

晚期胃癌患者姑息照护结局现状与影响因素的研究

陈 颖

中南大学湘雅二医院消化一区 湖南长沙 410000

[摘要]目的 通过调查长沙市晚期胃癌患者姑息照护质量现状和影响因素,为改善晚期胃癌患者姑息照护质量,制定有针对性的干预措施,提供临床参考依据。**方法** 便利取样法,选取 2016 年 11 月-2017 年 1 月在长沙市 6 家三甲医院肿瘤科和消化科治疗纳入标准的 208 例晚期胃癌患者作为研究对象,采用一般人口资料、中文版姑息照护结局量表 (POS),完成对研究对象的量性调查,挖掘出影响晚期胃癌患者姑息照护质量的因素,对调查结果进行统计学分析。**结果** 晚期胃癌患者姑息照护质量现状通过 POS 问卷调查,208 名患者 POS 总分为 16.56 ± 6.49 分,其中心理与生活质量维度得分为 13.10 ± 5.49 分,照顾质量维度得分为 3.51 ± 1.84 分;经单因素分析和多因素 Logistic 回归分析,晚期胃癌患者姑息照护质量受到患者自身(年龄、婚姻状况、家庭经济)、姑息照护提供者(文化程度、专业水平、与患者关系)和环境(沟通)的影响。**结论** 长沙市晚期胃癌患者姑息照护质量处于中下等水平,提升晚期胃癌患者姑息照护质量势在必行。护理人员应该加大晚期胃癌患者姑息照护宣传力度,加强对姑息照顾提供者专业指导和培训,与医院相关部门沟通,共同制定出健康照护计划和可操作性强的法规,来规范胃癌患者照顾者的行为,以改善患者姑息照顾质量。

[关键词] 晚期胃癌;姑息照护;姑息照护质量;影响因素

[中图分类号] R473.73

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561(2017)01-056-02

目前癌症已经成为人类健康威胁的重大疾病之一,全球癌症发病率日趋增高的趋势。有研究表明,我国 80% 以上癌症患者被确诊时已经是中晚期,失去了最佳救治的机会^[1]。胃癌是全球第三大致死率的恶性肿瘤,在确诊时往往处于疾病中晚期阶段,晚期胃癌患者,中位生存时间仅维持在 12 个月左右^[2]。对于一个晚期癌症患者而言,医护人员给予的不能仅限于医疗服务,还应包括解决患者及家属一系列心理的,情感的,精神的,社会的需要等问题,使他们在机体上,特别是精神和心理上得到充分的治疗,精心的护理和安慰,从而改善他们的生活质量,使其尽可能以一种轻松的心境走完人生的最后一程。姑息护理就是随着医学模式的改变和临终关怀的发展而兴起的一种新型护理方式,它是指对所患疾病已经治疗无效的患者积极地,全面地医疗照顾,它的目的是使患者和家属获得最佳生活质量^[3]。目前我国的姑息护理还处于初级阶段,姑息护理的理论还十分匮乏,没有系统的姑息护理知识作为我们的指导,很多技术都在探索之中^[4],如何制定出一套适合我国人群的姑息护理体系,更好地实行姑息照顾是我们该研究的重要课题。本研究旨在引进英国姑息照护结局测评工具对长沙市晚期胃癌患者姑息照护质量现状和影响因素,为改善晚期胃癌患者姑息照护质量,制定有针对性的干预措施,提供临床参考依据。

1 对象与方法

1.1 对象:采用便利取样法,选取 2016 年 11 月-2017 年 1 月在长沙市 6 家三甲医院肿瘤科和消化科治疗纳入标准的 208 例晚期胃癌患者作为研究对象,病例纳入标准:①经病理学确诊为晚期胃癌者;②自愿参与研究;③处于姑息照顾期,能够独立完成问卷调查,配合访谈。排除对象:①不配合,不愿参加者。②有精神或意识异常,不能独立完成调查者。

1.2 方法

1.2.1 调查工具:①人口资料调查表:包括患者年龄、性别、工作、学历、家庭收入、婚姻状况、病程、医疗费用付费方式等。② POS 量表:引进英国姑息照护结局测评工具 (POS)^[5],该量表共有两个维度,分别是心理或生活质量维度和照顾质量维度。包含六个领域,分别是:生理、情感、心理、精神、信息提供和支持,量表共有 12 个条目。8 大项目分别为抑郁、理智、焦虑、自我克制、愤怒、社会支持、愤怒向外、愤怒向内。前 10 个条目依照 0-4 分的 Likert 5 个等级计分:表示问题严重状态 (4 分),表示没有问题 (0 分)。统计所有项目得分之后,总分为 0-40 分,得分越高,表明照护质量越差。最后两个条目为开放问题:一个是描述患者最近三天的主要问题;另一个问题是对问卷是否独立完成提问。该量已被证实有良好的信效度^[6]。

1.2.2 调查方法:采用集体测量的方式,在调查前向患者说明研究的目的和意义,让患者配合工作,并在每份调查表的尾页都附有调查说明,问卷当场发放当场收回,共发放问卷 208 份,回收问卷 208 份,回收问卷率 100%。

1.2.3 统计学方法:采用 SPSS 13.0 分析软件进行统计分析,计量资料用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义;以 POS 总分为因变量,将单因素分析中有统计学意义的因素纳入回归方程,对各自变量进行赋值,进行多元逐步回归分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 晚期胃癌患者一般资料情况:208 名胃癌患者中,性别:男 122 名,女性 86 名;年龄:37-76 岁,平均年龄: 56.61 ± 5.80 岁;文化程度:初中及以下 94 人,高中或中专 86 人,大学或以上 28 人;医疗支付形式:自费 15 人,公费医疗 37 人,医疗保险 (包括农合和职工医保) 156 人;家庭人均收入状况: ≤ 1000 元/月 17 人, 1001-3000 元/月 89 人, ≥ 3001 元/月 102 例;婚姻状况:有伴侣 132 人,无伴侣 76 人。

2.2 晚期胃癌患者姑息照护质量现状:通过 POS 问卷调查,208 名患者 POS 总分为 16.56 ± 6.49 分,其中心理与生活质量维度得分为 13.10 ± 5.49 分,照顾质量维度得分为 3.51 ± 1.84 分。

2.3 晚期胃癌患者姑息照护质量单因素分析,见表 1。

表 1 晚期胃癌患者姑息照护质量单因素分析

影响因素	POS 得分	t 值 / F 值	P 值
婚姻状况			
有伴侣	18.61 ± 6.19		
无伴侣	16.11 ± 6.47	3.741	0.012
年龄			
≤ 40 岁	15.01 ± 6.49		
41-60 岁	17.71 ± 5.97		
> 60 岁	18.62 ± 7.39	7.623	0.001
照顾者文化程度			
初中及以下	15.93 ± 6.79		
高中或中专	18.31 ± 4.87		
大学	18.52 ± 8.39	8.126	0.021
照顾者专业水平			
专业	17.61 ± 6.19		
不专业	12.71 ± 6.07	7.828	0.004
家庭经济状况			
≤ 1000 元/月	12.21 ± 5.49		
1001-3000 元/月	12.71 ± 5.57		
≥ 3001 元/月	18.62 ± 6.39	11.091	0.000
患者是否知情			
是	17.31 ± 6.29		
否	16.51 ± 6.17	2.115	0.054
沟通、心理疏导			
是	17.64 ± 6.17		
否	15.21 ± 6.07	10.363	0.018

3.4 多因素 Logistic 回归分析结果：以 POS 总分为因变量，选择单因素分析有意义的变量（年龄、婚姻状况、家庭经济、照护者的文化程度和专业水平、沟通和心理疏导）为自变量进入多元逐步回归分析，其中患者婚姻状况：有伴侣赋值 1，无伴侣赋值 2；照顾者文化程度：初中及以下赋值 1，高中或中专赋值 1，大学赋值 3；家庭收入：≤ 1000 元 / 月赋值 1，1001-3000 元 / 月赋值 2，≥ 3001 元 / 月赋值 3；年龄：≤ 40 岁赋值 1，40-60 岁赋值 2，≥ 60 岁赋值 3；照顾者专业水平：专业赋值 1，不专业赋值 2；沟通、心理疏导：否赋值 1，是赋值 2。在影响晚期胃癌姑息照护质量 POS 总分的多元分析中，共有 5 个因素进入回归方程。常数项为 15.524，决定系数 R=0.717，调整决定系数 R²=0.643，说明拟合模型可解释总变异的 34.7%，见表 2。

表 2 晚期胃癌患者姑息照护质量多因素分析

影响因素	β 值	B 值	t 值	P 值
常数	-	50.717	31.336	<0.001
年龄	0.696	2.414	5.405	0.027
照顾者文化程度和专业水平	0.528	2.657	6.307	0.031
家庭收入	0.419	1.749	4.115	0.028
沟通、心理疏导	-0.175	-1.304	-4.184	0.017
婚姻状况	-1.694	-1.028	-3.082	0.018

3 讨论

3.1 晚期胃癌患者姑息照护质量现状

本研究结果显示：208 名患者 POS 总分为 16.56±6.49 分，其中心理与生活质量维度得分为 13.10±5.49 分，照顾质量维度得分为 3.51±1.84 分，晚期胃癌患者姑息照护质量处于中低水平，不容乐观，这和闫敏^[6]的研究结果是一致的。随着医学模式的转变，癌症治疗的战略战术应当是：早期发现，争取根治，提倡晚期癌症姑息照护、避免过度治疗^[7]。一方面，由于我国姑息照护起步晚，传统观念影响使得大部分国人不愿意接受姑息照护者，阻碍了姑息照护发展的进程；另外，受到我国现有的医疗制度和条件的限制，大部分晚期癌症患者得不到合理的照护和妥善的安置，导致患者承受着极大的身心痛苦；再加上，我国姑息照护本来就起步晚，国内大部分医疗机构缺乏晚期癌症患者姑息照护的人力、物力资源配置，而且医护人员对于姑息照护专业知识的掌握远远跟不上患者的需求，这些原因都导致了晚期胃癌患者姑息照护质量不容乐观。

3.2 晚期胃癌患者姑息照护结局影响因素分析

本研究表 1 和表 2 结果显示：经单因素分析和多因素 Logistic 回归分析，晚期胃癌患者姑息照护质量受到患者自身（年龄、婚姻状况、家庭经济）、姑息照护提供者（文化程度和专业水平、与患者关系）和环境（沟通与心理疏导）的影响。分析原因：老年患者更容易接受疾病，心理负性情绪没有中青年大，所以姑息照护质量优于中青年。晚期胃癌患者的姑息性照护，并不限于一般概念的“医疗”，还应包括解决患者及家属一系列心理的，情感的，精神的，社会的需

要等问题，使他们在机体上，特别是精神上和心理上得到充分的治疗，精心的护理和安慰^[8]。晚期癌症患者在患病前是社会家庭中的一份子，患病后，患者社会角色发生了改变，但是患者仍然渴望社会和家庭的支持，这是患者生命意义的一种肯定^[4]。家属和陪护人员被视为姑息护理小组的一部分^[9]，因此，在有伴侣的患者姑息照护质量高于无伴侣患者，在患者姑息照护提供者得到了姑息照护的同时，也在医护人员的引导下掌握了姑息照护的精髓，能够在第一时间为患者提供最佳的护理，也就提高了姑息照护的质量。我国的姑息照护起步比较晚，还处在萌芽阶段，不仅仅是医务人员，还是患者及家属都对姑息照护的认识不足，这就严重影响了晚期癌症患者姑息照护质量。因为医务人员对姑息照护的认识不够，就会导致医护人员对患者照护态度不够积极，不能及时为患者进行心理疏导；患者及家属对姑息照护的认识不够，患者不能有很好的遵医行为；由于晚期癌症患者预后差但医疗费用高，如果患者家庭经济情况不好就引起患者焦虑、甚至有轻生的想法，这些都会影响患者姑息照护质量。

4 结论

晚期胃癌患者姑息照护质量总体水平不高，为了提高患者姑息照护质量，护理人员应从加大晚期胃癌患者姑息照护宣传力度；加强对姑息照护提供者专业指导和培训；与医院相关部门沟通，共同制定出健康照护计划和可操作性强的法规，来规范胃癌癌症患者照顾者的行为等方面来改善患者姑息照护质量。特别要关注年龄低、家庭经济状况不好，无伴侣的患者。

【参考文献】

- [1] Classen SJ, Francke AL, Belarbi HE, etc. A New Set of Quality Indicators for Palliative Care: Process and Results Of the Development Trajectory[J]. J Pain Symptom Manage, 2011, 42(2):169-182.
- [2] 赵鹏飞, 曹邦伟. 晚期胃癌分子靶向治疗研究现状[J]. 临床与病理杂志, 2015, 3(15):1570-1578.
- [3] 孟宪武, 崔以泰. 临终关怀[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2002:1-11.
- [4] 杨辉. 晚期癌症患者居家姑息护理现状[J]. 当代护士, 2013, 9(中旬刊):15-17.
- [5] Schieppati A, Remuzzi G. Chronic renal disease as a public health problem: Epidemiology, social, and economic implications[J]. Kidney Int Suppl, 2005, 68(Suppl):7-10.
- [6] 闫敏. 上海市晚期癌症患者姑息照护质量评估及其影响因素的研究[D]. 第二军医大学, 2013.
- [7] 刘晓蓉, 邹敏, 范杏红. 癌症儿童的姑息护理[J]. 护理研究, 2009, 23(3B):661-662.
- [8] 蔡义红. 终末期心力衰竭 18 例姑息护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(22):95-97.
- [9] 王淑君, 宋杰. 癌症患者晚期的姑息护理[J]. 吉林医学, 2008, 29(10):90-92.

（上接第 54 页）

实施有效救治时间均明显短于对照组；研究组患者的施救成功率明显高于对照组（P < 0.05）。充分证明，急诊护理流程优化能够提高急救过程中的抢救效率，缩短抢救时间，减少并发症，保障患者获得最佳的救治效果。

【参考文献】

- [1] 钱琼. 全程护理在急诊危重患者抢救中的应用效果探讨[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(15):1433-1434.

（上接第 55 页）

- [1] 徐会圆, 刘长梅. 比伐卢定与替罗非班加肝素在急诊经皮冠状动脉介入治疗中疗效与安全性的比较[J]. 中国循环杂志, 2013, 28(6):430-433.
- [2] 童随阳, 夏豪, 王欣等. 阿替普酶与尿激酶治疗急性心肌梗死的有效性安全性[J]. 中国医药导报, 2014, 11(33):75-79.

- [2] 陈伟, 陈洁, 孟颖慧, 等. 用急诊抢救关键环节要素标准规范急诊抢救记录[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(3):325-327.

- [3] 竺兴霞. 急诊全程优化护理在抢救急性脑出血患者中的应用[J]. 江苏医药, 2013, 39(14):1734-1735.
- [4] 董娟娟. 优化急诊护理流程对急性心肌梗死患者抢救效果的影响[J]. 中国医药科学, 2014, 4(18):108.
- [5] 据江美, 刘佳. 优化护理流程对急诊危重患者抢救的效果影响[J]. 健康研究, 2014, 34(1):87.

- [3] 侯培培. 依诺肝素不同用法在瑞替普酶治疗急性心肌梗死中的临床研究[J]. 中国实用医药, 2016, (7):139-140.
- [4] 蓝运竟, 陈兴玲. 比伐卢定用于急性心肌梗死急诊介入术 120 例[J]. 中国药业, 2015, 24(21):191-193.
- [5] 邓书禄. 联合应用疏血通注射液治疗对急性心肌梗死患者凝血、生化指标和心电图的影响[J]. 微循环学杂志, 2015, (1):51-54.