

基于ERG理论的癌症晚期患者安宁疗护示范病房的构建与应用研究

贺晓莉^{1*}, 崔莹莹², 高彩霞¹

¹银川市第一人民医院肿瘤内科, 宁夏 银川

²北京大学第一医院宁夏妇女儿童医院(宁夏回族自治区妇幼保健院)新生儿科, 宁夏 银川

收稿日期: 2026年6月22日; 录用日期: 2026年7月23日; 发布日期: 2026年8月4日

摘要

目的: 探讨基于ERG (existence relatedness growth, ERG)理论的癌症晚期患者安宁疗护示范病房的构建与应用效果。方法: 选取2024年5月~12月银川市第一人民医院肿瘤内科70例晚期肿瘤患者为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组35例, 干预组35例。对照组入住普通病房接受常规护理干预, 干预组入住病区内设置的安宁疗护示范病房, 在对照组基础上给与基于ERG理论的癌症晚期患者安宁疗护护理模式, 开展安宁疗护照护。评估两组患者的支持性服务未满足需求、生活质量及焦虑抑郁情绪等情况。结果: 护理干预后, 干预组患者的支持性服务未满足需求、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分及汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分均低于对照组, 生活质量评分高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 对于癌症晚期患者, 实施基于ERG理论的安宁疗护护理模式, 能有效降低患者的焦虑、抑郁程度, 改善生活质量, 具有较好的实用性, 指导临床护理工作。

关键词

ERG理论, 癌症晚期, 安宁疗护, 管理

Research on the Construction and Application of Hospice Care Demonstration Ward for Patients with Advanced Cancer Based on ERG Theory

Xiaoli He^{1*}, Yingying Cui², Caixia Gao¹

¹Department of Medical Oncology, Yinchuan First People's Hospital, Yinchuan Ningxia

²Neonatology Department, Peking University First Hospital Ningxia Women and Children's Hospital (Ningxia Hui Autonomous Region Maternal and Child Health Hospital), Yinchuan Ningxia

*通讯作者。

文章引用: 贺晓莉, 崔莹莹, 高彩霞. 基于 ERG 理论的癌症晚期患者安宁疗护示范病房的构建与应用研究[J]. 护理学, 2026, 15(8): 39-49. DOI: 10.12677/ns.2026.158245

Abstract

Objective: To explore the construction and application effect of a palliative care demonstration ward for advanced cancer patients based on the ERG (Existence, Relatedness, Growth) theory. **Methods:** From May to December 2024, 70 advanced cancer patients in the Department of Oncology of the First People's Hospital of Yinchuan were selected as the research subjects and randomly divided into a control group of 35 cases and an intervention group of 35 cases. The control group was admitted to a regular ward and received routine nursing care, while the intervention group was admitted to a palliative care demonstration ward set up within the ward and received a palliative care nursing model based on the ERG theory. The unmet supportive service needs, quality of life, and anxiety and depression levels of the two groups were evaluated. **Results:** After the nursing intervention, the unmet supportive service needs, Hamilton Depression Scale (HAMD) scores, and Hamilton Anxiety Scale (HAMA) scores of the intervention group were lower than those of the control group, and the quality of life scores were higher than those of the control group, with statistically significant differences ($P < 0.05$). **Conclusion:** Implementing a palliative care nursing model based on the ERG theory for advanced cancer patients can effectively reduce their anxiety and depression levels and improve their quality of life. It has good practicality and can guide clinical nursing work.

Keywords

ERG Theory, Terminal Cancer, Palliative Care, Management

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

2020 年全球癌症负担数据显示,我国因癌症死亡人数高达 300 万例,居世界首位[1]。癌症晚期患者常常承受着躯体、心理及精神等多方面的痛苦[2]。安宁疗护以临终患者及其照护者为中心,致力于症状管理,注重维护患者尊严,能有效提升其生命质量[3]。近年来,国家层面高度重视安宁疗护服务发展,并出台多项支持政策,如《关于印发医学人文关怀提升行动方案(2024-2027 年)的通知》[4]及《老年安宁疗护病区设置标准》[5]等,积极推动服务的试点与普及。在此背景下,宁夏地区于 2024 年初正式启动安宁疗护病房建设试点,并将银川市唯一的三级甲等医院——银川市第一人民医院作为示范点。ERG 理论(生存需求-相互关系需求-成长发展需求, Existence Relatedness Growth)指出人类存在三种核心需求[6],为护理实践提供了新视角。本研究以癌症晚期患者及其照护者的需求为导向,基于 ERG 理论构建安宁疗护示范病房,并评估其应用效果,旨在加强医护人员对癌症晚期患者的全病程管理,提升临终护理质量。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

选取 2024 年 5 月至 2024 年 12 月银川市第一人民医院肿瘤内科收治的 70 例晚期肿瘤患者为研究对

象。采用随机数字表法将患者分为对照组(35 例)和干预组(35 例)。患者纳入标准：(1) 年龄 ≥ 18 岁，具备基本的理解与语言表达能力；(2) 经病理学确诊为恶性肿瘤，且为Ⅲ期或Ⅳ期；(3) 预计生存期 < 6 个月(由主治医师团队评估)；(4) 自愿签署知情同意书。排除标准：(1) 既往存在精神疾病史，或存在视觉、语言沟通、听力及认知障碍者；(2) 曾参与过类似研究者。脱落标准：患者或其照护者主动要求退出研究。两组患者的一般资料比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性(详见表 1)。

Table 1. Baseline information of participants in 2 groups
表 1. 两组一般资料比较

项目	对照组	干预组	统计量(P)
性别[例(百分比, %)]			0.239
男	23 (65.71)	28 (80.00)	
女	12 (34.29)	7 (20.00)	
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	55.48 $\pm$ 12.51	61.56 $\pm$ 8.29	0.063
文化程度[例(百分比, %)]			0.111
小学及以下	5 (14.29)	5 (14.29)	
初中	11 (31.43)	16 (45.71)	
高中	6 (17.14)	10 (28.57)	
大专	3 (8.57)	3 (8.57)	
本科及以上	10 (28.57)	1 (2.86)	
婚姻状况[例(百分比, %)]			0.235
未婚	3 (8.57)	1 (2.86)	
已婚	32 (91.43)	34 (97.14)	
居住地[例(百分比, %)]			0.180
城市	18 (51.43)	12 (34.29)	
农村	17 (48.57)	23 (65.71)	
照护者与患者关系[例(百分比, %)]			0.623
配偶	20 (57.14)	22 (62.86)	
父母	1 (2.86)	0	
子女	11 (31.43)	12 (34.29)	
其他	3 (8.57)	1 (2.86)	
患癌部位[例(百分比, %)]			0.995
呼吸系统	10 (28.57)	10 (28.57)	
消化系统	18 (51.43)	19 (54.29)	
神经系统	2 (5.71)	2 (5.71)	
泌尿/生殖系统	2 (5.71)	1 (2.86)	
淋巴/骨骼系统	2 (5.71)	2 (5.71)	
内分泌系统	1 (2.86)	1 (2.86)	

2.2. 方法

2.2.1. 对照组

患者接受由责任护士实施的常规护理。具体内容包括：(1) 基础护理：密切观察病情变化，执行对症治疗与护理措施，遵医嘱给药，提供营养支持，确保各类管路通畅，保障患者充分休息与睡眠，维持基本体能。(2) 心理调适建议：指导患者聆听舒缓音乐以放松心情、转移注意力，鼓励其保持积极心态。(3) 环境管理：保持床单位清洁整齐；定时更换绿植以营造温馨氛围；控制噪音；维持室内温度在 18℃~22℃，湿度在 50%~60%。

2.2.2. 干预组

患者则接受基于 ERG 理论构建并实施的肿瘤晚期安宁疗护示范病房管理模式。

1) 多学科团队的构建

构建安宁疗护多学科团队(Multi-Disciplinary Team, MDT)，核心成员包括医生、麻醉师、安宁疗护护士、心理咨询师、营养治疗师、志愿者等。具体配置如下：医生 5 名，护士 12 名(含：护理部主任 1 名、安宁疗护护士 1 名、肿瘤专科护士 4 名、老年专科护士 3 名、经专科培训并考核合格的护理员 3 名)，沙盘治疗师 1 名，伤口造口治疗师 1 名。成员职责分工：医生负责疾病早期及病情变化时的全面评估(涵盖生理、心理、社会及灵性层面)；持续与患者沟通，调整治疗目标；根据患者意愿与偏好，制定高级治疗计划；提供专业的治疗规划与疼痛管理指导；与患者及照护者讨论疾病治疗的有限性与预后。麻醉师为患者制定并实施最优的疼痛管理方案(尤指药物镇痛)。安宁疗护护士执行缓解疼痛、提升舒适度的护理措施；指导照护者掌握日常照护技能；向医生提供患者健康状况信息。心理咨询师与沙盘治疗师对患者及照护者进行心理评估、咨询、哀伤辅导及精神支持；为医护人员提供心理指导与支持；运用个人沙盘游戏与团体沙盘游戏形式，协助患者及家属进行心理疏导与灵性探索。营养治疗师评估患者营养状况，提供个体化营养支持与专业指导；制定与疾病阶段相适应的营养方案。伤口造口治疗师负责对有压力性损伤或伤口患者的会诊与专业处理。专科护士统筹专科病房的护理工作分配与质量控制；执行各项护理工作，包括疾病健康教育、冥想训练、康复指导、沙盘游戏组织、哀伤辅导、家庭会议协调等；提供出院患者的延续性护理，确保其获得居家照护的专业知识与支持。专科护理员(在护士指导下)协助完成患者的日常生活护理，如进食饮水、穿衣、活动、洗漱等。

2) 专科人员培训

为在 MDT 团队中深化安宁疗护理念并提升病房整体服务能力，本研究制定了规范化的分层培训体系(涵盖医院、科室及个人层面)，采用“外送进修、内部研修”相结合的方式，定期组织团队成员进行专项培训。具体培训措施如下：(1) 医护一体化理论培训：每月组织 1 次，课程内容涵盖患者综合评估、症状管理、舒适护理、心理社会支持等核心安宁疗护知识与技能。(2) 护士专科能力提升：每月组织 1 次专科理论培训，重点强化专科药物药理机制、医疗设备操作规范、并发症管理、康复训练技术及心理护理方法等。(3) 护理员安全照护培训：每季度开展安全照护规范、风险防范措施等针对性课程，并进行考核，确保护理员掌握基础照护技能。(4) 外部进修支持：积极鼓励并支持医务人员参加国内外及省级安宁疗护专业培训班，学习前沿理念与技术。通过上述系统性培训，旨在全面提升照护团队的理论素养与专业技能，为提供更优质的安宁疗护服务奠定坚实的专业基础。

3) 病房设置及区域环境准备

住院病区严格划分以下功能区域：病房、护士站、治疗室、处置室、谈心室(评估室)、关怀室(告别室)、医务人员办公室、配膳室、沐浴室及日常活动场所。病房具体配置如下：(1) 床位设置：建设安宁疗护示范病房 3 间，共设 6 张床位，配备电动床以方便患者翻身及调整体位。(2) 环境营造：床单、被套、窗帘、墙面装饰画等选用温暖柔和的黄色调，并放置绿植，营造温馨舒适的氛围。(3) 基础家具：配置沙

发、茶几、冰箱、微波炉等生活便利设施。(4) 照明与应急：病房及通道配备小夜灯及应急照明设备。(5) 环境控制：室内配置空气温度调节设施(空调/暖气)。(6) 安全与护理设施：配置专用沐浴间及助浴设备、移动患者设施(如过床板、移位机)及安全防护设施(如护栏)。每间病房设置独立卫生间，安装安全扶手、紧急呼叫装置；地面采用防滑、易清洁、不渗水材料，满足无障碍通行要求。(7) 风险警示：对存在跌倒或 VTE (静脉血栓栓塞症)高风险的患者，床位悬挂相应警示标识，并视情况告知家属需陪护。(8) 用药辅助：房间内设置数字时钟，并根据患者服药时间表设定用药提醒功能。(9) 舒缓支持：病房配置蓝牙音箱，于睡前定时播放舒缓音乐。(10) 人文关怀：制定规律的作息时间表，丰富患者住院生活，缓解焦虑情绪，促进良好睡眠。(11) 多功能活动区域配置：设置专门的多功能活动区，供患者、家属及照护者进行小型活动或医患交流，包含：绘画区、沙盘游戏区、棋类活动区(如下象棋)、手指活动康复益智区、室内健步区，另设影像观影区，配备可视化 iPad、电视及音乐播放系统。(12) 专用功能房间：建设家庭会议室和谈心室(评估室)，满足私密沟通与团队会议需求。

4) 安宁疗护服务内容

安宁疗护实践以临终患者及家属为中心，采用多学科协作模式，核心内容涵盖疼痛及其他症状控制、舒适照护、心理/精神支持及社会支持。

5) 构建基于 ERG 理论的一体化全流程管理模式

本模式将 ERG 理论(生存需求 - 相互关系需求 - 成长发展需求)贯穿于患者照护全流程(详见表 2)，具体实践如下：生存需求(Existence)：聚焦症状管理，制定个性化镇痛方案(如动态应用 NRS 疼痛评分量表评估)，并整合中医适宜技术、个体化营养支持等综合干预手段。相互关系需求(Relatedness)：强化情感联结与社会支持，通过组织家庭会议、引入志愿者陪伴服务、构建社会支持网络(例如“时间银行”互助模式)等方式，增进患者、家属及社会间的连接。成长发展需求(Growth)：促进生命意义重构与临终成长，运用生命回顾技术、死亡教育、心愿实现计划(如协助完成遗愿清单、出版回忆录等)，帮助患者缓解死亡焦虑，寻求生命终期的意义与价值。

Table 2. The implementation table of patients' work and rest time and care plan in hospice care demonstration ward based on ERG theory

表 2. 基于 ERG 理论的安宁疗护示范病房患者作息时间及照护计划实施表

时间	需求	内涵	内容	主要参与者	主要实施者
上午	生存	基本的物质需求	音乐疗法	患者/家属/照护者	多学科团队
			生活护理(皮肤、口腔)	患者	护理员/专科护士
			早餐	患者	护理员/专科护士
	关系	良好社交关系的诉求，情感上的尊重与被尊重	全面评估(生理评估、心理评估、社会支持评估、精神评估、生活质量评估、生存期评估)	患者	多学科团队
			舒适护理(活动睡眠/伤口护理/静脉导管维护/疼痛护理)	患者	多学科团队
			中医护理(穴位贴)	患者	多学科团队
下午	成长	个人自我完善、职业规划及发展的诉求，是实现自身价值的过程	预立医疗照护计划(ACP)	患者	多学科团队
			生命回顾	患者/家属	专科护士
			意义疗法	患者/家属	专科护士
			尊严疗法	患者/家属	专科护士
			哀伤辅导	家属/照护者	专科护士
			死亡教育	家属/照护者	专科护士

2.3. 观察指标

2.3.1. 支持性服务未满足需求

采用赵悦秋[7]研制的《支持性服务未满足需求问卷》进行评估。该问卷包含 5 个维度,共 32 个条目:生理需求(10 条目)、安全需求(9 条目)、爱与归属需求(5 条目)、尊重需求(2 条目)、自我实现需求(6 条目)。计分方法:每个条目均评估需求程度与未满足需求程度两个层面,均采用 Likert 5 级评分法。需求程度总分与未满足需求程度总分范围均为 32~160 分。得分越高,分别表明患者的支持性服务需求程度越高、以及该需求未得到满足的程度越高。问卷总体 Cronbach's α 系数为 0.895,各维度 Cronbach's α 系数范围为 0.7844~0.889。

2.3.2. 焦虑与抑郁得分

分别采用汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA-14) [8]和汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD-24) [9]评估患者的焦虑和抑郁症状。

采用汉密尔顿焦虑量表(14 项版) (hamilton anxiety scale, HAMA-14) [8]及汉密尔顿抑郁量表(24 项版) (Hamilton depression scale, HAMD24) [9]分别评估患者焦虑、抑郁症状。HAMA-14 评分与分级:总分 ≥ 29 分:提示可能为严重焦虑;总分 ≥ 21 分:提示有明显焦虑;总分 ≥ 14 分:提示有焦虑;总分 ≥ 7 分:提示可能有焦虑;总分 < 7 分:提示无焦虑症状。HAMD-24 评分与分级:大部分条目采用 Likert 5 级评分法(0~4 分),少数条目采用 Likert 3 级评分法(0~2 分),总分 < 8 分:提示无抑郁;总分 8~20 分:提示轻度抑郁;总分 20~35 分:提示中度抑郁;总分 > 35 分:提示重度抑郁。

2.3.3. 生活质量评分

采用 Zhang 等[10]汉化的中文版《安宁疗护患者生活质量量表》进行评估。该量表包含三个维度:功能状态(5 条目)、症状管理(9 条目)和整体生活质量(1 条目)。计分方法:功能状态与症状管理维度条目采用 Likert 4 级评分法(1 分 = “没有”至 4 分 = “非常多”)。整体生活质量维度条目采用 Likert 7 级评分法(1 分 = “很差”至 7 分 = “极好”)。维度得分计算:计算各维度初始得分:将该维度所有条目得分相加,再除以该维度条目数;将初始得分通过极差法进行线性转换,得到标准化得分(范围:0~100 分)。功能状态维度或整体生活质量维度标准化得分越高,表示生活质量越好。症状管理维度标准化得分越低,表示生活质量越好。量表总体 Cronbach's α 系数范围为 0.64~0.80。

2.4. 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据录入、处理与分析。计数资料采用频数、百分比描述,采用卡方检验、Fisher 确切概率法进行组间比较。计量资料符合正态分布时用均数 $\pm$ 标准差进行描述,采用独立样本 t 检验进行比较;不符合则采用中位数、四分位数表示,采用 Mann-Whitney U 秩和检验,基线不均衡数据采用单因素协方差分析校正基线后比较组间差异。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

3. 结果

3.1. 干预前后两组患者支持性服务需求及未满足需求比较

因生理需求、尊重需求未满足程度基线评分不均衡,本研究采用单因素协方差分析,以干预前评分为协变量校正基线偏差,比较两组干预后指标水平(表 3)。生理需求方面,基线对结局效应显著($F = 42.352$, $P < 0.001$),校正基线后组间差异仍显著($F = 9.187$, $P = 0.003$);尊重需求未满足程度基线可显著影响结局($F = 38.694$, $P < 0.001$),校正后两组差异同样具有统计学意义($F = 41.725$, $P < 0.001$)。干预前,两组患者支持性服务需求总分及未满足需求总分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,患者支持性服务需求

总分及未满足需求总分比较差异均具有统计学意义($P < 0.05$), 见表 4。

Table 3. Results of covariance analysis for physiological needs and unmet esteem needs in the two groups

表 3. 两组生理、尊重需求指标协方差分析结果

指标	变异来源	自由度	F	P
生理需求程度	协变量(干预前基线)	1	42.352	<0.001
	分组(干预/对照)	1	9.187	0.003
尊重需求未满足程度	协变量(干预前基线)	1	38.694	<0.001
	分组(干预/对照)	1	41.725	<0.001

Table 4. Comparison of supportive service needs and unmet needs before and after the intervention between 2 groups

表 4. 干预前后两组患者支持性服务需求及未满足需求比较

组别	例数	支持性服务需求总分		生理需求程度		安全需求程度	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
干预组	35	95.57 ± 13.21	88.92 ± 14.07	21.14 ± 3.97	25.71 ± 5.31	25.06 ± 5.08	24.63 ± 4.89
对照组	35	94.83 ± 12.64	97.65 ± 11.24	27.38 ± 4.55	28.47 ± 4.18	25.67 ± 4.62	26.88 ± 4.21
Z		-0.503	3.392	7.441	2.971	0.547	2.641
P		0.615	0.001	<0.001	0.003	0.584	0.008
组别	例数	爱与归属需求程度		尊重需求程度		自我实现需求程度	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
干预组	35	15.34 ± 3.21	14.82 ± 3.26	6.28 ± 1.61	6.06 ± 1.42	20.37 ± 3.95	18.15 ± 4.11
对照组	35	15.17 ± 2.79	15.38 ± 2.68	6.33 ± 1.30	6.59 ± 1.14	20.15 ± 3.07	20.47 ± 3.02
Z		-0.322	1.028	0.223	2.291	-0.346	3.566
P		0.748	0.307	0.824	0.022	0.729	<0.001
组别	例数	未满足需求总分		生理需求未满足程度		安全需求未满足程度	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
干预组	35	82.74 ± 12.85	68.95 ± 11.27	25.31 ± 5.62	20.28 ± 4.22	22.37 ± 4.63	19.93 ± 3.98
对照组	35	85.83 ± 13.41	86.61 ± 12.05	24.87 ± 5.07	25.08 ± 4.47	24.15 ± 4.21	24.69 ± 3.82
Z		0.932	7.531	-0.497	5.941	2.071	6.608
P		0.351	<0.001	0.619	<0.001	0.038	<0.001
组别	例数	爱与归属需求未满足程度		尊重需求未满足程度		自我实现需求未满足程度	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
干预组	35	12.81 ± 2.54	11.83 ± 2.41	4.61 ± 1.15	4.07 ± 1.08	18.11 ± 3.42	13.07 ± 3.15
对照组	35	13.17 ± 2.66	13.52 ± 2.59	5.40 ± 1.38	5.43 ± 1.19	18.18 ± 4.06	17.82 ± 3.74
Z		0.707	3.388	3.411	6.468	0.062	7.453
P		0.479	0.001	0.001	<0.001	0.951	<0.001

3.2. 干预前后两组患者焦虑、抑郁得分比较

两组干预前抑郁评分基线水平不均衡,因此采用单因素协方差分析,以干预前抑郁评分为协变量校正基线混杂效应,对两组干预后抑郁评分进行组间比较(表 5)。分析结果显示,基线抑郁评分可显著影响干预后结局($F=56.283, P<0.001$),校正基线偏差后,两组干预后抑郁评分的组间差异仍具有统计学意义($F=9.326, P=0.003$)。干预前,两组患者焦虑、抑郁得分比较差异均无统计学意义($P>0.05$);干预后,两组患者抑郁得分比较差异均具有统计学意义($P<0.05$),见表 6。

Table 5. Results of analysis of covariance for depression scores

表 5. 抑郁得分协方差分析结果

指标	变异来源	自由度	<i>F</i>	<i>P</i>
抑郁得分	协变量(干预前基线)	1	56.283	<0.001
	分组(干预组/对照组)	1	9.326	0.003

Table 6. Comparison of anxiety and depression scores before and after the intervention between 2 groups

表 6. 干预前后两组患者焦虑、抑郁得分比较

组别	例数	焦虑		抑郁	
		干预前	干预后	干预前	干预后
干预组	35	14.74 ± 3.40	13.61 ± 2.87	16.42 ± 3.02	15.62 ± 2.61
对照组	35	15.05 ± 3.30	14.32 ± 2.67	17.51 ± 3.43	17.25 ± 3.47
<i>Z</i>		-0.558	-1.499	-2.021	-3.039
<i>P</i>		0.577	0.134	0.043	0.002

3.3. 干预前后两组患者生活质量比较

干预前,两组功能状态、症状管理、整体生活质量维度得分比较差异均无统计学意义($P>0.05$);干预后,两组功能状态、症状管理、整体生活质量各维度得分比较差异均具有统计学意义($P<0.05$),见表 7。

Table 7. Comparison of quality of life scores before and after the intervention between 2 groups

表 7. 干预前后两组患者生活质量比较

组别	例数	功能状态维度		症状管理维度		整体生活质量维度	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
干预组	35	80(65, 89)	87(80, 93)	22(12, 42)	18(13, 30)	50(42, 67)	67(67, 83)
对照组	35	80(67, 88)	76(60, 88)	30(15, 46)	28(19, 49)	58(34, 83)	50(17, 67)
<i>Z</i>		-0.308	-1.987	-1.048	-2.422	-0.595	-3.601
<i>P</i>		0.758	0.047	0.295	0.015	0.552	<0.001

4. 讨论

4.1. ERG 理论导向的安宁疗护有效降低患者未满足需求

本研究结果显示,干预后两组患者支持性服务需求总分、未满足需求总分的组间差异具有统计学意

义,证实基于 ERG 理论的安宁疗护干预可有效改善终末期患者的多层次未满足需求。基于 ERG 理论的生存、关系、成长三维需求架构分层分析可知,本研究干预方案可针对性改善患者各维度需求水平。在生存(Existence)需求层面,本研究针对患者躯体症状实施精细化疼痛管理与日常功能支持,有效纠正患者基础生理状态缺陷,使干预组生理未满足需求水平显著降低,而对照组经常规护理后相关指标改善幅度有限。该结果与国内外安宁疗护症状管理的相关研究结论一致,表明针对性躯体照料可切实筑牢终末期患者的生存基础,弥补生理需求短板[11][12]。在关系(Relatedness)需求层面,本研究通过开展家庭会议、生命回顾等干预措施,搭建患者与家属、医护的良性沟通桥梁,有效缓解终末期患者的社交隔离与情感孤独问题。干预组爱与归属维度未满足需求的改善效果显著优于对照组,与国内同类研究结果相契合,进一步证实家庭参与式干预可有效修复患者的社会联结,满足其情感归属需求[13]。在成长(Growth)需求层面,通过协助患者完成个人遗愿、提供个体化精神关怀等干预手段,帮助患者梳理人生经历、重构生命价值,显著降低了干预组自我实现维度的未满足需求评分[14]。ERG 理论区别于马斯洛需求层次的逐级递进模式,核心特征为需求具备动态代偿性[15]。本研究基线数据显示,部分患者初始生理状态较差、生存需求满足度偏低,而本干预未局限于单一躯体症状干预,同时强化家属陪伴、生命回顾等关系与成长维度干预,实现了不同需求之间的动态代偿与互补。尽管两组患者基线生理需求存在组间差异,但经多维度协同干预后,干预组整体未满足需求水平得到全方位改善。

4.2. 抑郁情绪的缓解与需求满足的关联性

本研究结果显示,干预后干预组抑郁评分显著低于对照组,提示 ERG 理论导向的安宁疗护可有效缓解终末期患者的抑郁情绪,而两组干预后焦虑评分无显著组间统计学差异。结合患者需求评估数据,可对抑郁情绪的改善机制作出合理解释:一方面,尊重需求的充分满足是缓解抑郁的核心因素。本研究全程落实医患共同决策、尊重患者自主意愿等人文护理举措,有效维护了患者的生命尊严与自我主体性,患者尊重需求未满足度的下降与抑郁情绪的缓解呈同步趋势,与多项研究提出的尊严护理可改善终末期患者心理状态的结论一致[16][17]。另一方面,生理安全需求的改善是抑郁缓解的间接作用路径。精准的躯体症状管控可显著提升患者躯体舒适度,降低其对躯体突发不适的恐惧感与不确定感,减少抑郁情绪的诱发因素,这也与现有研究中躯体可控性与情绪风险的相关性结论相互印证[18][19]。针对本次研究焦虑指标无显著组间差异的阴性结果,存在的诱因因为终末期患者的焦虑情绪来源更为复杂多元,除躯体不适、情感缺失等个体需求问题外,还叠加死亡恐惧、家庭经济压力、家属照护负担等外部客观因素。本研究干预重点聚焦于患者个体多层次需求的改善,对家庭环境、经济压力等外部影响因素干预覆盖不足,因此未能有效改善患者焦虑情绪的组间差异。综上可知,终末期患者的抑郁情绪并非单纯的神经生理异常所致,而是需求管控失衡、社会关系疏离、生命意义缺失共同引发的多维度心理失衡状态[20]。本研究结果为“需求满足-情绪状态”的内在关联模型提供了实证支撑,同时焦虑指标的阴性结果也提示,后续需进一步扩充干预维度,纳入家庭综合支持干预,以实现患者负性情绪的全方位改善。

4.3. 生活质量提升的 ERG 整合效应

本研究结果显示,干预后干预组功能状态、症状管理及整体生活质量评分均显著优于对照组($P < 0.05$),证实 ERG 理论指导下的三维分层干预可全方位提升终末期患者的生活质量,是生存、关系、成长三类需求干预形成协同整合效应的直接体现。在生存需求层面,规范化的疼痛及躯体症状管理有效改善患者躯体活动能力,显著提升其功能状态评分,再次印证生理需求保障是维持终末期患者生活质量的基础前提;在关系需求层面,稳定的躯体症状管控拉近医患距离、提升医患信任度,增强患者心理安全感,优化了患者症状管理的主观体验;在成长需求层面,生命回顾、生命价值重构等精神心理干预,完善了患者终

末期生命体验,有效弥补了生活质量的精神维度短板[21]。现有相关理论模型指出,当终末期患者生存、关系、成长三类需求满足度达到临界阈值时,其生活质量可维持在较高水平[22]。本研究干预组患者三类需求满足度均突破临界阈值,与该理论模型高度契合,从量化层面验证了 ERG 三维协同干预对提升患者生活质量的有效性。

本研究存在局限性。第一,为单中心 70 例样本数据,一定程度上降低了统计检验的效能,研究结论的外推性受限,后续需开展多中心、大样本研究进一步验证研究结果。第二,本研究仅完成短期结局指标观测,缺乏 6 个月及以上的长期随访数据,无法明确患者需求改善、抑郁情绪缓解、生活质量提升等干预效果的远期维持效应。第三,本研究仅验证了 ERG 三维需求协同干预的整体应用效果,但未量化分析生存、关系、成长三类需求间的相互作用权重,无法明确各维度需求对结局指标的独立贡献与协同作用占比。

综上所述,ERG 理论导向的安宁疗护干预可有效降低终末期患者的未满足需求水平,缓解其抑郁情绪,提升整体生活质量,可为临床安宁疗护方案的优化与落地提供可靠的实证参考。后续研究将针对现有短板优化研究设计,细化干预作用机制,进一步明确该干预模式的适用人群与临床应用边界。

5. 结论

相较于传统以躯体症状管理为核心的常规安宁疗护模式,基于 ERG 理论构建的多维度协同干预模式,能够精准适配晚期癌症患者多层次、动态波动的照护需求,更贴合终末期患者的身心照护特点。本研究结果证实,ERG 理论导向的系统化安宁疗护干预可有效降低晚期癌症患者的未满足照护需求,显著缓解患者抑郁负性情绪,全方位提升其整体生活质量,干预效果确切且具备临床实用性。ERG 理论所特有的需求动态代偿特性,让生存、关系、成长三维干预模块形成良好的互补增益效果,当患者基础生理健康状态较差、生理需求无法得到充分满足时,关系维系与精神成长层面的干预措施可有效弥补其需求缺损,精准契合终末期患者的需求变化规律。该优势有效弥补了马斯洛需求层次理论难以解释终末期患者动态化、非线性需求变化的局限,进一步完善了安宁疗护需求理论体系,为“需求-情绪-生活质量”的内在关联机制提供了全新的本土实证依据。相较于既往单一靶向的安宁疗护干预研究,本研究聚焦患者多维度需求的协同联动效应,细化并完善了安宁疗护的理论干预路径,突破了传统干预模式的单一性局限,具备鲜明的学术创新性与较高的临床参考价值。

综上,ERG 理论导向的多维度安宁疗护干预模式可有效改善晚期癌症患者的身心状态与生活质量,能够为临床安宁疗护方案的优化、落地与规范化实施提供可靠的实证支撑。未来研究可针对本研究现存短板进一步优化研究设计,深入剖析该干预模式的内在作用机制,精准界定其适用人群范围与临床应用边界,为该干预模式的规模化临床推广提供更为完善、严谨的研究依据。

声 明

本研究获得银川市第一人民医院伦理审查委员会批准(审批号: KY-2025-151)。

基金项目

宁夏医科大学校级科研项目资助(XY2025068)。

参考文献

- [1] Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R.L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., *et al.* (2021) Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71, 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

- [2] 肖亚洲, 湛永毅. 中国肿瘤整合诊治技术指南: 安宁疗护[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2023: 5-6.
- [3] 中华护理学会安宁疗护专业委员会. 安宁疗护家庭会议专家共识[J]. 中华护理杂志, 2023, 58(13): 1541-1544.
- [4] 关于印发医学人文关怀提升行动方案(2024-2027年)的通知: 国卫办医急发(2024)18号[EB/OL]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202410/content_6979036.htm, 2024-09-29.
- [5] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. WS/T 844-2024 老年安宁疗护病区设置标准[S]. <https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100310/202409/943bc433d05f4b3d81334eb4927d2037.shtml>, 2024-07-24.
- [6] 富晶, 孙雪, 周雪娇, 等. 基于 ERG 理论的帕金森病 DBS 专科病房的构建及应用研究[J]. 护士进修杂志, 2024, 39(19): 2041-2047.
- [7] 赵悦秋. 帕金森患者支持性服务未满足需求现状调查分析[D]: [硕士学位论文]. 南昌: 南昌大学, 2021.
- [8] 王珂瑞, 季小艺, 周一诺, 等. 中老年人认知功能与抑郁症状的变化轨迹及其影响因素[J]. 现代预防医学, 2025, 52(7): 1306-1310.
- [9] 刘颖. 女性抑郁共病代谢综合征患者内脏脂肪指数评价及临床异质性分析[D]: [硕士学位论文]. 秦皇岛: 华北理工大学, 2020.
- [10] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26121985/>
- [11] 郭俊晨, 刘超毅, 许湘华, 等. 终末期癌症患者远程居家安宁疗护照护系统的构建及应用研究[J]. 中华护理杂志, 2024, 59(16): 1925-1933.
- [12] Lau, J., Khoo, A.M., Ho, A.H. and Tan, K. (2021) Psychological Resilience among Palliative Patients with Advanced Cancer: A Systematic Review of Definitions and Associated Factors. *Psycho-Oncology*, **30**, 1029-1040. <https://doi.org/10.1002/pon.5666>
- [13] Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J. and Lichtenthal, W.G. (2023) Meaning-Centered Group Psycho-Therapy: An Effective Intervention for Improving Psychological Well-Being in Patients with Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, **33**, 749-754. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2198>
- [14] 兰芬芬, 喻姣花, 廖袁钰. 基于 ERG 需求理论的出院早产儿主要照护者照护需求的质性研究[J]. 护理学杂志, 2025, 40(2): 41-45.
- [15] Philipp, R., Mehnert, A., Müller, V., Reck, M. and Vehling, S. (2019) Perceived Relatedness, Death Acceptance, and Demoralization in Patients with Cancer. *Supportive Care in Cancer*, **28**, 2693-2700. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05088-2>
- [16] Chochinov, H.M., Kristjanson, L.J., Breitbart, W., et al. (2011) Effect of Dignity Therapy on Distress and End-of-Life Experience in Terminally Ill Patients: A Randomised Controlled Trial. *The Lancet Oncology*, **12**, 753-762.
- [17] 刘春梅, 刘安诺, 刘梦晨. 老年人代际支持及抑郁对其社会隔离的影响[J]. 护理研究, 2025, 39(8): 1267-1271.
- [18] Cole, C.S., Roydhouse, J., Fink, R.M., Ozkaynak, M., Carpenter, J.G., Plys, E., et al. (2023) Identifying Nursing Home Residents with Unmet Palliative Care Needs: A Systematic Review of Screening Tool Measurement Properties. *Journal of the American Medical Directors Association*, **24**, 619-628.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.02.112>
- [19] 张颖, 郭银宁, 陈一萌, 金燕飞, 王婷, 许勤. 癌症幸存者症状负担管理研究进展[J]. 护理研究, 2025, 39(8): 1377-1382.
- [20] Kang, K., Song, I. and Lee, M. (2024) The Effects of Symptom Distress and Depression on Quality of Life in Patients with Terminal Cancer: The Mediating Role of Meaning in Life and Spiritual Well-Being. *Cancer Nursing*, **49**, 280-289. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000001431>
- [21] Klastersky, J., Libert, I., Libert, Y. and Echterbille, M. (2024) A New Comprehensive and Stratified Concept for Supportive Care in Cancer Patients. *Current Opinion in Oncology*, **36**, 206-210. <https://doi.org/10.1097/cco.0000000000001039>
- [22] 裘梦凡, 张艺, 李丽玲, 等. 极低出生体重儿家庭参与式照护方案的构建及应用研究[J]. 中华护理杂志, 2024, 59(24): 2957-2965.