

肺癌病人出院准备度护患评估差异性分析

单静雯

南通大学附属医院肿瘤化疗科 江苏 南通 226000

【摘要】：目的：探究肺癌病人出院准备度护患评估差异性分析。方法：通过随机抽取 2024 年 1 月-2024 年 12 月肺癌化疗患者共计 80 例，通过选取患者一般资料，包含性别、年龄、手术、合并症等相关资料，分析肺癌患者护患评估得分分析、护患评估等级分析，做好护患评估单因素分析、多元回归分析。结果：通过对肺癌患者出院准备度护患评估得分分析，其中患者自评、护士他评疾病知识、自我照护能力、出院后支持、预期应对能力评分具有一定差异， $p < 0.05$ 。患者自评、护士自评评估等级具有一定差异（ $p < 0.05$ ）。年龄、文化程度、病程、手术方式、合并症等均是影响因素，其和护患评估具有一定差异（ $p < 0.05$ ）。文化程度、合并症数量、自我照护能力等均是影响因素（ $p < 0.05$ ）。结论：肺癌出院准备度存在明显护患评估差异，患者自我准备较低、文化程度、合并症、自我照护能力等均是独立危险因素。

【关键词】：肺癌；出院准备度；护患评估；差异分析

DOI:10.12417/2705-098X.26.09.009

肺癌作为现阶段发病率、死亡率最高的恶性肿瘤，早期肺癌的首要治疗手段即为手术切除，目前术后及时出院并转入家庭、社区康复已经成为常规流程。出院准备度主要是指患者在生理、社会、心理等方面离开医院、社区并独立应对康复需求的能力，通过进行结果评估其直接影响出院后康复效果^[1]。护士通过主动观察、经验判断并及时进行评估，护士评估和患者感知存在一定差异，这种差异直接导致出院计划和实际需求，直接影响康复进程。本文通过对 80 例肺癌患者进行出院准备度评估，在分析差异特性、影响因素时，旨在制定个性化出院准备方案，并为出院质量提供一定依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

通过随机抽取 2024 年 1 月-2024 年 12 月肺癌化疗患者共计 80 例。

纳入标准：第一，经病理组织学检查为肺癌，符合手术指征并完成手术。第二，患者意识清楚。第三，签署知情同意书。

排除标准：第一，严重心、肝、肾等脏器功能障碍。第二，精神障碍患者。

80 例患者中，包含男性、女性人数分别为 46 例、34 例，年龄值处于 42-80 岁之间，年龄均值为 61.40 ± 3.40 岁。本次收治的患者中文化程度小学、初中、高中及以上人数分别为 23 例、30 例、27 例。手术方式中，包含胸腔镜微创手术、开胸手术人数分别为 57 例、23 例，合并症数量中 0-1 种、2 种人数分别为 46 例、34 例。

1.2 方法

通过选取患者一般资料，包含性别、年龄、手术、合并症等相关资料。采用中文版 RHDS 量表，该量表包含疾病知识、自我照护能力、出院后支持、预期应对能力几个维度，共 23 个条目，每个条目采用 1-5 级评分，其中 1 分-5 分分别从完全不符合到完全符合，总体评分在 23-115 分之间，评分越高，则整体准备度越好。依据量表评分，其中低准备度、中准备度、高准备度整体评分分别为 < 77 分、77-94 分、 > 94 分。本次量表 Cronbach's α 系数为 0.896，整体信效度良好。

在患者出院前 1d，通过进行统一培训，随后收集相关资料。通过向患者、家属详细说明研究目的、内容、方法，由患者自行填写^[2]。对于文化程度较低的患者，由研究者进行一对一协助填写，依据患者自身感受作答。本次问卷回收中，如果遗漏者应及时补充，本次发放问卷 80 份，整体回收率为 100.0%。

1.3 统计学分析

选用的软件类型为 SPSS 统计包，具体为 26.0 版本，计量资料以均数 \pm 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，以 t 值方式予以处理的对象为计量指标，采用单因素进行护患评估差异影响因素筛选，将单因素分析中 $P < 0.05$ 的变量纳入多元线性回归分析， $p < 0.05$ 代表具有统计学差异^[3]。

2 结果

2.1 肺癌出院准备度护患评估得分分析

通过对肺癌患者出院准备度护患评估得分分析，其中患者自评、护士他评疾病知识、自我照护能力、出院后支持、预期应对能力评分具有一定差异， $p < 0.05$ 。

表1 肺癌患者出院准备度护患评估得分比较 (x±s, 分)

维度	患者自评(n=80)	护士他评(n=80)	t 值	P 值
疾病知识	20.35±3.62	23.18±3.25	-6.892	<0.001
自我照护能力	18.72±4.15	22.46±3.87	-7.531	<0.001
出院后支持	16.89±3.81	19.23±3.54	-5.217	<0.001
预期应对能力	15.68±3.47	18.57±3.29	-6.145	<0.001
总分	71.64±12.83	83.44±11.65	-8.276	<0.001

2.2 肺癌出院准备度护患评估等级分析

通过对肺癌患者出院准备度护患评估等级分析,其中患者自评、护士自评评估等级具有一定差异 (p<0.05)。

表2 肺癌患者出院准备度护患评估等级分布比较 (%)

评估等级	低准备度	中等准备度	高准备度	t 值	P 值
患者自评	42(52.50)	30(37.50)	8(10.00)	12.046	<0.001
护士他评	18(22.50)	45(56.25)	17(21.25)	21.368	<0.001

2.3 护患评估单因素分析

通过进行护患评估单因素分析,其中年龄、文化程度、病程、手术方式、合并症等均是影响因素,其和护患评估具有一定差异 (p<0.05)。

表3 护患评估单因素分析

变量	分组	例数	护患评分差值	t 值	P 值
性别	男	46	11.85±4.26	0.325	0.746
	女	34	12.37±4.58		
年龄 (岁)	<60	32	9.72±3.81	-3.217	0.002
	≥60	48	13.68±4.35		
文化程度	小学及以下	23	15.21±4.76	8.963	<0.001
	初中	30	12.15±4.12		
	高中及以上	27	8.37±3.65		
病程 (个月)	<3	38	13.52±4.61	2.158	0.034
	≥3	42	10.76±4.18		

手术方式	胸腔镜微创手术	57	10.82±3.97	-2.874	0.005
	开胸手术	23	14.95±4.72		
合并症数量(种)	0~1	46	9.63±3.74	-4.326	<0.001
	≥2	34	15.87±4.51		

2.4 护患评估多元线性回归分析

通过进行护患评估多元线性回归分析,其中文化程度、合并症数量、自我照护能力等均是影响因素 (p<0.05)。

表4 护患评估多元线性回归分析

自变量	β值	标准误	t 值	P 值
文化程度	-0.312	0.105	-2.967	0.003
合并症数量	0.276	0.102	2.705	0.007
自我照护能力	-0.245	0.098	-2.503	0.012

3 讨论

3.1 肺癌出院准备度护患评估存在差异

本次研究结果显示,护士对于肺癌出院准备度评估总分、各维度评分显著高于总分,护士评估中准备度相对较高,患者自评中低准备度相对较低,表明护士对于出院准备度评估较为乐观,整体准备不充分。从各维度来说,自我照护能力护患评分差值相对较大^[4]。其次,疾病知识维度中,护士在进行评估时,主要依据护患操作配合、健康宣教情况进行判断,患者能够掌握相关技能。除此之外,由于对于疾病预后、居家康复较为担心,因此自评得分相对较低。出院后支持维度护患差异相对较小,但评估得分高于患者自评,护士对于患者支持系统不完全,由于缺乏专业康复护理知识,因此无法提供有效支持。在护士心理状态的同时,可能面临疼痛、乏力等症状,缺乏对于未来康复信心。

3.2 肺癌患者出院准备度护患评估差异的影响因素

(1) 文化程度:多元线性回归因素表明,影响患者评估差异的主要危险因素即为文化程度,文化程度偏低的患者整体护患评估差异越大,主要是文化较低的患者对于疾病知识、接受能力较弱,尽管护士进行多次宣教,但未能掌握相关内容^[5]。护士认为,在具备相应知识能力时,能够给出自身较高的评分标准。

(2) 合并症数量:对于合并症数量越多患者,护患评估越大。肺癌患者自身疾病复杂,在合并糖尿病、高血压等相关疾病时,直接导致出院后难度、复杂性增加。在评估时,应更多关注肺癌的恢复情况。患者在担心合并症对于康复影响时,

需要管理多种疾病。由于对于康复信心不足，因此自我感知准备度相对较低，对于合并症较多的患者需要进一步进行健康教育^[6]。

(3) 自我照护能力：对于自我照护能力越弱的患者，整体评估差异越大。自我照护能力作为核心维度，直接影响出院康复效果。患者在评估时，依据住院期间的被动配合情况，直接忽视患者实际能力^[7]。部分患者在住院期间依赖专业护理，出院后面对相关药物管理、伤口护理等，由于操作不熟，直接产生自我准备度的情况。除此之外，年龄较大的患者，自我照护能力也相对较多。

(4) 其他因素：根据研究表明，在60岁以上患者通过进行护患评估，主要和老年患者心理适应能力较弱有关，老年患者对于疾病、康复知识掌握有限，因此自我评分较低。胸腔镜微创手术整体恢复快，开胸手术整体活动受限、伤口疼痛明显，

因此直接忽视出院后实际困难，护士未充分了解患者个体需求，因此导致患者不能完全进行出院准备^[8]。

3.3 对策

针对文化程度较低的患者，采用通俗易懂的语言，从而进行多种形式宣教^[9]。通过重点讲解疾病相关知识、药物管理、引流管护理等相关内容，保证能够掌握相关程度。针对合并症较多患者，制定个性化康复档案，在详细告知患者自我管理方法的同时，依据患者病情恢复情况，采用“一对一”示范教学的同时，指导患者进行反复练习，从而增强患者康复信心^[10]。

综上所述，肺癌出院准备度存在明显护患评估差异，患者自我准备较低、文化程度、合并症、自我照护能力等均是独立危险因素，应进行个性化康复宣教，在提升患者出院准备度时，从而改善患者康复质量^[11-12]。

参考文献：

- [1] 陈辉.领悟社会支持在晚期肺癌经外周静脉穿刺中心静脉置管病人出院准备度与生存质量间的中介效应[J].安徽医药,2025,29(02):302-305.
- [2] 张永玉,李娜,倪正鑫.基于 Meleis 转变理论的出院准备教育模式对肺癌化疗病人出院准备度的影响[J].蚌埠医学院学报,2024,49(10):1388-1392.
- [3] 嵇文颖,沈永红,张艳,等.肺癌手术病人出院准备服务的最佳证据总结[J].循证护理,2024,10(13):2281-2287.
- [4] 何晓婷,程梅,叶俏,等.胸腔镜肺癌切除术病人出院准备服务需求的质性研究[J].循证护理,2024,10(03):550-554.
- [5] 朱亚静,刘燕,马凤艳,等.加速康复外科理念下肺癌胸腔镜手术病人出院准备度现状及影响因素研究[J].循证护理,2022,8(19):2663-2668.
- [6] 陈冰,刘秀文,仲冬梅.出院准备服务在癌症病人中的应用研究进展[J].护理研究,2021,35(23):4226-4229.
- [7] 彭丽娟.肺癌化疗病人出院准备度现状及其影响因素分析[J].循证护理,2021,7(14):1959-1961.
- [8] 曾满萍,彭丽华,李淑兰,等.老年晚期肺癌疼痛患者出院准备度的相关影响因素分析[J].中西医结合护理(中英文),2021,7(06):148-150.
- [9] 刘珊珊,李俊英.肺癌病人出院准备度护患评估差异性分析[J].护理研究,2017,31(01):120-123.
- [10] Wu J,Li C,Wu X,et al.Self-Efficacy and e-Health Literacy Among Caregivers of Patients With Lung Cancer:The Chain-Mediating Roles of Negative Emotions and Caregiver Readiness.[J].Journal of clinical nursing,2025,35(1):121-132.
- [11] Zhang N,Zhang H H,Liu Y.Factors associated with postoperative discharge readiness and continuing care needs in patients with lung cancer undergoing fast-track surgery:A prospective cohort study.[J].Medicine,2024,103(37):e39314
- [12] 贾宇,李琦,丁舒.护患双方对老年骨折术后患者出院准备度评估的差异性分析[J].中国病案,2025(5):108-112.