

· 临床探讨 · DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.08.037

基于奥马哈系统的个案管理护理模式对肝癌患者生活质量及心理状况的影响

李诗玉,李雅湘[△],苏 骏

(中南大学湘雅二医院肝胆外科,长沙 410011)

摘要:目的 探讨基于奥马哈系统的个案护理模式对肝癌患者生活质量及心理状况的影响,为临床护理提供依据。**方法** 选择 2017 年 11 月至 2018 年 6 月来该科住院的符合纳入标准的 100 例肝癌切除患者作为研究对象,随机分为两组,每组 50 例。对照组接受常规护理,研究组在常规护理的基础上实施基于奥马哈系统的个案管理护理模式。采用生活质量评定量表、焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)对两组患者生活质量和心理状况进行测评,观察两组患者生活质量和心理状况变化情况。**结果** 干预后研究组患者生活质量、焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评价得分均优于对照组($P < 0.05$)。**结论** 基于奥马哈系统的个人管理护理模式对肝癌患者生活质量及心理状况具有改善作用。

关键词:奥马哈系统; 个案护理模式; 肝癌; 生活质量; 心理状况

中图法分类号:R472

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)08-1128-04

肝癌是我国常见的恶性肿瘤之一,我国每年有 38.3 万人死于肝癌,占全球肝癌病死率的 51%,近年来发病率和病死率呈逐年增长的趋势,在我国其发病率仅次于肺癌和胃癌^[1]。外科手术治疗是原发性肝癌患者首选和最有效的治疗方法,有研究证实,手术提高了患者 5 年生存率,但肝癌患者常存在心理状况差、食欲减退、营养不良、并发症多、易复发的特点,会影响患者的生活质量^[2-3]。因此,如何提高患者的生活质量,让肝癌患者积极、乐观地面对生活,更好地融入社会和家庭是肝胆医护人员共同面对的课题。奥马哈系统最早运用于社区护理和医院的延续护理中,这种个案护理通过护理评估、护理计划、护理执行、护理反馈、护理改进,通过医务人员和患者家庭的合作达到共同护理的模式^[4]。本研究将基于奥马哈系统的个案护理模式运用于肝癌患者,对改善肝癌患者生活质量及心理状况方面取得了一定的成绩,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2017 年 11 月至 2018 年 6 月来本科室住院的 100 例原发性肝癌切除患者作为研究对象,分为对照组和研究组,每组 50 例。纳入标准:(1)病理诊断符合《2015 年原发性肝癌规范化病理诊断指南》^[5];(2)实施了肝癌切除手术的患者;(3)年龄 ≥ 18 岁,对自己的疾病有一定的了解,有一定的沟通能力;(4)病情稳定;(5)自愿参与此次研究。排除标准:(1)有远处转移或合并其他肿瘤的患者;(2)有严重的意识障碍和精神疾病患者;(3)拒绝参与本研究的患者;(4)术后出现严重的并发症,有其他重要器官严重受损。原发性肝癌患者男 65 例,女 35 例;年龄 25~67 岁,平均(45 \pm 7)岁;文化程度:本科及以上

11 例,大专 21 例,高中 26 例,初中及以下 42 例。两组患者年龄、性别、文化程度等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 患者住院期间行常规的健康宣教,出院后给予出院健康指导,嘱患者出院后注意休息、补充高蛋白等宣教。

1.2.2 研究组 研究组基于奥马哈延续护理理论框架,给予奥马哈的个人管理护理模式,具体如下。

1.2.2.1 成立奥马哈个案管理小组 成立以肝胆外科护士长为组长,2 名肝胆外科专科护士和 1 名主治医师的奥马哈个案管理护理小组。为患者住院期间详细建立患者的档案,根据每例患者的病情特点并参照医生的建议制订个案的护理计划,包括住院期间的护理和出院后的护理指导。

1.2.2.2 住院期间的护理 (1)建立个人档案。入院后对每例患者进行个案护理管理档案建立,详细记录患者的基本信息。(2)入院后和患者家属互加微信,便于家属的及时咨询和向患者家属传递健康教育资料。(3)护理评估。围术期间不断评估患者的病情,通过问诊、病情观察和实验室检查等相关内容进行综合评估,确定护理问题。(4)护理计划。根据患者的护理问题和专科医生的建议并根据奥马哈理论制订护理计划。在实施护理计划的过程中不断评估护理效果及针对在护理过程中出现的问题,不断地调整和改进护理计划。护理人员让患者家庭共同参与到护理计划制订过程中,详细告诉患者在住院过程中的饮食、活动、心理等指导。在对患者实施护理计划的过程中有效地给予患者心理支持和鼓励,让患者乐观、积极地面对疾病。

1.2.2.3 出院后的护理 (1)随访:患者出院后通过电话随访和患者每个月入院复查时的问诊对患者的恢复情况进行了解,电话随访时间为出院后 2 d、1 周、2 周,复查随访时间为术后 1、2、3 个月。(2)出院后健康指导。为每例患者制订周计划,周计划包括饮食、活动、疼痛管理等内容,及时督促患者和家属反馈周计划的落实情况。(3)解决存在的护理问题。患者出院后会存在出院后仍无法解决的护理问题,因此护理人员及时了解患者的心理状况、饮食、活动、疼痛等状况,指导患者和家属采用自我监测和照护的正确方法,采用奥马哈问题分类系统,实时评价患者出院后的心理、营养、疼痛等问题。(4)用药指导。护理人员了解患者出院后用药治疗情况,指导患者和家属正确的服用药物,了解患者服药频率和用药的反应,有效地解决患者的用药问题。(5)复查指导。出院后及时提醒患者进行术后的复查,以便及时了解患者的疾病发展和疾病的有效治疗,从而提高患者的生活质量水平。(6)心理指导。肝癌患者常有消极、悲观、精神紧张等心理,针对这心理医务人员应耐心倾听患者的述说,针对患者提出的疑惑做出切合实际和真诚的解释与劝告,时常鼓励、安慰、劝解患者。

1.3 观察指标

1.3.1 生活质量 采取以下 5 项指标评价个案管理护理模式对肝癌患者生理及生活质量的影响,即肝癌患者的主观症状、日常生活及社会生活状态、生理功

能状态、心理情绪状态、生活质量总分。具体方法为患者出院后 3 个月内采用电话问卷调查或者患者每个月入院复查时进行问卷调查。问卷调查表包括以上 5 项指标内容,从而得出结论评价护理实施效果。

1.3.2 心理状况评价 采用焦虑自评量表(SAS)^[6]和抑郁自评量表(SDS)^[6]进行评价。SAS 包括有 20 个条目,每个条目分为 4 个等级计分:几乎总是(4 分),常常(3 分),偶尔(2 分),几乎没有(1 分)。计算得到总分乘以 1.25 为标准分数,分值越高,说明患者焦虑水平越高。SDS 含有 20 个条目,可大致分为心理、身体、精神等 3 个方面,最后计算总分进行评价。计算得到总分乘以 1.25 为标准总分。主要评定每一项目所定义症状的出现频率,得分越高说明焦虑、抑郁程度越严重。该量表经证实具有良好的信效度^[6]。具体方法为患者出院后 3 个月内采用电话问卷调查或者患者每个月入院复查时进行问卷调查。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件进行分析,计数资料以率或构成比表示,采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者心理状况变化比较 干预前两组患者 SAS、SDS 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),干预后,研究组患者 SAS、SDS 评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者心理状况变化比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	SDS			SAS		
		干预前	干预后	P_1	干预前	干预后	P_1
对照组	50	53.72±2.80	60.00±2.41	<0.001	55.75±3.96	58.97±3.20	0.003
研究组	50	54.86±3.94	52.53±2.80	0.005	54.97±4.00	47.86±4.12	<0.001
<i>t</i>		1.42	12.13		0.83	12.78	
<i>P</i>		0.162	<0.001		0.409	<0.001	

组别	n	主观症状			日常生活及社会生活状态		
		干预前	干预后	P_1	干预前	干预后	P_1
对照组	50	59.64±6.33	60.75±7.70	0.506	14.33±2.52	13.83±3.15	0.460
研究组	50	59.94±7.29	64.11±6.95	0.015	14.56±2.61	15.03±3.25	0.501
<i>t</i>		0.19	1.94		0.38	1.59	
<i>P</i>		0.853	0.056		0.705	0.116	

组别	n	生理功能状态			心理情绪状态		
		干预前	干预后	P_1	干预前	干预后	P_1
对照组	50	15.78±2.33	16.89±3.55	0.121	13.00±2.53	13.67±3.73	0.376
研究组	50	16.67±2.62	18.97±4.20	0.007	13.44±2.77	15.61±3.25	0.003
<i>t</i>		1.52	2.27		0.70	2.35	
<i>P</i>		0.132	0.026		0.484	0.021	

注: P_1 为干预前与干预后同组比较; P 为干预前后组间比较

2.2 两组患者生活质量比较 干预前,两组生活质量评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后两组间差异有统计学意义($P<0.05$)。对照组干预前后差异无统计学意义($P>0.05$);研究组干预前后差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患者生活质量比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	干预前	干预后	P
对照组	50	102.75±8.91	105.14±9.17	0.266
研究组	50	104.61±10.38	113.72±9.16	<0.001
t		0.420	3.970	
P		0.816	<0.001	

3 讨 论

3.1 基于奥马哈系统的个案护理模式对肝癌患者心理状况的影响 癌症是人人惧怕的一种疾病,肝癌病程短、病死率高,一旦发现,无疑会给患者心理造成沉重的打击,肝癌患者往往会产生一系列心理变化,其中抑郁、焦虑等负性心理反应较多,已有文献报道,肝癌患者的抑郁水平显著高于正常水平和一般肝胆疾病患者^[7]。一方面可能是患者对治疗的效果及疾病预后的担心,加上手术和其他治疗手段导致患者正常组织遭受损伤和相应的功能下降,化疗带来的不良反应和并发症,这些都给患者的社会、心理、工作等方面带来了紧张、焦虑、抑郁、恐惧等负面情绪;另一方面,可能与患者对相关肝癌治疗、康复的知识了解不多,认为自己患癌,存在较高水平的疾病不确定感,认为再怎么治疗也没有有什么用,从入院就处于确诊恶性肿瘤的巨大精神压力,来院后看到病室其他患者在治疗过程中所承受的治疗带来的不良反应,从而严重影响患者的心理状况。如何让患者走出困境,积极乐观面对生活的同时提高肝癌患者的生活质量是我们一直追寻的。奥马哈个案护理通过护理评估、护理计划、护理执行、护理反馈、护理改进,通过医务人员和患者家庭的合作达到共同护理的模式,护理人员给予患者专业化、个性化、延续性的护理让患者的疾病能得到有效的救治^[8]。在院的宣教、出院后的通讯设备随访,与患者及家属跟踪,进行沟通,通过医护人员的宣教和督促,使患者从心底接受,并对疾病进一步认知,从而降低焦虑、抑郁等负性情绪。本研究发现,干预前两组患者 SAS、SDS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),干预后,研究组患者 SAS、SDS 评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),说明基于奥马哈系统的个案护理模式能有效改善肝癌患者心理状况,降低患者负性情绪。

3.2 基于奥马哈系统的个案护理模式对肝癌患者生活质量的影响 通过研究表明影响肝癌术后患者的

问题有主观症状、生理功能状态、心理情绪状态等因素。就主观症状而言,患者主诉有不同程度的疼痛,疼痛部位主要在腹部和右肩部;就生理功能状态而言,82%患者诉有食欲不振、易疲惫等问题,这与患者的消化功能减退和心理情绪有关;而心理情绪领域,患者会有抑郁、焦虑、紧张、沮丧等情绪;在日常生活和社会生活状态领域,患者有失眠、拒绝社交等问题。本研究以奥马哈系统为框架的个案管理一方面能够清晰地分析出患者住院期间和出院后的护理问题,对患者住院时和出院后的各个方面的问题进行认识、行为、状况 3 个方面的评估,可以清晰地看出该评估对象在整个治疗过程中某个问题的改善程度,从而向公众展现出一个量化的患者健康状态改善的结果,促进护理管理者制订质量改进计划,这就保证了护理的系统性、延续性和动态性,有利于改善患者的生存质量;另一方面,基于奥马哈系统的个案管理护理模式对肝癌患者的心理及生活质量均有改善作用,通过奥马哈个案管理护理模式,护理人员可以及时、有效地评估患者住院及出院后的护理问题,针对护理问题进行有效的解决^[9]。本研究结果发现,研究组护理后生活质量、生理功能状态、心理情绪状态均优于对照组($P<0.05$),说明基于奥马哈系统的个案护理模式有提高肝癌患者生活质量的作用。

综上所述,基于奥马哈系统的个人管理护理模式对肝癌患者心理及生活质量具有改善作用。

参考文献

- [1] 荚卫东,骆鹏飞.加速康复外科在精准肝脏外科中的应用[J].中华消化外科杂志,2015,14(1):25-28.
- [2] 首志雄,郑达武,罗永香,等.快速康复外科理念在肝癌切除手术期管理中的临床价值[J].中华消化外科杂志,2014,13(6):456-460.
- [3] LI M Y, FAN J, ZHANG Q, et al. Correlation analysis of symptom severity in patients with hepatocellular carcinoma and quality of life[J]. Mod Diagn Treat, 2013, 24(6): 1416-1417.
- [4] 周春香,唐静华,叶惠芳,等.奥马哈系统的个案管理护理模式在慢性阻塞性肺疾病患者中的应用分析[J].山西医药杂志,2017,46(16):2024-2026.
- [5] 中国抗癌协会肝癌专业委员会,中华医学会肝病学会肝癌学组,中国抗癌协会病理专业委员会,等.原发性肝癌规范化病理诊断指南(2015年版)[J].解放军医学杂志,2015,40(11):865-872.
- [6] 张明园.精神科评定量表手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,1993:35-39.
- [7] 王璐.撰写积极心理日志对原发性肝癌病人抑郁和生活质量的影响[J].护理研究,2016,30(27):3439-3441.
- [8] 张蕊,曹淑卿,史宇红,等.基于奥马哈系统构建青光眼患

者个案管理护理模式的循证研究[J]. 天津护理, 2016, 24 (1): 15-16. 33(19): 3311-3313.

[9] 罗怡欣, 黄燕林, 刘玲玲, 等. 奥马哈系统个案管理模式在维持性血液透析患者中的应用[J]. 实用医学杂志, 2017, (1): 15-16.

(收稿日期: 2018-10-08 修回日期: 2018-11-30)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2019. 08. 038

护理干预对食管癌术后自我护理能力及并发症的影响

陈昌平, 周 艺, 韦晓红

(重庆市涪陵中心医院胸心外科 408000)

摘要:目的 探讨护理干预对食管癌术后患者自我护理能力及并发症的影响。方法 选择 2016 年 1 月至 2017 年 8 月在该院接受治疗的 54 例食管癌患者作为研究对象, 按随机双盲法分为干预组($n=29$)与对照组($n=25$), 对照组患者给予基础护理, 干预组患者在对照组基础上给予综合护理干预, 护理前后采用面部表情疼痛评分量表(FPS-R)评估两组患者的疼痛情况, 采用修订的 Barthel 指数评定量表(MBI)评定两组患者自我护理能力, 并比较两组患者并发症发生情况。结果 护理前, 两组患者 FPS-R 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$), 护理后, 两组患者 FPS-R 评分均较护理前显著降低, 而干预组 FPS-R 评分显著低于对照组($P<0.01$); 护理前, 两组患者 MBI 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$), 护理后, 两组患者 MBI 评分较护理前均显著上升, 而干预组 MBI 评分显著高于对照组($P<0.01$); 护理后, 干预组患者肺部感染、胸腔积液、胃排空延迟、吻合口瘘等并发症发生率(10.35%)显著低于对照组(40.00%), 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 对食管癌患者术后实施有效护理干预, 增强患者对自我护理的认知, 可有效提高其自我护理能力, 缓解患者疼痛, 并降低术后并发症发生率, 在临床治疗中具有重要意义。

关键词:食管癌; 综合护理干预; 自我护理能力; 并发症

中图分类号: R473

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2019)08-1131-04

食管癌是发生于食管黏膜上皮的一种消化道恶性肿瘤, 在恶性肿瘤中其发病率和病死率均较高, 其发病率约占第 10 位, 而病死率占第 8 位^[1]。据相关研究报道, 随着人们饮食结构及生活方式的改变, 受不规律饮食习惯、过度吸烟、酗酒等因素影响, 我国食管癌发病率和病死率在全球中均列前几位, 严重影响人们的生命健康^[2]。目前临床治疗食管癌主要以手术治疗为主, 手术切除率高达 90%, 可通过有效切除病灶达到治疗目的^[3]。但由于手术属于创伤性操作, 对患者机体损伤影响较大, 极易引发多种并发症, 影响患者病情恢复。因此, 及时给予护理干预, 改善患者预后, 以加速其病情恢复是我国医务工作者研究的重点。而传统的常规护理干预已无法满足护理需求, 综合护理干预作为一种系统化护理方案应运而生, 能有效提高护理效果, 同时通过护理期间指导患者自我护理干预, 有利于提高患者自我护理能力, 减少并发症, 促进患者术后早日康复。因此, 本研究选取 54 例食管癌患者作为研究对象, 旨在探讨综合护理干预对患者术后自我护理能力及并发症的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月至 2017 年 8 月本

院收治的 54 例食管癌患者作为研究对象, 按随机双盲法分为干预组($n=29$)与对照组($n=25$)。干预组男 15 例, 女 14 例; 年龄 40~75 岁, 平均(61.3±7.9)岁; 文化程度: 初中及以下 10 例, 高中及中专 15 例, 大专及以上 4 例; 病灶部位: 食管上段 4 例, 食管中段 16 例, 食管下段 9 例; TNM 分期: I 期 10 例, II 期 14 例, III 期 5 例。对照组男 13 例, 女 12 例; 年龄 41~78 岁, 平均(62.7±6.4)岁; 文化程度: 初中及以下 6 例, 高中及中专 14 例, 大专及以上 5 例; 病灶部位: 食管上段 4 例, 食管中段 14 例, 食管下段 7 例; TNM 分期: I 期 9 例, II 期 13 例, III 期 3 例。两组患者在性别、年龄、文化程度、病灶部分、TNM 分期方面比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。纳入标准: (1)均符合《食管癌内镜下诊治进展》^[4]中相关诊断标准; (2)均经影像学及病理学检查确诊为食管癌; (3)一般情况良好, 耐受性较好; (4)无手术禁忌证; (5)均行开胸手术或微创手术治疗; (6)经医学伦理会批准, 患者签署知情同意书。排除标准: (1)B 超、CT 检查提示肿瘤细胞远处转移; (2)合并其他恶性肿瘤疾病; (3)合并严重心、脑、肾、血管系统疾病; (4)伴水肿、腹水及胸腔积液; (5)严重心、肺、肾等功能障碍; (6)精神异常或认知功能障碍。