

基于需要理论的层级护理对老年肺癌患者疗效与生存质量的影响

王辛, 张金凤

哈尔滨医科大学附属第四医院胸外一科, 黑龙江 哈尔滨 150000

摘要: **目的** 利用需要理论对老年肺癌患者实施层级护理以评估患者的治疗效果及生命质量变化。**方法** 将 2014 年 10 月至 2015 年 10 月收治的 186 例患者随机分为试验组和对照组, 试验组 93 例患者实施层级护理 + 传统护理, 对照组 93 例患者只接受传统护理。两组患者入院时均接受生命质量测定量表 (EORTC QOL-C30) 评估, 入院过程中均接受相同的化疗 + 抗癌药物治疗, 对比分析实施不同护理措施前后两组患者 EORTC QOL-C30 评分的变化、治疗满意度评分、症状等级评估及消极心理症状的变化。**结果** 经过 30 d 的护理干预, 两组患者的生活质量评估、患者症状等级、消极心理发生率均得到显著改善 (P 均 < 0.01); 试验组的 QOL-C30 评分、患者满意度均显著优于对照组 ($P < 0.01, P < 0.05$), 消极心理发生率显著低于对照组 ($P < 0.05$); 与对照组比较, 试验组症状 III 级发生率有所下降, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 依据老年肺癌患者病况需要实施层级护理不仅提高了患者对治疗护理的满意度, 同时也降低了患者的消极心理, 减轻患者的痛苦。实施基于需要理论的层级护理措施, 其效果好于传统的护理。

关键词: 需要理论; 层级护理; 老年肺癌; 生命质量; 心理; 满意度

中图分类号: R 473.73 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)10-1428-03

马斯洛需求层次理论在医学的护理应用较为广泛, 在患者病情发展及心理障碍形成过程中, 依据病情轻重及患者心理等需要, 利用马斯洛需求层次理论对患者实施层级护理, 满足患者的需要, 包括生理需求、安全需求及安全心理需求等^[1-2]。近年来随着空气质量问题加剧, 肺癌患者数量呈现上升趋势, 肺癌药物治愈率常难以达到满意效果, 实施化疗复发率高, 肺癌患者除生理上的痛苦, 心理上也易产生拒绝治疗的思想^[3]。因此, 在肺癌的治疗过程中实施传统药物和化学治疗的同时, 应关注患者的生存及心理问题并实施不同层级护理, 本研究基于马斯洛需求理论对试验组肺癌患者实施层级护理, 利用癌症患者生命质量测定量表 (EORTC QOL-C30)^[4] 评估肺癌患者护理前后生存质量及护理效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象 本研究选择我院 2014 年 10 月至 2015 年 10 月期间收治的 186 例肺癌患者, 将患者随机分为试验组和对照组, 每组各 93 例, 所有患者肺癌病程均小于 2 年, 且均无肺癌晚期患者。两组患者在性别、年龄及发病病程方面差异无统计学意义 (P 均

> 0.05), 为本研究对传统护理和层级护理的对比提供了良好的基础。见表 1。

表 1 两组肺癌患者基本情况比较 ($n = 93$)

组别	男/女(例)	年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	病程(d, $\bar{x} \pm s$)
试验组	38/55	55.5 \pm 13.2	425 \pm 68
对照组	40/53	61.7 \pm 18.3	399 \pm 84

1.2 研究方法

1.2.1 层级护理方法 试验组进行层级护理, 依据护士的工作能力及知识技术经验等将护理人员分为四个层级, 包括 N0 级 ~ N3 级, 然后依据肺癌患者的病症需要安排相应的层级护士, 以提高护理质量。所有护士的干预工作包括日常的药品发放、患者的生活护理、患者心理辅导沟通开导、康复室内外活动指导及呼吸系统排痰等。两组患者的护理时间均为 30 d, 30 d 治疗护理后对上述患者治疗满意度进行调查, 本次护理治疗均经过患者家属同意。

1.2.2 患者护理治疗效果的评定 采用国际通用的 QOL-C30 表、患者症状等级评估、患者消极心理占比及满意度调查表在护理干预前后对患者进行评估, QOL-C30 评估表是对患者的机体功能、生活质量、心理和生理症状三个维度进行综合评估, 该表包括 5 个功能量表、3 个症状量表、1 个整体生命值量表和 6 个单项量表, 共计 30 项。项目评分为 0 ~ 100 分, 不同

表 2 不同护理干预对两组患者生命质量影响的比较 ($n=93, \bar{x} \pm s$)

组别	干预前 QOL-C30 评分			干预后 QOL-C30 评分		
	生活质量	机体功能	症状	生活质量	机体功能	症状
试验组	35.43 ± 7.21	46.34 ± 11.27	48.27 ± 11.13	62.24 ± 7.73 ^{ab}	67.50 ± 12.33 ^{ab}	22.25 ± 7.44 ^{ab}
对照组	37.21 ± 4.53	48.69 ± 18.30	46.10 ± 13.31	41.10 ± 5.77 ^a	49.27 ± 17.56	40.53 ± 15.61 ^a

注:与干预前相比,^a $P < 0.01$;与对照组相比,^b $P < 0.01$ 。

表 3 两组患者护理干预前后症状等级评估比较 [$n=93$,例(%)]

组别	干预前			干预后			P 值
	I 级	II 级	III 级	I 级	II 级	III 级	
试验组	47(50.54)	28(30.11)	18(19.35)	60(64.52)	28(30.11)	5(5.37)	<0.05
对照组	50(53.76)	31(33.33)	12(12.91)	51(54.84)	35(37.63)	7(7.53)	<0.05
P 值	>0.05			>0.05			

表 4 两组患者护理干预前后消极心理发生率及护理满意度比较 [$n=93$,例(%)]

组别	患者护理治疗满意度	干预前消极心理患者	干预后消极心理患者
试验组	92(98.92) ^b	93(100.0)	45(48.33) ^{ab}
对照组	80(86.02)	93(100.0)	73(78.49) ^a

注:与护理前相比,^a $P < 0.05$,^{ab} $P < 0.01$;与对照组相比,^b $P < 0.05$ 。

项目得分意义不同,功能量表和整体生命质量表得分与患者的健康程度呈正比,症状量表得分与患者的健康程度成反比,根据不同得分分级评估护理效果,症状量表得分 >70 分为 III 级重症患者;得分在 40~70 分为 II 级中度患者;得分 <40 分为 I 级轻度患者。

1.2.3 治疗效果指标判断 经 30 d 护理治疗后对两组患者治疗效果评定。以肺癌患者护理前后生命质量评估表、患者护理治疗满意度调查表及患者症状等级评分作为治疗效果评定的统一标准。

1.3 统计学分析 采用 SPSS 17.0 软件进行统计学分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间和组内比较分别采用成组 t 检验及配对 t 检验;计数资料以频数和百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;等级资料组间比较采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者生命质量评定得分对比 两组患者护理干预后生活质量及症状评分均高于干预前(P 均 < 0.01),且经层级护理的试验组患者的生活质量及症状改善均显著优于对照组(P 均 < 0.01);经传统护理干预的对照组患者机体功能评分在护理干预前后无明显变化,经层级护理的试验组患者的机体功能评分较治疗前得到有效提高($P < 0.01$),且明显高于对照组($P < 0.01$)。从整体评估结果看,两组患者经不同护理干预,评估得分优于干预前($P < 0.01$),且经层级护理的试验组患者显著优于对照组($P < 0.01$)。见表 2。

2.2 两组患者护理干预前后症状等级变化 与护理干预前相比,两组患者护理干预后症状 III 级重症比例均显著下降(P 均 < 0.05);试验组患者的症状 II、III 级比例较对照组有所降低,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

2.3 患者护理干预前后消极心理变化及护理满意度比较 两组肺癌患者接受治疗前均伴有焦虑、抑郁、胃口差、睡眠不安、健忘等消极症状,经过 30 d 的治疗和护理干预治疗,两组患者消极心理发生率均显著降低($P < 0.05$, $P < 0.01$),且试验组消极心理发生率明显低于对照组($P < 0.05$)。护理满意度试验组显著优于对照组($P < 0.05$)。见表 4。

3 讨论

近年来全世界每年死于肺癌的患者数呈现上升趋势,因此在肺癌的防控和治疗方面全球各国都在积极应对^[5-7]。化疗作为肺癌治疗的一种方法,往往难以对疾病进行根除,同时化疗后需要结合相关药物进行辅助治疗,以抑制癌细胞的扩散,但是很多抗癌药物副作用大,易引起患者恶心、呕吐等问题^[8-9]。化疗尽管给患者带来了一些希望,但是因医疗费用高及效果的不明确性常常给患者带来心理压力,影响患者的生活质量,降低患者对治疗的配合。

恶性肿瘤的治疗效果目前主要通过整体考量评估,采用 EORTC QOLC-30 量表,患者的生活质量主要依据机体功能、生活质量、心理和生理症状三个维度进行综合评估^[10],并主要以调查表形式进行,依赖于患者自己真实的判断,生活质量也是患者治疗前后评估的重要标准。作为一种被动性护理,单纯传统的护理方法已经难以满足患者的实际需要和改善患者的生活质量。因此近年来很多研究者借鉴马斯洛的层级需要理论,依据患者的需要实施层级护理以评估患者的生活质量改善情况^[11-12]。层级护理摆脱了以往的疾病分级护理模式,不再根据病情确定不同级别

的护理。本研究基于需要理论的层级护理从患者的心理、生理及日常沟通等多方面对试验组患者进行了干预,通过调整护理范围及人员护理水平从而减少盲目护理等现象^[13-14]。层级护理是患者和医护人员之间心灵沟通的桥梁,通过医护人员对患者的病情及生理相关教育减轻患者的紧张情绪^[15]。为判断层级护理效果,本研究采用 QOL-C30 评估方法^[16-17]对护理前后老年肺癌患者的症状等级占比、患者的机体功能及症状变化进行综合分析,结果证实,实施层级护理可有效改善患者的生活质量,减少患者的消极心理。经过 30 d 的护理干预,经满意度调查显示,层级护理提高了患者的治疗信心,与传统护理相比试验组患者对护理满意度较高,因此对肺癌治疗过程中的配合度提高,从而减轻了治疗护理的难度,提高了疗效。

综上所述,在老年肺癌患者的治疗护理中,基于需要理论的层级护理不仅可改变传统护理方式的盲目性,也可提高患者与护理人员的配合力度,减轻患者的焦虑和压力,改善患者的生存质量。

参考文献

[1] 田宝文,王静,张国艳,等. 基于需要理论的层级护理模式在肿瘤临终病人中的应用[J]. 护理研究,2015,29(12):4540.

[2] 余春芳. 护理层级管理在提高临床护理服务质量中的作用[J]. 中国现代医生,2015,53(2):144-145,154.

[3] 陈月莹,杨菲,王娇妹. 心理护理及健康教育对老年肺癌患者生存质量及情绪的影响[J]. 检验医学与临床,2014,11(16):2322-2324.

[4] 杨玉梅. 层级护理对肺癌患者 PICC 置管相关血流感染的影响[J]. 中国临床护理,2015,7(4):289-291.

[5] 郭敬,曹静. 肺癌病人生活质量研究进展[J]. 护理研究,2012,21(31):2842-2844.

[6] 黄建萍,毛伯根. 临终患者病情评估表用于晚期恶性肿瘤患者生存时间预测的评价[J]. 护理学杂志,2014,29(17):6-8.

[7] 徐琪,郑茂银,赵艾君,等. 心理护理及健康教育对老年肺癌患者生存质量及情绪的影响[J]. 中国全科医学,2011,14(32):3725-3726.

[8] 朱芹,杨默. 心理护理对肺癌病人化疗期间生活质量的影响[J]. 全科护理,2010,8(31):2853-2854.

[9] 勒海荣. 老年肺癌患者术后肺部并发症原因分析及围术期的护理干预[J]. 实用临床医药杂志,2011,15(10):1-2,5.

[10] 王宁,陈杰. 心脏外科分层级护理模式对患者生存质量和积极性的影响[J]. 华南国防医学杂志,2014,28(3):291-292,301.

[11] 刘燕飞. 肺癌化疗患者应对方式与生活质量相关性的纵向研究[D]. 上海:复旦大学,2008.

[12] 王丹丹. 肺癌患者化疗期间的症状群与生活质量研究[D]. 西安:第四军医大学,2013.

[13] Xue D, Han S, Jiang S, et al. Comprehensive geriatric assessment and traditional Chinese medicine intervention benefit symptom control in elderly patients with advanced non-small cell lung cancer[J]. Med Oncol,2015,32(4):114.

[14] Nayar P, Qiu F, Watanabe-Galloway S, et al. Disparities in end of life care for elderly lung cancer patients[J]. J Community Health,2014,39(5):1012-1019.

[15] 年素娟. 肺癌患者首次化疗前后生存质量的调查分析[D]. 杭州:浙江大学,2012.

[16] 张慧明. 肺康复训练对肺癌术后化疗患者生活质量的影响[D]. 天津:天津医科大学,2014.

[17] 金辉. 中晚期肺癌患者生活质量影响因素的研究[D]. 石家庄:河北医科大学,2013.

收稿日期:2016-05-19 修回日期:2016-05-29 编辑:王国品

(上接第 1427 页)

[3] 陈肖敏,周敏燕,童彬. 多部门合作的手术核对制度在我院的实施[J]. 中华护理杂志,2008,43(4):337-338.

[4] 中国医院协会. 中国医院协会要求会员医院实施《手术安全核查表与手术风险评估表》[J]. 中国卫生质量管理,2009,16(2):48.

[5] 宋兰岭,杨美玲. 制作核查标识提高手术患者 Time-out 核查执行率[J]. 护理学杂志,2015,30(10):51-52.

[6] 钟美华. 手术安全三方核查中预见性问题与防范对策[J]. 护理实践与研究,2013,10(12):140-141.

[7] 李跃荣,赵庆华,易凤琼,等. 手术病人安全及手术室安全策略研究[J]. 护理研究,2014,28(10):3591-3593.

[8] 杜育芳,耿泰山,刘芬. 手术安全核查表临床应用研究进展[J]. 护理研究,2014,28(12C):4496-4497.

[9] Forstneger M. JCAHO officials provide guidance on new patient safety goals[J]. Biomed Instrum Technol,2005,39(1):39-40.

[10] 凌晓红,殷晓红,鲍红光,等. 护士应用《手术病人安全核对表》的实践及体会[J]. 中国卫生质量管理,2010,17(2):10-12.

收稿日期:2016-06-01 修回日期:2016-06-30 编辑:王国品