

以奥马哈理论为框架延伸护理对晚期肿瘤病人照顾者压力影响

卿艳云

南华大学附属南华医院肿瘤科 湖南衡阳 421002

[摘要]目的 探讨以奥马哈理论为框架延伸护理对晚期肿瘤病人照顾者压力影响。**方法** 选取纳入标准 64 例晚期肿瘤病人作为研究对象, 随机分为两组, 每组各 32 例病人。对照组 32 例病人在出院时给予出院指导, 出院后以定期电话随访的形式实施延伸护理; 实验组 32 例病人出院后给予以奥马哈理论为框架延伸护理。干预 3 个月后, 采用主要照顾者综合照顾能力评估问卷评估两组患者主要照顾者照顾能力变化情况。**结果** 出院时, 两组患者主要照顾者综合照顾能力评估问卷评分比较, 无统计学意义 ($P>0.05$); 出院 3 个月后, 实验组患者主要照顾者综合照顾能力评估问卷评分明显优于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 以奥马哈理论为框架延伸护理模式在晚期肿瘤病人中运用, 能够为病人及主要照顾者在出院后在家提供个性化、连续性的护理指导, 从而提高患者主要照顾者的照顾能力, 提高患者生活质量。

[关键词] 奥马哈系统; 延伸护理模式; 晚期肿瘤病人; 主要照顾者; 照顾能力

[中图分类号] R473.73

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2017) 08-240-02

目前癌症已经成为人类健康威胁的重大疾病之一, 全球癌症发病率日趋增高的趋势。有研究表明, 我国 80% 以上癌症患者被确诊时已经是中晚期, 失去了最佳救治的机会^[1]。受到我国国情和医疗体制的影响, 家庭成为我国晚期癌症病人主要生活的场所, 照顾者成为病人照顾的执行者和心理疏导者。如何提高晚期癌症患者主要照顾者照顾水平, 使患者解决一系列心理的, 情感的, 精神的, 社会的需要等问题, 使他们在机体上, 特别是精神上和心理上得到充分的治疗, 精心的护理和安慰, 从而改善他们的生活质量, 使其尽可能以一种轻松的心境走完人生的最后一程, 是我们研究的重点。奥马哈系统是由美国护理专家研制用于社区护理的一套护理体系, 随着该护理体系的不断完善和成熟, 已被多个国家和地区引进, 我国学者黄金月等^[2]通过回顾中国香港及内地近 10 年来的社区护理和延续护理实践, 认为护理研究人员可灵活地应用奥马哈系统解决多种研究问题, 在中国内地社区护理和延续护理实践和研究中推广应用。本研究探讨以奥马哈理论为框架延伸护理对晚期肿瘤病人照顾者压力影响, 现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般临床资料

选取 2016 年 1 月-2016 年 6 月收治纳入标准 64 例晚期肿瘤病人作为研究对象, 病例入选标准: ①经病理学确诊为晚期肿瘤患者; ②自愿参与研究; ③处于姑息照顾期, 能够独立完成问卷调查, 配合访谈; ④患者及家属配合, 同意参与本研究, 并签署知情同意书者。排除对象: ①不配合, 不愿参加者。②照顾者为非家庭成员者。64 例研究对象中有男性 40 名, 女性为 24 名; 年龄在 39-74 岁, 平均年龄为 49.6 ± 7.0 岁; 临床诊断: 乳腺癌 18 例, 胃癌 16 例, 肺癌 12 例, 结肠癌 14 例, 卵巢癌 6 例, 宫颈癌 8 例。64 例病人随机分为两组, 每组各 32 例病人。对照组 32 例病人在出院时给予出院指导, 出院后以定期电话随访的形式实施延伸护理; 实验组 32 例病人出院后给予以奥马哈理论为框架延伸护理。两组患者在性别、年龄、临床诊断等资料的比较, 无差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 32 例病人在出院时给予出院指导, 出院后以定期电话随访的形式实施延伸护理, 包括病人出院后给予饮食指导、复查、心理疏导等指导。

1.2.2 实验组 32 例病人出院后给予以奥马哈理论为框架延伸护理, 奥马哈系统由三部分组成, 分别为问题分类系统、干预系统以及效果评价系统^[3], 具体做法如下:

1.2.2.1 问题分类: 在病人出院的前 1 天, 由责任护士根据奥马哈系统框架从环境领域、社会心理领域、生理领域和健康相关行为领域 4 方面评估出晚期肿瘤患者现存或潜在的

护理问题, 主要包括相关肿瘤知识认识不足、照顾者日常照顾技能不高、病人和照顾者心理压力、应对技巧不够等方面。

1.2.2.2 干预措施: ①制定出个性化延伸护理方案建立晚期肿瘤病人电子档案, 责任护士将病人的各项评估结果录入电子档案中, 根据病人和照顾者的需求制定出个性化延伸护理方案, 患者出院后进行追踪评价, 并根据每次评估结果调整方案, 并记录入档案。②信息传播建立微信群、QQ 群, 创建微信关注平台, 由责任护士负责定期在微信关注平台提供健康宣教知识更新, 在固定时间网上以群聊的形式在线答疑, 对于问题比较多或是心理压力较大的病人或照顾者, 进行电话单独沟通。③照顾者护理根据病人实际情况, 指导病人照顾者掌握照顾技能, 让病人及照顾者讲述心理不快, 努力帮助其寻求解决的方案, 建立良好的社会-家庭支持系统。

1.2.3 效果评价: 参照国内学者王赞丽^[4]研制问卷, 自制主要照顾者综合照顾能力评估问卷, 该问卷包括疾病相关知识、姑息照顾技能、自我压力以健康管理、应对技巧 4 个维度, 20 个条目, 每个条目采用 Likert4 评分法, 按“不知道”、“知道一点”、“基本知道”、“完全知道”分别记“1 分”、“2 分”、“3 分”、“4 分”, 总分 20-80 分, 分值越高, 说明晚期肿瘤病人主要照顾者综合照顾能力越强。

1.4 统计学方法

采用 SPSS19.0 分析软件对数据进行录入和分析, 计量资料采用重复测量资料的方差分析, 检验水准 $\alpha=0.05$; 计数资料比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.2 两组病人照顾者照顾能力变化比较

出院时, 两组患者主要照顾者综合照顾能力评估问卷评分比较, 无统计学意义 ($P>0.05$); 出院 3 个月后, 实验组患者主要照顾者综合照顾能力评估问卷评分明显优于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1: 两组患者照顾者照顾能力变化比较

时间	实验组	对照组	t	P 值
出院时	52.21±2.09	53.03±3.01	1.015	>0.05
出院后 6 月	69.53±6.60	58.36±4.29	16.459	<0.01

3 讨论

随着医学模式的转变, 癌症治疗的战略战术应当是: 早期发现, 争取根治, 提倡晚期癌症姑息照顾、避免过度治疗^[9]。但受到我国现有的医疗制度和条件的限制, 大部分晚期癌症患者得不到合理的照护和妥善的安置, 导致患者承受着极大的身心痛苦; 再加上, 我国医疗模式的影响, 国内大部分医疗机构缺乏晚期癌症患者照护的人力、物力资源配置, 家庭成为我国大部分患者晚期癌症病人主要生活的场所, 家庭

(下转第 243 页)

的眼药水常不相同,而且眼药水药瓶及标签一般较小,难以辨别,取放眼药水时耗时较长,不仅容易耽搁患者正常用药、降低患者用药依从性,还增加护士工作负担,容易引起漏用或错用等不良事件发生^[6]。本文尝试为患者设计悬挂式眼液盒和相应眼液卡来加强对眼科常用滴眼液存放和使用的管理,取得一定效果,具体如下。

本研究发现,使用悬挂式眼液盒和眼液卡对患者常用滴眼液进行管理后,患者平均用药所需时间明显缩短,不良事件发生情况明显减少,总体治疗有效率明显升高,这是因为通过使用眼液盒规范存放眼药水和使用眼液卡提示用药时间,可以帮助患者在准确的用药时间快速取到需要使用的药物,不仅使患者及时获得规范安全治疗,护士科学有效的工作方式还可以鼓舞患者,增强其坚持治疗的信心,提高其用药依从性。同时,将眼药水和眼液卡一起挂在患者床头,方便患者、患者家属和上级医护人员对用药情况进行有效监督,进一步提高用药准确性和及时性。另外眼液卡方便患者了解自己病情和自己所用药物细节,可以缓解患者心理焦虑不安等负面情绪,是患者能清楚感受到医院和医护人员对安全用药的重视程度,使其认同医护人员所做的工作,提高其对待治疗和护理的满意度,从而更积极主动参与治疗。

综上所述,使用悬挂式眼液盒和床头眼液卡后,可提升眼科住院患者对病情和所用药物知晓度,提升医护人员工作效率,减少用药不良事件发生,提高治疗效果和患者满意度。

(上接第 240 页)

主要照顾者成为病人精神和经济的支撑者。但主要照顾者一方面担心病人生命安全受到威胁,心理有巨大的恐惧感和压力感,在院时对护理人员宣教的内容根本就无法很好的掌握;另外,由于国内护理编制紧缺,护理人员根本就没有时间去对病人主要照顾者反复强调照顾知识和技能,这样使得照顾者照顾知识和技能水平都不高。目前,我国医疗模式决定,患者出院后相当于护理服务中断,病人的所有照顾任务都落在了照顾者身上。以奥马哈理论为框架延伸护理模式在晚期肿瘤病人中运用,通过全面评估晚期肿瘤病人及照顾者的问题,根据照顾者对照顾知识需求和病人的病情来制定个性化延伸护理方案,通过运用信息交流平台不断强化照顾者照顾知识和照顾技能,引导照顾者进行角色转化,从而提高照顾者照顾能力。通过研究表 1 可见,出院时,两组患者主要照顾者综合照顾能力评估问卷评分比较,无统计学意义($P>0.05$);出院 3 个月后,实验组患者主要照顾者综合照顾能力评估问卷评分明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

(上接第 241 页)

例次。相关研究表明,导管相关性感染与患者疾病的严重程度、身体免疫力、导管的留置时间密切相关。大多数外科病人需要接受他们的手术治疗,因此机体免疫功能相对较低,在导管放置中在过程中,应尽量避免皮肤损伤,尽可能保护皮肤防御屏障,防止病原体进入人体。当尿管放入时尿道外部细菌可以通过导管逆行到膀胱甚至泌尿系统其他的器官,同时可以破坏尿道的正常生理环境,减少组织粘膜对病原细菌的免疫能力,影响膀胱的防御功能和对病原菌的免疫能力。因此在临床治疗过程中应严格控制导管的适应症,应遵循无菌操作程序,留取尿管后应密切注意导管的无菌、密封和引流顺利,避免尿液反流增加感染的风险。^[3]

这项研究表明,呼吸道感染,泌尿系统感染和循环系统感染分泌物是一种常见的耳鼻咽喉头颈外科感染的细菌,主要是革兰氏阴性菌,因此,干预措施包括在标准的监测内容

表 3: 两组平均用药所需时间、患者知晓度和满意度比较

分组	n	平均用药所需时间 (s)	患者知晓度 (分)	患者满意度 (分)
研究组	120	11.27±2.06	89.14±12.45	9.13±0.75
对照组	120	34.51±5.74	62.79±9.83	7.82±0.91
t		41.745	18.197	12.169
P		<0.05	<0.05	<0.05

[参考文献]

- [1] 李怡,王欣.不同环境下滴眼液污染情况比较[J].护理研究,2016,30(24):3054-3055.
- [2] 高秀娟,康巍,康玲艳.眼药治疗盒的研制与应用[J].中华护理杂志,2015,50(2):253-253.
- [3] 王丽波,黄菁,陈舒峰.全视网膜光凝术联合羧基磺酸钙治疗增殖性糖尿病视网膜病变[J].国际眼科杂志,2017,17(9):1731-1733.
- [4] 卢素芬,曾素华,黄玩英,等.眼科住院患者临床护理质量评价指标体系的构建与实施[J].中国实用护理杂志,2016,32(31):2444-2448.
- [5] 黄关娜.表面麻醉下白内障手术患者的时间感知和疼痛评分及术后满意度的关系.国际眼科杂志,2015,15(10):1757-1759.
- [6] 李怡,王欣.不同环境下滴眼液污染情况比较[J].护理研究,2016,30(24):3054-3055.
- [7] 桑静,杜静,王涤,等.新型护理用具在眼部用药中的应用[J].中华现代护理杂志,2015,21(6):722-724.

4 小结

以奥马哈理论为框架延伸护理模式在晚期肿瘤病人中运用,能够为病人及主要照顾者在出院后在家提供个性化、连续性的护理指导,从而提高患者主要照顾者的照顾能力,提高患者生活质量,值得推广应用。

[参考文献]

- [1] Classen SJ, Francke AL, Belarbi HE, et al. A New Set of Quality Indicators for Palliative Care: Process and Results Of the Development Trajectory[J]. Pain Symptom Manage, 2011, 42(2): 169-182.
- [2] 黄金月,王少玲,周家仪.奥马哈系统在社区护理和延续护理中的应用[J].中华护理杂志,2010,45(4):320-322.
- [3] 李文,侯爱和,毛建华,等.奥马哈系统应用于脑卒中患者临床护理记录的可行性探讨[J].2013,19(23):13-15.
- [4] 王赞丽.过渡期护理干预对减轻脑卒中今天照顾压力的效果研究[D].天津医科大学,2012.
- [5] 刘晓蓉,邹敏,范杏红.癌症儿童的姑息护理[J].护理研究,2009,23(3B):661-662.

和制定有针对性的干预措施。基于靶向干预患者的常规治疗与干预、住院天数、住院费用均低于治疗的患者常规治疗的病例数,有针对性的干预措施能有效降低医院感染率,减少住院时间及治疗费用。

总之,目标性监测能有效地发现医院感染的影响因素,对医疗质量的改善有积极作用。

[参考文献]

- [1] Klompas M, Magills, Robicsek A, et al. Objective surveillance definitions for ventilator-associated pneumonia[J]. Crit Care Med, 2012, 40(12): 3154-3161
- [2] 胡爱红,王晓静.ICU 医院感染目标性监测数据调查分析[J].转化医学电子杂志,2014,1(5):132-133.
- [3] 张春环,王肖田,卢远新,等.目标监测与持续质量改进在 ICU 下呼吸道感染控制中的应用[J].护理实践与研究,2013,10(21):24-25.