能训练等非药物干预手段，但在实际应用中治疗效果往往难以达到理想预期。现有干预措施在控制患者严重的躯体症状方面有限，且难以全面满足患者及照护者在情感与社会心理层面的复杂需求，导致多数患者长期承受没有获得缓解的多重症状负担^[16,17]。综合性安宁疗护在肿瘤领域的应用已得到研究证实，可有效减轻患者临床症状，提升生活质量及临终阶段的生存体验^[18-20]，其在 COPD 管理中同

样具有重要的探索潜力。现有研究已经表明在 COPD 照护体系中融入安宁疗护理念不仅有助于缓解患者的呼吸困难、焦虑与谵妄等症状，还能促进患者对家属和医护人员之间关于临终话题的沟通与交流^[21]。为切实缓解患者的痛苦，提供符合其自身价值观及个体需求的医疗照护服务，将综合性安宁疗护整合到终末期 COPD 临床管理体系具有重要的临床应用价值与现实意义。

依据相关团体规范，安宁疗护（Hospice Care, HP）的核心是在不刻意加速或延缓死亡的前提下，对生命末期患者及其家属、照护人员实施全方位的全人照护服务，着力缓解患者心理、身体、社会和精神痛苦，进而维护患者生命尊严并帮助其实现善终，改善患者及其家属的生活质量^[22]。美国胸科学会（American Thoracic Society, ATS）、欧洲呼吸学会（European Respiratory Society, ERS）及美国胸腔医师学会（American College of Chest Physicians, ACCP）均建议为 COPD 患者提供初级的专科姑息与安宁治疗，这提示该服务在 COPD 患者照护管理与预后改善中的重要意义^[23]。但目前终末期 COPD 患者安宁疗护具体需求与服务体验仍缺乏充分证据，相关的研究仍较为局限，虽然超过 10% 的慢性呼吸系统疾病患者存在姑息与安宁疗护需求，但这部分人群的服务可及性仍明显不足^[24]。数据显示晚期 COPD 患者与终末期癌症患者在症状复杂程度上相似，整体症状负担与肺癌相当，但接受过规范安宁疗护的终末期 COPD 患者不足半数，获得专科干预的比例不到肺癌患者的三分之一，提示该人群存在大量未被满足的安宁疗护需求^[25]。为应对这一需求，构建系统全面的需求评估体系至关重要，目前国内外已有部分安宁疗护需求评估工具，但在实际应用中存在明显局限。例如安宁疗护需求筛查工具（Palliative Care Screening Tool, PCST）虽已应用于慢性病领域，但维度覆盖不全且缺乏对社会支持、经济负担、灵性需求及家庭照护者的直接评估，工具特异性与适用性也有待提升^[26]；而 COPD 患者前瞻性安宁疗护（Proactive Palliative Care for Patients with COPD, ProPal-COPD）工具则主要侧重于高风险人群识别，难以系统筛查患者的多维度需求^[27]。国内外适用于终末期 COPD 患者的安宁疗护需求评估内容目前尚未成熟，仍需进一步研究与完善。

目前我国安宁疗护服务主要集中在癌症患者和养老院老年居民，对于慢性病患者尤其是 COPD 患者的关注度仍显不足；且医护人员对 COPD 患者的评估目前主要集中在症状管理和治疗效果上，对安宁疗护服务内容缺乏认知。近年来我国安宁疗护发展政策日渐完善，2025 年《安宁疗护实践指南（2025 年版）》的颁布标志着我国安宁疗护进入规范化发展的新阶段^[22]。在此政策背景下，本研究旨在初步建立终末期 COPD 患者安宁疗护需求评估的关键组成部分，为此类患者的安宁疗护临床实践提供依据。

1.2 国内外研究现状

1.2.1 COPD 患者安宁疗护发展现状

1.2.1.1 国外 COPD 患者安宁疗护发展现状

现代安宁疗护事业始于 20 世纪 60 年代,1967 年伦敦创办世界上首座安宁疗护院成为正式起步的标志,随后美国、澳大利亚以及日本等 60 多个国家和地区先后开展了相关服务^[28]。在国外安宁疗护通常被纳入姑息治疗的范畴,是针对疾病晚期阶段的重要干预措施。国外在 COPD 患者安宁疗护领域起步相对较早,在需求识别、干预措施与效果评价等方面已经积累了较为丰富的实践经验和研究成果,整体发展现状已呈现出从传统终末期关怀向早期整合与多维度支持模式转变的明确趋势^[29]。

近年来包括美国胸科学会、欧洲呼吸学会以及世界卫生组织等国际权威机构均已明确指出,姑息与安宁疗护的理念不应只在临终阶段开展,而应贯穿 COPD 疾病全程并与常规治疗同步推进^[17]。但理论与现实之间存在明显差距,COPD 患者想要获得及时且充分安宁疗护仍面临诸多障碍,实际服务利用率也远低于癌症患者^[30];澳大利亚一项研究表明仅约 17.9% 的 COPD 患者在生命最后一年接触过任意类型的姑息治疗相关支持^[31]。这种实施上的滞后与不足在具体研究中得到印证,Broese 等^[32]人在荷兰的调查发现,即便肺科和全科医生均会定期处理安宁疗护相关事宜,但在面对 COPD 患者时相关照护行为大多缺乏规范结构,也很少形成标准化流程,这表明需要明确指导和统一流程用以明确沟通介入时机、专科转诊节点以及不同机构间的信息传递方式。Fusi-Schmidhauser 等^[33]的研究则指出,疾病进展的不可预测性是导致患者无法及时获得综合照护的主要原因,并提出终末期 COPD 综合安宁疗护模式应围绕多维评估、医护人员教育和跨学科团队协作这三个关键部分展开。Spence 等^[34]人在对医疗保健专业人员访谈后同样认为,对参与终末期 COPD 照护的医护人员开展系统化沟通技能培训是提升安宁疗护质量的重要途径。

综合来看,虽然国际行业共识早已呼吁尽早识别患者需求并将安宁疗护融入全程诊疗,但受疾病进展轨迹不确定、大众认知与接受度不足、医疗体系衔接不畅以及专业培训欠缺等多重因素影响,国外现阶段的临床实践仍更多集中于疾病晚期和末期的人群,所以切实完善生命终末期的安宁疗护并以此为立足点,逐步将服务向疾病更早阶段延伸并实现全程覆盖,是未来推广这一照护模式不可或缺的基础与前提。

1.2.1.2 国内 COPD 患者安宁疗护发展现状

我国安宁疗护服务的发展呈现出宏观政策体系日趋完善与在具体疾病群体中实践

应用相对滞后并存的现状。政策体系建设始于 2015 年国务院出台的医养结合相关文件，其中明确要求医疗机构增设安宁疗护床位^[35]；2016 年“安宁疗护”概念被正式纳入《“健康中国 2030”规划纲要》，首次上升至国家战略高度^[36]；至 2017 年，《安宁疗护中心基本标准和管理规范（试行）》及《安宁疗护实践指南（试行）》的颁布，标志着全国性专业标准的初步建立^[37]。随着政策体系持续推进，重心自 2019 年起向服务网络建设与长效机制深化扩展，明确提出发展社区和居家安宁疗护服务^[38]；2020 年《基本医疗卫生与健康促进法》从法律层面明确了安宁疗护作为全周期医疗卫生服务的重要组成部分；到“十四五”时期，政策进一步要求建立“机构、社区和居家相衔接”的服务机制^[39]，截至 2023 年 7 月，全国第三批安宁疗护试点已覆盖 185 个市（区），基本体系初步形成。作为专业标准的重要更新，国家卫生健康委员会于 2025 年发布《安宁疗护实践指南（2025 年版）》^[22]，这是对 2017 年试行版本的全面修订与升级，标志着我国安宁疗护服务迈入规范化发展的新阶段。当前我国安宁疗护服务实践主要集中于癌症患者群体，针对 COPD 患者的关注与研究则相对有限。在 2016 年刘小英等^[40]人率先开展 COPD 患者安宁疗护需求调查分析发现，患者在承受沉重的症状负担的同时，还迫切需要专业安宁疗护服务以缓解身心痛苦。我国 COPD 患者及家属对于安宁疗护的接受程度仅处于中等水平，这一现状受患者肺功能状况、焦虑抑郁情绪以及伴随的合并症等多重因素的影响^[41]。林巧莹等^[42]人研究同样证实了安宁疗护对该群体的积极价值，如在常规护理基础上采用安宁疗护可以提高老年 COPD 患者的自我管理能力和治疗依从性，改善疾病相关指标，其整体效果也优于常规的单一护理，同时还有助于缓解患者疼痛及躯体不适，提高其生活质量^[43]。

目前我国已从政策层面上为安宁疗护构建了更为完善的制度体系与服务网络，但如何将这一体系真正延伸至 COPD 等非癌性慢性病人群，切实满足其个体化照护需求，并不断提高社会及专业领域对相关服务的认知程度，仍是今后需要重点探索和突破的重要课题。

1.2.2 COPD 患者安宁疗护需求研究现状

COPD 作为不断进展性且会危及生命的疾病，患者及照护者存在多方面的安宁疗护需求，但在实际服务供给与资源整合过程中仍存在不少难题，已有研究从不同角度呈现该人群的多维度需求现状与实施挑战。

国外针对 COPD 患者的安宁疗护需求，主要集中在躯体、心理、社会和精神存在等多个层面。生理层面上呼吸困难、疲劳及疼痛等症状带来的负担最为明显，有接近 95% 的晚期 COPD 患者长期受到严重呼吸困难影响，且现有干预对症状控制效果普遍有限^[44]。心理与存在层面上，疾病进程难以预估带来的恐惧和焦虑情绪是患者最主要的心理负担，也伴随着生命意义感缺失以及自我认同削弱等深层次的存在性痛苦，而照护者则普遍面