

综合护理干预对妇科肿瘤化疗患者心理状况和生活质量的影响

尤金雅,陈明珠(江苏省无锡市人民医院妇科 214000)

【摘要】 目的 探讨护理干预对妇科肿瘤化疗患者心理状况和生活质量的影响。**方法** 选取 72 例妇科肿瘤化疗患者,随机分为试验组和对照组,对照组仅给予常规护理,治疗组采用综合护理干预,比较两组患者抑郁自评量表(SDS)、Zung 氏焦虑自评量表(SAS)及癌症患者生活质量核心问卷(QLQ-C30)评分。**结果** 护理后,试验组患者 SAS、SDS 评分明显低于对照组;试验组患者总体生存质量明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对妇科肿瘤化疗患者给予综合护理干预,可有效改善患者心理状况和生活质量,值得临床推广使用。

【关键词】 护理干预; 妇科肿瘤; 心理状况; 生活质量

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.22.061 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)22-3222-02

妇科恶性肿瘤是女性常见肿瘤之一,严重威胁女性患者生命健康。全身化疗是妇科恶性肿瘤综合治疗的重要手段,可有效控制肿瘤病灶进展,降低术后复发或转移风险,延长患者生存期^[1]。但由于化疗疗程长、不良反应大、患者耐受性差等原因,对患者心理及生活质量(QOL)会造成严重影响^[2]。2012 年 10 月至 2013 年 10 月,本科对接受化疗的妇科恶性肿瘤患者给予综合护理干预,有效地改善了患者心理状况及生活质量,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 10 月至 2013 年 10 月本院收治的妇科恶性肿瘤并接受化疗治疗的患者 72 例。其中采用顺

铂/卡铂+紫杉醇化疗方案 45 例,顺铂/卡铂(+阿奇霉素)+环磷酰胺化疗方案 21 例,顺铂/卡铂+长春新碱+博来霉素化疗方案 6 例。纳入标准:(1)经病理检查确诊为妇科恶性肿瘤;(2)接受化疗治疗大于或等于 3 次者;(3)病情相对稳定,预计存活期大于 1 年者;(4)具有一定阅读能力,能充分理解并回答调查问卷内容;(5)卡式功能状态(KPS)评分大于或等于 60 分;(6)知情同意,并签署知情同意书。按随机双盲原则,将入组患者分为试验组和对照组,每组 36 例。两组患者性别、年龄、婚姻状况、疾病类型、病程、复发情况及 TNM 分期等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

项目	n	年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	婚姻状况(n)		疾病类型(n)				患者病程(n)		是否复发(n)		患者 TNM 分期(n)	
			已婚	未婚	宫颈癌	卵巢癌	输卵管癌	子宫内膜癌	>6 个月	≤6 个月	是	否	I~II	III~IV
对照组	36	42.94±4.54	29	7	23	4	2	7	21	15	12	24	20	16
试验组	36	42.50±5.23	30	6	25	4	1	6	18	17	11	25	19	17

1.2 排除标准^[3] (1)精神病、意识障碍患者等特征人群;(2)合并脑部转移者;(3)记忆力、定向力、理解能力等认知障碍者。

1.3 方法 对照组患者给予常规指导,包括入院宣教、疾病健康教育、用药指导、饮食及出院指导等。试验组在对照组基础上给予综合护理干预,具体如下。

1.3.1 心理护理 恶性肿瘤并接受化疗患者多伴有不同程度的情绪紧张、恐惧和烦躁,易对护理人员的治疗和护理产生排斥和抵触情绪^[4]。医护人员应加强心理舒适护理,通过正确、积极的主动沟通,建立良好医患关系;耐心解答患者及家属的疑问,介绍疾病的相关基本知识、危险因素及预后,消除患者的心理顾虑,使患者能积极配合治疗。接受患者呻吟、易怒等行为反应,允许患者表达内心感受,并解释不良情绪对病情的影响,增加患者的信任感和安全感,帮助其树立战胜疾病的信心。

1.3.2 健康教育 采取患者、家属、医师、护士共同参与的模式,开展恶性肿瘤基本知识、化疗不良反应、经外周静脉置入中心静脉导管使用原则、饮食调节、情绪管理、日常护理、性生活指导等知识的健康教育,并配合板报、集体讲座等多种形式进行多方面教育。

1.3.3 疼痛护理 采用心理暗示疗法、放松止痛疗法及转移止痛疗法对患者进行疼痛护理。护理人员针对患者个体情况,开展针对性心理护理,以增强患者战胜疾病的信心,并通过患者自身调节,最终达到心理暗示作用。指导患者进行闭目养神、缓慢呼吸、原地运动等放松运动,通过松弛全身肌肉以达到阻断疼痛反应的目的。鼓励患者做自己感兴趣的事情,如看

书、听舒缓音乐、遐想、聊天、听广播等非药物途径分散患者疼痛注意力。对于需要药物镇痛的患者,应根据量表对其进行正确疼痛评估,并按照“三阶梯”疗法给予药物镇痛^[5]。首先,先给予布洛芬、阿司匹林、吲哚美辛等非麻醉性镇痛药;其次,给予布桂嗪、可待因、曲马多等弱麻醉性镇痛药;最后,给予吗啡缓释片、吗啡控释片等强麻醉性镇痛药。用药过程中应密切监测患者呼吸、血压、脉搏、心率等生命体征。

1.3.4 饮食护理 化疗药物反应常导致患者出现食欲下降、恶心呕吐及口腔溃疡等消化道不良反应。因此饮食应少食多餐,低盐低脂低胆固醇,多食富含维生素 C、植物蛋白质(大豆、豆制品)及适量纤维素的食物(新鲜水果、蔬菜);少食过冷、过热或油炸食物,强调清淡饮食,可适量补充维生素 C、B、E,忌食烤、熏、油炸、腌制等食品。对于口腔溃疡严重者,可多食半流质或流质食物,必要时可用吸管进食,以避开溃疡伤口。

1.3.5 控制院内感染 大剂量化疗时,患者易出现骨髓抑制、白细胞降低等不良反应,加之营养不良致机体免疫功能下降,极易诱发内源性感染和外源性感染,导致患者全身感染、败血症,甚至死亡^[6]。因此,实施严格的消毒措施和护理干预是控制院内感染的关键。病房每日用紫外线空气消毒 1 次,消毒水地面消毒 2 次,保持病房通风透气,防止呼吸道感染。控制探视时间及人数;加强皮肤、口腔及会阴护理;给予营养支持,增强患者机体免疫力;密切监测患者血象变化。必要时可遵医嘱给予肌注升白细胞药物。

1.3.6 皮肤及黏膜护理 保持室内适宜温、湿度,并于患者

口、唇及鼻黏膜涂布液状石蜡,以防止黏膜干裂。化疗期间,切忌使用牙刷清理口腔,应给予 4% 苏打水或 1% 雷夫诺尔漱口,每天 5~6 次。对于出现口腔炎症患者,交替给予 1% 过氧化氢及 2% 雷夫诺尔漱口,并配合西瓜霜喷剂局部治疗,每天 5~6 次。口服化疗药物时,应去除胶囊外的药物粉末,并多次漱口及饮水,以减轻药物对消化道黏膜的刺激。对于因口腔疼痛而无法进食者,可给予 2% 普鲁卡因含漱止痛。

1.3.7 脱发护理 脱发是化疗常见的不良反应之一,严重影响女性形象。医护人员应与患者进行积极沟通,告知脱发的原因,并明确化疗结束后头发会正常生长,以减轻患者心理负担;其次,应及时清除患者落发,保持床铺及病房清洁,减少患者不良刺激。

1.4 调查工具 (1)一般资料调查表:采用自制一般资料调查表,收集患者年龄、婚姻状况、疾病类型、病程、复发情况、TNM 分期、化疗方案及化疗次数等个人信息;(2)焦虑、抑郁状态:采用抑郁自评量表(SDS)及 Zung 氏焦虑自评量表(SAS)^[7-8];(3)生活质量:采用癌症患者生活质量核心问卷(QLQ-C30)^[9]。

1.5 调查方法 研究者于护理前后对调查对象发放一般情况调查表及自评量表,并要求 10 min 内完成,研究者不能给予具体指导或行为暗示,调查对象完成问卷后当场回收,并进行数据统计,有效回收率为 100%。

1.6 观察指标 观察并比较两组患者护理前后 SAS、SDS 及

QLQ-C30 评分。

1.7 统计学处理 采用 SPSS16.0 统计软件进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 焦虑、抑郁状况比较 试验组患者 SAS、SDS 评分明显低于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者护理后 SAS、SDS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	SAS 评分	SDS 评分
对照组	36	51.41 ± 4.33	58.49 ± 3.43
试验组	36	45.79 ± 3.97 ^a	50.54 ± 4.25

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

2.2 QLQ-C30 评分比较 两组患者躯体功能、社会功能、疼痛及财政困难等指标比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);试验组患者认知功能、情绪功能及角色功能明显高于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。试验组疲乏、恶心呕吐、便秘、腹泻、呼吸困难、食欲下降、及睡眠障碍等评分明显低于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。试验组患者总体生存质量明显高于对照组,两组比较差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者护理后 QLQ-C30 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

项目	<i>n</i>	功能量表					症状量表		
		躯体功能	社会功能	认知功能	情绪功能	角色功能	疼痛	疲乏	恶心呕吐
对照组	36	70.76 ± 3.21	55.24 ± 4.04	66.33 ± 3.07	64.67 ± 3.33	52.17 ± 2.93	42.33 ± 4.97	54.83 ± 4.71	47.50 ± 4.23
试验组	36	70.44 ± 3.95	54.41 ± 3.82	71.50 ± 3.27	71.00 ± 3.90	60.67 ± 3.77	33.50 ± 3.39	37.33 ± 6.68	28.83 ± 3.19
<i>t</i>		0.156	0.367	2.818	3.027	4.357	3.598	5.243	8.631
<i>P</i>		>0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

续表 3 两组患者护理后 QLQ-C30 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

项目	<i>n</i>	单项测量						总体生存质量
		便秘	腹泻	呼吸困难	食欲下降	睡眠障碍	财政困难	
对照组	36	28.17 ± 2.64	42.33 ± 2.07	31.33 ± 2.73	52.33 ± 3.39	38.33 ± 3.93	47.17 ± 3.06	55.33 ± 4.55
试验组	36	19.00 ± 2.37	34.50 ± 3.02	24.67 ± 3.67	39.00 ± 3.58	24.17 ± 3.31	48.00 ± 3.03	65.67 ± 2.80
<i>t</i>		6.334	5.248	3.569	6.630	6.749	0.474	4.738
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨 论

妇科恶性肿瘤患者由于发病部位特殊,手术治疗需进行子宫和(或)卵巢切除,造成患者内分泌功能紊乱;加之术后长时间化疗,不良反应较大,严重影响患者身心健康和生活质量。随着医疗模式的转变,整体护理确立了“以人为本”的现代护理理念,并逐渐由单纯生物医学模式向生物-心理-社会医学模式转变^[10]。患者心理健康和生活质量日益受到关注,并成为评价恶性肿瘤治疗疗效的综合指标。

陈北秀等^[11]通过采取针对性心理护理,可有效改善妇科恶性肿瘤化疗患者焦虑、忧郁、恐惧、敌对及偏执等负面情绪。本研究结果显示,对妇科恶性肿瘤化疗患者采取有效的综合护理干预,可明显降低患者 SAS、SDS 评分,与常规护理比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。可能与医护人员给予有效心理干预有关,针对患者个体情况给予个体化心理护理,可在积极挽救患者生命的同时,满足其心理需求,帮助患者克服心理障

碍、改善不良心理状态,树立战胜疾病的信心。

化疗药物常见不良反应包括消化道溃疡、恶心呕吐、便秘、腹泻及白细胞降低等,严重降低患者治疗依从性。护理干预可从饮食护理入手,嘱患者多饮水,以代谢化疗药物毒性;同时清淡饮食,以流质或半流质食物为主,避免对消化道溃疡的进一步刺激;配合中药调理,采用花生衣、桂圆、红枣共同煎煮,可通过食补达到升白细胞作用^[12]。严重恶心、呕吐者,可遵医嘱给予止吐药物,同时密切监测患者出入液量,及时补充电解质和水,避免出现脱水和电解质紊乱。癌性疼痛是恶性肿瘤患者的重要体征,通过正确的疼痛评估,按“三阶梯”法给予止痛药物,可有效减少止痛药的使用剂量,降低患者对药物的依赖性^[13]。此外,应动员患者亲属给予患者情感支持,帮助患者减轻心理负担并恢复健康心态。开展癌症患者讲交流会,通过抗癌经验介绍、互助等形式,使患者角色完成从受助者到给予者的转变,从而获得归属感,维护其社会功能。本研究(下转第 3227 页)

因呈多样化,有的是患者已经交费,在诊疗过程中要更改诊疗项目出现退费;有的是部分收费人员粗心大意,信息录入错误出现退费;有的是收费系统故障出现退费;有的是药品库存信息不一致或者是患者药品使用过敏引起的退费。不论是哪种原因引起的退费都会给患者造成不良印象,认为医院只顾赚钱不顾患者的真实需求而导致不必要的纠纷。此时医院财务部门应在会计信息化操作平台的基础上向患者提供快速准确的退费服务。

4.1.2 医院会计信息化将医院管理者的科技兴院和科学管理的理念落实到医疗领域 利用科学有效的管理程序和机制考核医院各级临床医师,以此来提高其工作积极性,规范其治疗程序,使医疗质量在非医疗技术的方面得到提高。

4.2 通过加强医院信息管理平台的管理来改善就医环境 医院领导层应改变对财务工作不重视的观点和做法,向医院财务部门提供必要的精力和财力,为构建和谐就医环境提供坚实的经济基础。提高医院会计信息化建设的一体化水平,首先,引进一套已被医院财务和其他部门纳入的成熟管理软件;其次,结合医院实际情况对相应的信息化软件进行适当调整;最后,在使用该平台的过程中不断反馈问题并做相应的改进。它将以资料完整、信息可共享等作用,实现患者信息的采集、加工、存储、传输和服务功能,从而产生广泛的社会效益^[1-3]。同时为医院管理层做出正确合理的决策提供数据支持,使决策执行的任何调整,能迅速落实到每个具体岗位,实现规范化管理,切实发挥岗位责任制,减少不必要的浪费,降低运营成本,提高经营效益,最大限度地发挥其社会公益主体的特性。

4.3 通过加强医患双方的沟通来改善就医环境 沟通,是指人与人之间通过语言、文字、符号或类似的表现形式,进行信

息、知识与情报等交流的行为及过程^[4]。要从根本上修复医患关系的裂痕,构建和谐的就医环境,必须对造成医患关系恶化的原因有所了解,进而对症下药重塑他们之间的信任关系。信任重塑最好的办法就是创造更多的沟通机制,加强医患之间的沟通。因此会计信息化建设成为创建沟通条件必不可少的途径之一。为方便与患者的沟通,在医院内部开增交流平台,对医疗服务收费等患者比较关注的财务问题进行交流 and 讨论。让医院在接受政府监督检查和自身控制管理的同时,增强和患者的沟通,使患者对医疗收费项目、医院相关的规章制度等有充分了解。从会计信息化建设的角度缓解医患矛盾,增强信任,加快构建和谐就医环境的步伐。

总之,科学的医院会计信息平台既能使医院成本效益关系更加清晰平衡,又能全面体现医院经济效益和公益性能,密切医院各管理和医疗部门之间的协作,规范医疗服务,加强医患双方交流和沟通,促进和谐就医环境的构建。

参考文献

- [1] 尚俊珍. 对加强医院内部会计控制及财务管理的思考[J]. 行政事业资产与财务, 2012(8):136-137.
- [2] 杨建国. 信息化建设在医院财务管理中的作用[J]. 中国管理信息化, 2012, 15(10):23-24.
- [3] 谢峰. 新医院会计制度对医院财务管理的影响[J]. 现代商业, 2012(8):157-157.
- [4] 康青, 徐蔚琴. 管理沟通教程[M]. 上海:立信会计出版社, 2000.

(收稿日期:2014-03-17 修回日期:2014-05-12)

(上接第 3223 页)

结果显示,对妇科恶性肿瘤化疗患者采取有效的综合护理干预,可明显改善患者患者 QLQ-C30 评分,提高其总体生活质量,与常规护理比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,采取针对性的综合护理干预,可有效减轻妇科恶性肿瘤化疗患者不良反应,增强治疗耐受性,改善负性心理状况,提高生活质量,值得临床推广使用。

参考文献

- [1] 王云,秦楠,程丽,等. 妇科恶性肿瘤病人睡眠障碍的研究进展[J]. 护理研究, 2013, 27(3):193-194.
- [2] 路启芳,石喜妹,黄碧琴. 护理干预对减轻年轻妇科恶性肿瘤病人焦虑抑郁的影响[J]. 护理研究, 2013, 27(3):236-237.
- [3] 陈雪莲. 护理干预对妇科恶性肿瘤术后化疗病人生活质量的影响[J]. 全科护理, 2013, 11(10):912-913.
- [4] 盛立峰,范高云. 护理干预对妇科恶性肿瘤术后化疗患者心理控制源倾向的影响[J]. 中国现代医生, 2010, 48(6):55-57.
- [5] 谷慧峰,黄晓敏,艾红. 三阶梯治疗晚期癌痛的认知和用药分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2012, 15(16):53-54.
- [6] 曾丽吟,王湘郴,刘玢,等. 肿瘤化疗患者院内感染调查及对策[J]. 医药前沿, 2012, 2(16):10-11.
- [7] Jang S, Ackler J, Braitman L, et al. Depression and quality of Life in cancer patients undergoing chemotherapy: rela-

tion between the Zung Self-Rating Depression Scale and Functional Assessment of Cancer Therapy-General[J]. Community Oncol, 2012, 9(4):122-126.

- [8] Zhang JM, Wang P, Yao JX, et al. Music interventions for psychological and physical outcomes in cancer: a systematic review and Meta-analysis[J]. Support Care Cancer, 2012, 20(12):3043-3053.
- [9] Luckett T, King MT, Butow PN, et al. Choosing between the EORTC QLQ-C30 and FACT-G for measuring health-related quality of Life in cancer clinical research: issues, evidence and recommendations [J]. Ann Oncol, 2011, 22(10):2179-2190.
- [10] Moore DH, Tian C, Monk BJ, et al. Prognostic factors for response to cisplatin-based chemotherapy in advanced cervical carcinoma: a Gynecologic Oncology Group Study[J]. Gynecol Oncol, 2010, 116(1):44-49.
- [11] 陈北秀,骆爱萍,王少梅,等. 妇科恶性肿瘤化疗患者心理护理干预的效果分析[J]. 现代诊断与治疗, 2013, 24(5):1177-1179.
- [12] 张新娣. 贝伐珠单抗联合化疗治疗晚期乳腺癌的观察与护理[J]. 上海护理, 2012, 12(1):47-49.
- [13] 汪德明. 三阶梯止痛治疗加姑息性化疗与晚期肿瘤患者生活质量的关系研究[J]. 淮海医药, 2013, 31(1):46-47.

(收稿日期:2014-06-04 修回日期:2014-08-08)