

AIDET 沟通模式的护理在恶性肿瘤化疗患者护理中应用的效果

陈风君

泰安市肿瘤医院 山东 泰安 271000

【摘要】：目的：分析恶性肿瘤化疗中行 AIDET 沟通模式护理的效果。方法：选择本院 2025.2-2026.2 收治 80 例恶性肿瘤化疗患者，随机数字表将其分为两组，各 40 例；对照组常规护理、观察组增加 AIDET 沟通模式护理。比较两组心理及心境状态（HAMA、HAMD、POMS-SF）、疲乏程度（CFS）、治疗依从性（Morisky 服药依从性分级完全、部分、不依从）、生活质量（FACT-G）。结果：观察组 HAMA、HAMD、POMS-SF、CFS 评分均低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组治疗依从率高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组 FACT-G 评分高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：恶性肿瘤化疗中行 AIDET 沟通模式护理可改善患者心态与心境，减轻疲乏程度，提高治疗依从性与生活质量，实践价值较高。

【关键词】：AIDET 沟通模式；恶性肿瘤；化疗；心境状态；疲乏程度；生活质量

DOI:10.12417/2705-098X.26.16.006

恶性肿瘤是威胁居民健康的重大公共卫生问题，针对此病，化学治疗为核心手段，对控制肿瘤进展、延长患者生存期具有重要作用^[1]。但化疗过程多伴随一系列生理、心理挑战。生理层面，骨髓抑制、恶心呕吐、疲乏、脱发等不良反应对患者躯体功能与生活质量存在严重影响；心理层面，担忧疾病进展、疑惑治疗效果、未来不确定感、躯体不适产生的情绪困扰等，使肿瘤化疗患者成为负面情绪与心境紊乱高发群体^[2]。因而化疗中为患者提供有效的心理支持为肿瘤护理实践的重点内容。

AIDET 沟通模式是一种结构化医患沟通工具，其覆盖五个核心步骤，即问候（A）、介绍（I）、过程（D）、解释（E）、感谢（T），此模式可通过规范化沟通流程，构建护患间信任关系，减轻患者焦虑心理，提升信息传递效率^[3]。当前此模式已在门诊、围术期护理等多场景获得良好效果，但针对恶性肿瘤化疗群体的应用研究尚有限。对此，本项目以我院 80 例恶性肿瘤化疗患者为例，分析行 AIDET 沟通模式的效果。内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院 2025.2-2026.2 收治 80 例恶性肿瘤化疗患者，随机数字表将其分为两组，各 40 例；对照组年龄 32~75 岁，平均（ 54.68 ± 10.42 ）岁；男 23 例、女 17 例。观察组年龄 30~76 岁，平均（ 55.12 ± 10.68 ）岁；男 22 例、女 18 例。比较两组基线（ $P>0.05$ ）。参与患者知情，项目已经医学伦理审核通过。

纳入标准：①经病理学检查确诊恶性肿瘤，接受静脉化疗；②年龄 ≥ 18 岁；③意识清楚；④预计生存期 ≥ 6 个月。

排除标准：①心、肝、肾功能不全；②既往药物依赖或酒精滥用史；③合并严重精神或心理疾病。

1.2 方法

对照组常规护理。遵医嘱配置、输注化疗药，关注、处理

化疗相关副作用。常规口头宣教，讲解化疗基础知识、注意事项、饮食知识等；常规口头安抚、答疑，出院指导。

观察组基于对照组行 AIDET 沟通模式护理，护理覆盖患者入院-出院的完整化疗周期：

（1）问候。护士热情、真诚地迎接患者，以患者偏好称呼主动问候，以适度眼神接触、微笑传递关怀。主动询问患者本次入院途中情况、情绪感受、身体状态，引导患者表达当前主要不适或担忧，为后续沟通搭建信任基础。

（2）介绍。护士清晰自我介绍，说明姓名、职务、本次化疗阶段承担角色职责，并介绍病房环境设施、主管医师，使患者明确负责照护的成员，减轻对陌生医护人员、环境的焦虑。

（3）过程。化疗前，以通俗易懂的语言为患者说明此次化疗流程，包含给药顺序、输注时长、可能的即时反应（如血管刺激感等）与应对措施，帮助患者建立可预测的认知框架。关键操作前说明操作方法与配合要点，主动告知患者预计等待时间、可能延迟因素，避免因认知不足引发焦虑。

（4）解释。以通俗易懂的语言为患者讲解化疗药作用机制、预期效果、可能的副作用，帮助患者将当前不适与远期治疗目标建立联系，提升耐受困难的动机。并为患者说明各项护理操作目的、配合要点，保障其充分理解、主动配合，纠正潜在错误认知。

（5）感谢。每次护理操作或交流后，真诚地表达感谢，对患者配合、信任、坚持予以感谢。并提供积极反馈，对患者治疗中的表现与付出予以肯定，强化患者自我效能感与坚持治疗信心。

两组均干预 3 个化疗周期后评估效果。

1.3 观察指标

（1）心理及心境状态：干预前后分别以汉密顿焦虑量表（HAMA）、汉密顿抑郁量表（HAMD）、简式心境状态量表（POMS-SF）评估。其中，HAMA 包含 14 个条目，0~4 分 5

级评分，<7分无焦虑，分值越高焦虑越重；HAMD包含17个条目，0~4分5级评分，<7分为无抑郁，分值越高抑郁越重；POMS-SF包含紧张、抑郁、愤怒、精力、疲劳及慌乱6个维度，条目30个，0~4分5级评分，0-120分，分值越高心境越差。

(2) 疲乏程度：干预前后分别以癌症疲乏量表（CFS）评估，包含15个条目（1~5分Likert 5级评分法），躯体疲乏、情感疲乏、认知疲乏3维度，总分15~75分，分值越低疲乏越轻。

(3) 治疗依从性：干预后以Morisky服药依从性量表评估，8条目内容，0-8分，按照评分分为三级：完全依从（8分）、部分依从（6~7分）、不依从（<6分）。依从率=完全依从率+部分依从率。

(4) 生活质量：干预前后分别以癌症患者生命质量测定量表（FACT-G）评估，包含27个条目（0~4分Likert 5级评分法），四维度内容：生理状况、社会/家庭状况、情感状况及功能状况，总分0~108分，分值越高越好。

1.4 统计学方法

SPSS 25.0 软件。计数数据表述为(n, %), χ^2 检验；计量数据表述为($\bar{x} \pm s$)，t 检验；资料差异， $P < 0.05$ 有意义。

2 结果

2.1 心理及心境状态、疲乏程度

干预前两组HAMA、HAMD、POMS-SF、CFS评分比较($P > 0.05$)；干预后，观察组均低于对照组($P < 0.05$)，见表1。

表1 心理及心境状态、疲乏程度 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别		对照组	观察组	t	P
例数		40	40		
HAMA	干预前	16.82±4.36	17.12±4.52	0.302	0.763
	干预后	12.46±2.84	8.24±2.12	7.531	<0.001
HAMD	干预前	14.38±3.86	14.62±4.02	0.272	0.786
	干预后	10.82±2.24	7.36±1.86	7.516	<0.001
POMS-SF	干预前	52.46±8.42	53.12±8.76	0.344	0.732
	干预后	42.36±7.46	34.28±6.82	5.056	<0.001
CFS	干预前	45.08±7.24	45.92±7.42	0.512	0.610
	干预后	36.92±6.38	29.28±5.62	5.683	<0.001

2.2 治疗依从性

观察组总依从率高于对照组 ($P < 0.05$)，见表2：

表2 治疗依从性 (%)

组别	对照组	观察组	χ^2	P
例数	40	40		
完全依从	12(30.00)	15(37.50)	-	-
部分依从	18(45.00)	22(55.00)	-	-
不依从	10(25.00)	3(7.50)	-	-
总计	30(75.00)	37(92.50)	4.501	0.034

2.3 生活质量

干预前两组FACT-G无差异($P > 0.05$)；干预后，观察组高于对照组($P < 0.05$)，见表3：

表3 生活质量 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别		对照组	观察组	t	P
例数		40	40		
生理状况	干预前	14.82±3.46	15.12±3.58	0.381	0.704
	干预后	17.84±3.52	21.36±3.18	4.693	<0.001
社会/家庭状况	干预前	16.38±3.84	16.62±3.96	0.275	0.784
	干预后	18.46±3.56	21.52±3.24	4.020	<0.001
情感状况	干预前	12.46±3.24	12.72±3.36	0.352	0.726
	干预后	15.32±3.06	18.24±2.86	4.409	<0.001
功能状况	干预前	13.28±3.52	13.56±3.64	0.350	0.727
	干预后	16.46±3.38	19.68±3.02	4.493	<0.001
总分	干预前	56.94±8.56	58.02±8.72	0.559	0.578
	干预后	68.08±7.84	80.80±7.12	7.596	<0.001

3 讨论

肿瘤化疗患者承受的心理负荷非一般治疗情境可比，其焦虑、抑郁、心境紊乱根源具有多维性，既有对疾病进展、生命威胁的恐惧，也涉及化疗副作用造成的躯体不适，以及治疗不确定性引发的失控感^[4]。以上心理困扰可与躯体症状形成复杂的相互作用网络：疲乏可加重情绪低落，焦虑可降低痛阈与化疗副反应耐受度，心境紊乱则会经神经免疫通路对治疗耐受性与疗效产生影响。而常规护理虽有心理疏导内容，但系统性、一致性缺乏，高度依赖护士个人经验执行，效果难以保障。AIDET沟通模式则在于转变随机性的护患沟通为“结构化关系建立”，可经标准化步骤，在不同护理节点持续传递同质化关怀信息。

本研究显示，观察组HAMA、HAMD、POMS-SF、CFS

评分均低于对照组 ($P<0.05$)；提示 AIDET 沟通模式对减轻患者负面情绪，调整心境，缓解疲乏具有积极作用。分析来看，“问候”“介绍”环节可在患者入院时建立安全感、信任感，减轻患者对陌生环境、未知流程的防御性焦虑；“过程”阶段预告信息可帮助患者对治疗过程建立可预测的认知框架，减少不确定性引发的焦虑；“解释”阶段可通过通俗化、结构化的信息传递，帮助患者建立眼前不适与远期治疗收益的联系，提升对治疗中合理痛苦的接纳度^[5]。心境改善则与“感谢”阶段的积极反馈有关，持续予以肯定，可强化患者自我效能感，促进其整体精力水平与心理活动改善。疲乏减轻则与患者对疾病、治疗的态度密切相关，“解释”可帮助患者建立对症状—治疗因果关系的清晰认知，避免因当下不适产生无助感；同时，焦虑抑郁缓解，可促进认知功能改善，同步减轻患者疲乏水平。另外，“过程”阶段主动告知化疗流程、可能出现的即时反应，

可使患者对化疗副作用建立合理的心理预期，当预期契合实际体验，可降低患者对症状的关注度，减轻疲乏主观感受。

观察组治疗依从性与 FACT-G 评分高于对照组 ($P<0.05$)；依从性提升方面，“解释”阶段可通过阐明各项治疗措施目的、依据，使患者从“被动服从”转为“主动配合”；“感谢”阶段正向反馈可强化患者依从行为，使其感到积极配合治疗有价值。通过建立医护信任、尊重关系，可提升患者对治疗团队建议的接受度，促进其整体依从性提高。生活质量改善方面，焦虑、抑郁减轻，疲乏缓解，可改善患者生理与心理状态。且情绪改善、生理不适缓解，可提高患者参与社交意愿，促进其社会/家庭状况与功能状况维度改善。

综上，AIDET 沟通模式护理可改善恶性肿瘤化疗患者负面心理，缓解疲乏，提升治疗依从性与生活质量，具有较高实施价值。

参考文献：

- [1] 陈淑娟.基于 AIDET 沟通模式的疼痛管理在胃癌化疗患者中的应用效果[J].中国民康医学,2023,35(6)152-155.
- [2] 李芳.“问候—自我介绍—过程—解释—感谢”沟通模式护理对化疗泵持续化疗乳腺癌患者疾病接受度及心理一致感的影响[J].黑龙江医学,2023,47(19)2390-2393.
- [3] 周琳,高清华,黄烨.AIDET 沟通模式联合睡眠干预在肝动脉化疗栓塞术患者中的应用[J].中国临床护理,2023,15(11)695-698.
- [4] 刘春慧,张一帆,王永琦,等.AIDET 沟通模式联合延续性护理在乳腺癌日间化疗患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2024,30(23)13-16.
- [5] 梁晓艳,安瑞吉,夏彩荷,等.六步标准沟通流程护理用于日间化疗病房行化学治疗胃肠道肿瘤患者的效果[J].中西医结合护理(中英文),2026,12(1)181-184.