

安宁疗护对老年肿瘤临终患者心理应激反应及疼痛的影响

姜美萍 徐凤 尉春华

随着人们生活环境,工作模式的变化,恶性肿瘤发病率呈明显上升趋势^[1]。老年肿瘤临终患者受年龄、病情的影响,随时面临死亡威胁,不仅给患者造成较大的身心痛苦,降低患者临终前生存质量,更增加患者家庭负担^[2]。安宁疗护是一种临床关怀护理,目的是提升临终者最后生命阶段的生存质量,帮助其平静的面对死亡^[3]。本次研究旨在分析老年肿瘤临终患者开展安宁疗护的应用价值。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2018年6月至2020年5月浙江省绍兴第二医院医共体总院收治的老年肿瘤临终患者88例,其中男性47例、女性41例;年龄60~79岁,平均年龄(68.71±5.23)岁。纳入标准包括:①肿瘤处于IV期,生存期3~6个月;②年龄≥60岁;③研究期间未进行手术或放化疗;④患者主要照顾者为其家属;⑤患者及其家属均签署知情同意书。并剔除:①存在语言、听力、智力障碍或意识不清者;②存在药物或酒精依赖者;③存在肢体活动障碍者;④中途退出者或资料不全者。本次研究经医学伦理委员会批准通过。采用随机数字表法分为两组,每组44例。研究组中男性23例、女性21例;平均年龄(68.71±5.23)岁。对照组中男性24例、女性20例;平均年龄(68.89±5.06)岁。两组一般资料比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法 对照组采取常规症状干预、健康宣教、饮食调理、心理疏导等,鼓励患者家属多陪伴患者,给予支持,持续观察3个月。研究组采取安宁疗护:①疼痛干预:由专业医师进行疼痛评估,结合量表

评估结果灵活采用癌痛三阶梯治疗方法进行疼痛干预,配合按摩、针灸等中医护理方法进行综合镇痛,并指导患者进行冥想、全身肌肉放松,以进一步减轻疼痛感受。②营养干预:根据患者营养状况、病情、体重指数、饮食喜好等制定饮食方案,确定每日营养摄入配比,要求食物摄入种类丰富多样,每日食物摄入种类超过10种,每周超过25种。③心理关怀:每日与患者沟通,倾听患者倾诉,分析其对肿瘤、死亡的认识及态度,采用相关量表量化心理应激程度,引导患者进行情绪宣泄,进行针对性的心理疏导。④灵性关怀:推荐患者观看死亡教育相关短片、电影或书籍,告知其死亡是正常规律,不可逆转,引导其对生死进行思考,回顾人生寻求意义,并将宗教中相关理论告知患者,帮助其建立积极的生命价值观,改变死亡态度。⑤家庭关怀:将患者家属(主要照顾者)纳入干预范围,详细讲解安宁疗护意义、内容等,将患者心理状况、临终前遭受痛苦等与家属分享,鼓励其参与日常护理,配合患者进行娱乐活动,给予足够理解、支持。

1.3 观察指标 ①患者心理应激反应:采用90项症状清单(symptom checklist 90, SCL-90)^[4]评价两组患者干预前后的心理应激反应,共10个因子(躯体化、焦虑、抑郁、恐怖、偏执、人际关系敏感、敌对、强迫症状、精神病性、其他项目),90个项目,采用5级评分(1~5分),评分高则心理状态越差。②生存质量:采用欧洲癌症治疗研究组织制定的生命质量测定量表(quality of life questionnaire core items 30, QLQ-C30)^[5]评价两组患者干预前后的生存质量,共4个领域(功能、症状、单项条目及总体健康),30个项目,前28项采用4级评分(1~4分),最后两项采用7级评分(1~7分),评分高则生存质量高。③疼痛程度:比较两组患者干预后不同癌性疼痛程度的

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2022.012.027

作者单位:312000 浙江绍兴,绍兴第二医院医共体总院肿瘤内二科(姜美萍、尉春华),中医科(徐凤)

比例,疼痛程度采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)^[6],分为重度(7~10分)、中度(4~6分)、轻度(1~3分)。

1.4 统计学方法 采用SPSS 20.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。

表1 两组干预前后的心理应激反应和生存质量比较/分

组别	n	SCL-90评分		QLQ-C30评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	44	156.27 ± 15.96	109.42 ± 10.35*	61.02 ± 7.55	91.77 ± 8.83*
对照组	44	155.64 ± 17.31	122.59 ± 11.57	61.45 ± 7.17	80.19 ± 8.25

注: *:与对照组干预后比较, $P < 0.05$ 。

由表1可见,干预前,两组的SCL-90评分和QLQ-C30评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.18、0.27, P 均 > 0.05)。干预后,研究组SCL-90评分低于对照组,QLQ-C30评分高于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=5.63、-6.36, P 均 < 0.05)。

2.2 两组干预后的癌性疼痛程度比较见表2

表2 两组干预后的癌性疼痛程度比较/例(%)

组别	n	重度	中度	轻度
研究组	44	1(2.27)	8(18.18)	35(79.55)
对照组	44	5(11.36)	15(34.09)	24(54.55)

由表2可见,研究组患者的癌性疼痛程度轻于对照组,差异有统计学意义($Z=2.58$, $P < 0.05$)。

3 讨论

老年肿瘤临终患者因年龄较高、病情恶化,致使生理机能逐步退化,疾病耐受性差,生存质量较低。同时多数患者面对死亡抱有恐惧心理,不仅会对其自身造成严重的心理应激,也给患者家属带来巨大痛苦,如何确保患者及其家属平静度过临终的最后阶段是临床护理重点。

肿瘤专科护理主要强调专业的技术护理,侧重于治疗、症状干预方面,可在一定程度上减轻病痛,但缺乏生命教育,对患者心理、精神等方面的关注不足。本次研究显示,研究组SCL-90评分低于对照组,癌性疼痛程度轻于对照组,QLQ-C30评分高于对照组(P 均 < 0.05),表明安宁疗护可减轻老年肿瘤临终患者心理应激反应和疼痛程度,改善患者生存质量。安宁疗护是服务于临终前患者的特殊医疗服务模式,可减轻病痛对患者的影响,以良好的身体状态度过生命最后阶段。安宁疗护主要包括身关怀、心关怀、灵性关怀。身关怀是通过日常照护减轻患者病痛,心关怀是通过情绪疏导、认知

组间计量资料比较采用 t 检验;等级资料比较采用 Z 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后的心理应激反应和生存质量比较见表1

干预等措施,改变患者对肿瘤、死亡的态度,并通过死亡教育、灵性关怀,帮助患者建立更为积极的生命价值观,以减轻患者心理应激,以平常心面对死亡及临终前生活^[7]。安宁疗护不仅关注患者临终前身心状况,还将患者家属纳入干预范围,积极进行心理咨询,有效改善患者家属心理应激反应,以相对良好心态对患者死亡,还可促进患者及其家属互相了解,满足患者在精神、情感方面的需求,更好地提升患者生存质量。

综上所述,对老年肿瘤临终患者采取安宁疗护能够改善患者心理应激反应,减轻癌性疼痛程度,提升患者临终前生存质量。

参考文献

- 1 黄丽婵,苏雪莲,卢柳岑.临终关怀护理联合心理辅导对晚期肿瘤患者不良情绪及生活质量的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2019,26(3):382-384.
- 2 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.
- 3 国家卫生和计划生育委员会.安宁疗护中心基本标准和管理规范(试行)[J].中国护理管理,2017,17(3):289-290.
- 4 刘媛媛,武圣君,李永奇,等.基于SCL-90的中国人心理症状现状调查[J].中国心理卫生杂志,2018,32(5):437-441.
- 5 石军梅,王晓翔,刘英,等.EORTC QLQ-C30量表应用于胃癌术后化疗患者的信效度检验[J].河北医科大学学报,2015,36(4):448-451.
- 6 孙兵,车晓明.视觉模拟评分法(VAS)[J].中华神经外科杂志,2012,28(6):645.
- 7 陈博,李坪恋,张莹,等.老年恶性肿瘤患者临终关怀服务需求调查分析[J].肿瘤预防与治疗,2017,30(5):364-367.

(收稿日期 2022-02-12)

(本文编辑 高金莲)