

• 护理研究 •

评价晚期肿瘤患者临床护理中实施安宁护理

刘 钰

湖南省第二人民医院肿瘤科 410000

【摘要】目的 探讨安宁护理在晚期肿瘤患者临床护理中的应用效果。**方法** 将 2018 年 1 月 1 日~2019 年 1 月 31 日我院收治的 30 例晚期肿瘤患者纳入本次研究的对照组,实施常规护理;另选取同期 30 例晚期肿瘤患者作为观察组,采用安宁护理,评估护理效果。**结果** 观察组头晕乏力、腰酸背痛、睡眠障碍、恶心呕吐等不适症状的发生率明显低于对照组;生理、心理、存在、社会支持、整体生存质量等 MQOL 量表各维度评分显著高于对照组,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 安宁护理能够减轻晚期肿瘤患者的身心痛苦,一定程度的改善其生活质量,是一种符合现代医疗理念的、人性化的护理模式,值得推广。

【关键词】 晚期肿瘤; 安宁护理; 生存质量; 应用效果**【中图分类号】** R473.73**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1009-3179 (2019) 05-255-02

安宁护理属于临终关怀的范畴,也叫做安宁疗护、安养、宁养,是专门针对终末期慢性疾病,特别是晚期肿瘤患者,以缓解痛苦,安抚情绪为主要目的的一种护理模式^[1]。在征得患者及其家属的知情同意后,不再实施额外的放化疗等毒副作用巨大,给患者造成额外痛苦,但效果甚微的治疗,而是在家属、亲友和护理人员的陪伴下,让患者平静的走向生命的终点^[2]。考虑到患者本人的病情、身心健康以及伦理等因素,本研究的调查并不适合在患者或家属中进行,因此,本研究采用的 MQOL 生存质量量表是在与五名肿瘤科护理人员深入交谈的基础上完成调查的,现将研究结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料

参与研究的 60 例晚期肿瘤患者均选自 2018 年 1 月 1 日~2019 年 1 月 31 日,经病理学检查确诊为恶性肿瘤,临床分期 IIIb 期或者 IV 期,预计生存期 < 3 个月,卡氏功能状态评分 ≤ 40 分^[3];患者及其家属自愿签署知情同意书。排除语言障碍、严重的认知障碍、接受靶向治疗者。对照组 30 例,男性 20 例、女性 10 例;年龄 56~84 岁,平均年龄 (72.38 ± 2.96) 岁;病程 5 个月~13 年,平均病程 (9.43 ± 0.56) 年;学历水平:初中及以下 14 例、高中或中专 10 例、大学及以上 6 例。观察组 30 例,男性 18 例、女性 12 例;年龄 54~85 岁,平均年龄 (71.98 ± 3.04) 岁;病程 7 个月~14 年,平均病程 (9.52 ± 0.78) 年;学历水平:初中及以下 17 例、高中或中专 8 例、大学及以上 5 例。两组患者的个人资料比较,差异没有统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

常规护理:从健康教育、缓解临床症状、基础护理、心理干预等各方面给予 64 例患者常规护理。

在此基础上,观察组采用安宁护理:①皮肤护理:帮助患者翻身、按摩、擦拭身体,保持皮肤的干燥、清洁,预防压疮。勤换洗床单被褥、患者的衣物,按时帮助患者清洗头发、理发、剪指甲,维持体面的外表^[4]。②环境护理:营造光线柔和、空气清新、温湿度适宜、宁静而温馨的病房环境,尽量减少外界噪音对患者的打扰。定时播放优美、舒缓的音乐营造家庭般的病房氛围,减轻患者内心的孤独感和悲凉感^[5]。③心理护理:晚期肿瘤患者承受的绝不仅仅是病痛的折磨,更多的是生命即将走到尽头时复杂的内心感情,既有悲观绝望、焦虑、抑郁和恐惧,又充满了求生的欲望,正是这

种无法平复的情绪与躯体上的痛楚,导致患者的生活质量较差^[6]。护理人员应尽可能的与患者多交流,不应刻意回避死亡的话题,反而可以坦诚的与患者谈论生死,耐心聆听患者的倾诉,在力所能及的情况下尽可能满足患者未了的心愿。通过触摸等肢体接触给予患者足够的安慰和力量,尊重患者的人格,保护好患者的个人隐私,不在私下议论患者。④疼痛护理:疼痛是降低晚期肿瘤患者生活质量的重要因素,而且会给患者的心理健康造成严重损害,提高精神障碍的发生率。为此,护理人员可根据患者的疼痛程度采用针对性的止痛策略^[7],如果患者只是轻微疼痛,可服用布洛芬和乙酰氨基酚等药物,详细告知患者药效、用法用量、不良反应和注意事项。中重度疼痛的患者可通过吗啡止痛,先滴定,再口服,每隔 12h 服用一次,严格控制剂量。如果有必要,还可以请疼痛科与麻醉科医生会诊,采用镇痛泵止痛。除此之外,还可采用按摩、生物反馈、热敷、针灸、神经阻断等各种中西医止痛措施。⑤饮食护理:晚期肿瘤患者普遍营养不良,身材消瘦,胃肠功能衰退。充足、均衡的营养是延长患者生存期,减轻患者痛苦的重要方法,同时还能一定程度的提高患者的幸福感和满足感^[8]。所以,应根据患者的病情、饮食习惯来制订食谱,保证日常饮食的个性化,在必要情况下,可采用空肠或者鼻饲营养。

1.3 观察评定标准

①比较两组患者的不适症状发生率:包括头晕乏力、食欲减退、腰酸背痛、睡眠障碍、恶心呕吐等。②通过 McGill 生存质量量表 (MQOL) 评估患者的生存质量^[9],量表共有 4 个维度,包括 16 个条目。分别是生理维度 (4 条目)、心理维度 (4 条目)、个人存在维度 (6 条目)、社会支持维度 (2 条目),还有量表的整体评分。每个维度均采用 0~10 分评分法,其中生理和心理维度采用反向评分,评分越低说明身心状态越好;其他维度均采用正向评分。

1.4 统计学方法

本研究应用 SPSS19.0 统计学软件进行处理,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料以率 (%) 表示,组间比较进行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的不适症状比较

观察组中,存在腰酸背痛、恶心呕吐、头晕乏力和睡眠障碍的人数明显少于对照组,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$);两组中食欲减退的人数没有明显差异 ($P > 0.05$),见表 1。

表 1: 两组患者的不适症状比较 (n, %)

组别	n	腰酸背痛	恶心呕吐	头晕乏力	睡眠障碍	食欲减退
观察组	30	18 (60.00)	11 (36.67)	23 (76.67)	22 (73.33)	26 (86.67)
对照组	30	25 (83.33)	23 (76.67)	30 (100.00)	29 (96.67)	27 (90.00)
χ^2		6.82	6.19	8.25	8.76	1.64
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	> 0.05

2.2 两组患者的 MQOL 量表评分比较

护理后, 观察组患者 MQOL 量表评分明显优于对照组, 整体生存质量 (6.84±1.31) 分, 对照组 (2.25±0.74) 分, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 护理前, 两组患者各维度评分没有明显差异 ($P > 0.05$), 见表 2。

表 2: 两组患者的 MQOL 量表评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	生理维度	心理维度	个人存在	社会支持	整体生存质量
观察组	护理前	6.43±0.68	8.56±1.27	3.58±1.39	3.07±1.16	2.16±0.72
(n=30)	护理后	1.65±1.07 ^{①②}	3.48±0.52 ^{①②}	6.52±0.94 ^{①②}	7.54±0.81 ^{①②}	6.84±1.31 ^{①②}
对照组	护理前	6.52±0.74	8.61±1.09	3.61±1.30	2.97±1.03	2.18±0.85
(n=30)	护理后	6.03±0.85	8.14±1.12	3.78±1.26	3.18±0.45	2.25±0.74

注: 与本组治疗护理前比较, ^① $P < 0.05$; 与对照组护理后比较, ^② $P < 0.05$

3 讨论

安宁护理对晚期肿瘤患者最大的意义在于: 帮助患者重新审视生命, 平静的面对死亡, 减轻身心痛苦, 改善生命质量。资料显示^[10]: 生命的核心是希望。给予患者希望和安慰, 是安宁护理的核心理念。与传统护理相比, 安宁护理更加倾向于让生命自然发展, 尽最大努力减轻患者的身心痛苦, 提高其舒适程度, 而不是利用先进而昂贵的现代医疗技术去一味的维持生命, 而忽略了生命质量。同时, 安宁护理充分尊重患者对自身生命状态的知情权, 让患者根据自己的意愿自由的支配剩余的生命, 不要满怀遗憾的离开人世。

本次研究结果显示: 观察组患者的不适症状比对照组更少, 同时 MQOL 量表各维度评分也优于对照组 ($P < 0.05$)。充分说明安宁护理在晚期肿瘤患者中的应用价值, 值得推广。

参考文献:

- [1] 邱业银, 张江辉, 缪佳芮, 等. 晚期肿瘤患者预立医疗照护计划干预模式的研究进展 [J]. 中国全科医学, 2019, 22(21):2524-2529.
- [2] 何卫茹. 集束化护理在口腔颌面部晚期恶性肿瘤缺损皮瓣修复术后患者中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2019,

16(12):107-109.

- [3] 龚丽骏. 晚期肿瘤患者临床护理中实施安宁护理的价值研究 [J]. 中国保健营养, 2019, 29(25):206.
- [4] 吴斌, 武丽桂, 袁玲, 等. 肿瘤晚期患者生存期预测研究进展 [J]. 中华护理杂志, 2019, 54(2):295-300.
- [5] 羊波, 赵云, 孟爱凤, 等. 对晚期肿瘤患者实施多学科护理团队安宁疗护研究 [J]. 护理学杂志, 2018, 33(24):1-4.
- [6] 马屹芳, 杨争秒. 晚期肺癌患者抗焦虑护理干预对肿瘤相关性疲乏的影响 [J]. 中国实用护理杂志, 2019, 35(11):848-850.
- [7] 胡利娜, 白佳. 全面护理对改善晚期肿瘤患者胃肠道反应及依从性的影响研究 [J]. 山西医药杂志, 2019, 48(8):989-991.
- [8] 曹玮. 分析阶段性疼痛护理对晚期恶性肿瘤患者疼痛感知水平的影响 [J]. 中国保健营养, 2019, 29(23):255-256.
- [9] 王丽萍, 田清, 赵筱英, 等. 积极心理干预在晚期肿瘤患者临终关怀中的应用分析 [J]. 饮食保健, 2019, 6(35):174.
- [10] 罗丹谷, 江泽莹, 王姣丽. 安宁疗护对恶性肿瘤晚期主要照顾者负性情绪及心理应激的影响 [J]. 海南医学, 2019, 30(1):129-131.

(上接第 254 页)

以往传统护理工作模式不需要根据护理人员资质、能力与职称实施工作分工, 每一班护理人员需要完成各自工作, 对于患者欠缺延续性与整体性护理, 每一班护理人员配置欠缺均衡, 中班与夜班开展单班制, 护理人员工作力度大, 工作负荷大, 无法确保护理质量^[4]。开展分层级管理模式之后, 护理工作岗位设立和护理人员职称、沟通能力、资历、协调能力相匹配, 可以完全发挥每一位护理人员的潜能, 充分满足临床医生和患者不断增长的需求, 护理人员分层级管理模式, 依照护理岗位各自做好工作权限、只能与职责, 明确责任, 组员不断需要分工还要保持合作, 提高护理团队凝聚力, 明确护理工作的标准化与规范化, 确保护理质量, 倘若护理人员工作经验与学历差异较大, 接受专科培训内容也存在差异, 利用分层级管理模式, 能够依照护理人员能力和知识, 开展个性化培训内容方式, 使每一位护理人员工作积极性与主动性得到调动^[5]。根据本文的对比结果表明, 两组护理人员接受不同管理措施之后的临床护理管理质量对比存在显著统计学差异, 临

床患者对于护理管理质量满意度对比存在显著统计学差异。

综上所述, 开展良好的护士分层级管理模式能够显著提高护理管理质量, 具有临床推广价值。

参考文献:

- [1] 苏敏仪, 郑少红, 邓桂洪, 何婉娜. 目视化管理在 ICU 护士层级培训中的应用研究 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(60):180-181.
- [2] 张玲, 童梅, 江丽. 层级管理对提高普外科护理工作质量和护士工作能力的影响效果观察 [J]. 中国卫生产业, 2019, 16(07):64-65.
- [3] 曾兆慧, 张江平, 方晓娟, 周小荣, 曾其运. 护士分层级管理在 CCU 护理管理中的成效分析 [J]. 当代护士 (下旬刊), 2019, 26(01):165-167.
- [4] 商琼琼, 曲桂武, 徐瑞彩, 张建民, 韩明勇, 李文凤, 许红梅, 逢泽辉, 王庆华. 探讨护士分层级管理模式对提高护理管理质量的作用 [J]. 中国卫生产业, 2018, 15(36):1-2+5.
- [5] 黄梅燕, 黄宇微, 李永清, 黄丽明. 护士分层级管理对老年住院患者满意度的影响 [J]. 临床医学工程, 2018, 25(07):951-952.