

协同护理对肺癌术后化疗患者癌因性疲乏及自我护理能力的影响

肖艳, 何丽, 陈韩, 王燕玲, 郑武平

海南医学院第一附属医院乳腺胸部肿瘤外科, 海南 海口 570102

摘要: **目的** 探讨协同护理在肺癌术后化疗患者中的应用, 及对患者癌因性疲乏及自我护理能力的影响。**方法** 选择 2014 年 10 月至 2016 年 10 月收治的 90 例肺癌术后化疗患者, 以 2014 年 10 月至 2015 年 9 月实施常规性护理干预的 45 例为对照组, 以 2015 年 10 月至 2016 年 10 月实施协同护理模式干预的 45 例为观察组。分别于干预前后应用癌因性疲乏量表、自我护理能力量表及症状自评量表对两组患者癌因性疲乏及自我护理能力和心理健康状况进行评价。**结果** 干预后, 观察组患者癌因性疲乏评分显著低于对照组 ($P < 0.01$), 自我护理能力总评分及自我概念、自护责任感、健康知识水平、自护技能均高于对照组 (P 均 < 0.01), 躯体化、人际关系敏感、强迫、抑郁、敌对、焦虑、恐怖、偏执、精神病性等评分均低于对照组 (P 均 < 0.01)。**结论** 协同护理干预较常规护理干预能更有效地改善肺癌术后化疗患者癌因性疲乏感, 提高其自我护理能力, 改善躯体及心理症状, 提高其生活质量。

关键词: 协同护理; 肺癌术后化疗; 癌因性疲乏; 自我护理能力; 症状

中图分类号: R 473.73 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2017)04-0563-03

肺癌是我国常见的呼吸系统恶性肿瘤, 其发病率及死亡率居于恶性肿瘤首位^[1]。手术是目前治疗肺癌的有效措施, 但手术作为创伤性治疗, 术后患者会出现各种并发症, 导致出现焦虑、抑郁情绪, 而不良的情绪会增加躯体症状, 加重癌因性疲乏感^[2]。通过加强患者健康教育及心理干预, 能有效改善其焦虑、抑郁的情绪, 从而减轻其疼痛感, 提高满意度及生存质量^[3]。协同护理模式 (CCM) 是在责任制护理基础上, 充分调动患者及其家属的主观能动性, 积极参与健康护理, 提高患者自护能力, 从而改善生活质量^[4]。本研究于 2014 年 10 月至 2016 年 10 月对肺癌术后化疗患者应用 CCM 进行管理, 并探讨其对肺癌患者癌因性疲乏及自护能力的影响, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择我院 2014 年 10 月至 2016 年 10 月收治的 90 例肺癌术后化疗患者, 纳入标准: (1) 均经 CT 及病理组织学共同确诊; (2) 临床病理分期为 I ~ III 期, 符合肺癌根治术临床指征, 术后接受化疗辅助治疗; (3) 均签署手术知情同意书。排除标准: (1) 肝肾功能不全; (2) 全身性感染、免疫系统抑制或凝血功能异常; (3) 预计生存期限小于 6 个月。以 2014 年 10 月至 2015 年 9 月实施常规性护理干预

的 45 例为对照组, 男 23 例, 女 22 例; 年龄 30 ~ 65 (42.5 ± 3.8) 岁; 病程 6 个月 ~ 2 年, 平均病程 (8.9 ± 2.2) 个月; TNM 分期为 I 期 15 例, II 期 20 例, III 期 10 例。以 2015 年 10 月至 2016 年 10 月实施 CCM 模式干预的 45 例为观察组: 男 25 例, 女 20 例; 年龄 30 ~ 68 (42.8 ± 3.5) 岁; 病程 6 个月 ~ 2.5 年, 平均病程 (9.2 ± 2.4) 个月; TNM 分期为 I 期 15 例, II 期 20 例, III 期 10 例。两组患者性别、年龄、病程及临床分期比较无统计学差异 (P 均 > 0.05), 具有可比性。

1.2 对照组护理干预方法 对照组患者应用常规性护理, 术前对患者进行心理疏导, 并向患者讲解手术注意事项。术中严密监测患者生命体征, 术后对患者做好并发症护理。

1.3 观察组护理干预方法 观察组在对照组基础上实施 CCM 模式, 具体措施如下。

1.3.1 成立 CCM 护理干预团队 团队成员包括研究者、医生、护士、康复治疗师、营养师、心理咨询师及患者家属。(1) 研究者: 负责督促 CCM 干预措施落实, 协同团队其他成员相互协作、传达信息, 并制定整体计划。(2) 医生、护士: 直接参与患者的治疗、护理并跟进观察, 协助患者完成护理干预措施, 收集患者临床资料及门诊随访资料, 并及时反馈患者的信息。(3) 营养师: 负责评估患者的营养状况, 并指导术后科学饮食。(4) 康复治疗师: 负责评估患者健康状况, 负责康复计划的调整。(5) 心理咨询师: 负责评估患者心理状况, 参与不良情绪的调节。(6) 家属:

负责督促患者完成康复锻炼方案。

1.3.2 CCM 实施方法 (1) 责任护士化疗前向患者及其家属讲解 CCM 相关知识以取得配合。在充分了解患者身体状况及建立良好护理关系的情况下, 详细说明 CCM 操作方法及目的, 令其充分认识到自我护理在肺癌术后康复中的作用, 令其从被动式接受护理转向主动学习护理。(2) 化疗期间心理咨询师根据患者文化、兴趣爱好、家庭背景实施针对性心理护理, 消除不良反应, 树立治疗的信心, 提高其治疗的积极性及遵医嘱行为。(3) 责任护士向患者发放癌疲乏日记表格, 鼓励其进行简单的记录及分析。(4) 责任护士协助患者应用手机下载步行管理软件, 养成早晚散步的习惯。指导患者进行太极拳、瑜伽练习。(5) 联合疼痛专科医生规范疼痛管理, 术后做好“预防、按时、多模式”的镇痛方案。(6) 联合营养科医生, 对存在营养高风险或营养不良的患者进行个性化营养支持性治疗。(7) 家属负责出院后督促患者参与功能锻炼, 提高其锻炼的依从性。

1.4 评价标准 (1) 癌因性疲乏: 采用癌因性疲乏量表^[5]进行评价, 量表包括情感疲乏、行为疲乏、认知疲乏及躯体疲乏 4 个维度共 22 个条目, 每维度得分为 0~10 分, 总评分 0~40 分, 分值越高表示疲乏程度越明显。(2) 自护能力: 应用自我护理力量表 (ESCA)^[6]进行评价, 包括自护责任感、自我概念、健康知识及自护技能, 每条目得分为 0~4 分, 其中 11 条为反向得分, 其余为正向得分, 总分为 172 分。分值越高表示患者自护能力越好。(3) 生活质量: 干预前后采用症状自评量表 (SCL-90)^[7]进行评价, 量表包括情感、思维、感觉、行为、意识、人际关系、生活习惯、饮食睡眠等维度共 90 项目, 进一步分出 9 个基本症状因子, 包括抑郁、强迫、偏执、恐怖、敌对、焦虑、抑郁、躯体化、人际关系敏感、精神病性等症状。每个维度采用 5 级评分法, 分值越高表明患者心理健康水平越低。该量表在国内广泛应用, 具有较高的信度及效度。

1.5 统计学方法 应用 SPSS 19.0 软件对数据进行分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间计量资料比较采

用成组 t 检验, 干预前后比较采用配对 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后癌因性疲乏感比较 两组患者干预前癌因性疲乏量表评分比较无统计学差异 ($P > 0.05$), 两组干预后评分均低于干预前 (P 均 < 0.01), 且观察组患者干预后癌因性疲乏量表评分显著低于对照组干预后 ($P < 0.01$)。见表 1。

2.2 两组患者干预前后自我护理能力评分比较 两组患者干预前自我护理能力总评分及各维度评分比较无统计学差异 (P 均 > 0.05), 干预后两组上述评分均较干预前提高 ($P < 0.05, P < 0.01$), 且观察组干预后自我护理能力总评分及自我概念、自护责任感、健康知识、自护技能评分均明显高于对照组干预后 (P 均 < 0.01)。见表 2。

2.3 两组患者干预前后 SCL-90 评分比较 SCL-90 各维度评分在两组干预前相近 (P 均 > 0.05), 在干预后两组均较干预前降低 (P 均 < 0.01), 且观察组干预后在躯体化、人际关系敏感、强迫、抑郁、敌对、焦虑、恐怖、偏执、精神病性等方面评分显著低于对照组干预后 (P 均 < 0.01)。见表 3。

3 讨论

肺癌术后化疗患者由于术前对肺癌手术缺乏认知及了解, 常出现焦虑、抑郁的情绪, 而不良的情绪可影响患者手术配合度, 不利于患者康复^[8]。术前应用 CCM 护理模式, 责任护士可对患者实施情绪监控, 及时发现其心理问题, 并制定针对性的护理方案。术后疼痛是肺癌术后常见的并发症, 不仅影响患者预后

表 1 两组患者干预前后癌因性疲乏感比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	干预前	干预后	t 值	P 值
观察组	45	34.78 ± 2.18	25.89 ± 3.42	14.704	0.000
对照组	45	37.80 ± 2.44	30.02 ± 3.69	11.797	0.000
t 值		1.160	5.507		
P 值		0.249	0.000		

表 2 两组患者干预前后自我护理能力评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	自护技能		健康知识		自我概念		自护责任感		自我护理总评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	45	27.25 ± 2.45	33.78 ± 3.48 ^a	17.25 ± 2.02	22.02 ± 4.02 ^a	17.98 ± 3.42	23.45 ± 4.02 ^a	16.89 ± 4.85	24.22 ± 4.33 ^a	98.25 ± 3.47	122.25 ± 4.39 ^a
对照组	45	27.12 ± 2.12	30.48 ± 2.96 ^a	17.86 ± 1.89	19.63 ± 4.26 ^b	18.02 ± 3.29	20.78 ± 3.59 ^a	17.02 ± 3.42	20.10 ± 3.96 ^a	98.02 ± 3.88	110.78 ± 4.26 ^a
t 值		0.316	5.687	1.736	3.213	0.066	3.901	0.172	5.529	0.348	14.764
P 值		0.753	0.000	0.085	0.002	0.947	0.000	0.863	0.000	0.728	0.000

注: 与本组干预前相比, ^a $P < 0.01$, ^b $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者干预前后 SCL-90 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	躯体化	人际关系敏感	强迫	抑郁	敌对	焦虑	恐怖	偏执	精神病性
观察组										
干预前	45	1.89 ± 0.22	1.92 ± 0.39	2.78 ± 0.72	1.89 ± 0.42	1.86 ± 0.35	1.95 ± 0.32	2.42 ± 0.29	1.96 ± 0.30	1.84 ± 0.28
干预后	45	1.42 ± 0.18 ^a	1.39 ± 0.21 ^a	1.78 ± 0.16 ^a	1.22 ± 0.21 ^a	1.16 ± 0.25 ^a	1.28 ± 0.24 ^a	1.22 ± 0.19 ^a	1.09 ± 0.25 ^a	1.10 ± 0.23 ^a
t 值		10.457	7.567	8.575	9.024	10.293	10.594	21.890	14.090	12.916
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
对照组										
干预前	45	1.80 ± 0.24	1.90 ± 0.40	2.72 ± 0.68	1.84 ± 0.40	1.82 ± 0.31	1.90 ± 0.31	2.40 ± 0.24	1.92 ± 0.25	1.80 ± 0.25
干预后	45	1.59 ± 0.23	1.55 ± 0.39	2.05 ± 0.52	1.68 ± 0.34	1.48 ± 0.29	1.56 ± 0.29	1.69 ± 0.22	1.55 ± 0.23	1.42 ± 0.18
t 值		4.893	5.721	6.532	5.123	4.952	5.023	4.229	5.085	4.226
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

注:与对照组干预后比较,^a $P < 0.01$ 。

的信心,同时会增加焦虑、抑郁情绪,从而刺激机体大量释放多巴胺及肾上腺素,增强机体疼痛敏感性,进一步加剧患者情绪反应,不利于康复^[9]。术前积极主动告诉患者疾病相关知识及相关康复病例,从行动、心理上给予患者足够的关心及支持,有助于消除不良情绪,增强治疗信心^[10]。

癌因性疲乏是肿瘤患者特有的症状,表现为身心疲乏无力^[11]。本研究观察组在常规性护理基础上实施 CCM 模式干预后,癌因性疲乏评分显著低于对照组,表明对肺癌术后化疗患者术前进行解析、安慰及鼓励可有效改善焦虑、抑郁情绪,减轻术后癌因性疲乏的发生。雷玉梅等^[12]对肺癌患者应用 CCM,结果显示 CCM 组患者癌因性疲乏评分显著低于常规性护理组,本研究结果与其一致。这可能因为 CCM 能有效促进护患沟通,提高患者对疾病的认识,消除焦虑及抑郁情绪,从而改善癌因性疲乏。本研究结果显示,观察组干预后自我效能总评分及自我概念、自护责任感、健康知识、自护技能评分均高于对照组,提示通过对患者应用 CCM 护理模式,使护患间可相互监督、相互配合,护理工作更好地开展,提高了患者对疾病的认知水平。本研究中观察组干预后躯体化、人际关系敏感、强迫、抑郁、敌对、焦虑、恐怖、偏执、精神病性等评分显著低于对照组,提示 CCM 护理通过个性化教育及集体化护理可提高患者的健康护理知识,有助于被动的康复转化为主动的康复,从而提高术后康复效果,改善术后生存质量。

综上所述,CCM 能有效改善肺癌术后化疗患者的癌因性疲乏感,提高自我护理能力,改善躯体及心

理症状,提高生活质量。

参考文献

- [1] 李晚珍,饶静云,刘卫.系统化呼吸道护理干预对肺癌手术效果及生活质量的影响[J].齐鲁护理杂志,2015,21(6):27-29.
- [2] 游栋,游洪,赵勇.优质护理服务在肺癌术后患者护理中的应用[J].中国组织工程研究,2014,18(21):211.
- [3] 张冬梅,王天霞,靳新爱.临床护理路径在肺癌手术患者中的应用[J].吉林医学,2014,35(23):5290.
- [4] 陈璐,郝倩茹,史萌,等.协同护理模式在肺癌晚期疼痛患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2014,20(22):2823-2826.
- [5] 邹凌云,杨柳,何晓玲,等.有氧运动对乳腺癌患者癌因性疲乏疗效的 Meta 分析[J].中国全科医学,2014,17(13):1524-1528,1537.
- [6] 陈月梅.自我管理护理对肺癌化疗患者自我护理能力及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2015,34(7):942-944.
- [7] 方德基,刘彩霞,方菁.基于症状自评量表的老年躯体疾病患者心理健康状况分析[J].中国全科医学,2015,18(25):3109-3113.
- [8] 徐敏.胸腔镜下肺癌根治手术的护理体会[J].中华全科医学,2015,13(6):1019-1021.
- [9] 邓莹,孙红玲.心理干预在肺癌患者术后疼痛护理中的应用研究[J].当代护士(下旬刊),2016(8):58-59.
- [10] 郑惠萍,张杏玉,伍爱仪.快速康复理念在肺癌全肺切除术患者围手术期护理中的应用[J].护理实践与研究,2016,13(1):59-61.
- [11] 彭剑英,陈秋强,韦秀霞,等.肺癌患者癌因性疲乏系统管理的研究进展[J].中国实用护理杂志,2016,32(11):876-880.
- [12] 雷玉梅,付汉东.协同护理对胃癌术后化疗患者负性情绪和自我护理能力的影响[J].中华现代护理杂志,2016,22(12):1718-1721.

收稿日期:2016-12-10 修回日期:2017-01-02 编辑:王国品