

基于马斯洛需求层次理论的护理策略在癌症晚期患者中的应用

俞超群

癌症晚期患者因为错过了最佳治疗时机,医护人员能做的也只有给予更多的尊重、关怀,并尽可能满足其需求,以确保其保持良好的身心状态安心舒适地度过余生^[1]。马斯洛需求层次理论是一种人本主义科学理论,其将个体需求从高到低进行分层,有利于癌症患者各方面需求的直观展现^[2]。本研究将基于马斯洛需求层次理论的护理策略应用于癌症晚期患者中,取得了十分满意的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2019年3月至2019年10月浙江省人民医院肿瘤内科收治的实施基于马斯洛需求层次理论的护理策略的癌症晚期患者253例为干预组。选择本院2018年7月至2019年2月实施常规护理的253例癌症晚期患者为对照组。入选标准为:①经临床明确诊断为癌症晚期;②预计生存期6个月及以下;③年龄18岁及以上;④意识清楚,无语言交流及认知障碍;⑤患者对本次研究知情且同意。排除标准为:①合并精神病或既往有精神病史;②患者身体各项功能极差,无法参与研究及评价;③住院时间或生存时间在14 d以下;④合并其他系统严重疾病;⑤临床资料及数据不全者。两组性别、年龄、文化程度见表1。两组一般资料比较,差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。

表1 两组患者一般资料比较

组别	性别(男/女)	年龄/岁	文化程度/例	
			初中及以下	高中及以上
干预组	139/114	41.57 ± 8.04	186	67
对照组	150/103	42.01 ± 9.18	182	71

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2020.005.027

作者单位: 310006 浙江杭州, 浙江省人民医院肿瘤内科

1.2 方法 对照组在常规治疗(如支持疗法、对症治疗等)基础上给予癌症晚期常规护理。干预组在对照组基础上,采用基于马斯洛需求层次理论的护理策略,内容如下:

1.2.1 制定基于马斯洛需求层次理论的分级标准以常规分级护理为基础,以中文版癌症生命质量核心量表及住院患者陪护需求调查问卷为参考对患者的护理需求进行综合评估。然后结合马斯洛需求层次理论将患者各项护理需求分为A、B、C、D、E 5个层次。

1.2.2 基于马斯洛需求层次理论的标准分层护理

1.2.2.1 需求层次A(生理需求) ①体位护理:a. 适时为患者调整/更换体位,给予上肢按摩(>2 次/天); b. 辅助患者实施床上被动活动(1次/天)。②对症护理:a. 患者若存在口腔不适症状,需进行口腔pH值测定,并采取定时清洁口腔等护理措施;b. 患者若存在咳嗽、胸闷症状,需采取叩击胸壁及胸壁加压等排痰措施;c. 患者若存在低热症状,则给予温水擦浴。③加强营养干预:营养师使用营养评定量表对患者饮食习惯及营养需求进行评估,为其制定营养处方及每日食谱。④加强睡眠干预:a. 对患者睡眠模式进行评估,按照其生理节奏,采取集束化护理措施;b. 给予失眠患者更多的人文关怀,如有必要可遵医嘱使用安定类药物;c. 教会患者各种有利于睡眠的方式(如睡前泡热水脚、喝牛奶等)。

1.2.2.2 需求层次B(安全需求) ①优化病房布置:a. 将植物盆景置于病房内,以降低陌生环境对患者造成的影响;b. 鼓励患者将自己喜爱的装饰品、照片等摆放在床头显眼位置,提高安全感。②预防意外跌倒:提高巡视频率,患者下床、如厕等均给予全程陪护。③强化疼痛护理:a. 严格执行癌症三阶梯止痛法进行合理镇痛;b. 掌握患者疼痛发作模式,鼓励

患者在出现疼痛时主动表达并为其做好文字记录,采用疼痛视觉模拟评分法进行评估(每天2次);c.按照患者疼痛程度及发作频率,及时采取科学的非药物镇痛策略(如放松疗法、物理疗法及转移注意力疗法等)。

④减轻有创操作影响:a.有创操作前应 与患者耐心沟通及交流;b.有创操作完成后需给予适当护理(如输液完成后使用硫酸镁湿敷等)。

1.2.2.3 需求层次C(爱与归属需求) ①心理干预:采用陪伴、倾听、疏泄性心理疏导、支持性心理治疗等方式缓解患者内心的恐惧、痛苦及负性情绪,给予足够的心理安抚及情感支持,1次/天,时间约30 min。②情感支持:多采用合理 的问候、眼神及肢体语言与患者进行情感交流,让其感受到更多的关爱。③亲情陪伴:a.设立癌症晚期患者家属微信群,提供给家属更多的医疗信息资源及健康教育服务,鼓励其有疑问积极咨询,以提高家属照护能力;b.鼓励家属给予患者更多陪伴,将自身对患者的关怀和爱护多表达出来;c.注意观察患者家属与患者的交流方法,若发现沟通不良等情况应与家属主动沟通,帮助患者改善家庭功能。④同伴支持:在患者空闲时安排心态乐观的病友与其谈心,充分发挥同伴支持的作用。

1.2.2.4 需求层次D(尊重需求) ①注意隐私保护:病床之间设置隔帘,为患者提供更多私密空间。②重视患者知情权:选择适当的时机将实际病情、治疗计划等告知患者。③重视患者决策权:鼓励患者振作精神,将责任主动承担起来,并积极参与治疗方案的制定。④重视患者特殊需求:鼓励患者说出自身特殊需求及意愿,让家属尽可能帮助患者达成心愿(如见想见的人、设立遗嘱等)。⑤开展尊严疗法:多表达对患者的赞赏和尊敬,与患者相互探讨事业成就、人生经历等。

1.2.2.5 需求层次E(自我实现需求) ①开展死亡教育:a.采用试探性谈话的形式与患者交流。结合患

者个体情况,利用日常生活事件、时事新闻、电视节目等切入话题,初步了解患者如何看待生死,若患者对此类话题较为反感,可先将话题转移,另选谈话时机;b.与患者进行深入谈话,引导其积极表达个人对死亡的真实看法;c.引导患者充分认识死亡的定义,降低死亡带来的恐惧感,增强其对死亡的心理承受能力,鼓励其从容面对疾病和死亡。②回顾人生:引导患者回顾自己的人生经历,帮助患者剖析及重整人生旅程中若干个尚未解决的问题及心理矛盾,挖掘生命的价值及感悟死亡的意义。

1.2.3 实施方法 根据上述分级标准制作和印制《癌症晚期患者护理需求层级评估表》(下称“评估表”),每天早晨查房时与患者或家属沟通,掌握患者住院过程中的护理需求及问题,并将护理需求评估结果记录于表格中,比如:患者常规护理级别为I级,护理需求层级评估结果为3条生理需求、3条爱与归属需求、1条自我实现需求,则评估结果采用I A3C3E1表示。每班护理人员根据“评估表”中的结果逐条开展个体化的护理干预,及时记录方案落实进度及实施过程中存在的问题,当患者病情改变时应重新对护理需求进行评估及合理调整护理内容。

1.3 观察指标 ①入院第1天及护理后第2周评估尊严感。采用患者尊严量表^[3]进行评价,包含五个维度,25个条目,每个条目得分1~5分,总分25~125分,分数越高说明患者尊严感越差;②入院第1天及护理后第2周的生活质量,采用中文版癌症生命质量核心量表^[4]进行评价,总体健康领域及功能领域分值越高说明该领域的生活质量越高,症状领域分值与生活质量呈反比。

1.4 统计学方法 采用SPSS 21.0统计学软件处理。计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后的尊严感比较见表2

表2 两组患者干预前后的尊严感比较/分

组别		心理状态	精神平和	独立性	社会支持	症状困扰
干预组	干预前	39.72 ± 4.15	7.24 ± 1.13	26.69 ± 4.16	19.83 ± 3.18	18.13 ± 4.11
	干预后	19.33 ± 1.97*	2.28 ± 0.30*	11.10 ± 2.76*	8.17 ± 2.43*	8.14 ± 2.31*
对照组	干预前	39.58 ± 3.84	7.36 ± 1.30	26.50 ± 3.84	19.70 ± 3.40	17.80 ± 3.96
	干预后	26.02 ± 2.11	3.67 ± 0.49	17.25 ± 3.34	13.51 ± 1.68	12.25 ± 3.13

注:*:与对照组干预后比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,干预前,两组患者尊严感各维度评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.39、1.11、

0.53、0.44、0.92, P 均 >0.05); 干预后, 干预组尊严感各维度评分明显低于对照组, 差异均有统计学意义(t 分别=36.86、38.48、22.58、28.75、16.81, P 均 <0.05)。

2.2 两组患者干预前后的生活质量比较见表3

表3 两组患者干预前后的生活质量比较/分

组别	总体健康	认知功能	情绪功能	角色功能	躯体功能	社会功能	症状领域
干预组 干预前	46.07 ± 9.23	59.02 ± 16.35	53.19 ± 20.77	43.79 ± 18.06	47.82 ± 16.04	34.92 ± 21.25	50.35 ± 10.48
干预组 干预后	54.27 ± 10.15*	65.52 ± 18.06*	62.89 ± 24.45*	51.50 ± 25.12*	55.14 ± 18.26*	41.52 ± 29.28*	41.02 ± 9.85*
对照组 干预前	45.80 ± 9.18	58.69 ± 17.28	53.70 ± 19.82	44.11 ± 19.63	47.23 ± 18.17	34.01 ± 19.96	49.80 ± 10.19
对照组 干预后	50.49 ± 9.82	61.20 ± 19.78	56.34 ± 26.01	44.68 ± 24.36	49.29 ± 24.73	35.48 ± 25.34	45.82 ± 10.67

注: * : 与对照组干预后比较, $P < 0.05$ 。

由表3可见, 干预前, 干预组总体健康领域、功能领域及症状领域得分与对照组比较, 差异均无统计学意义(t 分别=0.33、0.22、0.28、0.19、0.38、0.49、0.59, P 均 >0.05)。干预后, 干预组总体健康领域及功能领域得分明显高于对照组(t 分别=4.25、2.56、2.91、3.10、3.02、2.48, P 均 <0.05); 干预组症状领域得分明显低于对照组($t = -5.25, P < 0.05$)。

3 讨论

有研究表明, 癌症晚期患者的护理需求较多, 超过90%的患者均未获得他们想要的护理方式^[4], 尊严感较低, 如何提高此类患者的尊严感, 已逐渐成为众多学者关注的热点话题。宁晓东等^[5]研究发现, 采用人生回顾及尊严疗法干预后癌症晚期患者的尊严感获得了明显提高, 但该研究并未在充分了解患者需求的情况下开展个体化干预, 针对性较差。本次研究则以马斯洛需求层次理论为基础, 制定了标准分层护理方案, 患者各项精神和心理需求都能获得及时满足, 一些尊严感较差的患者, 运用该种模式综合评估其尊严护理需求, 有效避免了既往护士工作过程中出现的疏漏, 同时通过选择性开展心理干预、情感支持、亲情陪伴、同伴支持、注意隐私保护、重视患者知情权、重视患者决策权及尊严疗法等个体化干预手段, 深入打开患者心扉, 使其自尊心增强, 在护士、家属及病友的帮助下没有负担、没有压力、没有痛苦地过完余生, 让其在生命结束前过得更有尊严。本次研究结果显示, 干预后, 干预组尊严感明显优于对照组(P 均 <0.05), 说明基于马斯洛需求层次理论的护理策略在提高癌症晚期患者尊严感方面效果明显。

癌症晚期患者治疗费用高、预计生存期短, 且通常伴有意识、知觉改变, 胃肠道功能、呼吸功能、循环功能减退, 以及肌张力丧失等生理反应, 极易出现焦虑、恐惧、孤独、自暴自弃及悲观等负面心理

情绪, 对其生存质量构成了严重影响。人性化护理及临终关怀有利于提高癌症晚期患者的生活质量, 缓解癌症给患者带来的各种不适, 使患者保持乐观的心态度过余生。但癌症晚期患者的护理需求是多层次的, 可根据个体情况变化而变化, 而既往的常规护理模式并未重视此方面。本次研究结果显示, 干预后干预组生活质量明显优于对照组(P 均 <0.05)。采用基于马斯洛需求层次理论, 为癌症晚期患者制定了一系列包含心理、生理、安全、精神及社会等需求的临床护理策略, 明确了不同患者的护理需求, 使各项护理对策更加科学、规范, 有利于缓解癌症晚期给患者造成的负面情绪, 改善不适症状, 减轻各种并发症带来的影响, 增进护患关系^[2]。同时, 护士针对有需求的患者开展同伴支持、死亡教育、回顾人生等引导患者正确认识死亡, 提高患者自身应对能力, 积极配合医护人员的治疗及全方位照护, 进而改善生活质量。总之基于马斯洛需求层次理论的护理策略在提高癌症晚期患者生活质量方面效果显著。

参考文献

- 1 秦小金, 宋美利, 周淑茹, 等. 肺癌晚期患者临终关怀的护理伦理应用价值[J]. 西部医学, 2019, 31(9): 1457-1460.
- 2 胡文奕, 楼妍, 倪晓莎, 等. 基于马斯洛需求层次论的肿瘤护理研究发展[J]. 护理研究, 2018, 32(2): 172-176.
- 3 吴梅利洋. 晚期癌症患者尊严感的研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2016.
- 4 刘小红, 谢志洁, 张晨晨, 等. 安心卡引导的尊严照护模式在恶性肿瘤临终患者中的应用[J]. 护理学杂志, 2019, 34(19): 89-91.
- 5 宁晓东, 万恩桂, 杨春, 等. 尊严疗法及人生回顾干预对晚期住院癌症患者尊严及心理状况的影响[J]. 护理学报, 2018, 25(13): 64-68.

(收稿日期 2019-12-18)
(本文编辑 蔡华波)