

ICS 11.020

C 05



团体标准

T/CALC 007-2025

重症监护病房成人患者人文关怀规范

Standard of humanistic caring for adult patients in intensive care unit

2025-01-15 发布

2025-03-01 实施

中国生命关怀协会 发布

目 次

前 言	1
引 言	2
1 适用范围	3
2 规范性引用文件	3
3 术语和定义	3
4 基本要求	4
5 入住 ICU 前人文关怀	5
6 入住 ICU 期间人文关怀	5
7 离开 ICU 人文关怀	7
8 人文关怀质量评价与改进	7
附录 A（资料性）医护人员对 ICU 患者实施人文关怀的流程	9
附录 B（资料性）ICU 患者人文关怀满意度量表	10
参考文献	12

前 言

本标准是根据 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第 1 部分：标准化文件的结构和起草规则》规定进行编写。

本标准由华中科技大学协和深圳医院（深圳市南山区人民医院）提出。

本标准由中国生命关怀协会归口。

本标准主要起草单位：

华中科技大学协和深圳医院（深圳市南山区人民医院）、华中科技大学同济医学院附属协和医院、复旦大学附属华山医院、中南大学湘雅医院、首都医科大学附属北京安贞医院、西安交通大学第一附属医院、上海市第一人民医院、中国科学技术大学附属第一医院（安徽省立医院）、南昌大学第一附属医院、兰州大学第一医院、吉林大学第一医院、内蒙古自治区人民医院、宜昌市中心人民医院、南方医科大学珠江医院、武汉大学中南医院、中山大学附属第一医院、河南宏力医院、武汉亚洲心脏病医院、河南省胸科医院、北京医院、深圳市第三人民医院、四川省人民医院、河南省人民医院、鄂州市中心医院、玉溪市人民医院、重庆市九龙坡区人民医院、佳木斯大学第一附属医院。

本标准主要起草人：

莫蓓蓉、何桂兰、张海钢、许娟、任学芳、周阳、王红、李洁琼、方芳、储爱琴、王建宁、樊落、王鹏举、王砚丽、席祖洋、王灵晓、胡芬、高明榕、杨磊、胡柳、冯素萍、武全莹、薛晶、黄海燕、温敏、马青华、胡玉娜、余利娜、叶艳胜、冉茂晓、朱劲松、万苗苗、蒙斯雅、秦玉菊、韩娟、杨郑、蒙好好、马国珍、郭慧玲、何彬、王冰寒。

本标准顾问：张庆民、刘义兰。

本标准为首次发布。

引 言

人文关怀（Humanistic care）是一种主动关怀人的意愿、意识或责任，并在具体行动中体现出来的价值观和态度；是一种道德观念，只有通过人际互动关系才能有效地实践和体现。

《“健康中国 2030”规划纲要》提出要加强医疗服务人文关怀，构建和谐医患关系。重症监护病房（Intensive care unit, ICU）患者由于其疾病的特殊性，对人文关怀的需求远高于其他科室患者。从患者入科到出科诊疗过程实施人文关怀，有利于形成良好的医患关系，改善患者不良情绪，促进患者康复，缩短 ICU 住院时长。

尽管我国成人重症监护技术飞速发展，然而重症人文关怀发展相对滞后。目前，全国范围内尚缺乏统一的 ICU 成人患者人文关怀规范标准，人文关怀实施参差不齐。鉴于现行政策、法规、制度的规定，以及 ICU 成人患者对人文关怀的需求，构建一个集科学性、先进性、有效性和实用性为一体的 ICU 成人患者人文关怀标准至关重要，且势在必行。为此，中国生命关怀协会人文护理专业委员会特组织专家制定 ICU 成人患者人文关怀规范，达到关爱生命、构建和谐医患关系、提升患者满意度、增强医护人员职业成就感、促进健康中国建设及助力卫生健康事业高质量发展的目的。

重症监护病房成人患者人文关怀规范

1 适用范围

本标准规定了ICU成人患者人文关怀规范基本要求，组织管理，入住ICU前、入住ICU期间、离开ICU的人文关怀，以及人文关怀质量评价与改进。

本标准适用于各级各类医疗机构成人ICU医护人员。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；未注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件；当所引用的行业标准有更新版本时，应遵循最新版本的标准执行。

WS/T 509-2016 重症监护病房医院感染预防与控制规范

T/CNAS 04-2019 住院患者身体约束护理

T/CALC 001-2022 病区护理人文关怀管理规范

重症医学科建设与管理指南（2020版）

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 重症监护病房 Intensive care unit

医院集中监护和救治重症患者的医疗单元，是对因各种原因导致一个或多个器官与系统功能障碍危及生命或具有潜在高危因素的患者及时提供系统的、高质量的医学监护和救治技术的场所。

3.2 ICU 患者 Patients in intensive care unit

符合《重症医学科建设与管理指南（2020版）》收治标准的患者。包括：

（1）急性、可逆、已经危及生命的器官或系统功能障碍或衰竭，经过严密监护和加强诊疗短期内可能得到恢复的患者；

（2）存在各种高危因素，具有潜在生命危险，经过严密的监护和有效诊疗可能减少死亡风险的患者；

（3）在慢性器官或系统功能不全的基础上，出现急性加重且危及生命，经过严密监护和诊疗可能恢复到原来或接近原来状态的患者；

（4）重大突发公共卫生事件的重症患者；

（5）其他适合在重症医学科进行监护和诊疗的患者。

3.3 成人患者 Adult patients

指年龄 ≥ 18 岁的患者。

3.4 人文关怀 Humanistic care

一种主动关怀人的意愿、意识或责任，并在具体行动中体现出来的价值观和态度；是一种道德观念，只有通过人际互动关系才能有效地实践和体现。

3.5 人文素养 Humanistic literacy

社会个体在以“人”为中心的各种文化方面所表现出的素质与修养，由人文知识、人文态度和人文精神构成。

3.6 关怀能力 Caring ability

医护人员将内在的人文素养外化为对他人包括患者、家属及同行等的同情、尊重、关心、照护的能力。

3.7 人文关怀传递链 Humanistic care delivery chain

人文关怀的理念和行为在医院领导与下属之间、医护之间、医护和患者及家属之间相互作用和传递的过程。

4 基本要求

4.1 医护人员人文素养

4.1.1 应具备良好的职业道德和责任感；具有以人为本、敬佑生命、救死扶伤及利他助人等人文精神。

4.1.2 应掌握医疗服务礼仪、人文关怀理论知识。

4.1.3 宜掌握观察分析、理性判断、人际交往、沟通协调、写作表达、心理支持、抚慰共情等人文关怀技能。

4.2 组织管理

4.2.1 建立制度

应建立人文关怀相关制度，各级医护人员人文关怀职责明确（科主任、护士长、医生、护士、护理员等），将人文关怀纳入工作规划和计划，并定期总结，持续质量改进。

4.2.2 开展培训

4.2.2.1 应对 ICU 医护人员进行人文关怀理论知识、沟通技巧、服务礼仪等相关培训，以及了解不同民族风俗习惯和宗教信仰。应根据不同类别的医护人员设置相应的培训内容和培训时数。

4.2.2.2 应在培训后有考核并留存培训考核资料。

4.2.2.3 宜采用多种形式的培训方法，包括理论授课及示范、情景模拟教学、关怀经验分享等方法。

4.3 对患者及家属实施人文关怀

4.3.1 应尊重患者及其家属对治疗、护理等的决策及参与权利，鼓励患者家属共同参与。

4.3.2 应在各项操作中融入人文关怀元素，给患者提供安静环境，协助舒适的体位，缓解患者的紧张情绪，注意隐私的保护，并密切关注患者就医过程的感受。

4.3.3 宜采用多样化的方式，如通过询问、观察、测评工具或听取患者及其照顾者主动报告等，评估患者的生理、心理、精神及社会支持等需求。

4.3.4 应根据评估结果提供针对性关怀措施并动态评价实施效果。

4.4 提供人性化环境与设施

- 4.4.1 病区环境应干净整洁，室内光线柔和，有良好的自然采光，夜间宜开启柔和夜光灯。
- 4.4.2 温度应维持在 $24^{\circ}\text{C} \pm 1.5^{\circ}\text{C}$ ，相对湿度应维持在 30%~60%。
- 4.4.3 应有良好的通风条件，可装配空气净化系统，根据需要设置空气净化等级，必要时能够保证自然通风。
- 4.4.4 宜在墙壁上挂时钟，可张贴温馨宁静的壁画。
- 4.4.5 宜根据病房条件和患者需求播放舒缓音乐。

5 入住 ICU 前人文关怀

5.1 主动介绍

- 5.1.1 应使用患者及家属能够理解的方式进行沟通。
- 5.1.2 宜保持与患者平等的体态、姿势沟通。
- 5.1.3 对于无法进行语言沟通的患者，可采用非语言交流方式。
- 5.1.4 应介绍 ICU 环境、探视制度以及告知需准备的生活用品。
- 5.1.5 应主动与家属沟通病情以及主要治疗方案。

5.2 了解需求

- 5.2.1 应倾听患者及家属对于入住 ICU 的需求与担忧，了解患者的生活习惯、个人喜好、宗教信仰等。
- 5.2.2 应鼓励患者及家属表达想法，并尊重患者合理的个性化需求，给予及时回应。

6 入住 ICU 期间人文关怀

6.1 建立关怀性关系

- 6.1.1 应每班主动问候清醒患者，礼貌称呼，向患者自我介绍；对于镇静、昏迷患者，应每班轻声呼唤患者姓名；对于深度镇静患者宜实施每日镇静中断和唤醒。
- 6.1.2 对于气管插管或气管切开等语言表达有困难的清醒患者，应通过患者的表情、口型、手势、眼神及身体动作等肢体语言或提供图片、写字板、纸笔、沟通代码卡等，及时判断和了解患者需求。
- 6.1.3 可建立患者或家属的需求沟通单，提供个性化照护。
- 6.1.4 宜每日告知清醒患者日期、时间点及所在位置等；特殊节日表达节日祝福。

6.2 尊重与保护隐私

- 6.2.1 不应在患者面前谈论影响其自尊的话题。
- 6.2.2 不向他人泄露患者隐私。
- 6.2.3 不应与无关人员谈论患者的病情，不宜在床旁汇报、讨论患者病情。
- 6.2.4 对意识清醒的患者进行各项操作前应介绍目的、方法，取得患者同意和配合。
- 6.2.5 进行需要暴露身体的操作时，应用隔帘或屏风遮挡，避免无关人员在场。为异性患者做操作、检查时，应有第三者在场。
- 6.2.6 在实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况时，应将有关情况通知患者家属。

6.3 满足生活需求

6.3.1 应保持床单位和病员服干燥、整洁、舒适。

6.3.2 应保持患者面部、眼睛、口腔、鼻腔、头发（胡须）、皮肤、会阴、指甲等清洁，无异味。

6.3.3 应及时清理患者大小便，并更换浸湿或污染的床单被套等。

6.3.4 应关注患者的饮食与营养，综合评估其病情、胃肠功能、进食能力、营养状况等并动态调整营养方案；对于能经口进食的患者，应根据饮食医嘱指导家属备餐或协助订餐。

6.4 舒适护理

6.4.1 减轻口渴

6.4.1.1 应评估清醒患者有无口渴，评估口渴程度，分析原因，并及时处理。

6.4.1.2 吞咽功能正常、配合度好的口渴患者，在病情允许的情况下可口含冰棒、冰块或通过咀嚼口香糖来增加唾液分泌。

6.4.1.3 机械通气或禁食禁饮患者主诉口渴时，宜用患者喜欢的茶水、柠檬水、冰水擦洗或喷洒口腔等方法湿润舌头、口唇，湿润口唇后涂抹凡士林或润唇膏。

6.4.2 减轻疼痛

6.4.2.1 医护应共同决策进行疼痛管理。

6.4.2.2 应采用疼痛量表评估患者有无疼痛，疼痛的部位、程度、性质及持续时间等。

6.4.2.3 应采取多种措施缓解患者疼痛，如：听音乐、阅读等分散注意力；冷/热敷、按摩、活动肢体、呼吸调整等非药物疗法减轻疼痛。必要时根据医嘱使用药物镇痛。

6.4.3 舒适卧位

6.4.3.1 应根据患者病情、治疗目的及患者感受，协助患者采取合适体位。

6.4.3.2 应保持肢体功能位，减轻牵引器械、矫形器等支具导致的不适，根据需求放置软枕、体位垫等。

6.4.3.3 应根据病情定时变换体位，必要时可进行身体部位的按摩。

6.4.3.4 应动态评估约束的必要性，约束的实施符合 T/CNAS 04-2019 规定，尽早解除约束。

6.4.4 早期活动

应根据患者意识、肌力及配合情况，指导并协助患者早期活动，循序渐进从床上被动、主动活动逐步过渡到床边坐起、坐在床旁椅上、缓慢步行等运动。

6.4.5 减轻其他不适

6.4.5.1 应评估患者是否有呼吸困难、恶心、呕吐等不适，采取适当措施减轻症状引起的不适。

6.4.5.2 应妥善固定各种管道，松紧适宜，减轻因管道导致的不适；应动态评估留置管道的必要性，尽早拔除。

6.4.5.3 应防范器械相关压力性损伤等并发症的发生。

6.5 促进休息与睡眠

6.5.1 患者休息时间灯光宜柔和，可为患者提供眼罩。应及时评估患者对室温的感知，根据患者需求调节室温或增减盖被。

6.5.2 科室宜配置噪音监测仪，白天噪声控制在 35~40dB，晚上不超过 35dB，可酌情为患者提供耳塞。

6.5.3 应合理设置仪器报警限值，控制治疗性噪声、电话铃声、电脑提示音、工作人员操作、说话声等，减少对患者听觉、视觉的不良刺激。

6.5.4 在不影响患者治疗与护理的前提下，操作集中化，减少不必要的操作。

6.5.5 应尊重患者原有的睡眠习惯，宜对睡眠障碍的患者给予睡眠评估、制定个性化的睡眠护理计划。

6.6 评估与支持心理

- 6.6.1 应使用评估工具或观察患者行为判断患者的心理情况，发现异常及时给予干预。
- 6.6.2 应采取恰当的方式干预患者的心理问题，必要时可请心理科医生会诊。
- 6.6.3 应有条不紊地处理患者病情变化，避免引起患者/家属对病情的担忧心理。抢救患者时应拉上隔帘或屏风遮挡，保护其他患者，如条件允许，可转其他房间，及时抚慰。
- 6.6.4 应用恰当的方式及时告知患者病情进展与康复情况。
- 6.6.5 宜采取握手及床旁适度陪伴等方式，增强患者对医护人员的信任感及在 ICU 的安全感。
- 6.6.6 人工气道的患者，可使用手机或录音笔，录制家属鼓励的语言，给患者播放。
- 6.6.7 应了解患者家庭社会支持情况，有无亲人与之联系及探视等。
- 6.6.8 应做好患者与其家属的沟通联络。协助患者与家属通过电话、视频等形式进行情感交流。
- 6.6.9 应指导家属探视时进行亲情抚触和呼唤；患者离开病房完善检查时宜联系家属陪伴，缓解患者焦虑、无助或恐惧等情绪。
- 6.6.10 应关注并尊重患者合法的宗教信仰，给予合理支持。

6.7 患者家属人文关怀

- 6.7.1 宜优化家属等候区环境，可配备便利、方便休息的设施。
- 6.7.2 应尊重家属，与其有效沟通，鼓励其参与决策。
- 6.7.3 应向家属集中通知相关事宜，减少家属非必要往返医院。
- 6.7.4 宜灵活探视，必要时提供家属限时陪伴。
- 6.7.5 家属探视时，应根据 WS/T 509-2016 的规定，预防感染。
- 6.7.6 宜定期开展重症监护病房家属交流见面会，了解家属需求并答疑解惑。

7 离开 ICU 人文关怀

- 7.1 转出 ICU 前，应耐心解答患者及家属的疑惑，告知患者即将转往科室的情况。
- 7.2 转出时由医护人员护送患者到病房，并与病房医护人员做好交接，包括患者的病情、身心状况、情绪反应等。
- 7.3 宜定期进行电话、视频或现场等形式的回访，给予关心，提供必要的健康指导与帮助。
- 7.4 对出院的慢性病患者可提供延续护理。
- 7.5 不可逆性疾病等情况及时有效地与患者和家属沟通，并根据患者及家属需求提供安宁疗护。
- 7.6 宜满足临终患者家属的告别需求，并在家属陪伴下完成临终护理。
- 7.7 对离世患者应及时进行尸体料理，维护其尊严，对家属进行安抚。
- 7.8 宜对离世患者家属进行哀伤辅导。以尊重和理解的态度对待家属；耐心倾听，鼓励家属表达丧失与面对死亡的想法与恐惧；给予家属情感上的支持。

8 人文关怀质量评价与改进

8.1 人文关怀质量评价

- 8.1.1 人文关怀质量评价内容包括但不限于医护人员的人文关怀知识与关怀能力、ICU 人文关怀的环境和设施、关怀性医患关系（患者及家属对管床医生、主任、护士长的知晓及满意度）、关怀需求评估及关怀措施落实情况、患者及家属对人文关怀的满意度。

8.1.2 病区护士长及护理部宜定期评价指导，对评价过程及结果留存记录。

8.1.3 评价方式宜采取现场观察环境与设施、医护人员关怀行为，询问患者及其家属，询问医护人员，查看科室文档资料、护理记录，问卷调查等。

8.2 人文关怀质量持续改进

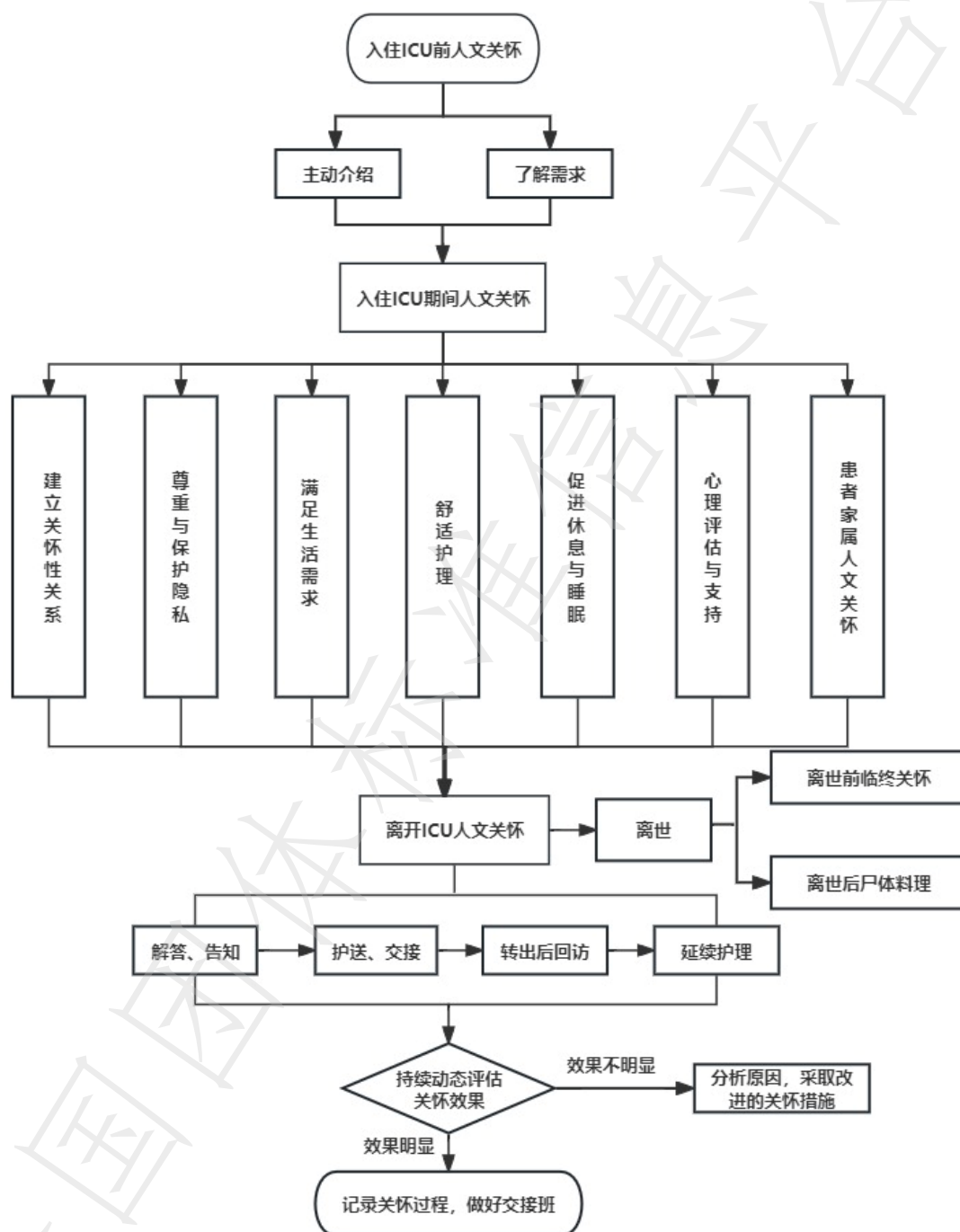
8.2.1 应采用风险评估的方法识别人文关怀过程中影响质量的关键环节，采取有效措施进行控制，并定期进行分析和评价，完善质量控制方案和评价机制。

8.2.2 应对发现的问题及时分析原因，提出改进措施并追踪改进效果；宜在病区及全院宣传和推广有工作亮点的团队和个人。

8.2.3 可将 ICU 患者人文关怀质量纳入科室质控及绩效考核。可对表现突出的个人进行表彰和奖励。

8.2.4 对于未达到预期目标者，可采取质量管理工具，持续改进人文关怀质量。

附录 A
(资料性)
医护人员对 ICU 患者实施人文关怀的流程



附录 B
(资料性)

ICU 患者人文关怀满意度量表

为进一步提高重症监护病房的护理服务质量和病人对医护工作的满意度，我们将对您进行满意度调查，以便我们持续改进医疗服务。此问卷无需填写姓名，我们向您保证将对您的信息进行严格保密，请您根据您的真实感受在您认为最合适的选项框中打“√”。

表 B.1 ICU 患者人文关怀满意度量表

重症监护病房患者人文关怀满意度量表条目	很满意	满意	一般	不满意	很不满意	不涉及
I-1 患者入住 ICU 前人文关怀						
II-1 主动介绍与了解需求						
III-1 医生或护士向我和（或）家属主动介绍 ICU 环境及相关事项，告知需准备的生活物品						
III-2 医生和护士会倾听我和家属入住 ICU 的需求与担忧						
III-3 医生和护士会主动问候，礼貌称呼，并介绍他们的身份与职责						
I-2 患者入住 ICU 期间人文关怀						
II-2 沟通与决策						
III-4 当我语言表达有困难时，医生和护士会采取特殊方式（图片、写字、视频、肢体语言等）与我进行沟通，或让家属协助沟通，了解我想表达的信息						
III-5 医生和护士会使用通俗易懂的语言向我和（或）家属讲述疾病、诊疗和护理等相关内容						
III-5 医生和护士会使用通俗易懂的语言向我和（或）家属讲述疾病、诊疗和护理等相关内容						
III-7 医生和护士告知我和（或）家属治疗目的和治疗方案，制定治疗方案时让我可以选择，并签署知情同意书						
II-3 尊重与隐私保护						
III-8 医生和护士尊重我的个人信仰和信念，让我充满希望						
III-9 医生和护士在进行日常治疗、护理等操作前会告知我目的并征得我的同意						
III-10 医生和护士在各项操作中注意保护我的隐私和尊严						
II-4 舒适护理						
III-11 护士主动为我提供生活照护（皮肤清洁、口腔清洁、排泄需求等）						
III-12 医生和护士会为我提供舒适的环境（温湿度适宜、灯光柔和、及时消除仪器报警音等）						

表 B.1 ICU 患者人文关怀满意度量表（续）

重症监护病房患者人文关怀满意度量表条目	很满意	满意	一般	不满意	很不满意	不涉及
III-13 医生和护士及时解决我口渴的问题						
III-14 护士及时满足我翻身、四肢活动的需求						
III-15 医生和护士及时满足我的进食需求（病情不允许情况下，护士主动解释原因）						
III-16 医生和护士能够满足我睡眠及休息的需求						
III-17 医生和护士及时观察我身体的不适，并采取措施减轻						
III-18 护士减少对我的约束（捆绑），必要约束时动作轻柔、松紧适度，动态观察并及时解除约束						
III-19 护士固定各种管道时关注我的不适感						
III-20 医生和护士在病情恢复期的时候指导我生活自理（刷牙、进食、穿衣等）及肢体康复锻炼						
II-5 关怀与支持						
III-21 医生和护士值得我信任，当我遇到困难时及时提供帮助						
III-22 医生和护士主动了解我在治疗期间的情绪和心理需求，给予安慰						
III-23 医生和护士查房时对我表示关心，主动询问我的感受，并给予安慰和支持						
III-24 医生和护士的技术熟练、专业、配合默契，让我感到安全						
III-25 邻床患者抢救或死亡时，医生和护士会拉上隔帘或屏风遮挡，条件允许下及时调整床位，给我安慰						
III-26 护士支持我的亲人或朋友进行探视，在不能进行现场探视时帮助我与亲人或朋友沟通联系						
I-3 患者离开 ICU 人文关怀						
II-6 转科与回访						
III-27 转出 ICU 前，医生和护士会耐心告知相关病情，并解答我和家属对于疾病治疗护理和生活照护的疑问						
III-28 由医生和（或）护士亲自护送我到专科病房						
III-29 医生或护士会对我进行电话、网络或现场等方式的回访，并给予关心，提供相应的健康指导与帮助						

注：该工具有29个条目（李克特式量表），结构效度良好，Cronbach α : 0.922

本量表适用人群：在ICU住院时间 ≥ 48 小时的患者；年龄 ≥ 18 岁；能正确理解量表各条目含义；能够进行有效的交流和沟通；病情好转并转出ICU的患者。

调查时间：转出ICU后1周内。

参考文献

- [1] Watson J. Human Caring Science: A Theory of Nursing[M]. 2nd ed. Boston, MA: Jones & Bartlett, 2012: 234-261.
- [2] 许娟, 莫蓓蓉, 刘义兰, 等. ICU成人患者护理人文关怀专家共识[J]. 护理学杂志, 2022(018): 037.
- [3] 中国生命关怀协会. 病区护理人文关怀管理规范[Z]. 中国生命关怀协会. T/CALC 001-2022, 2022.
- [4] 柏晓玲, 楼婷, 江智霞, 等. 基于儒家思想的护理人文关怀理论模型构建[J]. 中国实用护理杂志, 2017, 33(20): 1563-1566.
- [5] Harvey MA, Ninos NP, Adler DC, et al. Results of the consensus conference on fostering more humane critical care: Creating a healing environment. Society of Critical Care Medicine. AACN Clin Issues Crit Care Nurs 1993; 4:484-549.
- [6] Kjeldsen CL, Hansen MS, Jensen K, et al. Patients' experience of thirst while being conscious and mechanically ventilated in the intensive care unit. Nurs Crit Care. 2018, 23(2): 75-81.
- [7] 中共中央, 国务院 “健康中国2030” 规划纲要[EB/OL](2016-10-25)[2022-01-06]. http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm.
- [8] 周士博, 来青, 沈小玲. 以同质医疗理念为中心的创新型护理对ICU患者中的需求分析与实践应用[J]. 广东医学, 2019, 40(24): 3442-3445.
- [9] Vaeza N N, Delgado MC M, La Calle G H. Humanizing intensive care: toward a human-centered care ICU model[J]. Critical Care Medicine, 2020, 48(3): 385-39.
-