

医护一体化综合干预对肺癌患者健康知识掌握度、睡眠质量改善的临床效果

吴艳辉¹, 张有为²

1. 常州市金坛人民医院呼吸科, 江苏 常州 213200; 2. 徐州市中心医院肿瘤内科, 江苏 徐州 221009

摘要: **目的** 探讨医护一体化综合干预对肺癌患者健康知识掌握度、睡眠质量的干预效果。**方法** 选择 2013 年 6 月至 2014 年 6 月收治的肺癌患者 57 例作为对照组, 2014 年 7 月至 2015 年 7 月收治的肺癌患者 57 例作为研究组。对照组行常规护理, 研究组行常规护理 + 医护一体化综合干预, 观察两组健康知识掌握度、睡眠质量及生活质量情况。**结果** 干预后, 研究组患者各项健康知识掌握程度评分高于对照组 (P 均 < 0.01), 睡眠质量各项评分均高于对照组 (P 均 < 0.01), 各项生活质量评分优于对照组 (P 均 < 0.01), 差异均有统计学意义。**结论** 对肺癌患者采用医护一体化综合干预能有效提高患者健康知识掌握程度, 改善睡眠质量及生活质量。

关键词: 肺癌; 医护一体化综合干预; 健康知识掌握度; 睡眠质量; 生活质量

中图分类号: R 734.2 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2016)11-1570-03

肺癌是临床较常见、病死率较高的疾病之一^[1]。肺癌的发病因素至今尚未明确, 可能与长期大量吸烟、职业和环境接触等因素有关^[2], 临床表现为咳嗽、痰中带血或咯血等^[3]。手术、放化疗是治疗肺癌的常用方法, 但放化疗后会产生各种不良反应, 再加上患者对疾病、手术、放化疗的恐惧, 容易产生紧张、焦虑等不良情绪, 影响患者睡眠质量及治疗效果^[4]。通过有效的护理能缓解患者不良情绪, 提高睡眠质量及治疗效果。医护一体化是一种新的工作模式, 是指通过医师与护士的全方位合作, 改善患者的生活质量, 提高治疗效果^[5]。为验证医护一体化综合干预在肺癌中的应用价值, 本研究对本院收治的肺癌患者实施医护一体化综合干预, 并与采用常规护理的肺癌患者比较, 观察两组健康知识掌握度、睡眠质量及生活质量情况, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2013 年 6 月至 2014 年 6 月我院收治的肺癌患者 57 例作为对照组, 2014 年 7 月至 2015 年 7 月收治的肺癌患者 57 例作为研究组。对照组男 36 例, 女 21 例; 年龄 42 ~ 81 (65.4 ± 10.9) 岁; 其中 29 例腺癌, 21 例鳞癌, 7 例腺鳞癌。研究组男 37 例, 女 20 例; 年龄 41 ~ 82 (65.8 ± 11.2) 岁; 其中 28 例腺癌, 20 例鳞癌, 9 例腺鳞癌。纳入标准: 经病理学诊断为肺癌; 预计生存时间超过 3 个月; 肝肾

功能、血常规正常; 意识清晰; 均签署知情同意书。排除标准: 心理障碍性疾病; 认知障碍; 严重心肺功能不全; 临床资料不全或不能配合研究^[6]。两组一般资料比较差异均无统计学意义 (P 均 > 0.05)。

1.2 对照组护理干预方法 对照组行常规护理, 定期打扫病房, 保持病房整洁, 打开窗户通风保持病房空气清新, 定期更换被褥, 按医嘱指导患者用药等。

1.3 研究组护理干预方法

1.3.1 建立医护一体化小组 成立由病区主任、病区副主任、护士长、二线医生、主管医生、护理组长、责任护士、科室品质管理员及安全管理员组成的小组, 由病区主任负责。通过成立小组使每位医生、护士明确自己的职责, 充分发挥自身优点, 为患者提供舒适的护理服务。小组成员首先制定相应的制度, 由二线医生和护理组长负责监督制度的执行, 副主任和护士长组织护理人员学习相关制度, 并对培训结果进行考核, 使护理人员充分掌握医护一体化综合干预相关制度并严格执行。然后由小组成员对肺癌治疗期间出现的问题进行总结, 并据此制定护理计划。

1.3.2 医护一体化查房干预法 患者入院 24 h 内, 小组成员必须进行首次查房, 了解患者的具体情况, 再制定护理计划表, 由负责人对护理计划表进行审核并签字, 护理人员严格按照护理计划表执行。为提高治疗效果, 由医生及护士组成联合小组每周至少 3 次联合查房, 了解患者的情况并制定治疗计划; 副主任和护士长每周至少参与 1 次查房, 了解患者治疗情况及查看治疗计划, 对治疗计划提出建议。副主任和护士长定期组织小组成员参加会议, 对患者的情况、治

疗计划、预期效果进行讨论,制定一套合适的治疗计划,从而提高治疗效果。

1.3.3 医护一体心理干预法 肺癌患者的病死率较高,患者易产生自暴自弃心理,不愿配合医生治疗。护理人员应加强患者心理护理,首先向患者宣教肺癌的知识;其次将病情告知患者,使患者了解自己的病情,向患者介绍使用的治疗方案,并详细介绍治疗方案的优缺点,消除患者对治疗的恐惧;告知患者良好的心态能增加机体免疫力,提高疗效,鼓励患者以良好的心态配合治疗。

1.3.4 松弛疗法 医护人员应指导患者学习促进睡眠的方法。(1)想象放松疗法:通过回想生活中的乐趣放松心情,缓解不良情绪。(2)呼吸松弛训练法:通过深呼吸缓解不良情绪,在吸气时稍微弯曲手腕,慢慢握拳,吸完气后屏息一小段时间,缓慢呼气,同时放松双手,使全身肌肉放松,呼吸频率控制在 10 ~ 15 次/min,每天 2 次。

1.3.5 限制睡眠疗法 鼓励患者可以通过散步等运动减少白天睡眠次数及时间,晚上提醒患者按时睡觉,早上定时起床,养成良好的睡眠习惯,有利于提高其睡眠质量;如果患者夜晚睡眠质量较差,可以通过药物辅助患者睡眠。

1.4 观察指标 观察两组患者睡眠质量、生活质量及健康知识掌握程度。(1)睡眠质量采用 SPIEGEL 量表评估:包括醒后感觉、上床入睡时间、睡眠深度、夜醒次数、一夜总睡眠时间以及夜间做梦情况。每项满分 7 分,分数越高则表明失眠症状越明显^[7]。(2)生活质量采用癌症患者生命质量测量表 EORTC QLQ-C30 评定:其中躯体功能、情绪功能、角色功能、社会功能、认知功能及总体生活质量评分越高表示患者的生活水平越好;疼痛评分越低表示患者的生活质

量越好^[8]。(3)健康知识掌握程度采用我院自制评价标准:包括住院环境、治疗方案、治疗疗程、使用药物,每项满分 100 分,分数越高表示患者掌握程度越好^[9]。

1.5 统计学分析 采用 SPSS 18.0 软件进行统计分析。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用成组 t 检验,同一组护理前后比较采用配对 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者睡眠质量比较 护理前,两组患者的各睡眠质量评分比较,差异均无统计学意义(P 均 > 0.05);护理后,研究组患者的各睡眠质量评分均优于对照组(P 均 < 0.01)。见表 1。

2.2 两组患者健康知识掌握程度比较 研究组患者健康知识掌握程度各项评分高于对照组,差异均有统计学意义(P 均 < 0.01)。见表 2。

2.3 两组患者生活质量比较 护理前,两组患者的各项生活质量评分相当(P 均 > 0.05)。护理后,研究组患者的各项生活质量评分均高于对照组,差异有统计学意义(P 均 < 0.01)。见表 3。

3 讨论

肺癌我国的发病率和病死率均较高^[10]。目前临床一般采用手术治疗,然而单纯的手术治疗复发率较高,需要术后配合放化疗杀灭肿瘤细胞以降低复发率^[11]。但患者在化疗期间需要忍受不良反应,再加上对疾病、手术的恐惧,易产生自暴自弃的心理,不愿配合医生治疗,从而降低疗效^[12]。有效的护理措施能缓解患者的不良情绪,增加患者治疗的依从性,从而提高疗效。常规护理中医护人员的分工不明确,导

表 1 两组患者睡眠质量比较 ($n = 57$, 分, $\bar{x} \pm s$)

时间	组别	上床入睡时间	一夜总睡眠时间	夜醒次数	睡眠深度	夜间做梦情况	醒后感觉	总分
护理前	对照组	6.85 ± 2.01	6.89 ± 2.36	6.31 ± 1.84	6.42 ± 0.78	6.99 ± 0.65	6.28 ± 0.73	41.30 ± 5.63
	研究组	6.79 ± 2.34	6.81 ± 2.43	6.28 ± 1.76	6.45 ± 0.65	6.91 ± 1.08	6.37 ± 0.84	41.09 ± 3.42
	t 值	0.1468	0.1783	0.0890	0.2231	0.4792	0.6106	0.2407
	P 值	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
护理后	对照组	5.01 ± 1.21	5.24 ± 0.55	5.08 ± 0.46	5.11 ± 0.72	5.13 ± 0.76	4.95 ± 0.81	26.73 ± 2.43
	研究组	0.74 ± 0.08	0.89 ± 0.11	0.96 ± 0.14	0.78 ± 0.22	0.63 ± 0.04	0.76 ± 0.25	6.53 ± 1.09
	t 值	26.5848	58.5528	64.6905	43.4221	44.6412	37.3171	57.2630
	P 值	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

表 2 两组患者健康知识掌握程度比较 ($n = 57$, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	住院环境	治疗方案	治疗疗程	使用药物
对照组	74.42 ± 10.34	73.25 ± 11.42	75.09 ± 13.08	74.56 ± 14.25
研究组	96.45 ± 14.73	97.53 ± 15.01	98.75 ± 15.42	94.67 ± 16.09
t 值	9.2417	9.7193	8.8341	7.0640
P 值	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

表 3 两组患者生活质量评分比较 ($n=57$, 分, $\bar{x} \pm s$)

时间	组别	躯体功能	角色功能	情绪功能	社会功能	认知功能	疼痛	总体生活质量
护理前	对照组	53.43 ± 17.94	55.51 ± 18.45	53.21 ± 18.94	42.08 ± 18.09	46.14 ± 20.02	31.45 ± 9.42	56.14 ± 15.23
	研究组	52.01 ± 18.13	54.23 ± 18.96	53.59 ± 14.37	42.34 ± 16.15	45.63 ± 16.24	30.93 ± 9.35	57.01 ± 12.58
	<i>t</i> 值	0.4203	0.3653	0.1207	0.0809	0.1494	0.2958	0.3325
	<i>P</i> 值	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05
护理后	对照组	59.24 ± 10.09	61.35 ± 12.41	58.49 ± 11.58	51.53 ± 11.02	54.91 ± 14.29	25.58 ± 4.42	62.01 ± 13.62
	研究组	72.14 ± 15.08	81.08 ± 14.93	82.14 ± 15.01	68.95 ± 15.36	76.08 ± 14.26	19.14 ± 2.56	79.19 ± 12.56
	<i>t</i> 值	5.3677	7.6726	9.4185	6.9571	7.9171	9.5189	7.0008
	<i>P</i> 值	< 0.01	< 0.01	< 0.01	< 0.01	< 0.01	< 0.01	< 0.01

致护理人员缺乏主动性,护理效果并不理想^[13]。医护一体化综合干预是将临床与护理操作相结合,并根据患者的需求进行护理服务,为患者提供全面的护理,从而提高护理质量及患者满意度^[14]。

本研究结果可见,研究组进行护理干预后睡眠质量优于对照组,说明对肺癌患者实施医护一体化综合干预能有效改善患者的睡眠质量。传统护理方法虽然可在一定程度上改善患者睡眠质量,但效果并不理想,主要由于其缺乏系统性、针对性的护理。医护一体化综合干预通过系统性、针对性的护理,指导患者通过深呼吸法、回想生活中的乐趣以放松身心,从而有效缓解患者不良情绪,改善睡眠质量;再配合限制睡眠疗法,白天鼓励患者通过散步、打太极等活动减少睡眠次数及睡眠时间,晚上提醒患者定时睡觉、早上定时起床,如果睡眠质量较差,可以通过药物辅助患者睡眠,使患者养成良好的睡眠习惯^[15]。本研究中,护理后研究组生活质量评分高于对照组,说明对肺癌患者实施医护一体化综合干预能有效改善患者生活质量,主要由于通过心理干预缓解患者不良情绪及对治疗的恐惧感,提高患者治疗依从性,使疗效明显提高,再加上良好的睡眠质量,使患者身心放松,从而有效地改善患者生活质量。研究组健康知识掌握程度高于对照组,说明对肺癌患者实施医护一体化综合干预能提高患者对健康知识的掌握程度,主要由于通过成立护理小组,制定护理流程,使护理人员明确自己的职责,由传统的被动护理改为主动护理,主动与患者交流,向患者介绍疾病知识,对患者提出的问题耐心回答,从而提高患者对健康知识的掌握程度。

综上所述,对肺癌患者采用医护一体化综合干预能有效提高患者健康知识掌握程度,改善睡眠质量及生活质量。

参考文献

[1] 钱敏,鞠佳,何芳,等. 医护一体化综合干预对肺癌化疗患者睡

眠质量的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(34): 4133-4136.

- [2] 冯欢,宋彩萍,陈学涛,等. 智慧护理信息系统在肺癌患者围手术期健康教育中的应用[J]. 中华肺部疾病杂志(电子版), 2016, 9(1): 75-76.
- [3] 高乐,陈晓焯,郑文静,等. 循证护理对老年晚期肺癌患者生活质量与焦虑抑郁的影响[J]. 中国医刊, 2016, 51(2): 110-112.
- [4] 耿立轩,王树伟. 团队支持锻炼护理干预模式对肺癌患者术后康复效果的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(2): 230.
- [5] 赵雅玲,郝正玮,李佳宁. 正念行为训练联合亲情护理对肺癌病人自我感觉负担和应对方式的影响[J]. 护理研究, 2016, 30(4A): 1163-1166.
- [6] 吴志华. 护理晚期肺癌阻塞性肺气肿内科护士睡眠状况与负面情绪的相关性研究[J]. 河北医学, 2016, 22(2): 325-329.
- [7] 章月秋,周毅,章颖,等. 院外护理干预改善农村肺癌患者生活质量效果观察[J]. 浙江医学, 2015, 37(11): 998-1000.
- [8] Alberts L, El Sharouni SY, Hofman FN, et al. Changes in Pulmonary Function After Stereotactic Body Radiotherapy and After Surgery for Stage I and II Non-small Cell Lung Cancer, a Description of Two Cohorts[J]. Anticancer Res, 2015, 35(12): 6773-6779.
- [9] 罗超,陈锐深. 不同层级护理人员组合对肺癌患者 PICC 相关血流感染的影响[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2015, 18(7): 1216.
- [10] 黄瑛. 个体化护理干预对晚期肺癌患者不良情绪及生活质量的影响[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2015, 18(1): 130-133.
- [11] 陈瑞,王晶,吴兰华. 系统化护理干预对留置 PICC 导管的肺癌化疗患者疾病不确定感的影响[J]. 新疆医科大学学报, 2015, 38(4): 510-513.
- [12] 张素玲. 早期营养护理干预在肺癌术后的应用价值及其对机体免疫功能的影响[J]. 现代消化及介入诊疗, 2015, 20(3): 225.
- [13] 耿立轩,王健,王秀云. 中医情志护理联合引导式教育锻炼在肺癌术后患者中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(33): 4029-4032.
- [14] Migliore M, Criscione A, Calvo D, et al. Preliminary experience with video-assisted thoracic surgery lobectomy for lung malignancies: general considerations moving toward standard practice[J]. Future Oncol, 2015, 11(24 Suppl): 43-46.
- [15] 李玉梅,侯黎莉. 对晚期肺癌患者实施临终关怀与姑息护理的伦理思考[J]. 中国医学伦理学, 2015, 28(3): 405-407.

收稿日期: 2016-07-30 修回日期: 2016-08-28 编辑: 王海琴