

老年共病终末期患者护理中应用安宁疗护模式的效果分析

何金玉

华中科技大学医院 湖北 武汉 430000

【摘要】：目的：评价安宁疗护模式应用于老年共病终末期患者护理的实际价值。方法：本次研究病例来源为我院 100 例老年共病终末期患者，纳入时间为 2024 年 1 月至 2026 年 3 月。患者入组后依据随机双色球法分组，每组 50 例。参照组接受常规终末期护理，研究组实施安宁疗护模式，连续护理 4 周。比较两组生活质量评分和家属护理满意度。结果：护理后，研究组的各项生活质量评分结果均更高（ $P<0.05$ ）；研究组的家属护理满意度更高（ $P<0.05$ ）。结论：安宁疗护模式能够从症状控制、舒适照护及心理支持等方面满足老年共病终末期患者的实际需求，有助于改善其生命终末阶段的生活状态，同时增强家属对护理过程及服务质量的满意程度，值得在临床护理中推广。

【关键词】：老年患者；共病；终末期；安宁疗护；生活质量；护理满意度

DOI:10.12417/2705-098X.26.18.021

老年共病患者常伴多系统功能减退及多种慢性疾病，进入终末阶段后，疼痛、气促、乏力、睡眠障碍和进食减少等问题可能同时存在，并容易引发焦虑、孤独及尊严受损^[1]。由于病情复杂、用药较多且变化较快，护理工作不仅要关注生命体征和基础照护，还需兼顾患者的情绪、家庭关系及临终意愿。传统护理在这些方面的覆盖往往不够充分^[2]。安宁疗护以减轻痛苦和维持舒适为主要目标，将患者与家属共同纳入照护范围，通过症状控制、心理支持、舒适护理和家庭沟通，提高终末期护理的针对性^[3]。基于此，本研究选取 100 例老年共病终末期患者进行分组观察，以评价此种护理模式的实际效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究病例来源为我院 100 例老年共病终末期患者，纳入时间为 2024 年 1 月至 2026 年 3 月。患者入组后依据随机双色球法分组，每组 50 例。参照组男性占 27 例、女性占 23 例，平均年龄为（ 76.82 ± 6.34 ）岁，涉及年龄跨度为 65~90 岁；病程平均值为（ 75.40 ± 21.62 ）个月，涉及病程跨度为 24~126 个月。研究组男性占 26 例、女性占 24 例，平均年龄为（ 77.10 ± 6.08 ）岁，涉及年龄跨度为 65~91 岁；病程平均值为（ 73.86 ± 22.05 ）个月，涉及病程跨度为 22~132 个月。两组的各项基线资料存在显著的均衡性（ $P>0.05$ ）。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：经病历资料及临床诊断确认同时存在不少于 2 种慢性疾病；综合疾病进展、机体功能及治疗反应判断已进入终末期，预估生存时间为 1~6 个月；临床诊疗记录、护理评估结果及随访信息完整。

排除标准：入组时病情急剧恶化，需要立即实施抢救或强化生命支持；存在严重精神、认知或意识障碍，且无合适代理人协助沟通；患者或其家属不同意参加安宁疗护评估及相关护理。

1.3 方法

参照组接受常规终末期护理。护理人员按照医嘱完成药物治疗、静脉输液、氧疗及生命体征监测，并重点观察患者疼痛、呼吸、意识及皮肤状况。日常护理中，根据患者实际情况协助进食、翻身和个人清洁。如果发现病情变化或异常表现，及时向医师报告并配合处理，同时向家属说明基本照护方法及注意事项。研究组在常规护理基础上实施安宁疗护。

（1）开展多学科评估并制定护理方案。由医师、责任护士、药师、营养师和心理支持人员共同参与患者照护。患者入组后，对疾病情况、疼痛程度、活动能力、营养状况、睡眠、情绪、家庭支持以及个人照护意愿进行综合了解，并根据评估结果确定护理重点。护理过程中结合患者状态变化，对具体措施作相应调整。

（2）加强症状管理。护理人员持续关注疼痛发生部位、严重程度和持续时间，协助医师进行镇痛治疗，并观察用药后的反应。患者出现呼吸困难时，帮助其选择较为舒适的体位，并根据需要配合氧疗、雾化和排痰护理。对于恶心、便秘、口干、疲乏及睡眠不佳等问题，则结合患者具体表现给予饮食调整、腹部按摩、口腔清洁、活动安排和环境改善等护理。

（3）提高患者舒适程度。体位调整主要考虑患者体力、身体耐受情况和个人习惯，并使用减压用品保护容易受压的皮肤部位，同时做好口腔、皮肤及会阴清洁。病房环境尽量保持安静、整洁，光线以柔和为宜，护理操作安排也尽量避开患者休息时间，减少夜间不必要的干扰。对于进食较困难的患者，不强求进食量，而是在保证安全的基础上尊重本人意愿，选择少量、便于吞咽且符合其饮食习惯的食物。

（4）关注心理感受并支持共同决策。在日常接触中，护理人员主动了解患者对疾病进展、死亡以及家庭问题的担忧，并结合个人文化背景、生活经历和信仰情况给予陪伴，可通过回忆交流、倾听或音乐等方式缓解不良情绪。护理目标及病情

变化及时与患者和家属沟通，在条件允许的情况下尊重患者对治疗和护理方式的选择，对于实际获益较少、同时可能增加不适的操作，结合病情和患者意愿谨慎实施。

(5) 鼓励家属参与并进行动态评价。护理人员向家属示范口腔护理、肢体按摩、协助进食及情感陪伴等方法，使家属能够参与日常照护。对于照护过程中出现的焦虑、自责或无助情绪，也及时给予沟通和支持。责任护士每日记录患者主要症状、舒适状况、情绪变化及家属反馈，每周对整体护理效果进行一次评估，并据此调整疼痛管理、营养支持、体位护理、心理陪伴及沟通方式。如果患者出现疼痛明显加重、意识状态改变或呼吸困难等情况，则及时通知医师并协助进行相应处理。

1.4 观察指标

(1) 生活质量评分。分别于护理前及护理4周后，应用世界卫生组织生活质量测定量表简表评价患者的生理状况、心理状态、社会关系和生活环境。各维度得分统一换算为0~100分，评分越高，提示患者相应方面的生活质量越好。对于意识清楚但无法独立填写量表者，由护理人员按照条目进行询问，并依据患者真实回答完成记录。

(2) 家属护理满意度。护理4周后，邀请患者的主要照护家属填写科室护理满意度调查表，调查内容涵盖症状护理、沟通解释、服务态度、隐私维护、人文关怀及需求处理等方面。问卷总分为100分，其中90~100分判定为非常满意，70~89分判定为满意，低于70分判定为不满意。

1.5 统计学方法

完成资料复核与编码后，将全部信息导入SPSS26.0建立统计数据库。对于呈近似正态分布的数值资料，采用 $\bar{x} \pm s$ 概括其集中趋势与离散程度，并以独立样本t检验考察两组同一时点的均值差异；计数资料则通过频数及构成比呈现，组间分布比较使用 χ^2 检验。统计推断均按双侧检验执行，显著性界值设为0.05，即 $P < 0.05$ 时认为比较结果具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组生活质量评分比较

护理前，两组各项生活质量评定结果较为接近($P > 0.05$)；护理4周后，研究组的各项生活质量评分结果均更高($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组生活质量评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	研究组	参照组	t 值	P 值
例数	50	50	—	—
生理状况护理前	55.24±6.38	54.86±6.51	0.295	0.769
生理状况护理后	78.42±5.76	75.36±6.14	2.570	0.012

心理状态护理前	53.68±6.12	53.20±6.34	0.385	0.701
心理状态护理后	80.16±5.52	77.32±5.88	2.490	0.014
社会关系护理前	56.10±6.45	55.72±6.61	0.291	0.772
社会关系护理后	82.24±5.64	79.40±5.96	2.447	0.016
生活环境护理前	54.92±6.20	54.50±6.35	0.335	0.739
生活环境护理后	79.88±5.48	77.18±5.64	2.428	0.017

2.2 两组家属护理满意度比较

研究组家属护理满意度为94.00%较参照组的78.00%更高($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组家属护理满意度比较[n(%)]

组别	研究组	参照组	χ^2 值	P 值
例数	50	50	—	—
非常满意	31(62.00)	22(44.00)	—	—
满意	16(32.00)	17(34.00)	—	—
不满意	3(6.00)	11(22.00)	—	—
总满意	47(94.00)	39(78.00)	5.316	0.021

3 讨论

老年共病患者进入终末期后，常因多种慢性疾病并存和机体功能减退而出现自理能力下降，并伴有疼痛、气促、乏力、睡眠障碍及进食困难等症状^[4]。随着病情进展，部分检查和治疗的实际获益逐渐减少，频繁操作还可能增加患者不适和心理负担^[5]。与此同时，患者可能面临死亡焦虑、角色变化及尊严感下降，家属也承受照护、决策和情绪压力^[6]。所以终末期护理不仅要缓解躯体症状，还需关注患者意愿、心理需求和家庭支持^[7]。安宁疗护以减轻痛苦和提高舒适度为主要目标，通过多学科协作评估患者症状、情绪及照护需求，并实施疼痛管理、呼吸护理、体位调整、口腔护理、睡眠干预和心理支持，同时减少获益有限且可能增加不适的操作^[8]。加强医护人员与患者、家属之间的沟通，并鼓励共同参与决策，有助于明确照护目标，减少因信息不足产生的恐惧和误解^[9]。

本研究结果显示，护理前两组各项生活质量评定结果较为接近，说明两组具有较好的可比性。护理4周后，研究组上述各维度评分更高。分析认为，安宁疗护通过持续评估疼痛、呼吸困难、便秘和失眠等症状，并及时调整护理措施，能够减少躯体不适对日常生活的影响，因此生理状况评分得到改善。护理人员主动倾听患者感受，尊重其治疗与照护选择，并提供陪伴及情绪疏导，有助于缓解焦虑、孤独和失控感，从而提高心理状态评分。研究组社会关系和生活环境评分较高，分析与家

属参与及舒适环境管理有关。护理人员指导家属掌握基础照护方法,鼓励其与患者进行有效陪伴和情感交流,使患者获得更多家庭支持。病房环境保持安静、整洁和光线柔和,同时减少夜间干扰及不必要操作,也有利于提高患者对照护环境的适应程度^[10]。安宁疗护虽然无法改变终末期疾病的发展方向,但能够使患者在有限时间内获得相对舒适和有尊严的生活状态,可使患者的预后水平获得一定程度提升,这正是此种模式的主要价值。

本研究中,研究组家属护理满意度更高。其原因可能在于安宁疗护增加了医护人员与家属之间的沟通频率,家属能够及

时了解患者病情、症状变化和护理计划,并获得照护技能及情绪支持。在临终相关决策中,护理团队充分听取患者和家属意见,使其感受到尊重和参与,也减少了因信息不对称引发的误解。由此可见,安宁疗护的效果不仅体现在患者生活质量改善,也反映在家属对护理服务的理解与认可上。可充分反映对老年共病终末期患者护理中,安宁疗护模式的应用价值。

综上所述,在老年共病终末期患者护理中应用安宁疗护模式,可通过症状控制、舒适照护、心理支持、家庭参与和共同决策,改善患者生理状况、心理状态、社会关系及生活环境,并提高家属护理满意度,具有较好的临床应用意义。

参考文献:

- [1] 鄢红玉,李凌,夏漫.DRG 支付体系下老年慢性病共病患者护理管理困境的质性研究[J].护理学杂志,2025,40(23):110-114.
- [2] 鲁圆,马红梅,徐旭,等.护理依赖程度、疾病感知与应对方式对离退休老年共病患者心理困扰水平的影响[J].广东医学,2025,46(4):622-627.
- [3] 张静,荣向霞,鲍士玉,等.基于 LEARNS 模式的老年共病肺部感染患者护理干预方案的构建及应用研究[J].护理管理杂志,2024,24(9):737-742,749.
- [4] 周倩,魏洪娟,周爱霞,等.人口老龄化视角下老年共病精准护理的前景展望[J].循证护理,2025,11(14):2850-2853.
- [5] 李娜,周胃雯.动机激励整合式护理模式在社区老年共病患者中的应用[J].中国老年保健医学,2025,23(6):154-158.
- [6] 郭淼,袁丽,杨小玲,等.慢性病共病老年住院患者衰弱评分对护理不良事件的预测价值研究[J].护士进修杂志,2024,39(7):680-685.
- [7] 白长会,张思慧,钟敬兰,等.老年综合评估对慢性共病衰弱患者生活质量的影响分析及护理体会[J].智慧健康,2024,10(6):169-172.
- [8] 杨艳,陈石芬,陈淳,等.莱温的守恒模式在老年肺结核共病间变型弥漫性大 B 细胞淋巴瘤患者的护理实践一例[J].结核与肺部疾病杂志,2025,6(2):241-244.
- [9] 王佳丽,朱红霞,赵丹,等.老年慢性病共病患者治疗负担及其影响因素的护理进展[J].护理与康复,2024,23(1):87-89.
- [10] 吴敏,刘芮,许采颖,等.老年慢性病共病患者口腔衰弱的潜在剖面分析及影响因素研究[J].中华护理杂志,2025,60(15):1804-1810.