

居家安宁疗护晚期肿瘤患者主要照顾者照护体验的质性研究

王利娟

肿瘤医院消化肿瘤内科 内蒙古 包头 014030

【摘要】：目的：研究居家安宁疗护对晚期肿瘤患者主要照顾者中的照护体验。方法：研究搜集时间选 2023.8~2024.8 期间，选此阶段 70 例在我院接受治疗的晚期肿瘤患者的主要照顾者作为研究项目样本，所选样本借鉴双盲法展开组别划分，一组设定为对照组，纳入 35 例展开常规干预，一组设定为研究组，归纳相同例数，执行居家安宁疗护；比较 2 组负性情绪、心理应激、负担水平。结果：研究组主要照顾者各项负性情绪分值低于对照组 $P<0.05$ ；较之对照组心理应激，研究组数值更具优势性 $P<0.05$ ；研究组 ZBI 分值小于对照组 $P<0.05$ 。结论：在晚期肿瘤患者主要照顾者中展开居家安宁疗护措施干预，有助于降低其负性情绪，缓解心理应激程度，减轻负担水平，可借鉴。

【关键词】：居家安宁疗护；晚期；肿瘤；主要照顾者

DOI:10.12417/2705-098X.26.12.061

晚期肿瘤患者其生理上多存在食欲减退、呼吸困难、恶心、失眠以及癌痛等症状表现，其心理上多伴随有焦虑、恐惧以及绝望等悲观情绪，近年我国在多因素促进下其肿瘤发病率还在逐年上升，但我国肿瘤患者的死亡质量却排名至 71 位，加之在我国肿瘤患者的主要照顾者多为直系亲属，照顾者在感受到患者痛苦、难过、承担较为繁重的看护工作过程中，容易使其心理压力增加，逐渐出现焦虑、抑郁等悲观情绪，进而对整个家庭的生活质量水平产生不利影响，故对晚期肿瘤患者主要照顾者生活质量水平进行改善是急需解决的一大问题^[1]。近年居家安宁疗护通过一种人文关怀服务逐渐得到应用，但此疗法研究相对集中在患者疼痛管理、心理支持等层面，对于照顾者的体验与感受研究相对较少，加之照顾者在照护过程中也面临着缺乏外界认可等问题^[2]，鉴于此背景，本文选 70 例晚期肿瘤患者主要照顾者展开深入研究，旨在通过质性研究方法深入分析居家安宁疗护的具体价值，帮助照顾者对其心理压力水平予以更好的缓解，确保以更佳的水平展开安宁疗护工作，现将正文内容呈下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究样本搜集范畴在 2023-08 月至 2024-08 月期间，筛选对象为我院获得治疗的晚期肿瘤患者主要照顾者 70 例，通过将双盲法作为分组指导，命名为对照和研究 2 组，各 35 例。对照组中男/女占据百分比：48.57%（17 例）、51.43%（18 例），年龄范围 25~60 岁，求平均数（42.61±3.92）岁，所照顾的肿瘤患者原发病分别为肺癌（10 例）、胃癌（16 例）、结直肠癌（7 例）、其他（2 例）；研究组中男/女占据百分比：54.29%（19 例）、45.71%（16 例），年龄范围 26~60 岁，求平均数（43.19±3.88）岁，所照顾的肿瘤患者原发病分别为肺癌（11 例）、胃癌（15 例）、结直肠癌（6 例）、其他（3 例）。数值信息差统计（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：（1 均为肿瘤患者的直系亲属；（2）年龄在

20 岁以上者；（3）存在基础沟通能力者。

排除标准：（1）近三个月内遭受过其他重大应激事件者；（2）服用过抗精神类药物者；（3）患有心理障碍者；

1.2 方法

对照组：执行常规护理干预。护理人员对患者主要照顾者给予统一的肿瘤健康知识宣教，并注意观察主要照顾者心理情绪变化，对于负性情绪过大者进行口头心理疏导，确保其以一个积极的心态实施照顾工作；口头叮嘱主要照顾者出院后饮食、健康管理等相关注意事项。

研究组：执行居家安宁疗护。①构建专业居家安宁疗护小组：结合患者的实际情况、照顾者的年龄等制定个性化专业干预小组，主要为照顾者实施专业心理、照顾指导，同时做到及时和主治医师的交流、沟通工作，确保制定方案的针对性特点。②健康宣教：借助视频、图文结合等执行疾病内容知识宣教，确保家属对患者疾病有一个深入理解。同时为其展开死亡教育，期间注意保持充足的责任心、耐心以及同理心等，秉承人道主义精神和照顾者展开有效的沟通、交流，旨在逐渐获得其信任感。护理人员借助倾听、观察等多种形式掌握照顾者对患者死亡的态度，依据掌握结果给予家属个性化暗示、启发以及引导等，让患者家属充分认识到死亡属于生命的一个正常过程，从而使其以正确从容的心态去面对死亡，并强化患者家属承受死亡的心理能力，③在充分考量并尊重患者家属意愿的前提下，借助策略性的方式进行病情的实际情况告知，告知时选择适宜的时机，并借助专业角度以客观、理性的态度进行说明，从而减轻对家属情绪所造成的连带影响。④哀伤辅导：指导照顾者正确控制情绪的方法，护理人员可以通过引导等形式促使照顾者情绪的表达，及时对负性情绪值进行疏导。同时指导照顾者借助呼吸训练法、冥想等方式进行情绪波动的控制，并鼓励家属之间做到相互支持、鼓励，以逐渐强化其自信心与包容能力。此外叮嘱照顾者多给予患者陪伴，最大程度上满足身心需求，以减轻亲人即将离别的痛苦感。⑤向主要照顾者科普有

关安详离世的理念，并且定期举办讲座鼓励照顾者参加，重点普及自然死亡。

1.3 观察指标

(1) 负性情绪：干预前后利用 SCL-90 量表展开负性情绪的判定，包含焦虑情绪、抑郁情绪、偏执情绪、恐怖情绪，各维度分值均以 0-5 分法计分，分值和负性情绪呈正比。

(2) 心理应激：相同时间借助 RSS 量表展开心理应激评估，涵盖负性情感、心理痛苦以及生活被扰乱三大维度，总计分值范围 0 分至 30 分，分值越高，心理应激越明显。

(3) 负担水平：同一时间使用 ZBI 量表展开具体评分，包含责任负担、心理负担、个人负担，所对应的条目分别为 6、4、12，评分标准 0-4 分，分值和负担水平构成正比。

1.4 统计学方法

SPSS 27.0 版本聚焦数据整理与解析，针对计量数据，采用平均值±标准差(±s)的形式进行描述，并运用 t 检验手段加以验证；计数数据，通过百分比(%)直观呈现， χ^2 检验来评价；设定显著性水平 $P=0.05$ 为判断基准。

2 结果

2.1 负性情绪比较

干预之前各数值差异性保持相同区间，干预之后负性情绪均有缓解，并且研究组数值更低 $P<0.05$ 。数值见表 1。

表 1 负性情绪分析表 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	对照组	研究组	t	P	
例数	35	35	-	-	
焦虑情绪	干预前	4.12±1.22	4.16±1.30	0.133	0.895
	干预后	2.66±1.02	1.77±0.55	4.544	0.000
抑郁情绪	干预前	4.33±1.08	4.35±1.09	0.077	0.939
	干预后	2.50±0.92	1.65±0.77	4.192	0.000
偏执情绪	干预前	4.50±1.21	4.52±1.26	0.068	0.946
	干预后	2.33±0.77	1.55±0.51	4.996	0.000
恐怖情绪	干预前	4.05±1.36	4.02±1.09	0.102	0.919
	干预后	2.18±0.66	1.50±0.39	5.248	0.000

2.2 心理应激对比

较之干预前各数值，干预之后其 RSS 分值呈现下降形式，并且研究组数值更低， $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 心理应激分析表 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	对照组	研究组	t	P
----	-----	-----	---	---

例数	35	35	-	-	
负性情感	干预前	6.12±1.22	6.15±1.33	0.098	0.922
	干预后	4.22±0.59	3.50±0.66	4.812	0.000
心理痛苦	干预前	6.59±1.38	6.62±1.50	0.087	0.931
	干预后	4.05±1.22	3.17±1.22	3.144	0.003
生活被扰乱	干预前	6.70±1.29	6.73±1.26	0.098	0.922
	干预后	3.99±1.07	2.95±1.01	4.182	0.000

2.3 负担水平对比

参照干预之前的 ZBI 各数值，干预之后数值均有程度不等的下降，并且研究组下降幅度更大， $P<0.05$ 。数值见表 3。

表 3 负担水平分析表 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	对照组	研究组	t	P	
例数	35	35	-	-	
责任负担	干预前	16.55±2.11	16.62±2.33	0.132	0.896
	干预后	12.21±1.77	8.09±1.33	11.009	0.000
个人负担	干预前	38.21±3.77	38.36±3.66	0.169	0.866
	干预后	30.12±3.99	17.31±3.11	14.981	0.000
心理负担	干预前	15.21±3.11	15.26±3.70	0.061	0.951
	干预后	10.21±1.77	6.23±1.33	10.635	0.000

3 讨论

近年来，恶性肿瘤在全球疾病与死亡原因的排名还在持续攀升，据统计全球范围内大约有 4000 万人正遭受其困扰，而死亡人数已经高达 600 万人之多，在我国每分钟约有 6 例会被确诊为肿瘤，且呈现出“高发病率、高死亡率、日益年轻化”等严峻形势，在对患者本身造成严重影响的同时还会使照顾者诱发较大的负性情绪，对生活质量造成不利影响^[3]。常规的干预措施相对提倡患者坦然、平和的接受死亡，但是针对家属的精神情绪存在较高的护理局限性。加之在现今照护理念的不断改革下，常规的护理措施已经无法满足患者家属多样化需求，进行方案的调整已是大势所趋^[4]。

本文研究数值已证实，研究组负性情绪和心理应激程度有所缓解。原因剖析：对于晚期肿瘤患者的主要照顾者而言，由于需长期花费大量的时间、精力来对患者进行照顾，这种持续性的付出与担忧会导致其心理压力出现累积，加之照顾者的时间、精力被大量占据，可能导致其无法正常参与社交活动，致使社会孤立感增强，从而导致心理应激程度较明显^[5]。安宁疗护作为一种新兴的技术，专注于为罹患无法逆转疾病的患者及

其家属提供照护服务,旨在提升患者、家属生命质量,减轻负性情绪波澜,从而实现医疗资源的高效利用^[6]。将其落实到晚期肿瘤患者的照顾者中,通过为照顾者提供全方面的宣教工作,并实施策略性的方式告知患者病情,在此基础上为照顾者进行哀伤辅导,引导其对自身情绪进行合理控制,有助于降低悲观情绪值^[7]。同时此模式为照顾者予以灵性层面的照护,能够协助主要照顾者对身心的疲惫予以缓解,从而降低内心压力,也将人与人之间的人文关怀精神充分体现,从而进一步减轻照顾者心理应激反应程度^[8]。

本文研究数值证实,研究组负担水平有所减轻。原因剖析:肿瘤患者的主要照顾者由于需长期面临巨大的心理压力,其负担水平会远高于其他群体,加之社会功能负荷、经济压力等影

响也会造成负担水平的上升。居家安宁疗护作为一种体现社会文明进步与人性化的医疗照护模式,可以将关怀理念逐渐渗透至一言一行当中,并辅助专业的指导以降低主要照顾者的心理压力,使其在面对患者时做到更加自信与从容,从而减轻负担水平^[9]。同时安宁疗护还注重照顾者的成长与应对能力的提升,借助讲座、培训等多种方式,能够促进家庭成员之间的理解与沟通能力,强化家庭凝聚力,从而提升面对患者的力量,降低压力值^[10]。

综上所述,在晚期肿瘤患者主要照顾者中落实居家安宁疗护措施,能够使其更好的保持积极心理状态,减轻心理应激程度,降低负担水平,推广意义较高。

参考文献:

- [1] 周方平,何玉珍,胡明彩,等.居家安宁疗护团队服务模式在终末期恶性肿瘤患者及主要照顾者中应用的效果分析[J].中国实用护理杂志,2024,40(28):2165-2172.
- [2] 苗苗,姚兰,姚芡芡,等.居家安宁疗护照顾者照护体验质性研究的 Meta 整合[J].中华护理杂志,2022,57(5):608-616.
- [3] 徐雅楠,袁玲,王丹若,等.安宁疗护患者家庭照顾者出院过渡期照护困境的质性研究[J].护理学杂志,2024,39(10):16-19.
- [4] 邹然,伍俊玲.居家晚期癌症患者主要照顾者的心理状况调查[J].当代护士,2024,31(22):116-119.
- [5] 陈莺,王静,徐虹.出院准备计划+安宁疗护模式对肿瘤晚期患者及主要照顾者的影响[J].中国医药导报,2024,21(3):162-165.
- [6] 吴俊,方庆凤,李园.安宁疗护对老年肿瘤临终患者主要照顾者负性情绪及心理应激的影响[J].当代临床医刊,2022,35(2):93-94.
- [7] 雷双燕,王雁,谢娟,等.多学科协作安宁疗护模式对肿瘤患者主要照顾者负性情绪和心理应激的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2021,28(9):1071-1074.
- [8] 刘瑞娟.安宁疗护与聚焦模式对肿瘤临终患者主要照顾者 RSS 评分的影响[J].当代护士(下旬刊),2021,28(5):86-88.
- [9] 张旭政.安宁疗护对恶性肿瘤晚期患者主要照顾者负性情绪及心理应激的影响分析[J].实用中西医结合临床,2020,20(1):175-176.
- [10] 谢佩容.安宁疗护对老年肿瘤临终患者主要照顾者负性情绪的影响[J].医学论坛,2023,5(10):213-215.