

以问题为导向的护理干预在早期宫颈癌症状群患者中的应用效果

宿晶¹ 周景梅¹ 王甜甜¹ 曹春花¹ 徐春艳^{2*}

1. 新疆医科大学附属肿瘤医院妇外一科 新疆乌鲁木齐 830011

2. 新疆医科大学附属肿瘤医院妇外三科 新疆乌鲁木齐 830011

摘要:目的:观察早期宫颈癌(Cervical cancer, CA)癌性疲乏与躯体症状群患者护理工作现状,分析以问题为导向的护理干预应用效果。方法:研究对象均为我院接治的CA症状群患者(n=60例),纳入时间为2020年1月至2022年12月,以随机数字表法分为对照组(n=30例)和研究组(n=30例),分别接受常规干预、联合以癌性疲乏与躯体症状群问题为导向的护理干预,评价患者自我效能感、癌性疲乏程度、应当方式及症状改善情况。结果:干预后研究组自我效能感量表(General Self-Efficacy Scale, GSES)评分较对照组更高(P<0.05);干预后研究组疲乏评估量表(Piper fatigue scale, PFS)评分、积极应当评分较对照组更高(P<0.05),消极应当评分较对照组更低(P<0.05);干预后研究组安德森症状评估量表(MD Anderson Symptom Inventory, MDASI)评分较对照组更低(P<0.05)。结论:CA癌性疲乏与临床生理症状群患者接受以问题为导向的护理干预,可促进自我效能感,减轻癌性疲乏,以积极方式应当疾病接受治疗,利于症状改善,该模式在CA临床治疗中具有较高推广价值。

关键词:以问题为导向的护理干预;宫颈癌症状群;癌性疲乏;应用效果

宫颈癌(Cervical cancer, CA)发病率、死亡率较高,属常见妇科恶性肿瘤,该疾病国内发病率正在逐年增加^[1]。CA患者受疾病、治疗等各方面因素影响,会有恶心、呕吐、疲惫、焦虑及抑郁等症状出现,对生活质量产生影响。上述症状经常同时并发,导致患者身心负担、功能障碍加重^[2]。而以上症状间具有协同作用,同单项症状比较,CA症状群需要更加系统全面的护理管理^[3]。常规干预缺乏对患者自我效能感、疾病应当方式、癌性疲乏方面的具体干预服务,因此整体干预效果较差^[4]。以问题为导向的护理是将问题作为干预核心,通过分析评估问题、构建问题解决方案等措施展开干预,以具体干预措施促进整体干预质量^[5]。而本次研究将癌性疲乏与躯体症状群问题作为护理干预的核心问题,通过对存在这类正症状群的患者进行护理,分析以问题为导向的护理干预在宫颈癌癌性疲乏与临床生理症状群

患者中的应用效果,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象均为我院接治的宫颈癌癌性疲乏与临床生理症状群患者(n=60例),纳入时间为2020年1月至2022年12月。纳入标准:(1)患者年龄35-70岁,符合CA确诊标准,合并症状群^[6]。(2)TNM分期I期、II期,临床相关资料完整,了解研究,自愿加入。排除标准:(1)合并其他妇科疾病或其他肿瘤疾病患者。(2)心肝肾等器官严重性功能障碍。(3)精神智力异常,无法正常沟通。以随机数字表法分为对照组(n=30例)和研究组(n=30例),资料差异不明显(P>0.05),见表1。研究已经院伦理委员会批准。

表 1 患者资料分析 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	平均年龄 (岁)	文化程度		TNM 分期	
			初中及以下	高中及以上	I 期	II 期
对照组	30	50.67 ± 1.36	8 (26.67%)	22 (73.33%)	19 (63.33%)	11 (36.67%)
研究组	30	51.20 ± 1.30	7 (23.33%)	23 (76.67%)	20 (66.67%)	10 (33.33%)
X ² /t	/	1.543		0.089		0.073
P	/	0.128		0.766		0.787

1.2 方法

1.2.1 对照组

护士接待患者过程中将科室规章制度、住院环境等介绍给患者及亲属,着重介绍遵医嘱用药的重要性;患者疾病症状、体征出现后,立即对症干预;给予患者科学营养饮食等常规干预。

1.2.2 研究组

联合以问题为导向的护理干预,如下:

1.2.2.1 对问题展开分析评估

以过往 CA 癌性疲乏与临床生理症状群患者护理工作经验为依据,查阅相关文献资料后分析评估患者存在的护理问题。

1.2.2.2 明确并构建问题目标,制定目标可行性计划

根据患者病情、具体诉求以提问形式同患者展开交流,同患者一起对当前身心状况、角色及社会功能改变情况进行分析,明确目标可行性。

1.2.2.3 对于问题展开分析讨论

同患者讨论治疗成功病例,对过往护理经验对于 CA 症状群患者症状改善情况进行分析,总结经验改善效果,借助多媒体等手段为患者进行相关分析,协助患者找寻问题解决方案。

1.2.2.4 以问题为导向护理原则为干预依据,展开以下方面干预

(1) 临床生理症状群药物使用方面护理。护士要根据患者文化程度选择适宜的介绍方式和语言向其介绍的药物具体作用、使用方法、可能出现的不良反应及相关用药注意事项。(2) 认知方面护理。以疲乏评估量表 (Piper fatigue scale,PFS) 中认知模块评估患者疾病健康知识认知情况,根据评估结果以 1 对 1 方式展开靶向性宣教,直到患者熟记为止。(3) 心理方面护理。护士要指导患者逐步了解和认清自己错误的情感认知和行为习惯,由护士逐一列举出其错误,加深患者认识,同时帮其建立积极的思维方式和行为习

惯,纠正错误,促进心理弹性、适应力。(4) 运动锻炼干预。适当的运动锻炼够帮助 CA 症状群患者改善心肺、消化及神经功能,增强机体抵抗力和免疫力,同时还能缓解负性情绪,利于提升睡眠质量。运动方案为:室外有氧运动慢走 30min/次,晚间慢走 30min/次,八段锦 35min/d,所有运动以患者接受情况为准。

1.3 观察指标

1.3.1 自我效能感评价

自我效能感量表 (General Self-Efficacy Scale, GSES): 疾病情况、运动情况、症状及体征管理、饮食管理及日常家务等维度组成,共计 10 道条目,总评分 10-40 分,分值越高代表自我效能感越强。

1.3.2 癌性疲乏、应对方式评价

PFS 量表: 认知行为、情感状况、感知情况、认知情况,共计 22 道条目,单条 0-10 分评分,评分越高癌性疲乏程度越高;应当方式量表^[7]: 积极应对、消极应当,每条 1-4 评分,总评分 40 分,积极维度评分越高,消极维度评分越低吗,代表应当方式越理想。

1.3.3 症状管理评价

安德森症状评估量表 (MD Anderson Symptom Inventory,MDASI); 2 个维度,共计 19 道条目,本次仅以第一个维度进行评价,0-10 分,0 分无症状,10 分症状极为严重。

1.4 统计学分析

采用统计学软件 SPSS20.0 进行数据分析,计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,两组间比较采用 t 检验;计数资料用率表示,采用 χ^2 检验;组间不同时间点计量资料比较采用重复测量方差分析检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 GESS 评价

干预前组间 GESS 评分差异不明显 ($P > 0.05$), 干预后研究组 GESS 评分较对照组更高 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 GESS 评分 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	疾病症状管理		饮食健康管理		运动恢复管理	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	30	2.03 ± 1.02	4.20 ± 1.10	3.16 ± 1.07	5.20 ± 1.20	2.12 ± 1.10	5.00 ± 1.20
研究组	30	2.05 ± 1.00	6.60 ± 1.25	3.15 ± 1.10	7.90 ± 1.50	2.15 ± 1.07	7.40 ± 2.20
t	/	0.077	7.895	0.036	7.699	0.214	5.246
P	/	0.939	0.000	0.972	0.000	0.831	0.000

2.2 PFS、应对方式评价 干预后研究组 PFS 评分、积极应当评分较对照组更高 (P < 0.05), 干预前组间 PFS、应当方式评分差异不明显 (P > 0.05), 消极应当评分较对照组更低 (P < 0.05), 见表 3。

表 3 PFS、应当方式评价 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PFS 评分		应当方式评分			
		干预前	干预后	积极应对		消极应对	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	30	18.33 ± 1.85	15.15 ± 1.60	20.12 ± 2.00	27.25 ± 2.87	24.12 ± 2.16	18.28 ± 1.55
研究组	30	18.35 ± 1.82	10.10 ± 1.00	20.10 ± 2.02	34.35 ± 3.60	24.05 ± 2.20	10.00 ± 1.00
X ²	/	0.042	14.660	0.039	8.447	0.124	24.586
P	/	0.966	0.000	0.969	0.000	0.901	0.000

2.3 MDASI 评价

组间干预前 MDASI 评分差异不明显 (P > 0.05), 干预后研究组 MDASI 评分较对照组更低 (P < 0.05), 见表 4。

表 4 MDASI 评价 ($\bar{x} \pm s$)

MDASI 项目	对照组 (n = 30)	研究组 (n = 30)	T	P
疼痛	2.40 ± 1.05	1.87 ± 0.85	2.149	0.036
疲乏	4.55 ± 1.15	3.50 ± 1.20	3.460	0.001
恶心	4.95 ± 1.35	4.10 ± 1.10	2.673	0.010
睡眠不佳	4.78 ± 1.05	3.50 ± 1.10	4.610	0.000
苦恼	4.90 ± 1.07	3.10 ± 0.90	7.051	0.000
气促	2.10 ± 1.05	0.80 ± 0.50	6.123	0.000
健忘	2.68 ± 1.25	1.02 ± 1.00	5.680	0.000
食欲降低	5.40 ± 1.10	4.00 ± 1.00	5.158	0.000
嗜睡	2.40 ± 1.60	1.20 ± 1.10	3.385	0.001
口干	4.30 ± 1.54	3.00 ± 1.00	3.855	0.000
悲伤	4.95 ± 1.15	3.00 ± 1.02	6.948	0.000
呕吐	4.90 ± 1.30	3.00 ± 1.05	6.228	0.000
麻木	1.98 ± 1.00	0.75 ± 0.42	6.211	0.000

3 讨论

CA 患者的诊疗、护理过程各种生理、心理症状一直存在, 如焦虑、抑郁等负性情绪、癌性疲乏、睡眠障碍等^[8]。症状群是以疲乏、睡眠不好、手脚麻木等 3 种以上症状构成, 且群内症状间彼此关联, CA 患者有营养症状群、肠道症状群、

泌尿系统症状群、躯体症状群、疲乏与负性情绪症状群等常见的症状群^[9]。而这些症状对患者治疗、护理依从性、生活质量等会造成严重的不良影响, 导致患者抗拒治疗或出现生理不适症状。

常规干预虽有心理疏导环节, 对于患者负性情绪具有一定改善作用, 但在消除负性情绪影响, 增强自我效能感方面差强人意。本研究, 干预后研究组 GESS 评分较对照组更高 (P < 0.05)。李静^[10]等关于急性淋巴细胞性白血病患者研究显示, 接受基于以问题为导向的专项护理干预的研究组 GSES 评分高于接受常规护理的对照组 (P < 0.05)。同本结果近似。分析认为, 以问题为导向的护理将患者作为护理工作中心, 通过把控问题, 对护理服务进行深度优化, 以促进护理质量提升。该模式要求医护人员对 CA 癌性疲乏与临床生理症状群患者展开细致探查和研究, 切实了解并掌握患者目前遇到的问题, 根据患者实际情况, 对其遇到的问题产生原因、特点进行分析后实施靶向干预, 提升患者自我效能感增强^[11]。

本研究, 干预后研究组 PFS 评分、积极应当评分较对照组更高 (P < 0.05), 消极应当评分较对照组更低 (P < 0.05)。姒怡冰^[12]关于乳腺癌放疗患者的研究显示, 联合个性化护理的观察组 PFS 评分低于接受常规护理的对照组 (P < 0.05)。李冬兰^[13]等关于行冠状动脉旁路移植术患者的研究显示, 接受基于问题导向护理干预的观察组疾病积极应当方式评分高于行常规护理的对照组 (P < 0.05),

疾病消极应当方式评分低于对照组 ($P < 0.05$)。同本结果近似。分析认为,本次实施以问题为导向的护理干预前,先对过往研究优点进行总结,对干预方案进一步展开优化,具体执行时重点关注问题分析环节,探查CA癌性疲乏与临床生理症状群患认知情况、相关需求,根据患者文化程度展开靶向性健康教育,以促进其疾病认知水平,护士以患者实际情况为依据对护理方向、护理内容进行完善。另外,对问题可行性进行分析,可帮助医护人员分析和总结既定护理目标,新的护理路径得到拓展,护理方案的实施得到保证,而且患者需求得到满足,利于其正确认知建立。同时以问题导向护理原则展开具体干预,医护人员充分论证问题,了解并掌握患者护理问题,根据成功治疗病例结合实际情况去探查并解决问题。而上述过程,患者癌性疲乏逐步减轻,继而能够积极面对疾病应对治疗、护理工作。

CA癌性疲乏与临床生理症状群患者诊疗、护理期间存在的各种生理、心理症状之间会相互影响、相互促进,导致病症加重,对患者及其照护者的身心均会产生直接或是间接影响,导致治疗、干预效果下降。因此改善症状是干预工作主要目标之一。本研究,干预后研究组MDASI评分较对照组更低 ($P < 0.05$)。胡航^[13]等关于宫颈癌根治术患者的研究显示,接受基于前馈控制模式的综合优质护理的观察组MDASI评分较近行常规护理的对照组更高 ($P < 0.05$)。分析认为,为促进整体护理质量的提升,本次以问题为导向护理原则展开具体的护理干预,注重对患者错误思想、行为进行纠正,帮其重构正确认知体系和行为习惯,利于症状、体征改善。以患者具体需求为依据制定相应的护理方案,评估患者认知、给予心理等多方面支持,可帮其充分了解和认识CA癌性疲乏与临床生理症状群,增强信心,积极主动配合治疗和护理工作开展,从而利于症状改善^[15]。

综上所述,CA癌性疲乏与临床生理症状群患者接受以问题为导向的护理干预,可促进自我效能感,减轻癌性疲乏,以积极方式应当疾病接受治疗,利于症状改善,该模式在CA癌性疲乏与临床生理症状群临床治疗中具有较高推广价值。

参考文献:

[1] 王静云,宋妙,张彬等.无缝衔接整体护理对宫颈癌腹腔镜手术患者术中低体温的影响[J].中国医药导报,2023,20(13):180-183.

[2] 邹颖,陆亚军.人文关怀和心理护理在宫颈癌患者中的应用效果观察[J].中国肿瘤临床与康复,2022,29(8):1021-1024.

[3] Blackburn, Lisa Hill, Catherine Lindsey, Amy L. Sinnott, Loraine T. Thompson, Kathryn Quick, Allison. Effect of Foot Reflexology and Aromatherapy on Anxiety and Pain During Brachytherapy for Cervical Cancer[J]. Oncology nursing forum, 2021, 48(3):221-225.

[4] 刘爱兰,张清伟.叙事护理对宫颈癌患者术后心理状态的影响[J].国际精神病学杂志,2022,49(2):347-349.

[5] Lin S, Chen W T, Gu C, et al. Knowledge, perception of HIV symptom severity and cervical cancer screening behaviour among women living with HIV in China[J]. European journal of cancer care, 2022, 31(2):1102-1105.

[6] 孔茹,郑杰.健康行为改变整合理论下的盆底肌康复治疗在宫颈癌术后尿潴留患者中的应用观察[J].检验医学与临床,2022,19(5):688-691.

[7] 陈树林,李凌江,骆宏,等.成年人应对方式量表的初步编制[J].中国临床心理学杂志,2004,12(2):123-125.

[8] 陈雪峰,吴雪萍,张飞亚等.全程护理模式在宫颈癌精准放疗中的实施效果[J].中国全科医学,2020,23(2):250-252.

[9] 陈燕.人文关怀和心理护理在宫颈癌患者护理中的应用效果观察[J].中华肿瘤防治杂志,2020,27(1):249-250.

[10] 李静,张彦明,王敏等.基于以问题为导向的专项护理干预在急性淋巴细胞性白血病患者中的应用效果[J].中国医药导报,2023,20(16):168-172.

[11] 姬素芬.全程强化护理干预对宫颈癌术后患者下肢深静脉血栓发生率及健康状况调查简表评分的影响[J].中国药物与临床,2020,20(6):1047-1048.

[12] 似怡冰.个性化护理对乳腺癌放疗患者癌因性疲乏的影响和护理质量分析[J].中华肿瘤防治杂志,2020,27(S1):206-207.

[13] 李冬兰,陈高飞.基于问题导向的护理干预对行冠状动脉旁路移植术患者自我管理能力和心理状态及生活质量的影响[J].新乡医学院学报,2023,40(5):473-477.

[14] 胡航,黄领,卜嫚嫚等.基于前馈控制模式的综合优质护理对宫颈癌根治术后恢复及并发症的影响[J].海南医

学,2022,33(6):810-813.

[15]Xu H, Mohile S G, Culakova E,etal.Patterns and predictors of rehabilitation therapy among older patients with advanced cancer admitted to nursing homes: A SEER-Medicare analysis[J].Journal of Clinical Oncology, 2021, 39(15):2212-2215.

作者简介:

宿晶(1985—),女,汉族,本科,新疆医科大学附属肿瘤医院妇外一科,主管护理师,妇科肿瘤护理。

* 通讯作者:徐春艳(1978—),女,汉族,硕士,讲师,新疆医科大学附属肿瘤医院妇外三科,主任护理师,妇科肿瘤护理。