

晚期癌症患者应用共享决策模式改善生活质量和心理状况的效果

陈海兰 王晓斐 朱海艳

南京鼓楼医院集团宿迁医院有限公司 江苏宿迁 223800

摘要:目的 探讨共享决策模式在晚期癌症患者改善生活质量和心理状况的效果。方法 选取2022年5月—2024年5月我科收治的34例晚期癌症患者作为研究对象,采用随机数字表法将患者分为实验组及对照组,每组17例。对照组实施常规干预模式,实验组实施基于常规干预模式搭配共享决策模式的护理干预,比较两组患者干预前后的生活质量、心理状况、满意度。结果 两组护理前生活质量指标(躯体功能、情绪功能及社会功能等)评分对比差别较小($P>0.05$);两组护理后以上生活质量指标评分较护理前高,且实验组较对照组高($P<0.05$)。两组护理前心理状况指标[焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)]评分对比差别较小($P>0.05$);护理后,两组以上心理状况指标评分明显低于护理前,且实验组低于对照组($P<0.05$)。实验组护理后参与决策满意指标(制定决策、协商交流、总满意度和信心、信息解释)的评分较对照组高($P<0.05$)。结论 基于共享决策模式的护理干预能有效提高晚期癌症患者生活质量和心理状况,提高患者满意度。

关键词: 共享决策;晚期癌症;生活质量;焦虑;抑郁

晚期癌症作为一种无法治愈的疾病,以表现为消瘦、乏力、虚弱、精神不佳等为表现症状,让患者面临着巨大的生理和心理压力,对患者的生活质量造成了巨大的影响^[1-2]。常规的护理手段对晚期癌症患者缺少针对性,往往侧重于疾病的生理治疗,忽视了患者的心理和社会需求,往往难以满足其需求^[3-4]。近年来,随着医疗技术的发展和护理理念的更新,信息技术不断发展,共享决策护理模式逐渐受到关注,并逐渐进入临床。共享决策通过提高患者的参与度和满意度,改善其生活质量和心理状况,尊重患者的中心地位,让护患共享信息,考虑患者实际和喜好,经过小组讨论,达成医疗决策共识,备受患者满意^[5-6]。基于此,本研究2022年5月—2024年5月对晚期癌症患者实施了基于共享决策模式的护理干预,并获得了理想的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取2022年5月至2024年5月期间我科收治的32例晚期癌症患者,经医院医学伦理委员会审核同意后,随机分为实验组和对照组,每组17例。纳入标准:①结合不适症状及肿瘤标志物检查等确诊为晚期癌症;②表现为消

瘦、乏力、虚弱、精神不佳等;②积极配合研究;③了解研究内容并确定在知情同意书签字。排除标准:①重复研究;②依从性差;③中途退出研究或参与过类似研究疾病。对照组男性10例,女性7例;年龄30~89岁,平均 (59.50 ± 9.53) 岁;食道癌4例,肺癌4例,乳腺癌3例,其他6例;婚姻状况:有配偶12例,无配偶5例。实验组男性12例,女性5例;年龄32~88岁,平均 (59.49 ± 9.52) 岁;食道癌5例,肺癌5例,乳腺癌4例,其他3例;婚姻状况:有配偶15例,无配偶2例。两组性别、年龄、晚期癌症类型及婚姻状况对比无较大差异($P>0.05$),可比较。

1.2 方法

1.2.1 对照组常规干预模式

给予患者常规干预模式,要求护理人员做好医师配合工作,为患者常规构建静脉通道,采集静脉血液,并提供心电支持,保证患者吸氧良好,做好患者治疗前准备工作等。

1.2.2 实验组采取常规干预模式+共享决策模式

实验组基于对照组同样干预模式下配合使用共享决策模式。①准备阶段。设立共享决策模式预小组,小组成员构成中医师2名、护士长1名和护理人员5名,其中,护士长

对小组成员负责,带领小组成员一起制订、修改并执行共享决策模式干预方案,并组织小组成员进行岗前培训。②入院处理。待患者出院后,和患者维持良好护患关系,待确诊患者患病后,评估患者病情和身心状态,征求患者对共享决策模式决策建议,以图文和口头方式为患者普及疾病有关知识,及时解答患者心中疑虑,把握患者心理状态,疏导患者不良心理,鼓励患者勇敢表达内心看法,告知患者保持良好心态。③告知参与、信息解释。护理人员为患者发放共享决策模式表,告知患者及家属参与决策的重要性,向患者或家属详细解释与治疗相关的风险、利弊,并通过决策辅助工具(DAs)提供必要的决策信息。鼓励患者敢于质疑,并迅速解答患者疑问,为患者预留2~5 min让其思考相关问题。④决策讨论、实施。结合患者意见,经小组共同讨论患者的价值观和偏好,以及治疗方案的利弊,并予以完善,和患者沟通有关问题,基于患者实际情况,共同制定最符合患者利益的方案,并确定决策方案,并付诸实施。

1.3 评价标准

①采用欧洲癌症治疗研究组织生存质量核心量表(European Organization for Research and treatment,EROTC-QLQ-C30)中文版对两组护理前后生活质量予以测评,该量表包含5项维度,分别为躯体功能、角色功能、情绪功能、认知功能、社会功能,各项维度总分为100分,评分越高,

则生活质量更好^[7]。②评估两组护理前后心理状况,中国焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale,SAS)评定领临界值为T=50分,其中,50~59分、60~69分及69分以上分别属于轻、中及重度焦虑症,随着评分增加,则焦虑倾向更严重;中国抑郁自评量表(Self-rating depression scale,SDS)评定领临界值为T=53分,其中,在53~62分、63~72分及73分以上分别属于轻、中及重度抑郁症,随着评分增加,则抑郁倾向更严重^[8]。③对参与决策满意度调查,在患者出院时编制用于评估两组护理后对医疗决策参与的满意度量表,总分为64分,由4个层次构成,分别为制定决策、协商交流、总满意度和信心、信息解释,各记分12分、16分、20分、16分,评分越高表示服务措施满意度越高。

1.4 统计学分析

通过SPSS 23.0统计技术统计分析本研究涉及统计学方面的数据。将($\bar{x} \pm s$)作为计量资料的统计学描述方法,采取t检验方法。 $\alpha=0.05$ 表达为示数据差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 生活质量

护理前,两组生活质量指标(躯体功能、情绪功能及社会功能等)评分对比无较大差异($P>0.05$)。护理后,两组以上生活质量指标评分高于护理前,且实验组高于对照组($P<0.05$)。见下表1:

表1 两组护理前后生活质量改善情况比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数(n)	躯体功能		角色功能		情绪功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	17	51.43 ± 7.34	60.47 ± 7.15	44.47 ± 5.67	51.76 ± 6.47	49.65 ± 7.21	56.56 ± 7.23
实验组	17	50.56 ± 7.13	68.23 ± 6.34	43.35 ± 6.21	57.45 ± 7.01	47.76 ± 7.19	65.47 ± 8.01
t		0.351	3.348	0.549	2.459	0.765	3.405
P		0.728	0.002	0.587	0.020	0.450	0.002

注1:与护理前比, &P<0.05。

表2 续上表1($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数(n)	认知功能		社会功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	17	53.95 ± 8.01	78.76 ± 9.34	52.76 ± 8.09	58.47 ± 7.54
实验组	17	52.95 ± 7.54	85.47 ± 9.01	51.97 ± 7.22	64.56 ± 8.14
t		0.375	2.132	0.300	2.263
P		0.710	0.041	0.766	0.031

注2:与护理前比, &P<0.05。

2.2 心理状况

护理前,两组心理状况指标(SAS、SDS)评分对比无

较大差异($P>0.05$)。护理后,两组以上心理状况指标评分明显低于护理前,且实验组低于对照组($P<0.05$),见表3。

表 3 两组护理前后心理状况改善情况比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数 (n)	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	17	53.83 ± 4.77	39.90 ± 5.31&	54.51 ± 4.56	39.45 ± 4.31&
实验组	17	55.84 ± 4.50	33.60 ± 4.50&	55.56 ± 5.03	30.91 ± 3.57&
t		0.215	3.732	0.638	6.292
P		0.215	0.001	0.528	<0.001

注 3: 与护理前比, &P<0.05。

2.3 参与决策满意情况

实验组护理后参与决策满意指标 (制定决策、协商交

流、总满意度和信心、信息解释) 的评分明显高于对照组

(P<0.05)。见下表 3:

表 4 两组护理后参与决策满意评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数 (n)	制定决策	协商交流	总满意度和信心	信息解释
对照组	17	6.49 ± 2.54	10.77 ± 2.28	12.30 ± 3.31	10.45 ± 2.62
实验组	17	9.70 ± 1.27	12.37 ± 2.50	14.74 ± 3.64	12.58 ± 2.82
t		4.661	1.950	2.045	2.282
P		<0.001	0.060	0.049	0.029

3 讨论

晚期癌症发病因为长期吸烟、大量饮酒及长期接触化学致癌物等, 患病后, 让患者承受巨大疼痛, 出现焦虑和抑郁的心理, 不愿配合治疗和护理, 导致患者病情加重^[9-10]。

常规护理虽对晚期癌症病情有一定干预效果, 但不重视患者心理变化, 致使患者心理状态欠佳, 应用效果有限。当前人们主观意识不断越来越强, 患者参与制定决策, 有助于提升依从性。随着信息技术的发展, 信息化共享决策模式逐渐进入临床, 通过智能手机、平板电脑等电子设备向患者提供治疗信息, 进一步提升了决策的科学性和患者的参与度。共享决策模式围绕“医师+护士+患者”开展工作, 结合患者实际情况设计治疗决策, 满足患者实际需求, 让患者参与治疗及干预方案的制定, 使患者充分了解治疗方案, 有助于维持患者身心健康^[11-12]。共享决策模式优势体现在以下几点: ①生理与心理的双重关怀。晚期癌症患者面临生理和心理的双重困境。共享决策护理模式通过提供全面的生理和心理支持, 帮助患者应对病痛和心理压力。护理人员主动倾听患者的需求和感受, 给予充分的关爱和照顾, 使患者在身体和心理上得到双重关怀。②提高患者参与度与满意度。通过共享决策护理模式, 患者及其家属能够积极参与医疗决策过程, 了解治疗方案的利弊和风险, 从而做出更加符合自身意愿的决策。这种参与度的提升不仅增强了患者对医护人员的信任感, 还提高了患者的满意度和治疗效果。③信息化手段的辅助作用。随着信息技术的发展, 信息化共享决策模式

逐渐应用于临床。通过智能手机、平板电脑等电子设备向患者提供治疗信息, 使患者能够更加方便地获取和利用信息, 提高决策的科学性和准确性。这种信息化的手段进一步促进了医患之间的沟通和合作。

在本研究中, 两组护理后心理状况指标 (SAS、SDS) 评分对比, 实验组较低 (P<0.05)。提示, 共享决策模式有助于改善患者心理状况。这是因为给予患者共享决策模式。待患者入院后评估患者心理状态并征求患者对参与共享决策的意见, 告知患者相关疾病知识, 解答患者心中疑虑, 给予患者心理辅导, 让患者表达内心想法, 维持患者情绪稳定, 在协商交流环节, 鼓励患者表达内心疑问, 并有效解答, 通过以上护理措施的实施排解了患者焦虑和抑郁情绪。两组护理后生活质量指标 (躯体功能、情绪功能及社会功能等) 评分对比, 实验组较高 (P<0.05)。提示, 共享决策模式有助于提升患者生活质量。考虑是因为让患者接受共享决策模式干预, 做好干预准备, 便于工作实施, 患者出院后, 做好患者病情、心理等处理工作, 和患者及其家属协商交流, 在决策讨论、实施环节, 讨论意见并完善, 取得患者及其家属支持, 执行方案, 让患者积极配合干预, 有助于患者病情好转, 早日步入正常生活, 以此改善了患者生活质量。此外, 两组护理后参与决策满意指标 (制定决策、协商交流、总满意度和信心、信息解释) 的评分对比, 实验组较高 (P<0.05)。提示, 共享决策模式有助于提升患者参与决策满意体验。这是由于对患者采取共享决策模式, 让患者以良好心态配合干

预,使患者获得了较高生活质量,获得患者及家属的理解和认可,以此获得了较高参与决策满意。此外,因为此次研究样本量有限,导致研究有所不足,后续仍需增加样本量投放力度,以优化和完善研究内容,

4 结论与展望

本研究表明,晚期癌症患者应用共享决策护理模式能够显著提升其生活质量和心理状况。通过提高患者的参与度和满意度,减少焦虑情绪和心理负担,该模式在临床应用中展现出良好的效果。

未来应进一步加强医护人员对共享决策护理模式的培训和教育,增强其意识和能力。同时,结合我国文化特色研制出符合国情的共享决策评价体系,以推动该模式在我国的广泛应用和发展。此外,还需关注信息化手段在共享决策中的应用效果,不断优化和完善决策支持系统,为晚期癌症患者提供更加全面和个性化的护理服务。

参考文献:

- [1] 潘春艳,吴莹莹,纪红梅,等.舒适护理模式干预在晚期癌症患者居家安宁疗护中的应用[J].中国实用护理杂志,2024,40(8):575-582.
- [2] 安阳,刘美玲.缓和医疗护理模式在晚期癌症患者中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(6):17-20.
- [3] 孟照璇,赵鑫,李翀.癌症患者参与治疗决策的研究现状分析[J].当代护士(下旬刊),2022,29(8):9-13.
- [4] 梁亭亭,顾磊,羊波,等.基于共享决策理念的健康教育联合个体化营养支持在肺癌根治术后康复中的应用[J].中国医刊,2024,59(4):460-463.
- [5] 柳雪晴,易晨,汪露.共享决策支持下疾病全程

管理干预对乳腺癌根治术患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2024,30(14):109-112.

[6] 李佩佩,刘彦慧,牛韩菲菲,等.共享决策在癌症领域研究的可视化分析[J].军事护理,2023,40(2):46-49.

[7] 林艳,王文惠.基于共享决策理念的健康教育在肺癌根治术后患者肺功能锻炼中的应用效果[J].医学临床研究,2023,40(2):290-293.

[8] 牛雅丽,朱永乐,郭彩娟,等.医院-家庭一体化干预模式对晚期肺癌化疗患者癌痛家庭一体化干预模式对晚期肺癌化疗患者癌痛,心理状态心理状态,睡眠质量和生活质量的影响[J].癌症进展,2023,21(15):1726-1729.

[9] 李佩佩,左丹丹,骆赟飞.共享决策理念支持下护患互动干预在胃癌术后化疗患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2023,29(6):9-12.

[10] 韩知浩,方勇,蔡燕吉,等.晚期癌症患者主要照顾者参与预立医疗照护计划障碍的质性研究[J].中华护理杂志,2023,58(21):2624-2630.

[11] 王慧琳,白杨,张永明,等.SHARE模式在我国癌症患者不幸消息告知中的应用[J].中国医刊,2023,58(2):141-143.

[12] 周春鹤,李惠艳,高巍,等.晚期癌症患者基于共享决策理论的预立医疗照护计划干预[J].护理学杂志,2024,39(10):1-5.

作者简介:

陈海兰(1982—),女,汉族,本科,对老年慢性伤口有一定临床经验。