

安宁疗护对社区晚期肿瘤患者生命态度及生存质量的影响

沈晓琳

上海中医药大学附属龙华医院 200032

【摘要】：目的 探讨安宁疗护对社区晚期肿瘤患者生命态度及生存质量的影响。方法 选取 2025 年 1 月—2026 年 1 月上海中医药大学附属龙华医院收治的 92 例社区晚期肿瘤患者作为研究对象，采用随机数字表法将其分为对照组与观察组，每组各 46 例。对照组实施常规社区护理，观察组在对照组基础上实施安宁疗护。比较两组患者干预前后的中文版死亡态度描绘量表（DAP-R）评分及健康调查简表（SF-36）评分。结果 干预后，观察组 DAP-R 中死亡恐惧、死亡逃避及逃离接受评分均低于对照组（ $P<0.05$ ），自然接受及趋近接受评分均高于对照组（ $P<0.05$ ）。干预后，观察组 SF-36 中心理功能、社会功能、躯体功能及物质生活各维度评分均高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论 安宁疗护能够有效转变社区晚期肿瘤患者的生命态度，帮助患者以更平和的心态面对死亡，同时显著提升患者的生存质量。

【关键词】： 晚期肿瘤；安宁疗护；生命态度；生存质量；社区护理

晚期肿瘤是恶性肿瘤发展的终末阶段，患者因肿瘤广泛转移及全身消耗，常伴有严重疼痛、恶病质及多器官功能减退，已丧失手术根治及常规放化疗的最佳时机。此阶段患者不仅要承受躯体上的巨大痛苦，更面临死亡的直接威胁，易产生焦虑、恐惧、绝望等负性情绪，对生命态度产生消极转变，生存质量显著下降。常规社区护理主要围绕基础病情监测与对症支持展开，对患者心理、精神及社会层面的关注不足，难以满足晚期肿瘤患者的综合性照护需求。安宁疗护是一种以患者为中心的全方位照护模式，强调通过疼痛管理、心理疏导、死亡教育及人文关怀等多维度干预，帮助患者有尊严地度过生命终末期。本研究旨在探讨安宁疗护对社区晚期肿瘤患者生命态度及生存质量的影响，为社区安宁疗护实践提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用回顾性分析方法，选取 2025 年 1 月至 2026 年 1 月期间于上海中医药大学附属龙华医院所属社区卫生服务中心接受诊疗的 92 例晚期肿瘤患者作为研究对象。依据随机数字表法将其分为对照组与观察组，每组各 46 例。对照组 46 例患者中，男性 24 例，女性 22 例；年龄分布为 63 至 88 岁，平均年龄（ 74.36 ± 6.52 ）岁；肿瘤类型：肺癌 18 例，胃癌 12 例，肝癌 8 例，结直肠癌 6 例，其他 2 例。观察组 46 例患者中，男性 25 例，女性 21 例；年龄分布为 62 至 89 岁，平均年龄（ 75.02 ± 6.48 ）岁；肿瘤类型：肺癌 17 例，胃癌 13 例，肝癌 7 例，结直肠癌 7 例，其他 2 例。经统计学比较，两组患者在性别构成、平均年龄及肿瘤类型等一般资料方面差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有组间可比性。

1.2 方法

对照组接受常规社区护理。社区护士每周上门或电话随访 1-2 次，监测患者生命体征及疼痛程度，指导遵医嘱服药；给予基础饮食建议（易消化软食、少量多餐）及常规言语安慰；指导家属协助患者定期翻身预防压疮，保持皮肤清洁。每次随访约 20-30 分钟，干预周期 8 周。观察组在常规护理基础上实施安宁疗护，由全科医师、心理咨询师、营养师及社区护士组成的多学科团队共同完成，干预周期 8 周。（1）心理支持与情绪疏导：入组后 3 日内完成首次心理评估。针对焦虑、恐惧者，每周开展 2 次一对一心理咨询（每次 30-40 分钟），运用共情与倾听技巧帮助宣泄负性情绪；指导深呼吸放松法（吸气 4 秒、呼气 6 秒，每日 2 次，每次 10 分钟）及正念冥想（每日 1 次，每次 15 分钟）。叮嘱家属增加陪伴频率，协助患者完成未了心愿。（2）规范化疼痛护理：每日采用 NRS 评估疼痛程度。遵循三阶梯镇痛

原则：轻度疼痛（NRS 1-3 分）使用非阿片类药物，中度（4-6 分）使用弱阿片类药物，重度（7-10 分）使用强阿片类药物。每 3 日随访 1 次评估镇痛效果。非药物镇痛包括：每 2 小时协助变换体位，每日 1 次家属按摩（15-20 分钟），每日 2 次播放舒缓音乐（每次 30 分钟）。（3）死亡教育与生命回顾：于干预第 1、3、5 周各开展 1 次死亡教育（每次 45-60 分钟），引导患者分享对死亡的看法，通过正向案例帮助认识死亡是自然过程。同时协助患者制作“生命故事册”，回顾人生重要经历与成就，鼓励向家人表达感恩与爱意。（4）人文关怀与家属哀伤辅导：指导家属调整居家环境（光线、温湿度），摆放患者喜爱物品。患者离世后，于第 1、4、12 周对家属进行 3 次哀伤随访，倾听悲伤情绪并给予支持；建立家属支持微信群，推送哀伤调适知识。

1.3 观察指标

（1）生命态度：分别于干预前（入组时）及干预后（干预 8 周后）采用中文版死亡态度描绘量表（DAP-R）进行评估。该量表包含死亡恐惧（7-35 分）、死亡逃避（5-25 分）、逃离接受（5-25 分）、自然接受（5-25 分）及趋近接受（10-50 分）5 个维度。各维度得分越高表示越趋向该种死亡态度。该量表在本研究中的 Cronbach's α 系数为 0.86。（2）生存质量：分别于干预前及干预后采用健康调查简表（SF-36）进行评估。本研究选取其中的心理功能、社会功能、躯体功能及物质生活 4 个维度，每个维度满分 100 分，得分越高表示生存质量越好。该量表在本研究中的 Cronbach's α 系数为 0.88。

1.4 统计学方法

采用 SPSS26.0 软件，计数资料以 n（%）表示，行 χ^2 检验；计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，行 t 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者生命态度比较

干预前，两组患者 DAP-R 各维度评分差异均无统计学意义（P>0.05）。干预后，观察组死亡恐惧、死亡逃避及逃离接受评分均低于对照组，自然接受及趋近接受评分均高于对照组，组间差异均有统计学意义（P<0.05）。见表 1。

表 1 两组患者干预前后 DAP-R 评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	时间	死亡恐惧	死亡逃避	逃离接受	自然接受	趋近接受
对照组	46	干预前	29.86±3.24	20.94±3.08	21.88±2.76	16.02±2.48	33.52±3.94
		干预后	27.42±2.86	18.76±2.92	19.82±2.14	19.16±2.22	37.38±3.56
观察组	46	干预前	30.12±3.31	21.08±3.14	22.06±2.81	15.96±2.52	33.78±4.02
		干预后	24.06±2.58	16.24±2.68	18.14±2.02	21.46±2.18	40.28±3.48
t 值（干预后组间）			5.829	4.288	3.812	5.023	4.018
P 值（干预后组间）			0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者生存质量比较

干预前，两组患者 SF-36 各维度评分差异均无统计学意义（P>0.05）。干预后，观察组心理功能、社会功能、躯体功能及物质生活各维度评分均高于对照组（P<0.05）。见表 2。

表 2 两组患者干预前后 SF-36 评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	时间	心理功能	社会功能	躯体功能	物质生活
对照组	46	干预前	44.12±4.06	44.58±4.32	43.26±4.18	43.82±4.26
		干预后	59.76±5.38	63.12±5.44	60.24±5.26	59.08±5.12
观察组	46	干预前	43.98±4.12	44.82±4.26	43.08±4.22	44.06±4.18

	干预后	67.84±5.62	69.36±5.68	64.52±5.44	64.28±5.36
t 值（干预后组间）		7.081	5.416	3.837	4.756
P 值（干预后组间）		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

3.1 安宁疗护能够转变社区晚期肿瘤患者的生命态度

本研究结果显示，干预后观察组 DAP-R 量表中死亡恐惧、死亡逃避及逃离接受评分均低于对照组，而自然接受及趋近接受评分均高于对照组（ $P<0.05$ ），表明安宁疗护能够有效帮助晚期肿瘤患者建立更加积极、平和的死亡态度。晚期肿瘤患者因直面生命终点，常陷入对死亡的极度恐惧与回避之中，这种消极的生命态度不仅加重心理痛苦，还可能影响患者对姑息治疗的配合度及临终阶段的尊严感。本研究所实施的安宁疗护方案中，死亡教育与生命回顾是转变生命态度的核心环节。通过引导患者分享对死亡的看法、探讨生命的意义，并以正向案例启发患者重新认识死亡，使患者逐渐从“死亡即终结”的恐惧思维转向“死亡是自然过程”的接纳思维。生命回顾干预则通过回顾人生经历与成就，帮助患者重新发现自我价值，减少“人生无意义”的绝望感，进而以更加坦然的心态面对死亡。同时，心理支持与家属陪伴从外部环境为患者提供了情感安全感，进一步强化了死亡态度的积极转变。这一结果提示，在社区晚期肿瘤患者中系统开展安宁疗护，具有显著的心理调适价值。

3.2 安宁疗护能够提升社区晚期肿瘤患者的生存质量

本研究进一步显示，干预后观察组 SF-36 量表中各维度评分均高于对照组（ $P<0.05$ ），提示安宁疗护对改善晚期肿瘤患者的整体生存质量具有积极作用。晚期肿瘤患者的生存质量下降是多因素共同作用的结果，包括癌痛折磨、功能受限、社会隔离及心理痛苦等。常规社区护理虽然能够提供基础的健康监测与简单的心理安抚，但缺乏对上述多维度问题的系统干预能力。本研究的安宁疗护方案从多个路径同时发力：在躯体层面，规范化的三阶梯镇痛方案结合体位调整、按摩等非药物措施，有效控制了患者的癌痛程度，提升了躯体舒适度；在心理层面，一对一心理咨询与放松训练帮助患者缓解焦虑情绪，改善了心理功能；在社会层面，鼓励家属陪伴、协助患者完成心愿以及离世后的家属哀伤辅导，既强化了患者的社会支持系统，也为家属提供了持续的关怀，间接提升了患者的社会功能感知；在精神层面，死亡教育与生命回顾帮助患者重构了对生命意义的认知，使患者能够在有限的时间内感受到生活的价值。上述多维度干预的协同效应，最终体现为患者生存质量的全面提升。值得注意的是，观察组心理功能及社会功能维度的改善幅度最为明显，提示安宁疗护的心理社会效益可能优于躯体层面的改善，这与其“全人照护”的核心理念高度吻合。

综上所述，在社区晚期肿瘤患者中实施安宁疗护，能够有效转变患者的生命态度，降低其对死亡的恐惧与逃避心理，增强对死亡的自然接纳程度。

参考文献：

- [1]王娟,胡秀慧.益气健脾方改善恶性肿瘤晚期脾胃虚弱型安宁疗护患者营养状态研究[J].山西卫生健康职业学院学报,2024,34(05):64-66.
- [2]李小丽.安宁疗护在晚期肿瘤患者中的应用分析[J].山西卫生健康职业学院学报,2022,32(06):135-136.
- [3]杨梅,熊萍.安宁疗护对恶性肿瘤晚期患者的应用效果[J].中国医药指南,2022,20(32):165-167.
- [4]马春艳,金玉香,潘瑞,等.晚期恶性肿瘤患者安宁疗护干预的生活质量研究[J].宁夏医学杂志,2025,47(12):1133-1136.
- [5]黄鑫,张香梅.肿瘤晚期患者安宁疗护模式接受度的影响因素分析[J].临床医学研究与

实践,2025,10(33):149-152.

[6]李利霞.基于尊严疗法的安宁疗护在晚期肺癌患者中的应用[J].山西卫生健康职业学院学报,2024,34(05):97-99.