

# 个性化护理对肿瘤化疗病人支持性护理需求的影响研究

毕建英

景洪市人民医院 云南 西双版纳 666100

**【摘要】**目的：探究个性化护理对肿瘤化疗病人支持性护理需求的效果。方法：选取我院2024年3月-2025年3月期间，肿瘤科接受化疗的80例患者为研究对象，采用数字随机法分为两组，各40例。对照组采用常规护理，观察组采用个性化护理，比较组间各项指标（支持性护理需求、生命质量、焦虑、抑郁）。结果：相较于对照组，观察组支持性护理需求评分低（ $P<0.05$ ）；相较于对照组，观察组QLQ-C30功能评分高（ $P<0.05$ ）。相较于对照组，观察组焦虑、抑郁评分均低（ $P<0.05$ ）。结论：个性化护理能够有效降低肿瘤化疗病人的支持性护理需求，改善其心理状态与生活质量，具有临床推广价值。

**【关键词】**：个性化护理；肿瘤化疗；支持性护理需求

DOI:10.12417/2705-098X.26.09.024

肿瘤化疗是恶性肿瘤治疗的重要手段，但化疗过程常伴随恶心呕吐、骨髓抑制、疲乏等一系列生理不良反应，以及焦虑、抑郁、恐惧等心理社会困扰，显著影响患者的生活质量与治疗依从性<sup>[1]</sup>。支持性护理需求是指患者在疾病与治疗过程中，为应对生理、心理、社会及信息等方面的问题而产生的对专业帮助的期望与需求<sup>[2]</sup>。肿瘤化疗患者的支持性护理需求普遍较高且未得到充分满足，尤其在健康信息、心理支持和症状管理等方面。传统的常规护理模式侧重于疾病与症状的常规处理，缺乏针对患者个体差异的深度评估与干预，难以满足其多元化、动态变化的需求。近年来，以患者为中心的个性化护理模式逐渐受到重视。该模式强调基于全面评估，结合患者的疾病特征、生理心理状态、价值观及社会背景，制定并实施个体化的护理计划。然而，国内关于个性化护理对肿瘤化疗患者支持性护理需求影响的高质量实证研究仍相对有限。基于此，本次研究深入分析个性化护理在肿瘤化疗患者支持性护理需求中的效果。

## 1 材料与方法

### 1.1 临床资料

选取2024年3月至2025年3月在我院肿瘤科接受化疗的80例患者为研究对象。纳入标准：①经病理学确诊为恶性肿瘤；②年龄 $\geq 18$ 岁；③首次接受化疗或新化疗方案；④意识清楚，具备基本沟通能力。排除标准：①合并严重心、肝、肾功能不全或精神疾病史；②预期生存期 $< 3$ 个月；③中途退出或失访。采用随机数字表法将患者分为观察组、对照组，各40例。观察组：男性22例，女性18例；年龄范围31-68（ $52.4 \pm 8.7$ ）岁。对照组：男性24例，女性16例；年龄范围29-70（ $53.1 \pm 9.2$ ）岁。两组患者基础资料无差异（ $P>0.05$ ），具有可比性。

### 1.2 方法

对照组：肿瘤化疗常规护理，包括化疗前健康宣教、化疗中不良反应监测与常规处理、出院指导等。

观察组：在对照组基础上，实施个性化护理。

（1）个性化评估与建档：在患者入院后24小时内，由责

任护士完成首次全面评估。评估内容涵盖四大核心领域：①疾病与治疗信息掌握程度；②生理症状负担。重点评估疲乏、恶心呕吐、疼痛等核心症状；③心理社会状态。通过日常沟通观察患者情绪变化，并询问其心理困扰；④个人信息背景。包括文化程度、家庭支持系统、个人生活习惯与偏好。评估结果记录并形成一份动态的个性化护理档案。

（2）制定个性化护理计划：评估完成后48小时内，责任护士与主管医生共同审阅评估档案，并与患者及其主要家庭照顾者进行一对一沟通。基于沟通结果，共同确定1-2项当前待解决的核心护理问题，设定具体、可实现的短期目标，并共同拟定针对性的护理措施与执行计划。计划要点记录于档案及护理记录中，并告知患者及家属。

个性化干预措施的实施：①信息支持个性化：根据评估中识别的患者知识缺口、认知水平及信息偏好，量身定制教育材料。为文化程度较低或理解困难的患者，使用简单易懂的语言、配合图片或反复讲解；为学习意愿强的患者，提供更详细的书面资料或推荐权威科普文章。在患者住院期间及出院前，责任护士就关键问题进行重点沟通与确认。②症状管理个性化：基于患者的症状主诉和严重程度，在常规医疗措施基础上，强化个体化指导与监督。对于癌因性疲乏，与患者及家属共同制定个体化的日常活动与休息计划表，并鼓励记录执行情况。对于化疗相关性恶心呕吐，在遵医嘱用药基础上，指导患者进行分散注意力及调整饮食等非药物方法，并评估效果。对于疼痛患者，除遵医嘱镇痛外，重点指导患者准确描述疼痛、按时服药，并尝试通过交谈、深呼吸等方式辅助缓解不适。③心理社会支持个性化：责任护士通过增加沟通频率，主动倾听患者主诉，识别其情绪困扰。对于出现明显焦虑、抑郁情绪的患者，给予更多的时间进行情感支持，运用共情、鼓励等沟通技巧，并引导其表达内心感受。鼓励家庭成员参与照护与情感支持，指导家属如何有效陪伴与沟通。在条件允许且患者同意的情况下，在科室内安排病情和治疗阶段相似的患者进行简单的经验交流，分享应对心得。④沟通与随访个性化：责任护士根据患者

情况，与其商定相对固定的每日床边沟通时间，了解当日感受与需求变化。在出院准备阶段，制定个体化的随访计划，明确首次电话随访时间，了解患者出院后症状、治疗计划执行情况及新出现的问题，并提供针对性的指导。后续根据患者情况调整随访频率。

### 1.3 观察指标

(1) 支持性护理需求量表 (SCNS-SF34)：包含 34 个条目，分为健康信息、生理与日常生活、心理、性功能、照顾与支持 5 个需求维度。采用 1-5 级评分，得分越高表示需求越强。

(2) 癌症患者生活质量核心量表 (EORTC QLQ-C30)：评估生活质量，包括总体健康状况和 5 个功能领域 (躯体、角色、认知、情绪、社会)。得分越高表示功能状态或总体健康状况越好。

(3) 医院焦虑抑郁量表 (HADS)：包含焦虑 (HADS-A) 和抑郁 (HADS-D) 量表，各 7 个条目，总分 0-21 分，≥8 分提示可能存在焦虑或抑郁状态。

### 1.4 统计学分析

SPSS20.0 统计数据，计量资料 t 计算，计数资料  $\chi^2$  计算， $p < 0.05$  有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 支持性护理需求

相较于对照组，观察组支持性护理需求评分低 ( $P < 0.05$ )。

表 1 两组支持性护理需求评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	观察组	对照组	t	P
例数	40	40		
干预前	154.75 ± 12.34	153.50 ± 13.01	0.441	0.661
干预后	97.30 ± 10.45	130.75 ± 11.89	13.365	<0.001

### 2.2 生活质量

相较于对照组，观察组 QLQ-C30 功能评分高 ( $P < 0.05$ )。

表 2 两组 QLQ-C30 功能评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	观察组	对照组	t	P
例数	40	40		
躯体功能	73.45 ± 8.12	65.30 ± 9.01	4.250	<0.001
角色功能	70.20 ± 7.89	62.15 ± 8.67	4.343	<0.001
情绪功能	69.85 ± 7.11	60.90 ± 8.23	5.205	<0.001
认知功能	75.60 ± 6.98	68.25 ± 7.55	4.521	<0.001
社会功能	66.75 ± 8.34	58.40 ± 9.12	4.273	<0.001

### 2.3 焦虑、抑郁评分

相较于对照组，观察组焦虑、抑郁评分均低 ( $P < 0.05$ )。

表 3 两组焦虑、抑郁评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	观察组	对照组	t	P
例数	40	40		
HADS-A	6.02 ± 1.85	8.95 ± 2.20	6.447	<0.001
HADS-D	5.88 ± 1.92	9.10 ± 2.31	6.780	<0.001

## 3 讨论

肿瘤化疗患者是指因罹患恶性肿瘤而接受化学药物治疗的个体群体。疾病本身的不确定性、治疗过程的漫长与痛苦，以及可能的社会角色转变，也给患者带来显著的心理社会负担，表现为焦虑、抑郁及社会支持需求激增，使得患者产生了复杂且动态变化的支持性护理需求，涵盖精准的信息指导、有效的症状管理、专业的心理疏导及持续的社会支持<sup>[3]</sup>。然而，患者的疾病阶段、治疗反应、心理韧性、社会文化背景及个人价值偏好存在显著异质性，传统一刀切的常规护理模式难以精准识别并满足这种个体化差异，易导致需求未被充分响应，进而影响治疗依从性、生活质量乃至预后<sup>[4]</sup>。因此，实施个性化护理显得尤为迫切，通过以系统评估为基础，以患者及家庭为中心，整合多学科资源，量身定制并动态调整护理计划，其核心目标是实现对每位患者独特生理、心理社会及信息需求的精准响应与主动管理，最终优化治疗体验，提升整体照护质量<sup>[5]</sup>。

本研究结果显示，实施个性化护理的观察组其支持性护理需求评分显著低于接受常规护理的对照组。这一差异表明，个性化护理模式在系统识别并有效回应患者多维需求方面具有明显优势。其作用机制主要体现于以护士为主导的评估、识别、干预闭环管理流程：在患者入院初期即开展涵盖疾病认知、核心症状、心理状态及个人背景的结构化评估，改变了传统护理中需求被动呈现的模式，实现了对患者信息缺口、症状困扰及情绪波动的早期捕捉与量化。进而，护理团队依据评估结果，与患者及家属共同拟定聚焦于 1-2 项最迫切问题的个性化干预计划，确保护理资源精准投向患者真实关切领域。在执行层面，通过一对一针对性健康教育、基于症状主诉的非药物指导以及贯穿住院与出院后的持续情感支持，实现了对已识别需求的主动、持续响应。

同时，数据表明观察组患者在生活质量核心问卷的躯体、角色、情绪、认知及社会功能等各维度评分均显著优于对照组。这提示个性化护理并非仅作用于单一层面，而是通过多靶点、整合性的干预路径，协同提升患者的整体健康体验。在生理层面，针对化疗常见症状的个体化管理方案，例如共同制定的活动休息计划、具体的饮食调整建议，有助于缓解症状严重程度，

从而改善患者的躯体功能,增强其完成日常活动与履行社会角色的能力。在心理与社会层面,计划性的沟通、共情式倾听以及 facilitated 的病友间经验分享,不仅直接提供了情感宣泄的渠道,降低了因疾病孤独感与信息不对称引发的心理痛苦,还通过重建社会连接、增强家庭支持效能,间接提升了患者的社会功能与治疗信心。更为重要的是,个性化护理中蕴含的尊重偏好与共同决策理念,赋予了患者在疾病管理中的主体性与控制感,这种正向心理体验进一步催化了整体生活质量的改善。因此,个性化护理通过将症状控制、功能维持与意义建构相结合,实现了对生命质量多维度、立体化的提升。

此外,本研究还发现观察组患者的焦虑与抑郁评分显著降低。这一结果印证了个性化护理在缓解患者负性情绪方面的关键价值。其起效机制主要在于通过结构化、可预测的护理互动,重塑患者对疾病与治疗环境的感知。定期、专注的护患沟通与

清晰、及时的信息提供,显著降低了因不确定性而产生的广泛性焦虑;责任护士主动的情绪接纳与支持性倾听,则为患者创造了安全的心理空间,有助于其压力宣泄与情绪正常化。通过引导家属参与沟通、提供简单的家庭支持指导,以及创造条件促进病友间的正向交流,有效拓展了患者的非正式社会支持网络,使其感受到来自多方面的情感承载与经验共鸣,从而减轻了孤独与无助感。这些措施共同作用,不仅直接缓解了情绪症状,更通过增强患者的自我效能感与社会连接感,构建了抵御焦虑抑郁的心理资源。因此,个性化护理可视为一种低门槛、高包容性的心理社会干预框架,其在常规护理场景中即可实施,并对改善肿瘤化疗患者常见的情绪障碍具有明确效益。

综上所述,个性化护理能够显著降低肿瘤化疗患者的支持性护理需求,改善其生活质量与焦虑抑郁心理状态,值得在临床实践中进一步应用与推广。

### 参考文献:

- [1] 李菁菁,陈莉,陈彬,等.远程护理对肿瘤化疗病人支持性护理需求的影响[J].护理研究,2023,37(9):1686-1688.
- [2] 张婉茹.标准化营养护理干预对晚期胃肠道肿瘤化疗患者的效果[J].中国标准化,2025(8):277-280.
- [3] 吕晓兰,刘泽梅,章月照.前馈控制护理策略预防肿瘤化疗深静脉置管患者相关并发症的效果[J].中国医药导报,2024,21(11):152-155.
- [4] 张静静,李娜,朱丹.整合式心理护理模式对消化道肿瘤化疗患者的效果[J].国际精神病学杂志,2024,51(6):2002-2004.
- [5] 王蕾,李晨,管友文,等.Orem 自护理论在老年消化道肿瘤化疗病人中的应用[J].实用老年医学,2025,39(3):312-316.