

浅述 CICARE 联合 HEART 沟通模式在肿瘤日间病房患者中的应用

刘为红

(华中科技大学同济医学院附属协和医院肿瘤中心 M5 日间病房)

摘要: 目的: 浅述 CICARE 联合 HEART 沟通模式在肿瘤日间病房患者中的应用。方法: 选取 2019 年 1 月-2019 年 6 月符合此标准患者 200 人, 随机分为实验组和对照组, 每组各 100 人, 对照组采用常规沟通方式两组, 实验组在对照组常规沟通方式的基础上, 采用 CICARE 联合 HEART 沟通模式与患者进行沟通, 采用焦虑自评量表和抑郁自评量表在干预前后进行测评, 比较两组分数的差距。结果: 预后, 对照组和实验组焦虑状态 SAS 评分, 抑郁状态 SDS 评分均较干预前降低, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: CICARE 联合 HEART 沟通模式可以降低肿瘤日间病房患者的负性情绪, 进一步提高肿瘤日间病房护理工作水平, 值得临床推广应用。

关键词: CICARE 沟通模式; HEART 沟通模式; 肿瘤日间病房; 应用

CICARE (connect introduce communication ask respond exit) 沟通模式是美国医疗机构推行的一种以流程为导向的沟通方式, 循序渐进的指导护士进行沟通, 有利于提高沟通效果改善护理服务^[1]。美国加州大学洛杉矶分校综合医院通过临床应用 CICARE 服务流程, 将患者对医护人员的满意度从 37% 提高到 99%。HEART 是以患者为中心而不是以疾病为中心的一种沟通模式, 包括倾听(Hear) - 共情(Empathize) - 道歉(Apoligize) - 回应(Respond) - 感谢(Thanks)。它是一种提升沟通技巧, 可以保障沟通顺利进行。学者结合日间病房患者住院时间短、周转率快的特点, 将 CICARE 联合 HEART 沟通模式应用在肿瘤日间病房患者中, 以期提高护理服务质量, 改善患者的负性情绪。现简单介绍如下。

1 对象和方法

1.1 研究对象

为了排除不同肿瘤疾病的影响, 特将纳入标准定为如下: (1) 确诊恶性肿瘤并在我院日间病房收治的患者; (2) 患者年龄 18 ~ 65 岁; (3) 患者可以自行独立填写问卷量, 表且患者无听力、视力、言语沟通障碍, 学历初中以上, 能够与护理人员有效沟通; (4) 患者知情同意, 接受本研究并与我院伦理委员会签署知情同意书。符合此标准患者 200 人, 随机分为实验组和对照组, 每组各 100 人, 两组一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 对照组沟通方法 对照组采用常规沟通方式, 内容按照普通日间病房检查护理流程, 即与患者进行日常沟通, 并进行简单的解释和指导, 针对患者的需求给予相应的帮助。无统一、具体、规范的沟通方案, 凭借个人的经验和能力来满足患者的需求。

1.3 实验组沟通方法 在对照组常规沟通方式的基础上, 采用 CICARE 联合 HEART 沟通模式与患者进行沟通。(1) 成立专业的沟通模式小组: 入选的责任护士经过护患沟通培训, 可以熟练使用 CICARE 沟通模式, 掌握 HEART 沟通技巧, 能力突出, 善于解决临床医患问题, 每周组织一次护患沟通会。(2) 建立完整的沟通环节, ①接触环节: 护理人员见到患者时, 使用恰如其分的称呼和问候语, 礼貌问候患者; ②介绍环节: 自我介绍环节不仅要告诉患者你是谁, 更重要的是要讲清楚你在此次治疗中承担的角色; ③、沟通环节: 与患者沟通是要阐明将要做的事情, 需要耗费的时间以及对他会产生那些影响; ④询问环节: 就是在做某项护理服务或进行体检前, 要先征得同意; ⑤回答环节: 若患者提出询问或要求, 亦或流露出疑惑的表情, 护理人员应及时给予恰当的反馈。⑥离开环节: 解释下一步的护理安排, 有礼貌地离开。其中最关键最具挑战性的是沟通、询问和回答。HEART 模式最重要的是倾听和共情。倾听的关键是用心去听、善于倾听, 共情的关键是设身处地、换位思考。这两个模式的整合主要是将倾听和共情融合到沟通、询问和回答中。

1.4 效果评价 采用焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS) 评价日间病房肿瘤患者的焦虑情绪, SAS 量表分为 20 个条目, 采

用 4 级评分, 得分越高, 表示患者焦虑情绪越严重。采用抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS) 评价日间病房肿瘤患者的抑郁情绪, SDS 量表含有 20 个反映抑郁主观感受的项目, 采用 4 级评分, 得分越高, 表示患者抑郁情绪越严重。

1.5 统计学分析 应用 SPSS19.0 统计软件, 符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果 干预后, 对照组和实验组焦虑状态 SAS 评分, 抑郁状态 SDS 评分均较干预前降低, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表 1, 表 2。

表 1 2 组患者 SAS 评分比较

组别	干预前	干预后	t 值	P 值
对照组	59.82 ± 4.33	54.12 ± 4.32	10.014	< 0.001
试验组	58.81 ± 4.41	48.91 ± 4.53	17.018	< 0.001
t 值	1.437	- 9.517		
P 值	0.152	< 0.001		

表 2 2 组患者 SDS 评分比较

组别	干预前	干预后	t 值	P 值
对照组	60.53 ± 4.93	53.72 ± 4.41	11.513	< 0.001
试验组	60.81 ± 5.41	49.61 ± 5.93	18.918	< 0.001
t 值	-0.601	9.017		
P 值	0.552	< 0.001		

3 讨论

恶性肿瘤对患者的生理和心理状态均具有较大的影响, 随着病程的延长恶性肿瘤患者可引发焦虑、抑郁等负性情绪。加上肿瘤治疗过程漫长, 患者经济负担较重, 在住院期间由于护患之间缺乏有效沟通可能会不理解治疗措施、治疗过程中产生的不良反应, 如果沟通无效患者可能对正常护理工作产生不信任感, 甚至造成医疗纠纷。CICARE 沟通模式作为一种全新的沟通模式, 对改善护患关系, 提高患者满意度, 提升护理服务质量有一定的效果, 它通过规范沟通行为, 沟通流程, 使护士易于掌握, 并在实践中不断改进, 提高护士的综合素质。根据 CICARE 沟通流程, 建立标准规范的肿瘤日间病房护理方案, 明确沟通目的, 确保沟通的有效性及时性, 帮助患者树立对疾病的正确认识, 同时我们将 HEART 沟通模式贯穿于整个沟通流程, 倾听、共情、道歉、感谢等沟通技巧的运用, 有效获取患者的信任, 及时准确把握患者的相关问题, 针对性予以解决, 从而减轻患者的紧张焦虑。通过新的沟通模式, 观察组患者更愿意表达自己内心的疑惑与顾虑, 减少应激反应, 保持心境状态的稳定, 顺利完成治疗, 进一步提高肿瘤日间病房护理工作水平, 值得临床推广应用。

参考文献

[1] 吴佩璇. CICARE 沟通模式在护理实践中的应用进展[J]. 临床护理, 2018, 8 (4) : 313-314.