安徽医药, 2013, 17(10):1817-1819.

[8] 李健. 生长激素激发试验的相关护理问题及有效护理干预[J]. 中国实用护理杂志, 2013, 29(1):102.

[9] 赵迎春. 52 例重组人生长激素治疗青春期前特发性矮小症儿童的护理[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(20):47-49.

[10] Kim DK, Yun S, Son GH, et al. Coevolution of the spexin/galanin/kisspeptin family: Spexin activates galanin receptor type II and III[J]. Endocrinology, 2014, 155(5):1864-1873.

[11] Shahmoon S, Rubinfeld H, Wolf I, et al. The aging suppressor klotho: a potential regulator of growth hormone secretion[J]. Am J Physiol Endocrinol Metab, 2014, 307(3):326-334.

[12] 王慧燕, 陶洪群, 王玲莉, 等. 矮小症儿童 GH 激发试验及 25-(OH)D 水平的调查分析[J]. 医学研究杂志, 2016, 45(1):132-134.

(收稿日期:2017-05-01 修回日期:2017-08-01)

• 临床探讨 •

多学科团队协作的延续护理模式在癌痛患者居家自我管理中的应用*

刘红丽, 杨 鸿, 余维倩[△]

(重庆大学附属肿瘤医院/重庆市肿瘤医院/重庆市肿瘤研究所肿瘤内科 400030)

摘要:目的 探讨多学科团队协作的延续护理模式对癌痛患者居家自我管理的应用效果。方法 选取 2016 年重庆市肿瘤研究所肿瘤内科收治的服用阿片类药物的癌痛患者 280 例作为研究对象, 随机分为观察组和对照组, 每组各 140 例, 对照组按常规治疗和护理, 观察组给予多学科团队协作的延续护理, 对两组患者自我管理、满意度进行比较。结果 两组患者自我管理及满意度比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 多学科团队协作的延续护理可提高居家癌痛服用阿片类药物患者的自我管理及满意度, 提高其生活质量。

关键词: 多学科团队; 延续护理; 癌症; 疼痛; 阿片类药物

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.24.026 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)24-3636-03

近年来, 随着恶性肿瘤发病率的不断上升, 疼痛作为肿瘤患者普遍存在的症状, 也成为恶性肿瘤患者最大的困扰^[1]。据统计, 目前我国癌症发病率为 235.23/100 000, 病死率为 148.81/100 000, 随着医疗技术的发展, 癌症患者生存时间虽逐渐延长, 但癌痛发生率较高、治疗过程痛苦, 存活者生存质量成为人们关注的热点^[2], 因此, 癌痛控制被世界卫生组织(WHO)列为癌症治疗的重点。20 世纪 90 年代末, 美国医学研究中心学者 Wagner^[3] 提出对慢性病最成功的干预方式就是应用协调的多学科团队协作管理模式。多学科团队协作使传统个体经验性护理模式转变为现代团队协作规范化模式, 把对患者的关爱融入到诊疗过程中, 实现专业化、规范化和合理化的诊疗活动, 提升患者生存质量^[4]。本科室作为本院的癌痛规

范化治疗病房, 把对癌痛患者的规范化管理延伸至院外, 本研究运用多学科团队协作的延续护理模式对居家服用阿片类药物的癌痛患者实施干预, 取得较好的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年本科室收治的服用阿片类药物的 280 例癌痛患者作为研究对象, 经本院医学伦理委员会批准, 所有患者均签署知情同意书。按入院时间顺序分组, 2016 年 1—6 月纳入研究对象 140 例作为对照组, 2016 年 7—12 月纳入研究对象 140 例作为干预组。两组患者性别、年龄、疼痛数字评分法(NRS 评分)、文化程度、卡氏评分(KPS 评分)等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性, 见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	n	性别(n)		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	NRS 评分(n)			文化程度(n)			KPS 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)
		男	女		>3~6 分	>6~9 分	>9 分	小学	中学	大专及以上学历	
干预组	140	99	41	58.38±6.27	102	37	1	42	61	37	87.67±12.11
对照组	140	95	45	68.19±7.16	105	33	2	38	62	40	86.38±11.23
χ^2/t		0.269		0.287	0.605			0.325			0.392
P		0.349		0.582	0.739			0.850			0.619

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)首次入院, 存在癌性疼痛并服用阿片类

药物, 疼痛评分采用国际通用的 NRS 评分, 总分 0~10 分, 0 分为无痛, >0~3 分为轻度疼痛(疼痛不影响睡眠), >3~6 分

* 基金项目: 重庆市卫生和计划生育委员会医学科研面上项目(20143026)。

[△] 通信作者, E-mail: cqszyjsywq@163.com。

为中度疼痛, >6~9 分为重度疼痛(不能入睡或睡眠中痛醒), >9 分为剧痛, 按 WHO 三阶梯止痛原则, 大于或等于 4 分者给予药物指导应用^[5]; (2) 认知功能正常, 能够正确理解和回答问题; (3) 组织病理学检查确诊为恶性肿瘤; (4) 知情同意并自愿参加本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 伴有其他非肿瘤引起疼痛的疾病; (2) 存在精神障碍者; (3) 不愿配合完成本研究者。

1.3 研究方法

1.3.1 对照组 给予常规出院指导, 对服用阿片类药物的患者进行健康宣教, 出院时发放科室自制的健康知识宣传手册, 内容包括: 引起疼痛的原因、疼痛评估工具、疼痛评估方法、疼痛评估内容、止痛药物的使用原则、止痛药物的不良反应、疼痛缓解方法、疼痛控制目标、疼痛随访热线等。出院后 3 d 内电话随访 1 次, 如果患者情况较好则于 1 周后再进行 1 次电话随访, 如患者一般情况较差告知患者及时来院就诊。

1.3.2 观察组 在常规出院指导的基础上给予多学科团队协作的癌痛延续护理, 具体方法如下: (1) 组建多学科团队协作的延续护理小组, 由组长、疼痛专科医生、心理咨询师、营养师、肿瘤专科护士、资料收集员组成。组长由护士长担任, 负责组织、协调工作; 疼痛专科医生负责随访过程中患者止痛药物专业知识的解答和制订解决方案; 心理咨询师负责患者心理评估和咨询; 营养师负责患者营养状况评估和营养咨询; 肿瘤专科护士负责患者的药物指导护理和咨询; 资料收集员负责资料收集和整理。随访团队的成员均必须接受癌痛规范化治疗和护理知识培训、常用镇痛药物及辅助用药作用机制, 以及不良反应的培训、与患者沟通技巧的培训。(2) 建立随访管理制度, 患者住院时多学科团队对其进行详细的临床情况评估, 详细记录患者的一般健康状况并建立健康档案, 并由患者本人及其家属参与。根据患者及家属的文化程度、性格特点、经济条件、家庭环境及自身接受能力、自理能力等的个体差异, 制订持续且便于接受及实施的个性化健康教育方案, 以及出院后的随访计划。出院后由多学科团队人员为不同患者制订出院计划, 进行出院后有规律的随访及持续电话支持。了解患者出院后的治疗效果、病情变化和恢复情况, 评估患者的遵医行为, 提供用药、康复等专业技术指导。随访中如遇特殊、疑难问题不能及时解决, 则评估问题发生的原因及具体情况, 及时与多学科团队联系共同进行讨论、分析, 给予处置意见。(3) 确立随访对象, 患者住院期间由肿瘤专科护士对患者进行单独访视、组织集体听课等方式, 让患者了解疼痛原因、疼痛评估方法、疼痛评估内容、止痛药物使用原则、止痛药物不良反应、疼痛缓解方法、疼痛控制目标等, 并教会患者及家属如何进行疼痛评估; 同时了解患者是否愿意随访, 这样不仅可以征得患者同意, 也可以减少患者失访率, 同时签署知情同意书。(4) 建立随访对象电子病历, 包括患者一般情况、疼痛发生时间、疼痛强度、疼痛部位、疼痛处理、用药评分、止痛药物用药史, 不良反应处理、简明疼痛评估量表使用方法; 电子病历由延续护理小组存档, 所有小组成员共享患者一般资料。(5) 患者及家属癌痛评估工具使用培训, 患者住院期间由肿瘤专科护士对患者及其亲属或主要陪护者进行一对一疼痛评估工具使用培训, 每日进行强化练习, 在患者出院前 1 d, 延续护理小组成员再次进行疼痛评估模拟演练, 以确保患者出院后能熟练使用该评估工具。

1.4 随访

1.4.1 随访方式 (1) 电话随访, 加强与患者的沟通, 使患者保持良好的遵医行为; (2) 搭建手机微信平台, 每天安排 1 名小组成员负责关注并引导平台内互动交流、讨论、咨询, 解答问题, 实行一对一交流, 及时了解患者癌痛控制情况、疾病恢复情况、药物相关知识掌握及需求等。如有患者或家属 1 周末在平台中出现, 要主动询问情况, 查明原因。

1.4.2 随访时间 (1) 电话随访时间: 患者出院后 3 d 内进行首次随访, 第 2 次为出院后 3 d 至 1 周, 1 周后开始每周 1 次随访, 1 个月后每个月进行 1 次随访, 共随访 3 个月; (2) 手机微信平台随访时间: 患者可通过平台随时咨询, 小组成员随时进行解答和回复, 共随访 3 个月。随访过程中如遇特殊、疑难问题不能及时解决, 则及时与多学科团队联系共同进行讨论、分析, 给予处置意见。

1.4.3 建立居家癌痛患者随访档案 主要记录内容包括: (1) 患者一般情况及疼痛部位、性质、评分、不良反应等; (2) 患者服药情况, 包括镇痛药物名称、剂量、用法、不良反应等; (3) 患者的心理状态及情绪; (4) 遵医行为的评估及饮食管理; (5) 工作与休息管理, 是否因疼痛影响日常活动及休息, 是否与家人、朋友能融洽相处。每周由护理联络员对护理干预内容进行收集, 由资料收集员对数据进行纵向对比与总结。

1.5 观察指标

1.5.1 癌痛患者居家自我管理能力的评估 采用居家癌痛患者自我管理活动量表进行评估, 该量表是在 Lorig 等创建的慢性病自我管理研究测量表^[6]中的慢性病患者自我管理行为量表为证据的基础上编制而成, 包括 6 个维度(情绪管理、不良反应管理、疼痛监测、工作与休息管理、治疗依从性、饮食管理), 共 23 个条目, 采用 Likert 4 级评分法, 赋分 1~4 分, 分别表示根本做不到、偶尔做到、基本做到、完全做到, 总分 23~92 分。每个维度的条目得分相加, 代表维度总分, 维度总分相加, 代表自我管理能力的总分, 得分越高, 表示自我管理能力越好。该问卷的重测信度为 0.92, Cronbach's α 系数为 0.78, 该量表具有良好的信度和效度。

1.5.2 患者对护理服务的满意度 采用科室自行设计的癌痛患者满意度调查问卷进行调查, 共 8 个条目, 条目采用 Likert 4 级评分法, 赋分 1~4 分, 分别表示对护理服务的满意度, 分为不满意、一般满意、比较满意、非常满意, 总分 8~32 分, 得分越高表示患者满意度越高, 该问卷 Cronbach's α 系数为 0.86。所有调查表由护理联络员和资料收集员于患者来院复诊时及时发放、及时收回, 由患者亲自填写, 填表前向患者说明填表的目的和要求。

1.6 统计学处理 采用 SPSS18.0 对所得数据进行统计学分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用两独立样本 t 检验, 计数资料以百分率表示, 组间比较采用秩和检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组癌痛患者居家癌痛自我管理得分比较 见表 2。观察组患者情绪管理、不良反应管理、疼痛监测、工作与休息管理、治疗依从性、饮食管理得分, 以及自我管理能力的总分均高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 两组癌痛患者对护理服务满意度比较 见表 3。观察组癌痛患者对护理服务满意度高于对照组患者, 差异有统计学意义($Z = 3.232, P < 0.05$)。

表 2 两组患者居家自我管理得分比较(̄x±s,分)

组别	n	自我管理总分	情绪管理	不良反应管理	疼痛监测	工作与休息管理	治疗依从性	饮食管理
观察组	140	90.97±9.64	15.25±0.56	16.57±1.95	15.42±3.27	14.35±1.45	15.02±2.75	14.25±2.23
对照组	140	83.78±8.20	13.60±0.95	14.38±1.07	13.70±4.11	12.65±1.22	13.94±3.19	11.25±1.58
t		2.635	5.456	6.292	5.337	4.962	5.960	5.706
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 3 两组癌痛患者对护理服务满意度比较[n(%)]

组别	n	非常满意	比较满意	一般满意	不满意
观察组	140	76(54.29)	55(39.29)	8(5.71)	1(0.71)
对照组	140	69(49.29)	35(25.00)	33(23.57)	3(2.14)

3 讨论

3.1 多学科团队协作的延续护理模式可提高居家癌痛患者自我管理 由于居家服用阿片类药物的癌痛患者常常出现漏服止痛药物、服药依从性差的现象,导致疼痛控制不佳,困扰患者及家属,影响其工作和休息^[7]。因此,为了提高患者治疗依从性,降低药物漏服率发生,需要有针对性地提高患者的自我管理。本研究结果显示,观察组患者情绪管理、不良反应管理、疼痛监测、工作与休息管理、治疗依从性、饮食管理得分及自我管理总分均高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),与安志洁等^[8]、丁从兰等^[9]等研究结果一致。究其原因,护理人员对观察组患者癌痛管理情况进行实时跟踪,及时得知患者在居家服药中遇到的问题,及时解答,及时进行护理干预,纠正患者对癌痛的不正确认识,积极做好自我管理,保证良好的依从性和自我管理。郭欣等^[10]的研究认为,护理人员被视为癌痛管理最主要的参与者,是实现有效癌痛管理的保证,癌痛管理团队的成立在癌痛管理中发挥主要作用,可提高患者的生活质量。居家服用阿片类药物的癌痛患者在自我管理中认为癌痛是正常现象,能忍则忍,食欲下降、睡眠质量降低,甚至出现人际关系不和谐,有些患者对医护叙述疼痛时,不能提供全面信息,造成评估不准确,而有的患者不按时、不定量口服止痛药物,甚至担心不良反应、成瘾性而自行停药。因此,为患者提供相关正确的信息在提高其自我管理方面显得至关重要。服用阿片类药物的癌痛患者需要进行延续跟进护理,可改善患者服药依从性,提高其生活质量。

3.2 多学科团队协作的延续护理模式可提高居家癌痛患者满意度 本研究结果显示,观察组癌痛患者对护理服务满意度高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。表明通过成立癌痛延续护理管理小组,提高了科室护理人员的癌痛相关知识,使癌痛患者在居家期间也能够得到专业人员的护理指导,通过电话随访及手机微信平台,一对一交流,满足患者及家属的需求,提高了患者的满意度。通过手机微信平台,24 h 在线,积极与患者联系,及时发现问题并解答疑虑,对错误的观念立即给予纠正,起到了有效的督导作用,加强了患者及家属的居家癌痛管理能力。胡丽娟等^[11]的研究显示,通过组建癌痛护理策略

团队来解决临床护理疑难问题,提高了护理人员的癌痛认知水平,使患者癌痛评分降低、需使用的止痛药物剂量减少,患者的癌痛症状得到有效控制。本研究通过成立延续护理管理小组,护理人员应用专业知识对居家癌痛患者进行专业化指导,促进了患者癌痛自我管理,提高了患者对护理服务的满意度。

综上所述,多学科团队协作的延续护理模式能有效结合各学科独特的优势,更好地将医院与家庭、康复、护理等工作有效衔接,该模式应用于居家服用阿片类药物患者的疼痛自我管理,促进了患者积极采取健康的生活方式,延缓疾病的临床进展,最终改善其生活质量。

参考文献

- [1] 唐燕青,万永慧,陈芊,等.我国癌痛患者延续护理研究现状[J].护理管理杂志,2016,16(11):796-798.
- [2] Zheng R, Zeng H, Zhang S, et al. National estimates of cancer prevalence in China, 2011[J]. Cancer Lett, 2016, 370(1):33-38.
- [3] Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management[J]. BMJ, 2000, 320(7234):569-572.
- [4] 黄静,梁冠冕,屠奕,等.头颈肿瘤多学科协作诊治模式下护理管理实践[J].中国护理管理,2015,15(4):487-490.
- [5] 李小寒,尚少梅.基础护理学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2012:430-431.
- [6] 刘晓,吴燕妮,李金秀,等.国内外常用慢性病患者自我管理量表研究与展望[J].护理学报,2011,18(9A):20-23.
- [7] 范祖燕,林金香,吴丹纯.疼痛全程管理对癌痛患者服药依从性及爆发痛的影响[J].护理学杂志,2017,32(1):33-36.
- [8] 安志洁,陈鹏.居家癌症疼痛患者 CDSMP 护理干预的效果评价[J].护理研究,2014,28(5B):630-632.
- [9] 丁从兰,张蓉.院外延续管理对癌症患者镇痛治疗的作用[J].中华护理杂志,2011,46(5):466-468.
- [10] 郭欣,陈赞,施雁.疼痛管理的发展现状[J].护理研究,2014,28(3):257-259.
- [11] 胡丽娟,毛惠娜,王梅,等.综合医院癌症疼痛护理策略团队的管理与成效[J].中华护理杂志,2012,47(2):127-129.

(收稿日期:2017-06-19 修回日期:2017-09-02)