

安宁疗护专科护士主导的家庭会议在老年晚期癌症患者缓和照护中的应用效果分析

张秋丽¹ 黄亚梅^{2*}

1. 陕西省人民医院呼吸与危重症二科 陕西 西安 710068

2. 陕西省人民医院呼吸与危重症一科 陕西 西安 710068

摘要:目的:研究在老年晚期癌症患者缓和照护中采用安宁疗护专科护士主导的家庭会议的应用价值。方法:随机选择我院50例老年晚期癌症患者作为观察对象,收治时间为2022年10月-2024年8月,采用抽签分组法,每组25例老年晚期癌症患者,抽中红签者纳入疗护组,提供常规的安宁疗护服务,抽中黄签者纳入会议组,在疗护组的基础上实行安宁疗护专科护士主导的家庭会议服务,比较会议组与疗护组的负面情绪、生活质量、家属负担。结果:预前,会议组与疗护组的SAS评分、SDS评分、SF-36评分、CBI评分相近($P > 0.05$);预后,会议组与疗护组SAS评分、SDS评分、SF-36评分、CBI评分皆优于预前,而会议组SAS评分、SDS评分、SF-36评分、CBI评分明显比疗护组更理想,有统计学意义($P < 0.05$)。结论:在老年晚期癌症患者缓和照护中采用安宁疗护专科护士主导的家庭会议的应用价值更高,应于临床广泛实施。

关键词:安宁疗护;家庭会议;晚期癌症;缓和照护;负面情绪;生活质量

对于老年晚期癌症患者而言,予以缓和照护十分重要,既能改善生活品质,又能提高幸福感,减轻疼痛程度,使患者平和的面对死亡。但此干预方式需家属密切配合,若患者依从性差则严重影响疗护效果^[1]。现如今,相关报道明确指出^[2],安宁疗护专科护士主导的家庭会议的应用价值更大,有助于强化老年晚期癌症患者缓和照护效果,进一步提高疗护效率,同时减轻家属负担。为了验证其内容,本文特随机选择我院50例老年晚期癌症患者作为观察对象,收治时间为2022年10月-2024年8月,采用抽签分组法,比较会议组与疗护组的负面情绪、生活质量、家属负担。详细报道如下:

1 资料与方法

1.1 基本资料

随机选择我院50例老年晚期癌症患者作为观察对象,收治时间为2022年10月-2024年8月,采用抽签分组法,每组25例老年晚期癌症患者,抽中红签者纳入疗护组,提供常规的安宁疗护服务,抽中黄签者纳入会议组,在疗护组的基础上实行安宁疗护专科护士主导的家庭会议服务。常护组(男患15例,女患10例),年龄介于60-82岁之间,均龄(70.89 ± 1.47)岁;规范组(男患14例,女患11例),年龄介于62-85岁之间,均龄(72.28 ± 1.58)岁。研究对象的基本资料具有可比性($P > 0.05$)。

纳入标准:①实验内容经伦理委员会批准;②对象符合晚期癌症诊断标准^[3],由病理检验确诊;③年龄 > 18 岁,资料完整;④知晓实验操作并签署同意书。

排除标准:①认知功能障碍者^[4];②精神疾病者;③语言表达不畅者^[5];④中途退出者;⑤心肝肾功能障碍者^[6]。

1.2 方法

疗护组提供常规的安宁疗护服务:首先,舒适干预。生理舒适干预,按照医生嘱托利用镇痛泵对老年晚期癌症患者进行止痛,采用多元化方式转移老年晚期癌症患者注意力,如观看喜剧电影、倾听轻音乐等,强化其机体疼痛耐性;环境舒适干预,若条件允许为老年晚期癌症患者安排单间,确保设施齐全,严格控制室内温湿度,室温保持 25°C ,湿度保持40-50%,每日定期通风、清理卫生和消毒,并更换床上物品,加强老年晚期癌症患者病房舒适度。其次,睡眠干预。根据老年晚期癌症患者身体实际耐受程度,指导其睡前利用温水泡脚或者是饮用一杯温热牛奶,同时播放助眠音乐,促使老年晚期癌症患者快速进入睡眠状态;告知老年晚期癌症患者睡前少饮水,防止多次起夜,导致睡眠效率下降。另外,指导老年晚期癌症患者多吃新鲜蔬菜与瓜果,传授腹部正确按摩方法,以免老年晚期癌症患者出现便秘问题。最后,心理干预。积极主动的老年晚期癌症患者沟通,选择一些老年晚期癌症患者感兴趣的话题,使其打开心扉,倾诉内心真实的想法,改善其负面情绪。

会议组在疗护组的基础上实行安宁疗护专科护士主导的家庭会议服务:首先,会前准备。全面收集患者资料,安宁疗护专科护士负责掌握病情与治疗方法,主

动与社工沟通,充分了解老年晚期癌症患者存在的实际问题,确定会议研究内容与需要解决的问题。明确会议时间、地点和议程。其次,会议流程。①选择环境良好的会议场所,无法到现场的人员采用线上视频的方式参会,备好教育手册与相关设备。②参会人员全部签到后宣布会议开始,由安宁疗护专科护士阐述会议流程及目标,老年晚期癌症患者病情由分管医生介绍,安宁疗护专科护士叙述老年晚期癌症患者的护理问题,家属说明诉求与困惑,依照有关顺序进行发言。③通过沟通使家属清楚老年晚期癌症患者的实际病情,根据拟定的照护方案对有关细节进行深度研究,如用药、饮食、心理等措施,若各方存在矛盾,则由安宁疗护专科护士负责协调,当无法调解时则暂停会议。④对各方矛盾点进行系统整合,并第一时间上报有关部门,由科室负责人开展协商工作。最后,记录会议内容与定期随访。①准确记录会议内容,如参会人员、会议主题等,根据结果对老年晚期癌症患者及其家属进行随访,确定下次会议开展时间。②结合老年晚期癌症患者的实际病情、家庭关系、社会关系等,制定个性化疗护方案,供老年晚期癌症患者及其家属选择。③根据老年晚期癌症患者及其家属的具体需求不断优化疗护方案,确保老年晚期癌症患

者全天有人照看。同时,定期由心理师评估患者和家属情绪,若消极情绪严重则进行对照干预。

1.3 评定标准

采用SAS与SDS评分量表评定老年晚期癌症患者负面情绪,涉及20个题目,每个题目评1-4分,总分80分,分数与消极情绪成反比^[7];采用SF-36评分量表评定老年晚期癌症患者生存质量,涉及5个维度,每个维度评0-100分,分数与生活质量成正比^[8];采用照顾者负担问卷(CBI)评定老年晚期癌症患者家属负担,问卷涉及5个维度,共24个条目,每个条目评0-4分,总分96分,分数与家属负担成反比^[9]。

1.4 统计学方法

应用SPSS26.0统计软件,计数资料由($n, \%$)表示,采用 χ^2 检验;计量资料由($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,有统计学意义由 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 对比会议组与疗护组的消极情绪

预前,会议组与疗护组负面情绪相近($P > 0.05$);预后,会议组与疗护组负面情绪优于预前;与疗护组比较,会议组SAS评分与SDS评分更低,有统计学意义($P < 0.05$)。见下表:

表1 对比会议组与疗护组患者的SAS评分与SDS评分($\bar{x} \pm s$, 分)

组别/例数	SAS评分		SDS评分	
	预前	预后	预前	预后
会议组($n = 25$)	55.96 $\pm$ 1.57	38.15 $\pm$ 1.48	58.26 $\pm$ 1.48	44.73 $\pm$ 1.36
疗护组($n = 25$)	55.49 $\pm$ 1.66	42.23 $\pm$ 1.39	58.15 $\pm$ 1.74	46.88 $\pm$ 1.48
t	0.317	6.174	0.279	7.068
P	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.2 对比疗护组与会议组的生活质量

预前,会议组与疗护组SF-36评分相近($P > 0.05$);预后,会议组与疗护组生活质量评分高于预前;与疗

护组比较,会议组SF-36评分更高,有统计学意义($P < 0.05$)。见表2:

表2 对比疗护组与会议组患者的SF-36评分($\bar{x} \pm s$, 分)

组别/例数	活力		社会功能		情感职能		生理职能		精神健康	
	预前	预后	预前	预后	预前	预后	预前	预后	预前	预后
会议组($n = 25$)	62.56 $\pm$ 2.04	90.17 $\pm$ 3.04	64.51 $\pm$ 6.23	90.46 $\pm$ 1.24	65.53 $\pm$ 7.26	90.22 $\pm$ 7.23	63.74 $\pm$ 8.39	89.66 $\pm$ 9.03	62.84 $\pm$ 2.72	90.25 $\pm$ 3.65
疗护组($n = 25$)	62.82 $\pm$ 4.24	80.54 $\pm$ 3.32	64.46 $\pm$ 7.67	79.56 $\pm$ 8.16	65.15 $\pm$ 7.66	80.55 $\pm$ 6.15	63.65 $\pm$ 8.65	78.28 $\pm$ 7.28	62.36 $\pm$ 1.25	80.81 $\pm$ 2.67
t	0.474	5.228	0.358	4.169	0.357	5.694	0.228	3.526	0.547	5.128
P	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.3 对比疗护组与会议组的家属负担

预前,会议组与疗护组患者家属的CBI评分相近($P > 0.05$);预后,会议组与疗护组患者家属的CBI评分低

于预前;与疗护组比较,会议组家属的CBI评分更低,有统计学意义($P < 0.05$)。见表3:

表3 对比疗护组与会议组患者家属的CBI评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别/例数	情感性负担		时间依赖性负担		发展受限性负担		身体性负担		社交性负担	
	预前	预后	预前	预后	预前	预后	预前	预后	预前	预后
会议组 (<i>n</i> = 25)	13.46±1.27	4.97±0.27	12.57±1.59	3.63±0.18	20.72±1.36	8.93±0.35	15.78±1.68	7.39±0.28	14.78±1.51	6.42±0.16
疗护组 (<i>n</i> = 25)	13.48±1.57	6.36±0.57	12.76±1.51	6.22±0.36	20.65±1.34	12.86±0.42	15.49±1.44	10.07±0.47	14.66±1.47	10.28±0.25
<i>t</i>	0.167	40.285	0.078	35.475	0.147	38.356	0.162	45.036	0.034	43.089
<i>P</i>	0.865	0.000	0.917	0.000	0.817	0.000	0.921	0.000	0.934	0.000

3 讨论

缓和照护作为临床新型的护理模式，其主要以患者为中心，突出“只照看不治疗”的特点，服务对象多为重症疾病患者和癌症晚期患者，有助于减轻患者身体与心理方面的痛苦^[10]。由于患者疾病类型和年龄等方面的特殊性，需要家属积极配合临床护理人员，而怎样提高家属配合度是目前老年晚期癌症患者缓和照护中亟待解决的问题^[11]。

安宁疗护专科护士主导的家庭会议作为新型的干预措施，可切实弥补传统干预措施的不足，提高缓和照护效果，加强患者家属的照护能力的同时，最大程度的改善老年晚期癌症患者的生活质量^[12]。将缓和照护与家庭会议联合运用到临床护理中，对整合医护团队的碎片化信息具有积极作用，同时促进家属对患者病情进一步了解，改善患者负面情绪，提高舒适度^[13]。另外，安宁疗护专科护士负责组织会议、细化分工、健康宣教等工作，能够确保会议和照护有序进行，进一步提高患者的疗护效果^[14]。本研究结果为：预前，会议组与疗护组负面情绪相近（*P* > 0.05）；预后，会议组与疗护组负面情绪优于预前；与疗护组比较，会议组SAS评分与SDS评分更低，有统计学意义（*P* < 0.05）。预前，会议组与疗护组SF-36评分相近（*P* > 0.05）；预后，会议组与疗护组生活质量评分高于预前；与疗护组比较，会议组SF-36评分更高，有统计学意义（*P* < 0.05）。预前，会议组与疗护组患者家属的CBI评分相近（*P* > 0.05）；预后，会议组与疗护组患者家属的CBI评分低于预前；与疗护组比较，会议组家属的CBI评分更低，有统计学意义（*P* < 0.05）。充分证明了在老年晚期癌症患者缓和照护中采用安宁疗护专科护士主导的家庭会议的应用价值^[15]，同时也验证了此实验的开展价值。

综上所述，在老年晚期癌症患者缓和照护中采用安宁疗护专科护士主导的家庭会议的应用价值更高，相比于常规干预，预先护理计划的实施对患者影响更大，可以进一步提高安宁疗护效果，值得临床广泛运用。

参考文献

[1]张纤,卢玉林,陆燕,等.终末期病人及家属参与安宁疗护共享决策体验的Meta整合[J].循证护理,2024,10(14):

2505-2510.

[2]刘丽娟,赵敏,王汝涛,等.四位一体安宁疗护在老年晚期癌症患者中的应用效果[J].保健医学研究与实践,2024,21(05):124-129.

[3]何晓红,贾娟娟.“向死而生”：个案管理在居家安宁疗护中的实践研究[J].社会福利,2024,(04):3-10.

[4]赵文月,温国花.三级联动安宁疗护服务模式实践探索——以一例肺癌患者的人文关怀为例[J].社会与公益,2024,(03):78-80.

[5]陈祝君,楚斯垠,马仁唯,等.家庭医生团队构建居家安宁疗护服务新模式下一例患者的安宁疗护实践[J].名医,2024,(05):156-158.

[6]杨鸥,许萍.1例晚期肺癌患者的安宁疗护实践报告[J].医药前沿,2024,14(05):76-77.

[7]黄海清,黄江捷,钟洋,等.安宁疗护专科护士主导的家庭会议在老年晚期癌症患者缓和照护中的应用效果[J].医药前沿,2024,14(03):80-82.

[8]祖娟娟,刘娟,周荣荣.老年晚期癌症患者安宁疗护模式优化研究进展[J].老年医学与保健,2023,29(03):635-638.

[9]刘艾红,李凌,彭颖洁,等.1例终末期结肠癌老年病人实施家庭会议的临床实践[J].全科护理,2022,20(30):4317-4319.

[10]刘慧,刘智利,郑锐华,等.青年肝门部胆管癌晚期患者的安宁疗护1例[J].护理实践与研究,2022,19(18):2836-2839.

[11]于丰,成芳,胡德英,等.基于优逝理念的1例终末期肺癌患者的安宁疗护[J].现代临床护理,2022,21(06):80-84.

[12]丁敏,闫荣,林雨婷,等.安宁疗护病人家庭照顾者支持性护理干预的研究进展[J].护理研究,2022,36(11):1951-1957.

[13]贺鲜娇,陈英.1例横结肠癌晚期伴顽固性恶心呕吐病人的安宁疗护[J].循证护理,2022,8(10):1418-1420.

[14]王蒙蒙,徐天梦,赵咪,等.安宁疗护家庭会议临床实践的系统综述[J].中国社会医学杂志,2021,38(02):227-232.

[15]吴敬荣.对老年晚期癌症患者进行安宁疗护的效果观察[J].当代医药论丛,2020,18(10):13-14.