

结构性护理管理对老年肺癌患者中的应用研究

陈雅洁

新疆医科大学附属肿瘤医院 新疆乌鲁木齐 830000

摘要：目的：探究结构性护理管理对老年肺癌患者中的应用。方法：纳入我院2021年3月~2022年4月老年肺癌患者58例，根据纳入、排除标准共选取86例，盲选法将其分为对照组（n=29）和观察组（n=29）。对照组进行常规护理，观察组在对照组的基础上进行结构性护理。比较2组患者的VAS评分和镇痛药物使用情况、心理状态、社会支持水平、希望水平及配合度。结果：观察组患者VAS（ 2.03 ± 0.69 ）分，显著低于对照组，且镇痛药物使用率较对照组更低 $P < 0.05$ ；护理后，观察组PHQ-9（ 4.70 ± 1.49 ）分、GAD-7（ 4.12 ± 1.30 ）分较对照组更低 $P < 0.05$ ；观察组客观支持（ 14.25 ± 3.11 ）分、主观支持（ 26.48 ± 2.62 ）分、支持利用度（ 6.58 ± 1.93 ）分、总分（ 49.21 ± 6.27 ）分均相较于对照组更高 $P < 0.05$ ；观察组积极态度（ 15.96 ± 2.25 ）分、积极行动（ 14.93 ± 2.99 ）分、亲密关系（ 16.82 ± 4.62 ）分、总分（ 47.59 ± 5.68 ）分均比对照组患者分值更高 $P < 0.05$ 。结论：结构性护理管理在老年肺癌患者的护理中能够显著降低患者的疼痛程度，减少镇痛药物的使用，改善患者的心理状态，提高社会支持水平和希望水平。

关键词：结构性护理；老年患者；肺癌；应用效果

引言

随着人口老龄化的加剧，老年肺癌患者的比例逐年上升。根据世界卫生组织（WHO）的数据，65岁以上的老年人占肺癌患者总数的近60%^[1]。老年肺癌患者不仅面临生理上的挑战，如心肺功能减退、免疫功能下降，还常常伴有高血压、糖尿病、冠心病等多种慢性疾病增加了治疗的复杂性和难度；老年人的认知功能和心理状态也可能受到影响，进一步影响其治疗依从性和生活质量^[2]。老年肺癌患者由于年龄和健康状况的特殊性，对疼痛的感知和表达能力较弱，加之个体差异较大，导致疼痛评估不够准确，患者常伴有食欲减退、消化吸收功能下降等问题，对护理的需求更为复杂和多样化^[3]。传统护理模式难以满足需求，护理质量不一，满意度低。结构性护理管理基于系统理论，强调科学方法，重视全面护理，提供规范、系统、连续的服务。SCM在糖尿病、慢性阻塞性肺疾病等多种疾病护理中得到了广泛的应用，并取得了显著成效^[4]。然而在老年肺癌患者方面尚报道较少。基于此，本研究首次系统地探讨了结构性护理管理在老年肺癌患者中的应用效果，填补了该领域的研究空白。

一、资料与方法

（一）一般资料

纳入我院2021年3月~2022年4月老年肺癌患者58

例，根据纳入、排除标准共选取86例，盲选法将其分为对照组（n=29）和观察组（n=29）。对照组患者男女比17:12；年龄60~85岁，平均年龄（ 75.24 ± 3.12 ）岁；患者存在合并慢性肺栓塞症、高血压、冠心病、糖尿病分别为6、16、4、3例。观察组患者男女比16:13；年龄62~85岁，平均年龄（ 75.31 ± 3.28 ）岁；患者存在合并慢性肺栓塞症、高血压、冠心病、糖尿病分别为7、14、4、1例。2组患者一般资料比较无统计学差异（ $P > 0.05$ ），存在可比性。纳入标准：（1）患者年龄60岁及以上；（2）经病理学检查确诊为肺癌；（3）患者具备配合护理人员指导能力；（4）患者除肺癌外，无其他严重并发症或合并症；（5）符合知情同意。排除标准：（1）无法确定肺癌的类型和分期；（2）患者存在认知障碍或精神疾病；（3）患者已参与其他与肺癌护理管理相关的研究；（4）存在严重的心理障碍；（5）患有其他器质性病变。

（二）方法

1. 对照组

常规护理，包括密切观察患者异常，及时报告并处理；鼓励清淡高营养饮食，多吃蔬果，避辛辣；倾听患者心理诉求，给予安慰，树立信心；鼓励适量锻炼，增强抗病力，避免过劳和感冒。

2. 观察组

在对照组基础上采用结构性护理管理。(1) 肿瘤科护士为肺癌患者提供疾病教育、康复指导, 简化信息传达, 增强患者心理预期, 分享成功案例, 提供专业心理咨询。(2) 温度管理: 维持治疗区域适宜温度, 加热输液药液至约 37°C , 防过热变形。(3) 速度管理: 根据个体调节输液速度, 监控反应, 适时调整或暂停输液。(4) 观察记录输液情况及不良反应。(5) 放松训练: 指导深呼吸和放松练习, 缓解呼吸困难和紧张。(6) 质量控制: 建立三级质控机制, 确保护理措施有效实施。

(三) 观察指标

1. VAS评分和镇痛药物使用情况

采用视觉模拟评分法(VAS)^[5]来评估患者的疼痛感受, 其中0分代表完全未感受到疼痛, 而10分则标志着疼痛达到了难以忍受的剧烈程度。患者通过根据个人实际疼痛情况进行自我评定。VAS的得分与患者的疼痛感受成正比; 此外还比较了2组患者的镇痛药物使用率。

2. 心理状态

分别运用中文版健康问卷抑郁量表(PHQ-9)^[6]与广泛性焦虑量表(GAD-7)^[7]对患者护理前后的抑郁及焦虑情况进行评估。PHQ-9涵盖9个项目, 总分最高为27分; GAD-7则涵盖7个项目, 总分最高为21分。两者均采用0至3分的四级评分体系, 评分越高, 则表明患者的抑郁与焦虑状况越为严重。

3. 社会支持水平

利用社会支持评定量表(SSS)^[8]来衡量患者社会支持程度。SSS量表由3个层面构成, 共计10个项目, 通过将各项目得分相加得出总分。患者的总分值与其社会支持水平成正比。

4. 希望水平

通过Herth希望量表(HHI)^[9]来评价患者希望程度。HHI量表分为3个层级, 共设有12个项目, 采用1至4分的四级评分制, 总分范围在12分至48分之间。得分越高, 反映出患者的希望水平优。

(四) 统计学分析

通过SPSS 27.0进行分析符合正态分布, 则采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 两组内比较t检验; 非正态分布数据以中位数描述, 使用Mann-Whitney U检验; 等级资料疗效用Z检验; 计数资料用 $[n(\%)]$ 表示, 进行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为检验标准。

二、结果

(一) VAS评分及镇痛药物的使用

观察组患者VAS(2.03 ± 0.69)分, 显著低于对照组, 且镇痛药物使用率6.90%较对照组更低 $P < 0.05$, 见表1。

表1 VAS评分及镇痛药物的使用率比较

组别	VAS(分)	镇痛药物使用率 $[n(\%)]$
对照组(n=29)	5.69 ± 1.18	9(31.03)
观察组(n=29)	2.03 ± 0.69	2(6.90)
t/χ^2	14.419	5.497
P	0.000	0.019

(二) PHQ-9、GAD-7评分

护理后, 观察组PHQ-9(4.70 ± 1.49)分、GAD-7(4.12 ± 1.30)分较对照组更低 $P < 0.05$, 见表2。

表2 PHQ-9、GAD-7评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	PHQ-9		GAD-7	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组(n=29)	7.21 ± 2.59	$6.23 \pm 1.60^*$	6.64 ± 2.19	$5.72 \pm 1.58^*$
观察组(n=29)	7.43 ± 2.65	$4.70 \pm 1.49^*$	6.77 ± 2.15	$4.12 \pm 1.30^*$
t	0.320	3.769	0.228	4.211
P	0.750	0.000	0.820	0.000

注: 与同组护理前比较, “*”表示 $P < 0.05$ 。

(三) SSS评分

观察组客观支持(14.25 ± 3.11)分、主观支持(26.48 ± 2.62)分、支持利用度(6.58 ± 1.93)分、总分(49.21 ± 6.27)分均相较于对照组更高 $P < 0.05$, 见表3。

表3 SSS评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	客观支持	主观支持	支持利用度	总分
对照组(n=29)	10.03 ± 2.24	20.42 ± 2.36	3.13 ± 1.32	32.18 ± 5.29
观察组(n=29)	14.25 ± 3.11	26.48 ± 2.62	6.58 ± 1.93	49.21 ± 6.27
t	5.929	9.255	7.946	11.179
P	0.000	0.000	0.000	0.000

(四) HHI评分

观察组积极态度(15.96 ± 2.25)分、积极行动(14.93 ± 2.99)分、亲密关系(16.82 ± 4.62)分、总分(47.59 ± 5.68)分均比对照组患者分值更高 $P < 0.05$, 见表4。

表4 HHI评分($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	积极态度	积极行动	亲密关系	总分
对照组 (n=29)	13.25 ± 3.15	11.02 ± 2.53	13.27 ± 4.06	38.02 ± 6.05
观察组 (n=29)	15.96 ± 2.25	14.93 ± 2.99	16.82 ± 4.62	47.59 ± 5.68
t	3.770	5.376	3.108	6.210
P	0.000	0.000	0.003	0.000

三、讨论

老年肺癌患者治疗中易不适, 护理干预重要。研究发现, 结构性护理管理通过疾病知识教育、温度速度管理减轻患者疼痛, 降低VAS评分, 增强心理预期和应对能力。此外, 通过恒温设备将药液加热至接近37℃, 并定期更换加热位置, 防止输液管道过热变形, 确保了患者治疗期间的舒适度^[10]。而对照组仅进行常规护理, 缺乏系统性的疼痛管理和舒适度提升措施, 导致患者疼痛评分较高。而观察组的镇痛药物使用率显著低于对照组, 这进一步验证了结构性护理管理在疼痛管理方面的有效性。通过详细的疾病知识教育和心理支持, 患者对治疗的预期更加明确, 能够更好地应对治疗过程中的不适, 减少了对镇痛药物的依赖^[11]。对照组由于缺乏这些措施, 患者在面对疼痛时更容易求助于镇痛药物, 导致镇痛药物使用率较高。

研究结果显示, 观察组患者的PHQ-9评分显著低于对照组, 这主要是因为结构性护理管理通过专业的心理咨询和成功治疗案例的分享, 有效减轻了患者的抑郁情绪。护理人员鼓励患者表达内心困扰, 建立积极向上的心态, 提高了患者的心理适应能力。对照组由于缺乏心理支持, 患者的抑郁情绪较重, 影响了治疗效果^[12]。观察组患者的GAD-7评分显著低于对照组, 这同样归因于结构性护理管理中的心理支持措施, 通过专业的心理咨询和成功治疗案例的分享, 患者对治疗的信心增强, 焦虑情绪得到有效缓解。对照组由于缺乏这些措施, 患者的焦虑情绪较重, 影响了治疗效果。

观察组SSS、HHI评分显著高于对照组, 因结构性护理管理增强了患者社会支持。通过疾病知识教育、心理支持和成功案例分享, 患者治疗信心增强, 家庭社会支持更积极。对照组缺乏这些, 社会支持弱, 影响疗效。

综上所述, 基于结构性护理管理的护理模式在老年肺癌患者的治疗中, 有效改善了患者的心理状态, 降低了抑郁和焦虑水平, 增强了社会支持, 促进了积极心态

和亲密关系的建立, 患者的治疗配合度显著提高, 显著改善了治疗效果和生活质量。

参考文献

- [1] 王欢欢, 刘如飞, 乔自娟, 等. 适应-系统双模式护理干预在肺癌根治术患者中的应用[J]. 河南医学研究, 2024, 33(20): 3806-3810.
- [2] 李丽, 申智慧, 张新峰, 等. 基于PERMA模式的干预方案对肺癌患者希望水平、应对方式及心理弹性的影响[J]. 河南医学研究, 2024, 33(19): 3617-3621.
- [3] 陈思洁, 闻春波, 陈文倩. 基于肯定效果多维度纵深强化护理在肺癌预防静脉血栓形成患者健康教育中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2024, 30(19): 159-162.
- [4] 蔡荟萃, 陈燕, 王燕, 等. 多形式健康教育模式联合简易呼吸功能锻炼对老年肺癌放疗病人癌因性疲乏及遵医行为的影响[J]. 实用老年医学, 2024, 38(09): 968-972.
- [5] 付莲英, 段淑云, 万水珍. 视觉模拟评分法在病人满意度调查中的应用[J]. 中国护理管理, 2008, 8(9): 68-69.
- [6] 孙晓艳, 李怡雪, 余灿清, 等. 中文版抑郁量表信效度研究的系统综述[J]. 中华流行病学杂志, 2017, 38(1): 110-116.
- [7] 何筱衍, 李春波, 钱洁, 等. 广泛性焦虑量表在综合性医院的信度和效度研究[J]. 上海精神医学, 2010, 22(4): 200-203.
- [8] 杨国愉, 冯正直, 夏本立, 等. 社会支持评定量表在军人群体中的信效度和常模[J]. 中国心理卫生杂志, 2006, 20(5): 309-312.
- [9] 王艳华. 中文版Herth希望量表用于癌症病人的可行性研究[J]. 护理研究, 2010, 24(1): 20-21.
- [10] 梁丽琴, 梁陈颖, 陈映霞, 等. 结构性营养护理管理在血透患者护理管理中的应用[J]. 中国卫生标准管理, 2023, 14(17): 171-175.
- [11] 吴曼曼, 赵蒙蒙. 结构性护理在重症胰腺炎患者护理中的应用效果分析[J]. 首都食品与医药, 2020, 27(13): 181.
- [12] 黄云莉, 王杨丹. 结构性授权理论在护理管理中的效果[J]. 中医药管理杂志, 2019, 27(22): 73-74. DOI: 10.16690/j.cnki.1007-9203.2019.22.035.