

某院肿瘤科工作人员对癌痛规范化管理的认知情况及管理策略探究

郑立风

浠水县人民医院 湖北 黄冈 438200

【摘要】：目的：探究某院肿瘤科工作人员对癌痛规范化管理的认知现状，分析影响认知水平的相关因素，提出针对性管理策略，为提升癌痛管理质量提供参考。方法：选取2020年12月—2022年12月某院肿瘤科在岗的40名工作人员为研究对象，采用自行设计并经信效度检验的《癌痛规范化管理认知问卷》进行横断面调查。问卷包含癌痛评估工具与方法认知、癌痛治疗药物知识认知、癌痛非药物干预认知、癌痛管理流程与沟通认知4个维度，总分0~100分，得分越高表明认知水平越高。根据工作岗位分为医生组（15名）和护士组（25名），比较两组认知总分及各维度得分差异。结果：40名肿瘤科工作人员癌痛规范化管理总认知得分为（68.52±10.31）分，其中医生组总认知得分为（75.36±8.72）分，护士组为（64.89±9.56）分，两组比较差异有统计学意义（ $t=3.852$ ， $P<0.001$ ）。各维度中，癌痛管理流程与沟通认知维度得分最高（72.36±8.92）分，癌痛非药物干预认知维度得分最低（63.45±12.10）分。结论：某院肿瘤科工作人员对癌痛规范化管理的认知水平处于中等偏上，但护士群体及低工作年限人员认知不足，非药物干预认知维度为薄弱环节。应建立分层分类培训体系、完善知识更新机制及考核评价制度，针对性提升工作人员认知水平，为癌痛规范化管理提供人力保障。

【关键词】：肿瘤科；工作人员；癌痛规范化管理

DOI:10.12417/2811-051X.26.11.087

癌痛规范化管理是医疗质量与安全的重要组成部分，其实施效果直接取决于医护人员的认知水平与执行能力^[1-2]。作为癌痛管理的直接参与者，肿瘤科工作人员对癌痛评估工具、治疗药物、干预措施及管理流程的认知程度，是保障管理措施落地、提升服务质量的核心前提^[3-4]。近年来，我国虽大力推进癌痛规范化诊疗示范病房建设，但临床实践中仍存在认知不均衡、知识更新不及时等问题，一定程度上影响了管理的同质化与标准化。目前国内相关研究多聚焦于某一岗位群体的认知调研，缺乏对肿瘤科全体在岗工作人员的系统性分析，且针对认知薄弱环节的针对性管理策略研究不足^[5-6]。基于此，本研究以某院肿瘤科40名工作人员为研究对象，通过问卷调查系统探究其对癌痛规范化管理的认知现状，分析影响认知水平的关键因素，进而提出科学可行的管理策略，为优化癌痛管理人力资源建设、提升整体管理水平提供实证依据与实践参考。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年1月—2022年12月某院肿瘤科在岗工作人员为研究对象，共纳入40名。

纳入标准：肿瘤科全职在岗工作人员，包括医生、护士；工作年限≥1年；自愿参与本研究，签署知情同意书；具备基本读写能力，能独立完成问卷填写。

排除标准：进修、实习及临时聘用人员；中途离职、调岗或未完成全程问卷填写者。

1.2 研究方法

调查工具：参考《癌痛规范化诊疗指南（2022年版）》《临床护理实践指南（2021版）》等相关规范，结合临床实际自行

设计《癌痛规范化管理认知问卷》。问卷经3名肿瘤学专家、2名护理管理专家审核修订，通过预调查（ $n=10$ ）检验信效度：内容效度指数（CVI）为0.92，Cronbach's α 系数为0.856，重测信度为0.832，表明问卷信效度良好，可用于本研究。

问卷包含5个部分，共30个条目：一般资料：性别、年龄、工作岗位、工作年限、是否接受过癌痛管理专项培训等；癌痛评估工具与方法认知（8条）：涵盖数字评分法（NRS）、面部表情疼痛评估法（FPS-R）等工具的适用场景、操作流程等；癌痛治疗药物知识认知（8条）：包括阿片类药物的使用指征、剂量调整、不良反应处理等；癌痛非药物干预认知（7条）：涉及心理干预、物理干预等非药物措施的适用情况与操作要点；癌痛管理流程与沟通认知（7条）：包含癌痛筛查、记录、多学科协作及与相关人员沟通的规范要求。每个条目采用Likert5级评分法，从“完全不了解”（1分）到“完全了解”（5分），总分0~100分。根据得分分为3个认知水平：≤60分为认知不足，61~80分为认知中等，≥81分为认知良好。

调查方法：采用横断面问卷调查法，由经过统一培训的研究人员发放问卷。调查前向研究对象说明调查目的、内容及填写要求，强调匿名性与数据保密性。问卷当场发放、当场回收，共发放问卷40份，回收有效问卷40份，有效回收率100%。

1.3 统计学方法

采用SPSS26.0统计软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以率（%）表示，比较采用 χ^2 检验；影响认知水平的因素采用多元线性回归分析。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义，统计值保留3位小数， $P<0.001$ 时以“ <0.001 ”表示。

2 结果

2.1 研究对象一般资料

40名肿瘤科工作人员中，男12名（30.00%），女28名（70.00%）；年龄23~55岁，平均（34.62±8.35）岁；工作岗位：医生15名（37.50%），护士25名（62.50%）；工作年限：1~5年20名（50.00%），6~10年12名（30.00%），>10年8名（20.00%）；接受过癌痛管理专项培训18名（45.00%），未接受过22名（55.00%）。

2.2 不同特征工作人员认知水平比较

不同岗位认知水平比较：医生组总认知得分为（75.36±8.72）分，显著高于护士组的（64.89±9.56）分，差异有统计学意义（ $t=3.852$ ， $P<0.001$ ）。各维度中，医生组在癌痛治疗药物知识认知、癌痛评估工具与方法认知维度得分均显著高于护士组（ $P<0.05$ ），具体见表1。

表1 不同岗位工作人员认知维度得分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

认知维度	医生组 (n=15)	护士组 (n=25)	t值	P值
癌痛评估工具与方法认知	72.15±9.87	61.32±10.56	3.215	0.003
癌痛治疗药物知识认知	78.65±7.54	65.43±8.92	4.562	<0.001
癌痛非药物干预认知	66.89±11.23	61.56±12.34	1.568	0.124
癌痛管理流程与沟通知	75.67±8.12	70.54±9.23	1.897	0.065
总认知得分	75.36±8.72	64.89±9.56	3.852	<0.001

3 结论

本研究结果显示，某院肿瘤科工作人员癌痛规范化管理总认知得分为（68.52±10.31）分，整体处于中等水平，其中认知良好者仅占15.00%，认知不足者占20.00%，表明认知水平仍有较大提升空间。从维度得分来看，癌痛管理流程与沟通知维度得分最高（72.36±8.92）分，这与医院长期推行癌痛规范化诊疗流程、日常工作中流程执行频率较高密切相关；而癌痛非药物干预认知维度得分最低（63.45±12.10）分，反映出临床实践中重药物治疗、轻非药物干预的现状，工作人员对心理干预、物理干预等非药物措施的重视程度不足，相关知识储备欠缺。不同岗位对比中，医生组总认知得分（75.36±8.72）分显著高于护士组（64.89±9.56）分，尤其在癌痛治疗药物知识认知、癌痛评估工具与方法认知维度优势明显，这与医生接受的专业教育更侧重诊疗知识、参与病例讨论及培训机会更多有关，而护士作为癌痛评估与日常管理的一线执行者，其认知不足可能影响癌痛评估的准确性与干预的及时性，需重点关注。

针对上述问题：①需通过建立分层分类培训体系，结合不

同岗位、工作年限工作人员的认知差异制定个性化方案^[7-8]，对护士群体强化评估工具使用、药物不良反应观察等内容，对低工作年限人员增加基础理论与实践操作培训，对医生群体侧重非药物干预、多学科协作等薄弱环节，分层分类精准培训：护士组聚焦癌痛评估工具实操（如NRS、FPS-R适用场景演练）和阿片类药物不良反应观察，每月开展1次90分钟专项培训，配套案例考核；低工作年限人员（占比50%）实施“理论+跟岗”双轨模式，理论课程覆盖指南核心内容，由工作年限>10年骨干带教累计不少于8小时；针对非药物干预认知薄弱（得分63.45±12.10），每季度开设心理干预、物理干预实操课，结合正念冥想、冷敷热敷等训练，考核合格方可结业；②同时完善知识更新与考核机制，定期梳理核心知识点并与绩效考核挂钩，形成“培训—考核—反馈—提升”的闭环管理^[9-10]；闭环考核激励机制：将癌痛管理培训纳入全员必修课，新入职1个月内完成基础培训，在岗人员年复训覆盖率达100%（当前仅45%）；每季度测试设定70分合格线，不合格者1个月内补考，结果占绩效权重10%；梳理错题集中知识点作为下轮培训重点，形成“考核—查漏—补训”闭环。③搭建多维度交流与学习平台，通过病例讨论、专家讲座、线上资源共享等形式促进知识互补与协作；每月组织病例讨论，医生与护士交叉分享非药物干预案例及评估技巧；搭建内部线上资源库，上传课件、操作视频，要求每月学习时长≥2小时；每半年邀请专家开展专题讲座，解答难治性癌痛干预难点。④增设“癌痛管理优秀实践者”奖项，季度质控抽查干预记录并整改问题，将执行效果与评优挂钩，进一步激发全员主动学习与规范落实的积极性。针对非药物干预认知薄弱的问题，单独开设专项培训课程，邀请康复科、心理科专家授课并鼓励临床实践结合，提升工作人员对非药物干预的重视程度与应用能力^[11-12]。深化跨科室协作机制，联合康复科、心理科成立固定协作小组，每月开展1次难治性癌痛联合病例研讨，针对非药物干预制定个体化方案，弥补单一科室知识局限；建立认知提升追踪档案，对认知不足（得分≤60分）及护士、低工作年限重点人群，由科室质控员每月1次一对一辅导，每3个月复评认知得分，动态调整提升方案。同时，将癌痛管理认知水平及临床执行效果纳入年度职称晋升参考指标，与绩效、评优、晋升直接挂钩，强化全员持续学习的内在动力，形成“培训-协作-追踪-激励”的全链条管理体系，辅以季度专项督查确保落地见效。

本研究为单中心横断面研究，样本量较小，问卷为自行设计，虽经信效度检验但仍可能存在条目设计不够全面的情况，研究结果可能存在一定偏倚，难以代表所有肿瘤科工作人员的认知现状。未来可开展多中心、大样本研究，进一步验证认知现状及影响因素，同时增加质性研究方法，深入探究工作人员认知不足的深层原因，为制定更具针对性的策略提供依据。

参考文献:

- [1] 张丽萍,文梓力,陈国荣.四川省成都市肿瘤内科医护人员对癌痛规范化管理认知现状的调查[J].现代生物医学进展,2025,25(6):1097-1106.
- [2] 褚丽,李善萍.规范化全程护理管理在癌痛患者中的应用效果[J].医药前沿,2023,13(20):88-90.
- [3] 张菊,杨梦娟,吴晓燕.医院实施癌痛管理的障碍因素的质性研究[J].当代护士(下旬刊),2024,31(2):110-114.
- [4] 马洪丽,王雅琴,周华丽,等.癌痛健康教育路径表对癌痛患者居家期间生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2022,41(19):3461-3467.
- [5] 边燕,叶珍妮,刘起颖,等.云南省某三甲医院肿瘤专科组护士癌痛管理认知现状调查[J].科技与健康,2024,3(6):13-16.
- [6] 罗娟,刘金梅,李石军,等.我国三甲医院肿瘤内科医护人员对癌痛管理认知现状的调查[J].中国临床药学杂志,2021,30(5):338-344.
- [7] 任晓华,关琼瑶,马祥萍,等.云南省肿瘤科护士癌痛知识知晓及癌痛护理开展现状调查[J].昆明医科大学学报,2021,42(9):167-172.
- [8] 汪汉香,李石军,刘金梅,等.湖北省各级医疗机构医药护人员癌痛管理状况调查分析[J].中国药师,2021,24(5):906-912.
- [9] 郭华,房雪莹,王楠楠,等.疼痛全程规范化管理在癌痛患者中的应用效果分析[J].肿瘤基础与临床,2025,38(1):135-137.
- [10] 蒋程,赵琴琴,徐金波,等.医院肿瘤科癌痛治疗规范性评价与改进效果研究[J].医院管理论坛,2022,39(9):44-47.
- [11] 宋颖,田畅,李佳祺.知信行模式在肿瘤科护士癌性爆发痛培训中的应用效果研究[J].当代护士(下旬刊),2024,31(3):158-162.
- [12] 许丽媛,魏梦娅,覃旺军,等.北京市 67 家医院癌痛管理相关护理质量水平分析[J].中国疼痛医学杂志,2021,27(5):362-366.