

安宁疗护一体化护理模式在终末期肿瘤患者心理痛苦缓解中的应用价值

唐 凤

上海中医药大学附属市中医医院 上海 200071

【摘要】目的：探究安宁疗护一体化护理模式在终末期肿瘤患者中的应用效果。方法：选取70例终末期肿瘤患者，采用随机数字表法均分为对照组与观察组，每组35例。对照组实施常规终末期肿瘤护理，观察组实施安宁疗护一体化护理模式，对比心理痛苦评分、负性情绪评分、生活质量评分。结果：观察组心理痛苦评分、负性情绪评分低于对照组，生活质量评分高于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：安宁疗护一体化护理模式可缓解心理痛苦，改善负性情绪，提升生活质量。

【关键词】：安宁疗护；一体化护理模式；终末期肿瘤；心理痛苦；生活质量

DOI:10.12417/2705-098X.26.18.060

前言

恶性肿瘤作为临床常见的重大疾病，当其进展至终末期时，患者机体常出现多器官功能损伤、剧烈疼痛、全身乏力等症状。持续的身体痛苦可直接诱发严重的精神问题，使患者产生焦虑、抑郁、失望、恐惧等负性情绪，进而导致显著的心理痛苦^[1]。终末期肿瘤患者已丧失根治性治疗机会，临床治疗的首要目标并非疾病治愈，而在于尽可能减轻患者痛苦、改善其身心状态、维护患者尊严、提高终末期生活质量。常规临床护理主要针对患者躯体症状进行对症处理，对患者的心理状态、精神需求及情感诉求关注不足，护理服务呈现碎片化与单一化特征，难以有效减轻患者内心痛苦，亦无法充分满足终末期患者多元化的护理需求。安宁疗护一体化护理模式克服传统护理的碎片化弊端，将心理干预、症状护理、人文关爱、家庭支持及临终照护等要素整合为系统而全面的护理体系，能够为终末期肿瘤患者提供全方位、精细化的护理服务^[2]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月—2026年1月的70例终末期肿瘤患者，采用随机数字表法分为对照组与观察组，各35例。对照组男19例，女16例；年龄42~78岁，均龄（ 60.35 ± 5.26 ）岁。观察组男18例，女17例；年龄41~79岁，均龄（ 60.89 ± 5.41 ）岁（ $P > 0.05$ ）。

1.1.1 纳入标准

（1）年龄≥18周岁；（2）经影像学、病理学检查确诊为恶性肿瘤；（3）预计生存期≥3个。

1.1.2 排除标准

（1）重要脏器功能衰竭者；（2）精神疾病、认知功能障

碍者。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组

对照组实施终末期肿瘤常规护理：

（1）躯体症状护理：严密观察患者生命体征，针对患者出现的疼痛、恶心、呕吐、乏力等症状，严格遵医嘱使用对症药物，并及时缓解患者不适。

（2）基本生活护理：指导患者合理饮食与规律作息，根据其身体状况适时调整体位，保持病房清洁卫生、温湿度适宜，确保患者基础生活舒适度。

（3）病情监测护理：每日关注患者病情变化，记录症状转归情况，及时向医师反馈异常状况，并协助医师实施临床对症治疗。

（4）一般性健康教育：向患者及其家属简明介绍终末期肿瘤相关知识、日常生活护理要点及用药规范。

（5）初步心理抚慰：当患者呈现明显负性情绪时，给予言语安抚，鼓励其积极应对疾病。上述护理持续开展两个月。

1.2.2 观察组

观察组在常规护理基础上实施安宁疗护一体化护理模式：

（1）成立安宁疗护一体化护理小组：由护士长、资深责任护士、心理咨询师及营养师组成安宁疗护专项护理小组，所有成员均接受安宁疗护专项培训，能够熟练开展终末期肿瘤患者的临终心理干预、疼痛及其他症状护理、人文关怀等工作。根据患者病情、心理状况及家庭情况，制定个性化安宁疗护一体化护理方案，明确各组员职责分工，并实施全程护理干预。

（2）一体化生理舒适护理：将减轻患者躯体痛苦作为基

础,实施精细化症状护理。针对癌痛患者,采用数字疼痛评分法进行疼痛等级的动态评定,依照三阶梯止痛准则实施药物干预;在此基础上,辅以中医穴位按摩及全身轻柔推拿干预。选取合谷、内关、足三里、阿是穴等止痛穴位,每日定时进行轻柔缓和的按压与推拿,以疏通经络、调畅气血,达到止痛目的。结合耳穴压豆止痛疗法,选取皮质下、神门、交感等耳穴,发挥辅助止痛作用,减轻患者疼痛程度,减少止痛药物使用量。针对因化疗或肿瘤引起的恶心、胃胀、胃痛等症状,实施耳穴护胃护理,选取胃、脾、贲门等耳穴进行按压刺激,以调养脾胃,缓解恶心、腹胀等不适。对于终末期患者常见的便秘问题,采用腹部中医推拿及顺时针揉腹护理,以促进肠管蠕动,缓解便秘症状,减少药物通便对肠道造成的损伤。对于存在失眠状况者,执行中医五行音乐疗护,根据患者神情与心态选择适宜的宫调或羽调乐曲,于每日固定时间播放,以平复心绪、改善睡眠质量。

(3) 系统化心理痛苦干预: 每日主动与患者沟通交流, 倾听其内心想法, 感知患者心理变化, 并针对性地协助排解心理痛苦。针对恐惧、绝望患者, 以温和言语予以安抚, 并通过积极正面的心理暗示帮助其接纳自身疾病及生命状态, 减轻死亡恐惧; 针对焦虑、抑郁患者, 采用音乐疗法、呼吸放松训练及兴趣转移法等方式疏导负性情绪, 鼓励患者表达内心真实感受; 定期开展一对一心理疏导, 纠正患者消极认知, 帮助其保持平和心态, 降低心理痛苦程度。

(4) 人文关怀与尊严护理: 尊重患者人格、意愿及生活习惯, 护理操作过程中注重保护患者隐私, 态度温和、动作轻柔, 避免机械化护理行为。关注患者精神需求, 通过陪聊、读书等方式满足其情感需要; 尊重患者的治疗选择与生活方式, 不强制干涉其意愿, 维护患者生命尊严, 使其感受到被尊重与关爱。

(5) 家庭协同支持护理: 加强与患者家属的沟通指导, 向其阐述安宁疗护的理念及优势, 传授基本的心理安抚方法与生活照料技能。鼓励家属增加陪伴与关怀, 为患者营造家庭氛围, 减轻其孤独感; 同时疏导家属不良情绪, 减轻其心理负担, 实现医护一家庭协同护理, 为患者创造温馨、舒适的休养环境。

(6) 全程临终关怀护理: 根据患者病情进展动态调整治疗方案, 在病情严重阶段重点关注患者身心舒适, 尽量减少创伤性操作与不良刺激, 避免增加患者额外痛苦。关注患者临终愿望, 尽力协助实现其意愿, 使患者在平静与安详中走完生命终程。

1.3 观察指标

对比心理痛苦评分、负性情绪评分、生活质量评分。

1.4 统计学方法

采用 SPSS26.0 分析数据, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采

用 t 检验, $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 心理痛苦评分

观察组心理痛苦评分低于对照组 ($P < 0.05$)。

表 1 心理痛苦评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	35	35	-	-
干预前	6.85 ± 1.24	6.91 ± 1.19	0.207	0.837
干预后	4.26 ± 0.98	2.13 ± 0.75	10.211	0.000

2.2 负性情绪评分

观察组负性情绪评分低于对照组 ($P < 0.05$)。

表 2 负性情绪评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	对照组	观察组	t 值	P 值	
例数	35	35	-	-	
SAS 评分	干预前	62.35±4.52	62.18±4.61	0.156	0.877
	干预后	51.26±3.85	42.35±3.26	10.449	0.000
SDS 评分	干预前	60.89±4.21	60.75±4.33	0.137	0.891
	干预后	50.12±3.68	41.28±3.15	10.796	0.000

2.3 生活质量评分

观察组生活质量高于对照组 ($P < 0.05$)。

表 3 生活质量 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	对照组	观察组	t 值	P 值
例数	35	35	-	-
干预前	45.36 ± 6.25	44.98 ± 6.31	0.253	0.801
干预后	58.72 ± 5.36	72.35 ± 4.89	11.114	0.000

3 讨论

终末期肿瘤患者病情危重, 长时间受肿瘤消耗和病痛煎熬, 知道自己患的是不能治好的病, 很容易出现严重的心理痛苦, 常见的有焦虑、抑郁、恐惧、绝望、自卑等多种负面情绪, 极大影响患者的身心情况以及终末期的生活质量。而常规的临床护理只针对躯体的症状进行对症处理, 护理方法简单, 服务

的内容杂乱无章,未关注到终末期患者最为重要的心理、精神和情感上的需求,因而无法有效地减少患者的痛苦,达不到理想的临终护理的效果。寻找全方位、系统化、以人为为主的护理模式解决终末期肿瘤患者的心理问题,提高其临终生活质量就显得尤为重要^[3]。

安宁疗护是对终末期患者的特殊人文护理方式,主要理念是“以人为本,减少痛苦,尊重生命,全面照顾”。补充传统护理只注重治疗而忽略人文的不足,从身体、心理、家庭和社会等多个方面考虑患者的需要。安宁疗护一体化护理模式把分散的生理护理、心理护理、人文护理、家庭护理以及临终关怀等全部整合成有机的整体,创建起全程、持续、个别的护理体系,做到护理服务系统化、细致化和人文化。模式凭借细致的躯体舒适护理,改善患者的癌痛、恶心、失眠等问题,减小躯体痛苦给心理状况带来的影响,从而给心理调节形成良好的条件

^[4]。同时针对性、系统性的心理干预可以及时准确地发现患者的情绪变化,采取各种疏导的方法来减轻患者的心理痛苦和压力,纠正患者的消极认识,消除患者的焦虑、抑郁等不良情绪^[5]。全程的人文关怀护理尊重患者的人格和意愿,维护患者的尊严,弥补常规护理中缺乏人文关怀的不足,使患者得到充分的情感满足。家庭协同护理模式激发起家属的照护能力,给患者给予不间断的家庭情感支撑,减弱其孤独、失望等负面情绪,优化心理干预成效。一体化护理模式冲破传统护理碎片化,阶段化的弊端,保证护理干预全程连续,依循患者病情和心理状况灵活调整护理计划,守护干预的针对性和有效率,不断改良患者身心状况,提升终末期的生活品质^[6]。

综上所述,给终末期肿瘤患者施行安宁疗护一体化护理模式,可以明显减轻患者的心理痛苦状况,优化他的焦虑,抑郁等不良情绪,很好地改良终末期的生活品质。

参考文献:

- [1] 杨仕丽,马宁,贾瑞瑞,等.终末期肺癌患者舒适度的潜在剖面及影响因素分析[J].护士进修杂志,2026,41(9):940-946.
- [2] 张泽琼,胡成文,孙丽,等.以家庭为中心的成人癌症终末期患者优逝干预方案的构建与初步应用[J].中华现代护理杂志,2026,32(3):363-370.
- [3] 张艳洪,尤琦,崔晓薇,等.肿瘤医院护士安宁疗护共情能力在沟通舒适度及护理质量间的中介效应[J].护理学报,2025,32(24):59-64.
- [4] 杨梦茹,赵越,李博雅,等.老年终末期患者安宁疗护决策参与量表的编制及信效度检验[J].中华护理杂志,2025,60(23):2880-2887.
- [5] 蔡新楠,宋意,奚萍,等.1例安宁疗护专科护士主导的食管癌放疗术后伴骨转移患者终末期护理[J].护理学报,2025,32(22):62-64.
- [6] 徐洁,徐嫒嫒,聂闻平.安宁疗护联合叙事护理对肿瘤终末期患者的干预效果及心理状态的影响[J].心理月刊,2025,20(16):187-189.